

Atitude médica e autonomia do doente vulnerável

Leonor Duarte Almeida
Maria do Céu Machado

Resumo Este artigo apresenta os resultados de pesquisa envolvendo amostra de 42 médicos de um serviço de oftalmologia de hospital terciário em Portugal. Foi aplicado um questionário com dez perguntas, destinado a avaliar as atitudes de três grupos de médicos com idades e formação pedagógica distintas, em face da autonomia do doente glaucomatoso. Os dados foram analisados indicando a correlação descritiva por meio do teste de Pearson χ^2 . Resultam três atitudes diferentes com significado estatístico (valor de $p < 0,05$) permitindo considerar a existência de três padrões de comportamento médico, adequados ao grupo etário. A formalização da prática médica à medida que a idade diminui (medicina defensiva) caracterizou o Grupo 1. O respeito pelo doente dominou o Grupo 2. No Grupo 3 prevaleceu a tendência para a medicina paternalista, onde o esclarecimento depende da educação e caráter do médico. Conclui que a conduta dos médicos remonta ao momento em que iniciaram a atividade profissional, à cultura médica predominante no período e à formação bioética.

Palavras-chave: Autonomia profissional. Autonomia pessoal. Bioética. Oftalmologia. Glaucoma.



Leonor Duarte Almeida
Médica oftalmologista graduada no Hospital de Santa Maria, Lisboa, docente em Oftalmologia da Faculdade de Medicina de Lisboa (FM/ Lisboa), mestre em Bioética pelo Centro de Bioética da FM/Lisboa e doutoranda em Bioética no Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa (UCP), Lisboa, Portugal

A discussão aqui apresentada decorre da necessidade de refletir sobre a profissão médica, especialmente no caso dos profissionais cujo cotidiano laboral os envolve no tratamento de patologias incapacitantes, com caráter estigmatizante no imaginário social, como é o caso do glaucoma. Nessa circunstância ele se confronta com a necessidade de responder a questões como valores, prioridades e necessidades culturais desses pacientes, considerados individualmente.

Dentre as que se apresentam podem-se enumerar alguns vetores orientadores da reflexão, quais sejam: a) o papel do médico na relação médico-paciente, que poderá originar ou não um binômio relacional assimétrico; b) a impessoalidade das estruturas hospitalares que limitam a relação médico-paciente, influenciando as decisões éticas que coloquem em questão a própria dignidade da pessoa doente; c) as condições em que se processa ou pratica o consentimento informado ou, como é conhecido no Brasil, consentimento livre e esclarecido como paradigma da autonomia do doente.



Maria do Céu Machado

Médica pediatra, professora auxiliar de Pediatria da FM/ Lisboa, docente no doutoramento em Bioética no Instituto de Bioética da UCP e alta comissária para a saúde em Portugal

Qualquer profissão, inclusive a médica, tem para com a sociedade um *compromisso permanente de altruísmo*, que, em si mesmo, é um valor moral. Um segundo valor reconhecido como fundamental e que exerce vigilância constante sobre o saber médico é o *conhecimento científico*, princípio ético e técnico que norteia o bom exercício de qualquer profissão. A avaliação das competências profissionais é exigência atual, expressa pela *certificação de qualidade dos membros e pela conformação destes a códigos de conduta* ¹.

É um aspecto dessa certificação, respeitante ao comportamento ético dos médicos, que nos propomos analisar neste artigo. Avaliar a sua predisposição para o paternalismo clássico, em que o médico tem poder absoluto sobre o doente, ou para o respeito por sua autonomia, a qual se consubstancia com a informação e entendimento adequados, por meio dos quais o paciente poderá dar o seu consentimento sobre os procedimentos que sobre ele poderão ser realizados: *essa capacidade de escolher, preferir e excluir é o que a educação cívica deveria tentar conseguir nos futuros cidadãos* ². A educação é o fundamento que permite a qualquer pessoa constituir-se como um ser de pensamento, palavra e comunicação. Assim, um dos direitos fundamentais de qualquer indivíduo que se pretende autônomo, juntamente com a liberdade, é ter os meios intelectuais necessários para usufruir dessa mesma liberdade ³.

Subjacente à compreensão do comportamento médico na instituição onde decorre seu trabalho será também analisada a dinâmica do hospital enquanto organismo público, com as peculiaridades e constrangimentos que lhe são próprios no que tange ao respeito pela autonomia do doente e o seu bem-estar como fim último. Para tanto, será considerada a *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes* ⁴, aprovada pelo Ministério da Saúde português em 1997, como parte do esforço de humanização dos serviços de saúde hospitalares no país. Ressalte-se que o direito à proteção da saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa e *assenta num conjunto de valores fundamentais*

como a *dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade* ⁴. São esses os princípios orientadores que servem de base à formulação dos direitos e deveres dos pacientes, detalhados na referida Carta.

O recorte de pesquisa intenta saber como se posicionarão três grupos de médicos de diferentes faixas etárias em face da autonomia do doente com glaucoma, enquanto sujeito de direitos e deveres, cuja vulnerabilidade é fator importante a ser considerado. Tal compreensão pareceu-nos constituir por si só um desafio. Perante uma cultura de prestador de serviços, eventualmente diferentes, procuramos investigar as atitudes dos profissionais considerando vários itens, dentre os quais se destacam o tipo de formação pedagógica e cognitiva, a experiência clínica e a formação bioética, atinentes às diversas problemáticas propostas para reflexão.

A relação médica num contexto de colaboração médico-paciente, como pilar do respeito pela autonomia enquanto princípio bioético voltado a promover o melhor interesse do doente, bem como o consentimento livre e esclarecido, tomado como paradigma legal do respeito por esse princípio, são outros aspectos éticos da relação médica – encarada neste estudo sob a perspectiva do envolvimento interpares.

Princípio da autonomia e o seu enquadramento teórico

O termo autonomia significa autodeterminação, regulação dos interesses próprios e independência, excluindo a influência de fatores exteriores, coação psíquica ou física, e, ainda, incapacidade

pessoal que reduza ou mesmo impeça o poder de decisão ⁵. Em termos etimológicos autonomia é uma palavra de origem grega, composta pelo adjetivo *autos*, que significa *o mesmo, ele mesmo e por si mesmo*, e o substantivo *nomos*, que quer dizer *compartilha, instituição, lei, norma, convenção ou uso*. O sentido geral da palavra indica a capacidade do ser humano em dar-se às suas próprias leis e compartilhá-las com seus semelhantes ou a condição de uma pessoa ou coletividade, capaz de determinar por ela mesma a lei à qual se submeter ⁶.

Historicamente, tal conceito terá tido a sua origem na ruptura com a tradição pagã, caracterizada por explicações da esfera suprasensível para os acidentes fenomenológicos na natureza. A emergência da ideia de autonomia estaria, assim, relacionada à transição de um universo mítico para um conhecimento racional, constituindo-se, em si mesma, uma autonomização ⁷. A autonomia adquire o seu verdadeiro significado quando o homem tenta controlar o mundo pela técnica e ciência e submetê-lo às finalidades humanas.

Segundo a ideia de autonomia, todo ser humano poderá decidir sobre si mesmo, pareça justa ou não a sua conduta, salvaguardando-se que do pensar ou agir diferentes não resultem danos para outras pessoas, ainda que possa haver prejuízo para a própria ⁶, desde que não coloque a pessoa em risco iminente de morte. Kant, na sua *Fundamentação da metafísica dos costumes*, considera que *a liberdade é a base do direito e da ética* ⁸. A autonomia recebe diferentes denominações consoante os vários autores, desde o respeito à pessoa até o consentimento.

Portanto, não pode ser entendida exclusivamente como a autodeterminação de um indivíduo, pois a inclusão obrigatória do outro na questão da autonomia traz uma nova entidade para a discussão que alia a ação individual ao componente social. Ser autônomo é ter o direito de se autodeterminar, mas igualmente de respeitar o mesmo direito nos outros.

Uma das razões para que o princípio da autonomia ganhasse o destaque que atualmente lhe é concedido decorre da importância da obra *Principles of biomedical ethics*⁹, na qual Tom Beauchamp e James Childress delineiam quatro princípios para orientar a ação ética na prática profissional: a *beneficência*, a *não maleficência*, a *autonomia* e a *justiça*. Tais princípios encontram suas raízes na história da filosofia ou na tradição da ética médica, a partir das quais ganham a sua justificação. Segundo o delineado por esses autores, os quatro princípios não obedecem a qualquer disposição hierárquica e são válidos igualmente em situação de conflito, embora o da autonomia pareça ter a preferência dos defensores da teoria principialista.

A par dos outros princípios norteadores da ação que se quer boa, o princípio da autonomia tornou-se nas últimas décadas um dos principais esteios conceituais da ética aplicada, sendo utilizado em oposição ao paternalismo médico inerente à prática clínica clássica, e propõe nova dinâmica na relação médico-paciente, até então de caráter paternalista. Com o principialismo, Beauchamp e Childress elaboraram uma espécie de *paradigma ético* dirigido aos profissionais da área da saúde, visando fornecer um referencial prático-conceitual que

os pudesse orientar em situações concretas, que funcionaria como uma metodologia capaz de lidar com situações dilemáticas no campo da bioética. Esse paradigma, constituído pela formulação dos referidos princípios interpretados à luz de duas teorias – o utilitarismo e a deontologia *prima facie* – admite exceções em determinadas circunstâncias¹⁰.

Desde o *Código de Nuremberg* que o conceito de dignidade e respeito pelo homem se encontra ligado à ideia de autonomia do sujeito. As contribuições filosóficas que mais concorreram para a reflexão ética nasceram justamente dos movimentos de defesa dos direitos humanos e, assim, foram tomando forma os princípios fundamentais da ética contemporânea: beneficência, não maleficência, autonomia, justiça e equidade, aos quais hodiernamente se acrescentou o da vulnerabilidade.

A consagração da dignidade do ser humano e do seu direito à liberdade inscrevem o conceito de autonomia na práxis diária das sociedades contemporâneas. Por isso, o princípio da autonomia, denominação pela qual é conhecido o princípio de respeito às pessoas, exige que se aceite que elas se autogovernem, isto é, sejam autônomas nas suas escolhas e atos, embora dentro do respeito integral à ideia autonomista, apreendida como conceito de respeito pelo outro¹¹.

A doutrina da dignidade humana está subjacente ao princípio da autonomia da pessoa, que é capaz de deliberar sobre os seus objetivos pessoais e agir de tal modo que será tanto mais autônoma quanto mais e melhor for

capaz de se autodeterminar em termos intelectuais e afetivos, de modo voluntário. Em 1948, a *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (Organização das Nações Unidas – ONU), na sequência do *Código de Nuremberg* (1947), inclui os vários direitos que visam à autonomia e liberdade da pessoa humana, e sua elaboração é decorrente do conhecimento das experiências realizadas em seres humanos vulneráveis durante a Segunda Guerra Mundial. Sucederam-lhe vários outros códigos, com vistas a uma maior adequação prática, dadas as demasiadamente rígidas disposições legais do *Código de Nuremberg*, mal adaptadas à realidade da investigação. A respeito, a *Declaração de Helsinque* (Associação Médica Mundial – AMM, 1964) contribuiu para que a experimentação em seres humanos viesse a obedecer a regras e critérios éticos específicos, que partiam do pressuposto da autonomia das pessoas investigadas.

A *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*¹² (Unesco, 2005) veio reforçar a importância do respeito ao princípio da autonomia e responsabilidade individual. No artigo 5º, reafirma a proteção dos indivíduos vulneráveis ou incapazes, reconhecendo no artigo 6º o papel do consentimento livre e esclarecido, como expressão prática do princípio da autonomia.

Em Portugal foi adotada uma legislação referente à prática da biomedicina, de acordo com a Convenção do Conselho da Europa (CCE), estabelecendo mediante normas específicas os procedimentos adequados às principais áreas

biomédicas em geral e em particular sobre os direitos da pessoa humana, permitindo que pessoas com motivações ideológicas diferentes e de diferentes instruções de seus governos chegassem a um juízo ético comum acerca de situações concretas. A Lei 12/2005 confere aos médicos papel de maior destaque nas várias etapas do processo de informação em saúde e considera o consentimento informado (ou, no Brasil, livre e esclarecido) como a expressão do direito de autodeterminação do indivíduo, deixando lugar para o direito a *o não ser*.

Esse conjunto de pressupostos éticos e normativas legais requer que, em Portugal, o médico respeite a vontade do doente ou de seu representante legal, seus valores morais e crenças religiosas, reconhecendo o domínio do mesmo sobre a própria vida, exemplificado pelas Testemunhas de Jeová, bem como o respeito à sua intimidade, limitando a intromissão de outros no mundo da pessoa que estiver em tratamento. Tal como concebe a legislação portuguesa, a intervenção do médico sobre o doente só pode ser admitida se esse último a solicitar, seja intervenção médica ou cirúrgica, mesmo que tal decisão lhe ponha em risco a vida. Contudo, naturalmente, nesses pressupostos se exclui o risco iminente de morte e a autorização para o suicídio. Esse modelo, com grande aplicação clínica nos países onde a bioética mais se tem desenvolvido e resultados positivos no referente ao respeito pela dignidade da pessoa individual, parece legitimar quase que exclusivamente a prática desejada pelo doente, o que pode criar situações incoerentes tanto do ponto de vista moral quanto da prática médica.

Patrão-Neves afirma que (...) *uma doutrina centrada na hegemonia do princípio da autonomia não salvaguarda espaço para a emergência de outros valores indispensáveis para a realização pessoal do homem* (...) como são os de relação entre o profissional de saúde e o seu paciente, sendo principalmente nesse âmbito temático que outras teorias morais virão a se desenvolver¹³. Em paralelo, o tipo clássico da relação médico-paciente assentou durante longos anos no modelo paternalista cujas raízes se fundamentam na medicina hipocrática, representando-se por meio do princípio da beneficência como o suporte e privilégio da virtude médica.

O respeito pelo princípio da autonomia passou a conferir ao doente o direito de compartilhar com o seu médico a responsabilidade na tomada das decisões clínicas, superando-se a visão paternalista do médico na sua relação com o doente. Para Callahan, citado por Cascais¹⁴, o *movimento da autonomia* terá correspondido à necessidade de proteger os vulneráveis, dando poder aos competentes, criando maior equilíbrio entre médico e doente.

O desenvolvimento da investigação biomédica e tecnológica, bem como a aplicação de biotecnologias ao homem no domínio das ciências médicas, permitiram a transformação de doenças fatais em crônicas, o que também alterou o relacionamento classicamente paternalista do médico com o seu doente. Esse binômio relacional para o qual contribuíram igualmente a divulgação científica e a opinião pública tomou novas características, aceitando o médico como corolário da autonomia o consentimento informado (ou livre e esclarecido),

pilar estrutural da dignidade da pessoa doente e do seu direito à autorrealização individual. Assim, o princípio da autonomia passou a ser atribuído de modo geral ao doente e o da beneficência ao médico, sendo o da justiça postulado por terceiros para além dos diretamente interessados (doente, médico ou outros profissionais de saúde) – a exemplo das sociedades criadas para a defesa dos direitos dos doentes, cujas atividades e reclamações exercem influência notável na opinião pública¹⁵.

Apesar da reivindicação da autonomia do doente ser mais presente nos países cuja tradição bioética é prática comum, o paternalismo médico parece manter-se institucionalizado em Portugal, principalmente nas consultas dos serviços hospitalares de certas especialidades mais demandadas, nas quais a relação procura/oferta é desequilibrada. Esses serviços, muito solicitados pela população, dos quais a oftalmologia é exemplo, revelam-se aqueles nos quais o aspecto educativo, de que a informação clínica deve-se revestir, nem sempre está presente.

Adicionalmente, considerando-se as profundas injustiças sociais que se aprofundam na nossa sociedade, onde diferenças culturais, económicas e até linguísticas resultantes da imigração crescente em Portugal são uma realidade, a prática do respeito pela autonomia torna-se por vezes antagónica da própria beneficência, podendo por si só influenciar as decisões éticas que coloquem em questão a dignidade da pessoa humana, a qual deverá ser preservada como valor bioético essencial. O próprio ambiente hospitalar torna restrito o entendimento das indicações médicas na

maioria das situações. Impessoal e limitador, o hospital suprime a presença de familiares, os quais têm se revelado capazes de contribuir para uma melhor recepção da comunicação/informação clínica pelos doentes que são, em quantidade significativa, idosos e iletrados.

O desenvolvimento tecnológico pode igualmente distanciar o médico do seu doente, levando ainda a que se estabeleçam problemas de justiça na distribuição dos recursos econômicos para a saúde, pela menor acessibilidade dos doentes de menores recursos ou de maior debilidade. O surgimento das equipes multidisciplinares permite a dissolução da responsabilidade do médico no compromisso com o doente, limitando a confidencialidade, o que poderá, em última análise, levar à desumanização do próprio ato médico, justificando-se então, nessas circunstâncias, o paternalismo médico como forma de beneficiar o paciente.

A autonomia não pode ser encarada como princípio *absoluto* de aplicação bioética, obrigando à necessidade de reflexão. Ao contrário, deve ser encarada como um princípio relativo que se procura desenvolver, considerando a especificidade de cada caso. Entendemos que a autonomia é um princípio relativo, exercida de maneira a contemplar o contexto e a situação do momento da decisão. O respeito associa-se à liberdade do doente e à consideração por suas decisões, se verdadeiramente autônomas e livres. Além do mais, a autonomia sofre a influência da personalidade na capacidade de decisão, tanto de caráter genético como dependente da existência de doenças associadas, crônicas ou agudas, traumas

físicos/psíquicos, situações culturais ou econômicas, mas vistas segundo uma perspectiva capaz de encarar o ser humano como independente do julgamento de terceiros.

Desse modo, qualquer um de nós poderá sentir a importância de exercer algum tipo de autodeterminação sobre nossa saúde. Apesar de as influências religiosas, culturais ou mesmo uma patologia incapacitante constituírem obstáculos à autonomia, a verdade é que cada um de nós, em qualquer situação, obedece às mais variadas influências sobre a própria conduta e por isso, considerando a realidade individual, a autonomia deverá ser entendida como um princípio a desenvolver – e por esse motivo tomada como um princípio relativo.

A rejeição da importância do princípio da autonomia em termos absolutos poderá parecer uma negação à cultura dos direitos humanos. Não se pode esquecer, no entanto, o modelo de beneficência e do paternalismo tradicional nas situações em que o doente, como agente moral, se sinta incapaz de decidir qual o melhor para a sua saúde, sendo indispensável que a decisão médica reflita sempre sobre o seu melhor interesse.

Por seu turno, em face do principialismo clássico, também o pensamento europeu se coloca numa posição diferente, sendo mais marcadamente humanista e de alcance comunitarista, visando contribuir fundamentalmente para o bem comum e não tanto para o bem individual. De acordo com Patrão-Neves, *a preocupação anglo-americana estará mais dirigida para os microproblemas que afetam os indi-*

víduos, enquanto na Europa Ocidental se atende preferencialmente a macroproblemas, que afetam as relações entre as pessoas e as comunidades em que estas se inserem ¹⁶.

K. Danner Clouser e Bernard Gert, em *A critique of principlism* ¹⁷, apresentam grandes críticas à formulação clássica dessa teoria, considerando os quatro princípios profundamente instrumentais. Estabelecem as dez regras de não fazer mal, para que a bioética deixe de ser um código puramente normativo, devendo reger-se por formas de atuação mais criativas, capazes de ultrapassar um mero principlismo puro e cego. A obediência a tais regras sem violar o princípio da autonomia contribuiria para a formação do novo tipo de profissional de saúde.

A utilização do principlismo adaptado a novas realidades serve, no entanto, de orientação para decisões criteriosas, sendo um modelo deontológico no qual a existência dos quatro princípios morais para aplicação no domínio da medicina e cuidados de saúde volta-se a contribuir para a promoção das relações entre profissionais de saúde e pacientes ¹⁶. Outro argumento pertinente encara a inclusão da autonomia na relação médico-paciente como fator de ordem técnica, afirmando que *o reconhecimento da autonomia do paciente é um corolário da crise do paternalismo (...) tratando-se antes de uma questão de ordem técnica* ¹⁸.

O princípio da autonomia exprime o fato de que para resolver disputas morais numa sociedade secular e pluralista terá de haver acordo entre os participantes nas disputas. Em medici-

na essa disputa entre o médico e o doente, objetivando que esse consinta ou recuse as atitudes propostas pelo clínico, só pode derivar desse acordo designado por autonomia, que inclui a permissão expressa do paciente, consubstanciada no consentimento informado (ou livre e esclarecido). Contudo, a intervenção do médico sobre o doente ou, tomando-se uma perspectiva mais ampla, do profissional de saúde sobre o paciente, em geral não pode legitimar toda a prática médica desejada pelo doente, como no tocante ao iminente risco de morte, frente ao qual se faz obrigatória a atuação do médico na tentativa de preservação da vida. O que deve sempre existir é a procura por uma decisão contextual, em conjunto, procurando-se respeitar as convicções do paciente a partir de uma lógica beneficente, utilitarista e ética.

Nossa experiência hospitalar em Lisboa levou a considerar esse local como privilegiado para colocar questões dilemáticas no campo da bioética, haja vista que o glaucoma, uma das principais causas de cegueira no mundo *dito* civilizado¹⁹, é patologia incapacitante que desafia a prática profissional. Se precocemente detectada, pode ser em parte controlada, mediante terapêuticas às quais os doentes deverão aderir. Para isso, torna-se indispensável um esclarecimento adequado e essa comunicação depende da característica da relação médico-paciente e do modo como a informação é fornecida – aqui se coloca igualmente a questão da verdade a transmitir.

O recurso a exames complementares cada vez mais sofisticados permite o diagnóstico precoce, os quais, no entanto, parecem reduzir o

doente à condição de objeto, alvo de uma bateria de resultados analíticos. Nesse contexto, revela-se importante a personalização da relação médico-paciente e o esclarecimento adequado para que o entendimento da necessidade de tais exames e adesão à terapêutica (dentre os quais se inclui a própria intervenção cirúrgica) sejam interiorizados pelo doente. Esse, uma vez informado e esclarecido, poderá consentir numa intervenção cirúrgica destinada a preservar apenas uma visão muito restrita.

Mas não basta assumir esses direitos como consignados na Constituição da República Portuguesa e na *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*, com repercussão legal em caso de descumprimento, tal como prescrevem o artigo 8º: *direito de aceitar ou recusar o consentimento*; o artigo 5º: *direito à informação*; e o artigo 6º: *direito ao conhecimento sobre a sua saúde* ⁴. É necessário conhecê-los e assumi-los na prática clínica. Os casos de idosos e de crianças com glaucoma congênito ou juvenil sobrepõem à questão do respeito à autonomia o problema da vulnerabilidade, dos incapazes para assumir em pleno o direito da autonomia, o que acrescenta mais uma perspectiva para reflexão no campo da bioética.

Método

A pesquisa cujos resultados são apresentados neste trabalho foi empreendida para a produção de dissertação de mestrado em Bioética, pelo Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, Portugal. Com esse objetivo, foi realizado um estudo transversal de amostra representativa de médicos que traba-

llham em um hospital de nível terciário, instituição pública de saúde naquela cidade. Os 42 médicos que aceitaram participar foram escolhidos aleatoriamente dentre o universo de 80 profissionais que compõem o quadro do serviço de oftalmologia da instituição, cujas idades variavam entre 25-70 anos. Constituíram critérios de inclusão na pesquisa a licenciatura em Medicina, ter estado inserido numa consulta de glaucoma e a disponibilidade para responder ao inquérito. O período de levantamento de dados teve a duração de três meses, durante o ano de 2004.

Realizou-se um levantamento de tipo quantitativo, por meio de questionário contendo dez perguntas, aplicado por entrevista presencial. O instrumento foi criado pela primeira autora deste artigo, sob orientação da segunda e validado por dois *experts* em bioética, orientadores do mestrado, o professor dr. João Ribeiro da Silva, à época diretor do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, e a professora dra. Heloisa Santos, geneticista e docente do mestrado em Bioética na mesma instituição.

Conforme prescrito nas normas vigentes em Portugal, foi solicitada autorização a cada entrevistado para a utilização de suas informações, garantidos o anonimato e confidencialidade dos dados. Foi explicado aos participantes o objetivo do estudo e feito o convite para participação. Além disso, foi solicitada por escrito – e concedida – a autorização da administração do hospital onde o estudo foi realizado, bem como do diretor do setor de oftalmologia, em documento onde constam os objetivos e critérios que basearam a seleção da amostra.

A amostra selecionada na consulta de glaucoma foi distribuída por três grupos de acordo com a idade: Grupo 1, de 25 a 39; Grupo 2, de 40 a 54; e Grupo 3, de 55 a 70 anos. Tal estratificação visava detectar diferenças nas concepções dos profissionais, consideradas na hipótese do estudo como decorrentes da formação profissional e das transformações da prática médica durante o período compreendido pelo intervalo etário.

As respostas constituíram o material de análise, realizada por análise descritiva e comparativa de todas as variáveis nos três grupos, sendo apresentada a frequência absoluta e relativa para as variáveis categoriais, a média, a mediana, o desvio padrão, bem como as máximas e os mínimos para as variáveis numéricas relativas à idade. O tratamento estatístico dos dados foi efetuado pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), utilizando o teste de Pearson χ^2 (qui-quadrado), que trabalha percentagens e não médias. Para verificar a existência de diferenças estatísticas entre as variáveis categoriais foram calculados os intervalos de confiança a 95% para as variáveis numéricas (idade) e ordinal (sexo), em relação às quais foi efetuada uma análise estatística descritiva. Foi realizado um estudo estatístico não paramétrico, considerando-se que a distribuição da amostra por idades não obedeceu a uma curva normal.

Resultados

Dos inquéritos realizados verificou-se a distribuição normal, com uma população equili-

brada, baseada na escolha aleatória dos elementos dos grupos. Na representação das características demográficas da amostra existe no Grupo 3 a predominância do sexo masculino, havendo nos dois outros grupos um equilíbrio entre os sexos. A relação da média de idades por grupo foi de 30,7 anos para o Grupo 1; 49,1 para o Grupo 2 e 60,7 para o Grupo 3. Ao se comparar os três grupos entre si (χ^2) constata-se haver diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com o teste não paramétrico realizado (frequências a %), relativamente às seguintes indagações: 1) Como recebe o doente depois desse ouvir a opinião [de outro profissional]?; 2) Atitude no esclarecimento do doente; 3) Como reage em face da recusa terapêutica?; 4) Teve aulas de deontologia médica?

No primeiro conjunto de respostas, referente à questão III ($p = 0,029$), os médicos pertencentes ao Grupo 1 afirmam que a boa receptividade dependerá de o médico ser ou não informado. Os do Grupo 2, pelo contrário, recebem bem essa atitude e os do Grupo 3 aceitam mal o recurso à segunda opinião, afirmando que mesmo aceitando o doente consideram ter havido quebra de confiança ao procurar uma segunda opinião profissional sobre o problema de saúde. O segundo conjunto de respostas refere-se à questão VII ($p = 0,030$), ou seja, à atitude no esclarecimento do doente. Para o Grupo 1 tal atitude faz parte de um método de trabalho como qualquer outro; para o Grupo 2 é essencialmente uma questão de respeito pelo doente; para o Grupo 3 esse procedimento é encarado como uma questão de educação.

Tabela 1. Grupo 1 – Atitude de esclarecimento do doente na relação médico-paciente

Validade	Frequência	%	Validade percentual	Percentual cumulativo
É uma questão de respeito e consideração pelo doente	2	14,3	14,3	14,3
É um método de trabalho como qualquer ato médico	11	78,6	78,6	92,9
Todas as anteriores	1	7,1	7,1	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Tabela 2. Grupo 2 – Atitude de esclarecimento do doente na relação médico-paciente

Validade	Frequência	%	Validade percentual	Percentual cumulativo
Faz parte do carácter do médico	1	6,7	6,7	6,7
É uma questão de respeito e consideração pelo doente	4	26,7	26,7	33,3
É um método de trabalho como qualquer ato médico	6	40,0	40,0	73,3
Todas as anteriores	3	20,0	20,0	93,3
As duas primeiras hipóteses	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Tabela 3. Grupo 3 – Atitude de esclarecimento do doente na relação médico-paciente

Validade	Frequência	%	Validade percentual	Percentual cumulativo
Faz parte do carácter do médico	3	23,1	23,1	23,1
É uma questão de educação	2	15,4	15,4	38,5
É uma questão de respeito e consideração pelo doente	1	7,7	7,7	46,2
É um método de trabalho como qualquer ato médico	3	23,1	23,1	69,2
Todas as anteriores	1	7,7	7,7	76,9
As duas primeiras hipóteses	3	23,1	23,1	100,0
Total	13	100,0	100,0	

No tocante à questão VIII ($p=0,005$), que diz respeito a como o médico reage frente à recusa do doente à terapêutica, o Grupo 1 esclarece sobre os riscos da recusa; o Grupo 2 reage bem, mas esclarece sobre os riscos da recusa; e o Grupo 3 reage mal e tenta convencer o doente a obedecer à indicação médica.

Tabela 4. Grupo 1– Como reage à recusa terapêutica pelo doente?

Validade	Frequência	%	Validade percentual	Percentual cumulativo
Bem	4	28,6	28,6	28,6
Tenta convencê-lo de que está errado e deve obedecer ao médico	3	21,4	21,4	50,0
Esclarece-o sobre os riscos da recusa	7	50,0	50,0	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Tabela 5. Grupo 2 – Como reage à recusa terapêutica pelo doente?

Validade	Frequência	%	Validade percentual	Percentual cumulativo
Bem	6	40,0	40,0	40,0
Mal, rejeita observá-lo	2	13,3	13,3	53,3
Tenta convencê-lo de que está errado e deve obedecer ao médico	2	13,3	13,3	66,7
Esclarece-o sobre os riscos da recusa	5	33,3	33,3	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Tabela 6. Grupo 3 – Como reage à recusa terapêutica pelo doente?

Validade	Frequência	%	Validade percentual	Percentual cumulativo
Bem	1	7,7	7,7	7,7
Mal, rejeita observá-lo	7	53,8	53,8	61,5
Tenta convencê-lo de que está errado e deve obedecer ao médico	4	30,8	30,8	92,3
Considera-o autônomo e dono de sua decisão	1	7,7	7,7	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Por fim, no último grupo de respostas foi constatada uma diferença estatisticamente significativa na questão IX ($p=0,013$): o Grupo 1 afirma ter tido aulas de bioética ou deontologia médica na sua formação durante o curso de medicina; o Grupo 2 refere não ter tido frequência ou contato com as referidas aulas, mas debates sobre temas relacionados à relação médico-paciente; e o Grupo 3 afirma que não teve aulas de deontologia, embora tenha tido contato com o assunto nas aulas de medicina legal. Na comparação entre grupos verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos 1 e 3, isto é, respectivamente, nos médicos com até 39 anos e nos com idade superior a 55 ($p<0,05$), relacionadas às seguintes questões: Va- Como deve ser feito o consentimento informado?; Vb- Por que assinar o documento?; VII- Ati-

tude no esclarecimento do doente; VIII- Como reage à recusa terapêutica?; IX- Teve aulas de deontologia médica?

No que tange à questão Va ($p=0,034$), os médicos do Grupo 1 consideravam que o documento destinado a obter o consentimento do doente deveria incluir uma *informação completa*, a mais completa possível, incluindo todas as complicações que pudessem advir, enquanto para o Grupo 3 o *acordo verbal* foi a opção selecionada. No que diz respeito à questão Vb ($p=0,025$), referente ao motivo para assinar o documento, a resposta que em termos percentuais obteve maiores resultados ocorreu no Grupo 1, a *medicina defensiva*, seguida de imediato *para salvaguarda de ambas as partes*, enquanto que no Grupo 3 domina a *mera formalidade e por ser o mais correto*.

Tabela 7. Grupo 1 – Por que o doente deverá assinar um documento?

Validade	Frequência	%	Validade percentual	Percentual cumulativo
Por mera formalidade	2	14,3	14,3	14,3
Medicina defensiva e proteção para o técnico	5	35,7	35,7	50,0
Para salvaguarda de ambas as partes	7	50,0	50,0	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Tabela 8. Grupo 3 – Por que o doente deverá assinar um documento?

Validade	Frequência	%	Validade percentual	Percentual cumulativo
Por mera formalidade	5	38,5	38,5	38,5
Por ser o mais correto	4	30,8	30,8	69,2
Medicina defensiva e proteção para o técnico	2	15,4	15,4	84,6
Para salvaguarda de ambas as partes	2	15,4	15,4	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Quanto à questão VII ($p=0,024$), houve no Grupo 1 manifesta adesão à resposta que considera a atitude de esclarecimento ao doente como metodologia profissional de praxe, enquanto no Grupo 3 foi considerada como manifestação de boa educação ou relacionada ao caráter do médico. Em resposta à questão VIII ($p=0,002$), os médicos do Grupo 1 esclarecem o doente de modo protocolar sobre os riscos da recusa à terapêutica. Em contrapartida, a mesma atitude do doente é mal aceita pelos médicos do Grupo 3.

As aulas de deontologia médica, pertinentes à questão IX ($p=0,012$), foram uma constante nos médicos do Grupo 1, contrariamente aos do Grupo 3, que não as tiveram ou apenas as frequentaram em disciplinas específicas – como a medicina legal, por exemplo. O Grupo 2 parece, assim, localizar-se entre os dois outros. Mas existe, para além dos resultados estatisticamente significativos na comparação entre os três grupos, alguns itens que consideramos dignos de nota e que podem conter um caráter indicativo.

A maneira como o médico informa o doente sobre sua situação clínica (questão IV) não apresentou resultados estatisticamente significativos entre o Grupo 1 e os demais, quando comparados dois a dois. Na análise da distribuição gráfica das respostas é possível constatar uma inversão nas opções escolhidas como de tipo *informal choice* no grupo de médicos mais jovens, inexistente no Grupo 3. No Grupo 2 existe maior percentagem de respostas em que o médico apresenta a proposta que acha adequada, discutindo-a com o doente em busca da melhor solução – o qual decide. Com relação a essa questão, os grupos 1 e 2 apresentam uma inversão entre as respostas 1 e 6: no Grupo 1 a opção ‘atitude *informal choice*’ (resposta 6) aumenta percentualmente, mas as respostas 1 e 2 são escassas no Grupo 2, que apresenta maior percentagem de respostas com proposta terapêutica feita pelo médico (resposta 5) e discutida em conjunto com o doente, que finalmente decide. Numa amostra hipotética mais ampla acreditamos que podem ser obtidos resultados estatisticamente significativos com relação a esse item.

Tabela 9. Grupo 1 – De que maneira informa o doente ante uma situação clínica?

Validade	Frequência	%	Validade percentual	Percentual cumulativo
Sucintamente	1	7,1	7,1	7,1
O indispensável	2	14,3	14,3	21,4
Propõe terapêutica, informa, discute e o doente decide	7	50,0	50,0	71,4
Atitude <i>informal choice</i>	4	28,6	28,6	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Tabela 10. Grupo 2 – De que maneira informa o doente ante uma situação clínica?

Validade	Frequência	%	Validade percentual	Percentual cumulativo
Sucintamente	2	13,3	13,3	13,3
O indispensável	3	20,0	20,0	33,3
Propõe terapêutica, informa, discute e o doente decide	9	60,0	60,0	93,3
Atitude <i>informal choice</i>	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Tabela 11. Grupo 3 – De que maneira informa o doente ante uma situação clínica?

Validade	Frequência	%	Validade percentual	Percentual cumulativo
Sucintamente	4	30,8	30,8	30,8
O indispensável	2	15,4	15,4	46,2
Propõe terapêutica, informa, discute e o doente decide	7	53,8	53,8	100,0
Atitude <i>informal choice</i>	0	0	0	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Discussão

A expansão da bioética consegue abarcar os dilemas éticos mais característicos das sociedades modernas, dentre os quais se incluem os de foro médico. A antiga ética hipocrática em que o médico é *quem sabe* foi sendo substituída por outras concepções, atitudes ou normas, com mais e diferentes princípios, capazes de dar início à bioética moderna. A combinação da atenção da mídia com o interesse público também fez da bioética uma disciplina para a política, que se sente obrigada a criar estatutos de defesa do doente e seus direitos. A bioética contemporânea acompanha a evolução da profissão médica há gera-

ções – período em que o médico sempre enfrentou questões sobre o *bom* para os doentes. Dadas as interrogações suscitadas pelas novas tecnologias diagnósticas e modernas intervenções terapêuticas, hoje essas perguntas podem ameaçar a confiança da relação médico-paciente.

Os resultados deste estudo reforçam a ideia de que as atitudes dos médicos têm acompanhado idêntica evolução. No âmbito da oftalmologia escolhemos uma área de atividade médica de maior vulnerabilidade, como o glaucoma, doença socialmente encarada como estigma. Verificamos que os três grupos de médicos investigados evidenciam diferentes modos de

encarar a autonomia do doente glaucomatoso, constituindo três conjuntos socioprofissionais distintos.

Hoje, com todas as pressões econômicas sofridas pelas instituições, os médicos estão conscientes das expectativas dos doentes e das dificuldades para praticar eticamente a medicina. Grande parte da bioética contemporânea partiu de exemplos com implicações legais, daí ser necessário compreender o enquadramento legal da bioética com respeito à prática médica, pois é a ignorância médica que leva algumas decisões médicas aos tribunais. Uma nova cultura no desenvolvimento da relação clínica, exigindo maior respeito para com o direito das pessoas à sua autonomia, está inscrita no atual comportamento da classe médica, consubstanciada no assumir o consentimento informado (ou livre e esclarecido) como símbolo garantidor dessa autonomia moral do doente. Mas, mesmo assim, o respeito pelo princípio da autonomia não está isento de dificuldades.

O novo campo de reflexão e ação da bioética buscará responder a essas dificuldades, constituindo este documento uma apreciação de sensibilidades. Encaramos os resultados como uma ecografia das atitudes e da personalidade social de cada um dos grupos estudados, conforme ficou estatisticamente demonstrado. A evolução da ética reflete-se nas três faixas etárias dos médicos avaliados, variável que permite comparar três épocas e grupos de homens e mulheres, com formação e sob influências diferenciadas, traduzidas em um perfil nas respostas encontradas.

No Grupo 1 dominou o modelo de atuação de tipo *escolha independente*, no qual o papel do médico implica em expor ao doente todos os fatos e alternativas de modo isento, atuando em conformidade com as suas decisões: o esclarecimento ao doente é um *método de trabalho*.

Os médicos do Grupo 2 incluem-se no modelo de *autonomia melhorada*²⁰, no qual o diálogo médico-paciente é encorajado, bem como a troca de ideias e conhecimento. Não há atitude padronizada, mas adequação caso a caso, ao encontro das expectativas do doente: o ato de *esclarecimento* ao doente tem o papel de *respeito* pelo doente, fomentando a orientação e a gestão de eventuais desacordos. Favorece o direito à segunda opinião.

Os profissionais do Grupo 3, ante os direitos à informação, a pedir outra opinião, à recusa terapêutica e ao consentimento informado (ou livre e esclarecido), revelaram fragilidade, exprimindo a predominância hierárquica entre o médico e o doente: o *ato de esclarecimento ao doente* depende do caráter do técnico, que esclarece o essencial por questão de cortesia. Esse modelo de *informação paternalista* é centrado no médico, conferindo-lhe o papel de guardião da saúde do doente, que pode dar-lhe as informações que entender serem necessárias.

Considerações finais

Do exposto ficam algumas reflexões: o princípio da autonomia sobrepõe-se hoje ao tradicional paternalismo médico, cujas virtualidades recomeçam a ser reconhecidas, após terem

sido consideradas quase um anátema moral. Ele significa independência em relação a controles externos e atuação segundo escolha própria. O respeito pelo princípio da autonomia é uma realidade da prática médica atual, que decorre da doutrina de respeito pela dignidade humana, a qual recusa a utilização do homem como simples meio.

Para atingir o objetivo da autonomia possível faz-se necessária a comunicação entre médicos de várias formações pedagógicas e cognitivas, pois da simbiose de diversas concepções e formas de entendimento resultará, porventura, uma verdadeira práxis ética. Sugerimos amplo

debate para a definição normativa do profissionalismo médico, no qual todos participem apoiados em seu conhecimento específico, para que os interesses econômicos e políticos não se sobreponham à prática médica ética, melhorando, assim, a atmosfera ética nas instituições. Lembramos à conclusão que as contribuições filosóficas para a reflexão ética se fundamentaram nos princípios da *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, transcritos em todas as línguas do mundo, em colunas dispersas numa rua de Nuremberg, justamente para nos recordar que tais princípios resultantes dos movimentos de defesa dos direitos humanos deverão integrar a cultura básica do ser humano.

Resumen

Actitud médica y autonomía del paciente vulnerable

Este artículo presenta los resultados de la búsqueda involucrando la muestra de 42 médicos del sector de oftalmología de un hospital terciario en Portugal. Se realizaron cuestionarios con 10 preguntas, destinado a evaluar las actitudes de tres grupos de médicos de edades y formaciones pedagógicas diferentes, en relación a la autonomía del paciente glaucomatoso. Los resultados fueron analizados indicando la correlación descriptiva a través del test de Pearson χ^2 . Se aprecian tres actitudes diferentes con significado estadístico (valor de $p < 0,05$), considerando así la existencia de tres personalidades médicas, correspondientes al grupo etario. La formalización de la práctica médica a medida que la edad disminuye (medicina defensiva), caracterizando al grupo 1. El respeto por el enfermo dominó en el grupo 2. Ha prevalecido en el grupo tres la tendencia para la medicina paternalista, donde las informaciones al paciente son resultado de la educación y el carácter del médico. Concluyendo, la conducta de los médicos evidencia el momento en que iniciaron y desarrollaron su profesión, la cultura médica y su formación en bioética.

Palabras-clave: Autonomía profesional. Autonomía personal. Bioética. Oftalmología. Glaucoma.

Abstract

Medical attitude and vulnerable patient's autonomy

This article presents the results of a research done involving samples of 42 doctors from an ophthalmology's service of a tertiary Hospital in Portugal. An inquiry with ten questions was applied, in order to evaluate three groups of doctors with different ages and pedagogical background, regarding the autonomy of the patient with glaucoma. The information was analyzed indicating the descriptive correlation, using the test of Pearson χ^2 . The results show three different medical attitudes, with different statistical meaning (value of $p < 0,05$), allowing to consider the existence of three doctor's patterns, regarding their age group. The formalization of medical practices at younger age (defensive medicine) characterized the first Group. The respect for the patient is a characteristic of the second Group. Paternalist medicine remains evident in the third Group, where the elucidation depends of the doctor's education and character. It conclude that the attitude of the doctors is influenced by the time they started and developed their medical activity, the predominant medical's culture and the bioethics' information.

Key words: Professional autonomy. Personal autonomy. Bioethics. Ophthalmology. Glaucoma.

Referências

1. Lobo Antunes J. O profissionalismo médico: memória de Nova Iorque e outros ensaios. Lisboa: Gradiva; 2002. p. 236.
2. Savater F. Escolher a educação cívica: a coragem de escolher. Lisboa: D.Quixote; 2004. p.135.
3. Canivez P. Éduquer le citoyen. Paris: Hatier; 1995.
4. Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde. Carta dos direitos e deveres dos doentes. [online]. [acessado 2010 Abr 1]. Disponível: <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAA>.
5. Cabral R. Os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. In: Archer L, Biscaia J, Osswald W. Bioética. Lisboa: Verbo; 1996.
6. Schramm FR. A autonomia difícil. Bioética 1998;6(1): 27-38.
7. Segre M, Silva FL, Schramm FR. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. Bioética 1998;6(1): 15-23.
8. Soromenho-Marques V. Fundamentação da metafísica dos costumes Kant. Porto: Porto Editora; 1999. p. 70.
9. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. 4th ed. New York: Oxford University Press; 1994.

10. Sgreccia E. Manual de bioética I: fundamentos e ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002. p.167.
11. Ferraz FC. A questão da autonomia e a bioética. *Bioética* 2001;9(1): 73-81.
12. Unesco. Universal declaration on bioethics and human rights. [online]. 2005 [acesso 10 Abr 2009]. Disponível: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180Epdf>.
13. Patrão-Neves MC. A teorização da bioética: comissões de ética, das bases teóricas à actividade quotidiana. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2002. p.455-60.
14. Cascais AF. Genealogia, âmbito e objeto da bioética em Portugal.[online].Lisboa; 2002 [acesso 14 Abr 2010]. p.59-69. Disponível: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/cascais-antonio-genealogia-bio.pdf>.
15. Lopes HJS. Dos modelos de análise bioética, da pedagogia dos valores ao ensino da ética e de comunicação relacional. Lisboa: Almandina; 2001. p.58-63.
16. Patrão-Neves MC. A bioética e a sua exigência de fundamentação: contributos para a bioética em Portugal. Lisboa: Edições Cosmos; 2002. p.137-59.
17. Clouser KD, Gert B. A critique of principlism. *Journal of Medicine and Philosophy* 1990;15:219-36.
18. Cascais AF. Op.cit. p. 47.
19. Négrel AD. Cécité et glaucome. In: *Pression oculaire et glaucome debutant: question d'actualité: attitudes pratiques*. Symposium de Paris; October 1992. Paris, Comité de Lutte contre le Glaucome, 1992; 17-27.
20. Groopman JE et al. Como partilhar a tomada de decisões com os doentes. *Patient Care* 2001;6(64): 35-49.

Recebido: 25.9.2009

Aprovado: 26.3.2010

Aprovação final: 7.4.2010

Contatos

Leonor Duarte Almeida – leonorduartealmeida@gmail.com

Maria do Céu Machado – machadomariaceu@gmail.com

Leonor Duarte Almeida – Av. Manuel da Maia 42, 4º dto 1000-203. Lisboa, Portugal.