

A ética em Medicina Geral e Familiar

JOSÉ AUGUSTO RODRIGUES SIMÕES*

Depois de Hipócrates, a moral na prestação de cuidados de saúde, limitou-se a algumas regras simples, ainda que inconscientemente, respeitadas: a generosidade, a compaixão, a dedicação e a abnegação. As infracções não eram invulgares, mas as regras morais transmitidas de geração em geração. A revolução científica do século XX fez desvanecer a moral como único conceito a seguir, fazendo renascer um outro mais abrangente: a ética.

A ética, tal como surgiu pela mão de Aristóteles exige uma reflexão crítica sobre os comportamentos e um maior e melhor respeito pela individualidade humana.¹ Manter uma relação ética com os outros é estar sempre disposto a conceder-lhes a palavra e a pôr em palavras o que exigimos deles, o que oferecemos ou o que neles é passível de crítica.² A ética não é uma disposição inata nem um impulso espontâneo, mas sim uma conquista. Não pretende ser uma descrição positiva do comportamento, mas propõe um ideal. Na prática diária da Medicina Geral e Familiar cada um dos nossos doentes convidamos a uma relação interpessoal única, distinta de outro, mais ou menos difícil e intensa.

Dada a quantidade de consultas que temos diariamente reconhecemos a necessidade de reflectir, aprender e manejar alguns conceitos éticos básicos. O conhecimento da ética não nos obriga a actuar eticamente, mas estimula a reflexão, permite emitir juízos de valor mais correctos, aumenta a sensibilidade para detectar problemas morais e melhora a capacidade para tomar de-

cisões.³ A ética é uma disciplina de carácter prático que pretende guiar a acção humana com um sentido racional.⁴

Existem textos base que todo o médico deve conhecer: o Juramento de Hipócrates, a Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU 1948), a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (1964, Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000), a Declaração sobre os Direitos do Doente da Associação Médica Mundial (Lisboa 1981 e Bali 1995), a Declaração de Genebra (1993), a Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina (Conselho da Europa, 1996) e o Código de Ética e Deontologia da Ordem dos Médicos.

Nem em Medicina nem em Bioética é possível decidir com absoluta certeza. Chegamos apenas ao mais provável. Cabe actuar com prudência. Devemos aprender a tomar decisões incertas, mas racionais. Os médicos de família, devem evoluir de uma atitude paternalista, que é a tradicional, para uma postura que respeite o doente como pessoa livre, com base nos princípios éticos implicados na relação médico-doente.⁵

O conjunto de princípios idealizados por Beauchamp e Childress⁶ respeito pela autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, a que se adicionou a vulnerabilidade, consagrada por Kemp e Rendtorff⁷ trouxe um referencial de importância considerável para a Bioética. Não sendo tidos como absolutos, estes princípios são aceites como orientadores da decisão em questões éticas na prática clínica.

*Médico de Família na Unidade de Saúde Familiar Marquês de Marialva, Cantanhede
Mestre em Bioética, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Autonomia – respeito pela legítima autonomia das pessoas, pelas suas escolhas e decisões que sejam verdadeiramente autónomas e livres (sem qualquer tipo de coacção externa).

Beneficência – promover positivamente o bem do doente.

Não maleficência «*Primum non nocere*» – ter sempre em mente a obrigação de não fazer mal a outrem (não prejudicar o doente).

Justiça – considerar que todos os Homens são iguais em direitos e na justa distribuição de recursos da sociedade (cuidados de saúde).

Vulnerabilidade – constatar que algumas pessoas (deficientes mentais, doentes idosos, crianças, etc.) estão particularmente fragilizadas ao ponto da sua integridade física ou psicológica estar ameaçada.

Beauchamp e Childress⁶ referiram que só examinando os princípios éticos, e determinando em que medida esses princípios se aplicam individualmente, podemos ter uma verdadeira resolução dos problemas.

De acordo com estes autores a decisão em ética clínica é casuística e pode depender do problema em si mesmo, das suas características médicas, dos factores humanos, valores em jogo e prioridades entre eles, dos conflitos originados e dos critérios empregues.

E as decisões podem ser tomadas segundo as consequências originadas por cada caso, os princípios éticos, os diferentes procedimentos que tenham em conta as máximas morais que condensam a sabedoria prática, os hábitos (virtudes) e atitudes (carácter) que deve possuir e usar um bom médico (benevolência, veracidade, respeito, equidade, amizade, discrição, honestidade...)³

A prática da Medicina Geral e Familiar está envolta numa variedade de aspectos éticos. No entanto, ao contrário dos dramáticos dilemas de conflito ético, envolvendo frequentemente a alta tecnologia, nomeadamente nos cuidados intensivos, os problemas éticos nos

Cuidados de Saúde Primários são mais subtis, contudo não menos complexos. Estes problemas assumem muitas formas. Por exemplo, há problemas éticos relacionados com a medicina preventiva, com o pedido de tratamentos e testes, com o pedido de privilégios e isenções, com a privacidade e confidencialidade da prática do médico de família e nas relações inter profissionais. Além disso, os aspectos particulares de cada situação concreta podem levantar problemas na prática clínica, sendo difícil em muitos destes casos determinar *a priori* a eticidade da acção concreta. Tal pode produzir confusão nos pacientes, nos seus familiares e amigos.

Na realidade, os problemas éticos são comuns nos cuidados de saúde primários. Num estudo envolvendo a prática de ambulatório, Connelly e DalleMura⁸ verificaram que 21% das consultas envolveram problemas éticos. Nesta investigação os problemas éticos mais comuns para os pacientes foram os custos dos cuidados (11,1%), os factores psicológicos que influenciaram as preferências (9,6%), a competência e capacidade para escolher (7,1%), a recusa de tratamento (6,4%) e a falta de consentimento informado (5,7%). Estes problemas foram diferentes dos referidos por Lo e Schroeder⁹ que classificaram os problemas éticos enfrentados por um paciente internado num serviço hospitalar. Analisando esses problemas éticos, que merecem uma frequente atenção na literatura médica, Lo e Schroeder verificaram que a maioria dos problemas enfrentados pelo paciente internado estão relacionados com o atraso de testes e/ou procedimentos (30%), com o consentimento informado (25%), e o saber a verdade sobre a sua situação clínica (20%). Estudos relacionados com aspectos éticos em cuidados de saúde primários sugerem que são diferentes os problemas aí encontrados quando comparados com os dos cuidados hospitalares, contudo é difícil de in-

interpretar estes dados por causa da sua baixa casuística^{10,11}. Além disso, os dados destes estudos já têm mais de duas décadas, o que é de especial relevância dadas as marcadas mudanças entretanto ocorridas.

Embora a verdadeira prevalência e variedade de problemas éticos em Medicina Geral e Familiar sejam desconhecidas, os dados sugerem que os aspectos éticos são frequentes e diferentes dos encontrados noutros contextos.¹²⁻¹⁵

A ética não pretende ser um manual de comportamento, mas é um saber necessário e conveniente. A prudência, a maturidade de espírito, a honestidade, uma sólida formação humanística e uma atitude crítica e pensada perante os nossos actos são imprescindíveis para uma medicina eticamente válida. Com certeza não é preciso lembrar que para além de qualquer outro interesse está a saúde e o bem-estar dos nossos doentes, que nos escolheram, e ao serviço dos quais nós escolhemos livremente estar. Por conseguinte, este *dossier* é uma reflexão feita no contexto dos cuidados de saúde primários, pertinente para a prática do médico de família. Nele participaram vários Médicos de Família. A sua experiência prática permitiu-lhes desenvolver um retrato realístico destes assuntos, fazendo um trabalho sério em ética médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nogueira D. Implicações éticas no exercício da profissão. *Cadernos de Bioética* 2000; 24:75-83.
2. Lavinha A. Aspectos éticos em Medicina Geral e Familiar. in *Manual de Medicina Geral e Familiar* (CDRom Versão 0.01). Lisboa: APMCG. 2001.
3. Simões JA. O Ensino da Bioética em Medicina Geral e Familiar. *Acção Médica* 2005; 69:18-23.
4. Simões JA, Martins JC. Os médicos de família e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento. *Rev. Port. Bioética* 2007; 3:315-330.
5. Serrão D. Relações entre os profissionais de saúde e o paciente. in Neves M.C. (coord) *Comissões de Ética: das bases teóricas à actividade quotidiana*. Centro de Estudos de Bioética / Pólo Açores, 1996; 59-69.
6. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 5ª ed. New York: Oxford University Press, 2001.
7. Kemp P, Rendtorf J. *Basic Principles in Bioethics and Biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability*. Copenhagen. Draft Report of the Biomed II Project. Centre for Ethics and Law in Nature and Society. 1998.
8. Connelly JE, DalleMura S. Ethical problems in the medical office. *JAMA* 1988; 260:812-815.
9. Lo B, Schroeder SA. Frequency of ethical dilemmas in a medical inpatient service. *Arch Intern Med* 1981; 141:1062-1064.
10. Dayringer R, Paiva REA, Davidson GW. Ethical decision making by family physicians. *J Fam Pract* 1983; 17:267-272.
11. Robillard HM, High DM, Sebastian JG et al. Ethical issues in primary health care: a survey of practitioners' perceptions. *J Commun Health* 1989; 14:9-17.
12. Brody H. Transparency: informed consent in primary care. *Hasting Centers Report* 1989; sep/oct: 5-9.
13. Fetters, MD., Brody, H. The epidemiology of bioethics. *The Journal of Clinical Ethics* 1999; 10:107-15.
14. Mayer-Braunack, AJ. What makes a problem an ethical problem? An empirical perspective on the nature of ethical problems in general practice. *Journal of Medical Ethics* 2001; 27: 98-103.
15. Brody H, Tomlinson T. Ethics in primary care: setting aside common misunderstandings. *Primary Care* 1986; 13:225-240.