

ARTIGOS

A ética na prática médica

Fernando Q. Monte

Na prática médica, a ética pode ser analisada sob três aspectos: a relação médico-paciente, o relacionamento dos médicos entre si e com a sociedade. Sob tal estratificação, objetivando examinar a dinâmica de sua aplicação durante o exercício da medicina, este artigo discute, de maneira sucinta, a relação médico-paciente, o princípio de não prejudicar, a equidade, a autonomia do paciente, o sigilo, o respeito à vida - sobretudo a postura diante do aborto e da eutanásia - e o relacionamento entre os profissionais médicos e entre estes e a sociedade.

O estudo da ética tem sua importância sobre o aspecto funcional da sociedade. Além de permitir o estabelecimento de normas para a convivência pacífica entre as pessoas, ela orienta os profissionais para o respeito aos interesses dos indivíduos. No caso específico da profissão médica, primordialmente para os interesses dos pacientes, que devem sobrepujar os dos médicos. A título de lembrança, um velho aforisma já dizia: "A medicina existe porque existem homens doentes". Por outro lado, os interesses da categoria devem sobrepor-se aos individuais - fato que fez com que os Códigos que regem o exercício profissional abordassem o assunto.



Fernando Q. Monte
Conselheiro corregedor do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará

Bioética 2002 - vol. 10 - n.º 2

Unitermos: ética, prática médica, relação médico-paciente

A relação médico-paciente

A imensa maioria dos problemas éticos pertencem a esta categoria, como é natural. Neste artigo, nos limitaremos a tocar superficialmente nos problemas mais gerais, não enfocando os pequenos e específicos, como a pertinência de dizer ao paciente grave o seu verdadeiro diagnóstico, a questão dos honorários, do corporativismo, dos atestados médicos, etc.

Não prejudicar

No princípio bioético de não prejudicar (*primum, non nocere*) entrecruzam-se os conceitos de utilidade, benefício, risco e dispêndio.

A utilidade de certos atos médicos é questionável, tais como a remoção de amígdalas e adenóides, entre as indicações antigas, e a das cirurgias de ponte de safena, entre as mais recentes (1). Algumas vezes, o princípio de não prejudicar serve de pretexto para a adoção de uma atitude tímida diante de certos casos - o que, muitas vezes, não impede que sejam tomadas medidas muito drásticas quando, infelizmente, já é tarde. Tal fato explica porque os erros de omissão são mais difíceis de detectar e mais fáceis de racionalizar e perdoar do que os de atuação (2). Na prática médica, portanto, não se deve deixar de beneficiar pelo risco de vir a prejudicar, mas sim evitar tomar como absoluta a predominância do prejudicar sobre o beneficiar. Ante determinadas circunstâncias, deve-se tomar uma atitude drástica, com prejuízo a curto mas benefício a longo prazo. Outras vezes, ao se adotar uma atitude para beneficiar determinada contingência o resultado pode ser considerado prejudicial se comparado à situação anterior. Por exemplo: um paciente com melanoma no pé pode perder a perna para salvar a vida; um doente com Hodgkin pode sofrer riscos desagradáveis, inclusive de esterilidade, para ter razoável possibilidade de sobreviver (3); um paciente com catarata pode vir a ter no pós-operatório uma infecção que o fará perder a visão, quando o resultado esperado era a recuperação de sua capacidade visual.

Existem atos médicos que podem ser úteis, mas apresentam benefício questionável, e outros, de baixo risco, que consideramos como infratores do princípio de não prejudicar. Podemos tomar como paradigma as cirurgias

cosméticas - embelezar os olhos, modelar uma mama, retirar gorduras inestéticas - ou as refrativas - para deixar de usar óculos, etc. Essas cirurgias, não raro, provocam resultados desagradáveis e inesperados, como morte após lipoaspiração, complicações graves pelo deslocamento de silicone (ou outro líquido injetado como modelador), cegueira conseqüente a cirurgia de miopia, e assim por diante.

Antigo caso traz em sua conclusão uma lição atualizada. Em 1929, Dejardière, cirurgião francês famoso em sua época, foi condenado a pagar indenização por uma amputação que realizou numa costureira que, precedentemente, havia sido operada para retirar gordura da perna e teve grave complicação: gangrena do pé. No tribunal, a defesa argüiu que a paciente havia exigido a cirurgia, ameaçando suicidar-se caso não fosse feita. Entretanto, a Promotoria pediu a condenação e a obteve, por ter o cirurgião agido num caso que não era de sua competência, pois era um caso psiquiátrico e não cirúrgico (4).

Neste subitem cabe ainda falarmos das despesas médicas aumentadas pelos pedidos de exames complementares, nem sempre isentos de risco e, com freqüência, nada esclarecedores, não beneficiando, portanto, ao paciente.

Thurrow acha que houve rápido avanço no aumento dos gastos com a tecnologia médica, ao lado de princípios éticos inconsistentes que sustentam tal prática. O desenvolvimento dessas técnicas, que apenas dão indícios de que podem melhorar levemente a acurácia do diag-

ARTIGOS

nóstico ou marginalmente prolongar a vida, está a cada dia mais caro (5). Ressalte-se que tal “progresso” representou nos Estados Unidos da América um aumento dos gastos com a saúde, no Produto Nacional Bruto, de 5% para 11% no período compreendido entre 1963 e 1983 – e que continua a crescer (5, 6), com graves conseqüências no acesso aos serviços de saúde pelos indivíduos de menor poder aquisitivo, devido aos cortes orçamentários realizados pelo governo.

Eqüidade

Este é um problema que não será resolvido com medidas parciais ou belos discursos emocionados. Só deixará de ser problema ético insolúvel quando houver apenas uma forma de assistência médica, e numa sociedade de abundância e sem desigualdades sociais. O problema é tão antigo quanto a existência de classes sociais que possibilitam que as forças de trabalho de muitos produzam a riqueza de poucos. Platão já dava conta das desigualdades de atendimento médico há milênios - em um dos seus diálogos denuncia a existência do médico dos senhores e dos escravos (7).

A modernidade do texto reside na diferença do atendimento, que pode ser transposto para a época atual e para o Brasil em particular, no qual se pode separar os pacientes entre os do SUS (Sistema Único de Saúde) e os privados. Tal desigualdade, vista por um escritor não-médico e de talento, teria descrição bastante parecida.

O problema da eqüidade no tratamento médico torna-se mais delicado nos países que apresentam grandes diferenças sociais, para os quais há necessidade de uma conduta ética mais elevada (8). Podemos incluir como falta de eqüidade o fato de pesquisadores médicos manipularem enormes somas para o estudo de doenças raras, o que é menos produtivo que medidas preventivas direcionadas para assegurar melhor saúde materna e/ou a adoção de cuidados com a nutrição e a criança (9) - ressalte-se que essa afirmação deixa muita gente desconfortável, não convencida e até mesmo ultrajada.

O princípio aristotélico de justiça distingue como “completa virtude” a igualdade de tratamento às pessoas (10). Esperar que a eqüidade de tratamento por todos os médicos seja obtida com códigos, juramentos e leis é pura ingenuidade. O realismo nos faz transferir a solução para a sociedade, isto é, para as suas transformações, no sentido de remover os desníveis sociais.

A autonomia do paciente

A autonomia é uma extensão da eqüidade na qual se associa o respeito às pessoas. Tratando-se o paciente com o devido respeito à sua condição humana pode-se obter o seu consentimento para atos médicos que incorram sérios riscos, compreender as razões de sua não-aceitação de certas terapêuticas, encontrar outras alternativas para curá-lo ou amenizar o seu sofrimento e atender a certas reivindicações válidas por ele formuladas.

Para alguns, a interpretação do que é o respeito à pessoa humana é o de não prejudicá-la; outros, consideram a sua autonomia pessoal, a autodeterminação, a liberdade, etc.(9). Nós achamos que o respeito à pessoa quase sempre coincide com o reconhecimento de sua autonomia. Em outras palavras, quem tem respeito a uma pessoa aceita a sua autonomia.

Uma das manifestações de respeito à autonomia do paciente é a obtenção do consentimento informado para a realização de qualquer ato médico. Para tanto, deve-se explicar ao paciente - atento, lúcido - a natureza de sua doença ou incapacidade e o balanço dos riscos e benefícios dos procedimentos e tratamentos recomendados. A aprovação do paciente, expressa pelo consentimento informado, é absolutamente indispensável (11).

O paciente, como vimos, deve ser corretamente informado sobre a sua doença, mediante uma linguagem adequada a seu entendimento, de modo que lhe permita ter um mínimo de controle estratégico sobre o curso da ação a ser seguida. No ponto da decisão diagnóstica ou início do procedimento terapêutico pode haver a recusa do paciente. Caso isto ocorra, deve-se tentar compreender as razões da rejeição do procedimento, na busca da melhor opção que o satisfaça (12) - esta conduta, no entanto, nem sempre é tomada pelo médico.

Tendo recebido uma formação profissional biologicizante e excessivamente tecnicista, o médico, por possuir uma competência técnica, não consegue admitir que sua proposição seja con-

testada por uma pessoa sem o seu nível de qualificação. Faltando-lhe, algumas vezes, uma visão geral da realidade do doente - e observando-o apenas através do restrito campo da sua técnica -, torna-se incapaz de condescender que a melhor solução para o paciente não é necessariamente a melhor solução técnica (13).

A transmissão, pelos meios de comunicação, das “maravilhas” realizadas pela ciência cria no paciente, sobretudo nos casos mais graves, a expectativa de que algo pode ser feito. Infelizmente, em inúmeros casos tais expectativas são irreais, gerando decepções ou mesmo conflitos na relação médico-paciente (14).

A autonomia do paciente é muitas vezes mal entendida. Em várias circunstâncias, o médico, por tratar o paciente com gentileza, confunde a urbanidade com o respeito à pessoa e por isso se permite tomar medidas que conflitam com a autonomia do mesmo. Mas devemos ressaltar que o respeito não é um ato de etiqueta, como a gentileza, mas sim uma postura ética na qual o indivíduo é considerado como um fim de toda a atividade benéfica, e não como um meio.

Sigilo

O exercício da profissão médica permite que o profissional tenha acesso a informações cuja revelação pode provocar constrangimento ou prejuízo a quem as concedeu. O sigilo, que já era imposição moral, passou a ser resguardado como um direito. Em 1791, após estabelece-

ARTIGOS

rem no preâmbulo de sua Constituição os Princípios de sua Revolução, os revolucionários franceses elaboraram uma Declaração dos Direitos Humanos cujo artigo 2º inseria a noção de inviolabilidade das pessoas, englobando, entre outros, o direito ao sigilo. Em termos comparativos, o segredo médico só encontra rival no exercício do sacerdócio ou no dos membros de seitas ou sociedades secretas. O sigilo, tanto para o médico como para o sacerdote, é uma exigência corporativa, sem ele cairia o prestígio profissional, por não obter confiança nem merecer o respeito. O segredo médico recebe tratamento direto em, pelo menos, nove artigos do Código de Ética Médica de 1988. Com base em aspectos morais, éticos e sociais poderemos extrair o caráter substantivo das restrições do sigilo médico. O lado moral, pelo direito à privacidade ou inviolabilidade do paciente; o ético, pela sustentação de informações de foro íntimo das pessoas; o social, para que uma profissão seja respeitada faz-se necessário que os que a praticam sejam ética e moralmente confiáveis, e o sigilo profissional é uma das formas mais evidentes de como aquilatá-la.

Entretanto, existem dois modos de um fato sigiloso ser passado do âmbito privado para o público: o relato de casos clínicos - uma das formas de se transmitir experiência e ampliar o saber médico - ou, visando oferecer conforto ou encorajamento aos pacientes, o relato de evolução favorável de casos semelhantes. No primeiro, configurado na publicação de artigos científicos, os rígidos critérios adotados pelos periódicos mantêm o necessário sigilo da iden-

tidade do paciente; o segundo modo, porém, exige muito cuidado por parte do médico, pois como o paciente não está preso a nenhum compromisso ético deve-se tomar toda a atenção para excluir qualquer dado que possa facilitar a identificação do caso relatado.

Há circunstâncias em que o médico pode estender o seu sigilo ao próprio diagnóstico do paciente. Ele pode evitar dizer o real diagnóstico e prognóstico de gravidade da doença, caso julgue que o paciente não está emocionalmente preparado para receber tal informação. Ressalte-se que a revelação ou não desses informes não está regulamentada nos artigos referentes ao sigilo médico constantes no Código de Ética Médica, mas faz parte da relação médico-paciente. A revelação do diagnóstico, portanto, dependerá da avaliação do médico sobre os benefícios e danos que poderá causar ao paciente.

Finalizando este tópico, reafirmamos a grande importância do segredo médico para o bom exercício da profissão, pois representa um compromisso moral com a sociedade e com os indivíduos que transcende os benefícios de ordem corporativa.

Respeito à vida

O respeito à vida é um princípio absoluto da ética, entretanto não inflexível, haja vista que se ajusta às condições sociais e aos novos rumos dos desenvolvimentos científico e cultural.

Neste ponto cabe entrarmos na discussão do aborto, problema que dá margem à relativização do princípio absoluto e cuja discussão propicia abordar princípios que podem ser estendidos a outros atos. O aborto é um desrespeito a uma vida que está sendo gerada. A procura de determinar em qual momento pode-se considerar que há vida é fútil, pois havendo a união dos gametas a possibilidade de viabilização do seu produto é tão elevada que qualquer desvio inviabilizador deve ser tomado como contingencial. Por esse motivo, voltamos ao ponto inicial: qualquer meio usado para inviabilizar o embrião ou o feto é um desrespeito à vida. Dentro do estritamente biológico, ou considerando-se os indivíduos num plano abstrato de isolamento do mundo e de seus problemas pessoais, o aborto é um ato criminoso e imperdoável.

O problema, no entanto, não pode ser encarado de maneira tão simplista. Devemos levar em conta, para sua análise, todo o contexto de vida da pessoa que a ele se submete. Vivemos num mundo de necessidades, isto é, o que a sociedade produz é insuficiente para satisfazer a necessidade de todos os seus componentes. Uns possuem o suficiente; outros, não. A posse dos que possuem o suficiente, ou mais do que o suficiente, é mantida não somente pela coerção social, através do Estado, mas também por elementos persuasivos como a ideologia, a manipulação cultural, o conservadorismo implícito nos costumes, a religião, etc.

Transportando o problema para o âmbito individual, vemos a pessoa humana cercada de

necessidades que não podem ser supridas e que são mantidas pela coerção e persuasão social. Num dado momento, ocorre contingencialmente uma gravidez, quando as condições para o auto-sustento são precárias; a família ou a sociedade, se não hostilizam, nada fazem para ajudar; há o risco de perder as atuais condições de sobrevivência; o companheiro, co-responsável pela gravidez, abandona a relação ou demonstra que não tem condições para auxiliar; além de outros problemas psicológicos causados pela educação e um sem-número de outras influências determinadas pela convivência familiar. Neste complexo emocional deve ser tomada a opção: a gravidez deve ser levada a termo ou não? Julgar a mulher por sua decisão a partir deste ponto é, ainda, uma simplificação. Vemos que o problema é criado quando se passa do fato biológico para o social.

Descrevemos a situação em que deve ser tomada a decisão, mas é preciso analisá-la. Numa análise superficial, vemos que, mantendo-se no plano biológico, há dois dilemas: o primeiro, saber se a gravidez é viável; o segundo, se se deixa que viabilize, ou não. A complicação inicia-se quando se atravessa o umbral do social. Neste, vemos que se o indivíduo não vivesse em sociedade não haveria dificuldades, a decisão seria puramente individual ou do casal. Vivendo em sociedade, verificamos que a solução será tomada pelo indivíduo-social, portanto forçado pelas condições que a sociedade lhe impõe e, podemos dizer, o indivíduo divide as responsabilidades de sua decisão com a sociedade. Cobrar do indivíduo? Por que não cobrar também da sociedade? Não tem e la

ARTIGOS

uma parcela de culpa quando distribui inadequadamente as suas riquezas? Por que a sociedade apenas cobra dos indivíduos, quando a cobrança deve ser feita a ela também? O fato é simples, ao cobrar da sociedade está-se questionando a distribuição dos seus bens, a manutenção dos privilégios e a manutenção dos valores que dominam o Estado. Para não ser questionada, a sociedade transfere para o indivíduo a sua organização. No entanto, faz concessões para dar a impressão de que zela pelos seus componentes. A esse respeito, vejamos as leis do Estado brasileiro. O artigo 128 do Código Penal diz: “Não se pune o aborto praticado por médico: *Aborto necessário* I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante; *Aborto no caso de gravidez resultante de estupro* II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal”.

O Estado, que de maneira tão absoluta diz que respeita a vida, passa, assim, a relativizar. Na primeira circunstância, estamos diante do caso de risco de vida da mãe e do feto. Se excluída a possibilidade de respeitar a vida dos dois, opta-se pela manutenção da vida da mãe e a inviabilização da vida do feto. Entre perder duas vidas ou uma, procura-se minimizar as perdas. Os que absolutizam o respeito à vida poderiam objetar: por que matar o embrião ou o feto e não entregar às mãos de Deus (ou da natureza) a sobrevivência dos dois? Se não fizeram essa pergunta deveriam fazer, pois de qualquer maneira o aborto elimina uma vida indefesa. Com relação ao estupro, onde não há risco para a mãe, por que praticar o aborto, se

é uma gravidez indesejada como qualquer outra? O que a diferencia das outras contingências; por que se abre somente essa exceção? Será que apenas o embrião deve ser punido e os demais defendidos? O irracionalismo desse posicionamento é mostrado pela citação de um trecho da aula inaugural do prof. Érico Coelho, ministrada para os alunos do curso de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1915 (quando se discutia na Câmara Federal o Código Civil e estava em curso a 1ª Guerra Mundial): “Agora campeia a hipocrisia de profissionais, a provocar o abortamento em mulheres inermes estupradas acintosamente por soldados estrangeiros, na ebriedade da vitória. Nos orfanatos da Bélgica heróica e nos hospitais de enjeitados na França valorosa, não teriam cabimento os nascidos da gravidez execrada... Como médico cristão, não hesito em socorrer a vítima do estupro irreparável, ansiosa de abortar” (15).

A contingência de uma gravidez não desejada, qualquer que seja, as nivela. Sendo permitido o aborto para uma delas, não se compreende a restrição para as outras. O aborto, sendo punido, favorece que seja exercitado clandestinamente, com elevado número de óbitos de gestantes. Este seria um sério argumento, desde que o item I do artigo 128 do Código Penal visa evitar óbitos evitáveis. A mortalidade e a morbidade pelo aborto é bem maior em mulheres de menor poder aquisitivo. Então, por que, em ‘nome da defesa da gestante’, o Estado não oferece todo um aparato técnico sem punir a mulher que deseja inviabilizar uma gravidez indesejada?

Em nossa opinião, o respeito à vida deve ser absoluto, mas, para minorar a morte de mulheres pelo aborto clandestino e a não-discriminação do tipo de gravidez, aceitamos a participação do Estado na proteção da mulher com gravidez indesejada e que deseja abortar. Em resumo, achamos que o aborto é um desrespeito à vida, bem como o é a sua criminalização, que condena à morte um expressivo número de mulheres, apesar de considerarmos que, nas condições atuais da sociedade, deveria ser tornado legal ainda que considerado como grande infração ética, exceto quando for necessário para salvar a vida da mãe. Como respeitamos a vida de maneira absoluta, defendemos alterações sociais que propiciem uma distribuição de riquezas que permita a todas as mulheres que engravidarem condições de levar o parto a termo e criar condignamente os seus filhos - nesta altura, o aborto poderá ser considerado crime.

As discussões sobre a eutanásia vêm perdendo muito do seu caráter emocional. Os avanços do tratamento da dor e os estudos sobre a conceituação da morte dão margem para discussões mais técnicas. Hoje, procura-se situar o problema na morte com dignidade.

O paciente é considerado morto quando apresenta cessação irreversível das funções circulatórias ou de todas as funções cerebrais. Essa determinação deve ser feita com os padrões médicos ora aceitos (16). O médico pode eleger a manutenção do corpo quando ocorrer a morte clínica do cérebro, mas não há padrão ético que o dite de prolongar a viabilidade físi-

ca em tais pacientes por meios heróicos ou não-rotineiros (13). Quando encontrar-se ante uma situação em que seja tentada a ressuscitação, estará também diante de diversos problemas: tanto clínicos e éticos como legais e de ordem religiosa. A tentativa será válida caso haja razoável recuperação funcional, obtida com razoável condição de conforto (13).

É evidente que há casos fora dos que destacamos, isto é, nos quais a dor torna-se incontrolável, as condições funcionais do paciente são precárias e há um desconforto irremovível. Nestas circunstâncias, surge o dilema da eutanásia. Na falta de consenso, as leis da maioria dos países penaliza aquele que a executa. É, de fato, enorme risco que um Estado a permita. A avaliação sobre a dor, que tem forte componente subjetivo, apresenta grande risco de supra-avaliação e a incapacidade de precisar o quanto perdurará. O julgamento da capacidade futura de uma função é um tanto temerária. Pelo exposto, vimos que há probabilidade não muito pequena de erro – que acarretaria a condenação de um inocente à morte.

O relacionamento entre os profissionais médicos

Entre profissionais da mesma categoria existe, além da natural afinidade, uma solidariedade que se manifesta por relações cordiais, identidade de interesses e respeito aos mesmos princípios éticos. Com o desenvolvimento do capitalismo houve, em muitas profissões, desgaste desta solidariedade com o aparecimento da

ARTIGOS

concorrência. A partir do século XIX, a Medicina passou ao exercício da chamada 'medicina liberal'. O que redundou numa, por assim dizer, disputa de mercado para a qual a concorrência se estabeleceu. A busca por maior remuneração e a procura de afirmação pessoal estabeleceram uma luta surda tanto na prática privada da Medicina como nas publicações científicas. Este espírito de concorrência, que não comprometeu exclusivamente a Medicina, trouxe abusos suficientes para a aplicação do contido nos códigos éticos e penais, visando ao seu controle.

O aumento dos custos da atividade médica, pela introdução de métodos de exames cada vez mais diversificados e caros, e as exigências de uma universalização do acesso ao direito à saúde, por uma classe trabalhadora gradativamente mais consciente, propiciaram o surgimento dos seguros de saúde e da medicina assistencial do Estado. Em alguns países, como no caso do Brasil, a evolução desse processo levou a prática médica a três níveis: a uma medicina liberal definhante; à ascensão das empresas de assistência médica; à medicina oferecida pelo Estado - tentando atingir todas as camadas que não têm acesso aos dois primeiros níveis. Nesta fase de desenvolvimento, existem médicos-empresários, médicos-trabalhadores e médicos funcionários do Estado. A antiga forma de concorrência (com punições previstas na nossa legislação para a sua exorbitância) não tem maior significado e parece até ridícula diante da séria problemática da exploração do médico-trabalhador pelo médico-empresário, dos pedidos exagerados de exames

complementares e da realização de cirurgias desnecessárias ou dispensáveis, além de outras práticas distorcidas. A irreversível perda de expressão da medicina liberal trouxe como consequência a ascensão das entidades médicas reivindicativas, como defensoras dos direitos da categoria frente aos empresários da área da saúde e ao Estado. Houve uma delimitação do campo de atuação entre os médicos-empresários e os médicos-trabalhadores. O Estado, ao manter a assistência médica através de um plano nacional de saúde, se propõe a oferecer assistência aos que não podem pagar as empresas ou cooperativas de assistências médicas e arca com tratamentos recusados pelos planos de saúde. Ressalte-se que esta apresentação é um tanto esquemática, porque apenas queremos tirar inferências ou deduções éticas, sem descer ao mérito das diversas formas de assistência.

Algumas vezes, vemos os médicos-empresários e os médicos-trabalhadores unidos contra o Estado; outras, o Estado unido aos empresários contra os trabalhadores. Para a compreensão de todas estas nuances seria preciso uma análise profunda de diversos fatores, o que não é nossa proposta neste artigo. Desejamos apenas ressaltar a compreensão de que não existe solidariedade geral entre os médicos, mas sim entre setores da economia médica. A concorrência, nos velhos termos (como uma feira de vaidades), tende a desaparecer e um estado de confrontação poderá crescer progressivamente entre os médicos-empresários na conquista de mercados, enquanto a medicina não for socializada.

O relacionamento do médico com a sociedade

A Medicina Coletiva presta uma assistência médica à sociedade, procurando controlar as doenças potencialmente epidêmicas e mantendo vigilância para evitar a eclosão de epidemias. Ela é assumida pelo Estado através de um corpo médico homogêneo, que executa um trabalho relevante e sem conflito social. O relacionamento do médico que pratica uma medicina de assistência individual apresenta relações mais complexas e menos definidas que a do sanitarista.

A graduação de médico e a instituição de sua prática preocupa menos do que antes. A ampliação da possibilidade de obter a graduação e sua inserção numa sociedade muito especializada, hierarquizada, burocratizada e tecnologicizada torna muito restrito o espaço para o curandeirismo e para o exercício ilegal da profissão, num país progressivamente mais urbanizado. No passado, os falsos médicos e curandeiros mereciam vigilância, para a qual dois artigos do Código Penal (os de número 282 e 284) estavam engatilhados para coroar a repressão. Hoje, o problema é minimizado, tanto assim que a Declaração de Alma-Ata, de 1978 (consenso de uma reunião promovida pela Organização Mundial da Saúde), reconhecia as medicinas alternativas praticadas por pessoas sem formação médica nas regiões subdesenvolvidas (17). É possível, ainda, encontrar artigos irados contra a sua prática, referendada por escolas médicas (18). As discussões se situam sobre a extensão das atividades

paramédicas, que algumas vezes querem ultrapassar os limites estritamente médicos.

Há uma controvérsia sobre se, na prática médica, o interesse particular prepondera sobre o geral. A primeira posição se contrapõe à atitude de planejadores de saúde e líderes governamentais que acham que a quantidade e o tipo de atendimento médico deve ser feito de acordo com as necessidades sociais. Os que a defendem, idealizando e dando uma versão irreal - que não corresponde ao pragmatismo dos que pensam no equilíbrio financeiro do Estado -, acham que os médicos devem fazer tudo o que crêem para beneficiar os seus pacientes (19,20). Gillon, defendendo a preponderância do social sobre o individual, acha que as afirmações piedosas nas discussões médicas não são verdadeiras nem desejáveis como imperativo moral, tais como: "Os interesses dos seus pacientes estão sempre acima de tudo!". Os médicos devem aceitar, como parte do seu propósito moral, não exatamente a saúde dos "seus pacientes", mas a saúde de todos os doentes, inclusive os futuros - e das pessoas potencialmente doentes no presente e futuro (21). Concordamos com essa posição, pois vivemos numa sociedade onde os recursos financeiros destinados à saúde da população são extremamente limitados, o que usarmos para atender a exigências menores de certos casos pode ser crucial para a solução de outros.

Sendo o médico um trabalhador, com frequência depara-se com condições de trabalho e de remuneração que o põem diante da decisão de fazer greve ou não. A greve é justificável quan-

ARTIGOS

do feita contra os empresários da saúde; nos serviços públicos carece de melhor análise pois, nestes, deve responder a pelo menos duas indagações: o objetivo alcançado trará mais benefícios aos pacientes? Quem serão os penalizados pela paralisação? A primeira indagação poderá ser respondida afirmativamente, mesmo quando concretamente não traga melhoria direta, mas somente indireta. No entanto, para que ocorra melhoria direta, devem haver, ao lado da reivindicação econômica, exigências no sentido de tornar o atendimento mais eficaz. Em grande número de casos, as greves são feitas com a justificativa de que a melhoria dos salários fará o médico melhorar qualitativa ou quantitativamente o seu desempenho. Esta é uma afirmação muito subjetiva e não responde suficientemente à pergunta, pois faz-se necessária a obtenção de outras alterações no atendimento prestado para que as melhorias do serviço possam ser objetivamente comprovadas. Levando-se ao pé da letra a afirmação, há o condicionamento imoral da melhora do atendimento, pelo médico, ao aumento da remuneração – essa reivindicação deve ocorrer na área trabalhista, sem afetar a atenção do médico ao paciente.

De maneira geral, as greves nos serviços públicos penalizam as camadas da sociedade de menor poder aquisitivo. Há ainda uma agravante. O serviço público assume a parte mais dispendiosa do atendimento médico, ficando a mais lucrativa para as empresas de serviços médicos. A paralisação faz com que a administração transfira os serviços para as clínicas e hospitais privados, com resultante piora ou

encarecimento da atenção prestada ao paciente. Nos últimos anos, infelizmente, vem-se generalizando uma terceira alternativa: o abandono dos pacientes enquanto perduram as paralisações.

A nossa posição coincide com a sugestão de Landmann: a de que as greves devem ser feitas contra os serviços privados (22). As greves no serviço público, conforme discutimos acima, merecem muitas reservas. Devemos nos lembrar de que o início do processo que finalizou com o assassinato do presidente Allende, e a posterior instalação da sanguinária ditadura de Pinochet, foi uma greve médica. Os projetos em execução na área da saúde efetivamente traziam benefícios sociais, mas estavam ocasionando declínio sensível da medicina liberal. Os interesses dos médicos chilenos ficaram acima dos da população (23).

A defesa que, de certa maneira, fazemos do serviço público em relação à greve médica não tem nenhum paralelismo com o relacionamento do médico com o Estado. O Estado pode promover a saúde, prevenir as doenças e assistir e reabilitar os doentes. Os médicos optam por trabalhar para o Estado para exercer uma função de interesse social. Pode ocorrer, e isto acontece sobretudo nos Estados autoritários, a utilização do médico para o interesse do Estado e contra os da sociedade. A tortura e os abusos de internamentos psiquiátricos contra os opositores do governo podem ser feitos por médicos subservientes ao Estado (24). Eles podem, também, forjar laudos “que hoje ninguém endossa conclusões oficiais de suicídio, aconte-

cido em qualquer tempo, recente ou remoto, desde Condorcet e Cláudio Manoel da Costa” (25) - e poderíamos acrescentar, Vladimir Herzog. Exercendo uma atividade social que, por conseqüência, tem implicações políticas, é muito comum a participação dos médicos na política. A esse respeito podemos distinguir duas formas de participação: uma, a de político-médico; outra, a do médico-político. A primeira, seria a de um político, formado em Medicina, que a exerce sem visar vantagens pessoais ou a arrebanhamento de votos. A outra, a do médico que exerce a profissão e a utiliza para arranjar vantagens, para apoiar candidatos usando a sua prática profissional ou, sendo candidato, utilizar a sua prestação de serviços para ganhar eleitores. Se a primeira é ética, sob esse aspecto, a segunda é duplamente aética: como político, não procura convencer com suas propostas, mas sim utilizando-se de uma profissão que cria muitas vezes um vínculo de dependência psicológica; como médico, não tem ética porque está exercendo a profissão não para defender os interesses do paciente, mas sim os seus, além do mais, pressionado pela necessidade de ter muitos votos, presta atenção médica a elevado número de pacientes, geralmente de má qualidade, negligente e mal-intencionada (26).

Conclusão

A ética complementa, e algumas vezes dirige, a atividade médica. Faz parte do raciocínio e,

numa era tecnicista como a atual, serve de freio, dando limites à aplicação da tecnologia, alerta para os valores humanos e conduzindo o bom relacionamento com o paciente, outros colegas e, mesmo, a sociedade.

A intervenção de códigos e leis atua como balizas em pontos que o senso comum não oferece resposta clara. Os códigos têm maior sensibilidade, por serem mais específicos, podendo flagrar deslizes morais de menor prejuízo social. O maior acesso das pessoas às informações pode tornar alguns pontos dos códigos metamorfoseados em lei. O sentido da lei para o código é praticamente fechado. Os códigos médicos surgiram para disciplinar ou punir o que o conjunto da categoria considerava errôneo e que não chegava ao alcance da Justiça. A existência de classes sociais, que terminam por se disporem em grupos - os que possuem os meios de produção e os que detêm a força de trabalho -, faz com que, após milênios, ainda permaneça a situação descrita por Platão:

“(...) Podem ser sempre observadas duas classes de pacientes, escravos e homens livres; e os doutores dos escravos circulam e curam os escravos ou os esperam nos dispensários. Praticantes desta espécie nunca falam individualmente (...), prescrevem o que a mera experiência pessoal sugere (...) e quando dão ordens são iguais a um tirano (...) porém o outro médico acompanha e pratica nos homens livres, leva as suas perguntas aos antecedentes e vai até à natureza da perturbação; entra em

ARTIGOS

conversa com os pacientes e seus amigos e presta informações sobre o doente, o instrui o tanto quanto é capaz e não prescreverá até que não o tenha convencido; por último (...) o põe no caminho da saúde e tenta efetuar a cura (...)” (7).

Verificamos que persistem, com modificações na forma e não no conteúdo, esses dois tipos de medicina. A antiga aspiração de um nivelamento por cima, isto é, a universalização da medicina dos homens livres, ainda está bem distante. Tomando-se a frase de Rawls, “para

que a liberdade seja prioritária é preciso um certo desenvolvimento material” (8). Diante deste desenvolvimento material, persiste ainda pragmaticamente a medicina do médico dos escravos, que pode ser eufemisticamente chamada de Assistência Primária de Saúde desde que a Declaração de Alma-Ata a priorizou nas regiões subdesenvolvidas. Ao término, vemos que somente uma mudança profunda nas concepções universais de sociedade, que passaria pela mudança de sua estrutura, permitiria efetivamente uma medicina de homens livres para todos.

RESUMEN

La ética en la práctica médica

En la práctica médica, la ética puede ser analizada bajo tres aspectos: la relación médico-paciente, el relacionamiento de los médicos entre si y con la sociedad. Bajo tal estratificación, con el objetivo de examinar la dinámica de su aplicación durante el ejercicio de la medicina, este artículo discute, de manera breve, la relación médico-paciente, el principio de no perjudicar, la equidad, la autonomía del paciente, el sigilo, el respeto a la vida – sobre todo la postura delante del aborto y de la eutanasia – y el relacionamiento entre los médicos profesionales y, de ellos, con la sociedad.

El estudio de la ética tiene su importancia sobre el aspecto funcional de la sociedad. Además de permitir el establecimiento de normas para la convivencia pacífica entre las personas, orienta a los profesionales en el respeto a los intereses de los individuos. En el caso específico de la profesión médica, primordialmente para los intereses de los pacientes, que deben superar los intereses de los médicos. Como recordatorio, un viejo aforisma decía: “La medicina existe porque existen hombres enfermos”. Por otro lado, los intereses de la categoría deben sobreponerse a los individuales – hecho que hizo que los Códigos que rigen el ejercicio profesional abordasen el asunto.

Unitermos: ética, práctica médica, relación médico-paciente

ABSTRACT

Ethics in the medical practice

There are three possible approaches to ethics in the medical practice: the doctor-patient relationship, the relationship of doctors among themselves, and their stance before society. Building from such stratification, with the aim of examining the dynamics of its application to the exercise of medicine, this paper concisely explores issues such as doctor-patient relationship, no-harm principle, equity, patient autonomy, secrecy and the respect to life – with particular emphasis on one’s views on aspects such as abortion and euthanasia -, as well as the relationship among doctors, and their dealings with society.

The subject of ethics is relevant when one analyzes the functional role of societies. In addition to allowing the establishment of norms for harmonious co-existence, it provides guidance to healthcare professionals with regard to the interest of individuals. In the specific case of medical professionals, stress is put on the interest of patients, which should take precedence over that of doctors. The old-age maxim is worth repeating: “Medicine exists only because there are people who are ill”. On the other hand, the interests of the medical professionals as a group should overtake those of individuals – for which reason the Codes of professional conduct all entertain this issue.

Uniterms: ethics, medical practice, doctor-patient relationship

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weinstein MC. Allocation of subjects in medical experiments. *New Engl J Med* 1974;291:1278-85.
2. Gifford Jr RW. *Primum non nocere*. *JAMA* 1977;238:589-90.
3. Gillon R. “Primum non nocere” and the principle of non maleficence. *BMJ* 1985;291:130-1.
4. Ribeiro L. *Questões médico-legais*. Rio de Janeiro: Schmidt Editor, 1931: 28.
5. Thurow LC. Learning to say “no”. *New Engl J Med* 1984;311:1569-72.
6. Korcok M. Future american medical practice: less respect, less freedom? *Can Med Assoc J* 1984; 131:926-93.
7. Platão. *Leis, livro IV, parágrafo 720*. Chicago: *Encyclopaedia Britannica*, 1952. p.685-6. *Great Books of the Western World*.
8. Titmuss RM. *Medical ethics and social change in developing societies*. *Lancet* 1962; 2:209-212.
9. Fried C. *Rights and health care: beyond equity and efficiency*. *New Engl J Med* 1975;293:241-5.

ARTIGOS

10. Gillon R. *Justice and medical ethics*. *BMJ* 1985;291:201-2.
11. *American College of Physician Ethics Manual. Part I: history of medical ethics, the physician and the patient, the physician's relationship to other physician, the physician and society*. *Ad Hoc Committee on Medical Ethics, American College of Physicians. Annals Intern Med* 1984; 101: 129-137.
12. Gillon R. *Doctors and patients*. *BMJ* 1986;292:466-9.
13. *American College of Physician Ethics Manual. Part II: research, other ethical issues. Recommended reading*. *Ad Hoc Committee on Medical Ethics, American College of Physician. Annals Intern Med* 1984;101:263-274.
14. Brett AS, McCullough LB. *When patients request specific interventions*. *New Engl J Med* 1986;315:1347-51.
15. Ribeiro L. *Op.cit.* 1931: 157.
16. Josen AR. *A concord in medical ethics*. *Annals Intern Med* 1983;99:261-4.
17. Navarro V. *A critique of the ideological and political position of the Brandt Report and the Alma-Ata Declaration*. *Int J Health Serv* 1984;14:159-72.
18. Gounelle de Pontanel H, Tuchmann-Duplessis H. *Non à la délivrance d'un diplôme d'homéopathie par les facultés de médecine*. *Bull Acad Nat Méd* 1984;168:429-39.
19. Levinsky NG. *The doctors master*. *New Engl J Med* 1984;311:1571-5.
20. Villey R. *Indépendance professionnelle du médecin*. *Bull Acad Nat Méd* 1984;168:218-23.
21. Gillon R. *Beneficence: doing good for others*. *BMJ* 1985;291:44-5.
22. Landmann J. *A ética médica sem máscara*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985: 124.
23. Belmar R, Sidel VW. *An international perspectives on strikes and strikes by physicians: the case of Chile*. *Intern J Health Serv* 1975;5:53-3.
24. Cock-Deegan R. *The medical profession and the prevention of torture*. *New Engl J Med* 1985;314:587.
25. Joffily J. *Anayde: paixão e morte na Revolução de 30*. Rio de Janeiro: Record, 1983.p.54.
26. Monte FQ. *A política e a medicina e os médicos e a política [editorial]*. *Rev Med HGF (INAMPS)* 1986;3:3-4.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

*Rua Dr. José Lourenço, 2180 - Ap. 501
CEP: 60115-282
Fortaleza - CE - Brasil*