

Problemas éticos em Medicina Geral e Familiar*

ALBERTO PINTO HESPANHOL**

RESUMO

Dentro da Medicina, os avanços tecnológicos levantam questões profundas referentes à morte, drogas psicotrópicas, engenharia genética e tecnologias reprodutivas. Fora da Medicina, o público preocupa-se com o comportamento do profissional médico, com o papel da tecnologia nas suas vidas e com o imparável crescimento dos custos com a saúde.

Perante esta situação de crise moral a tendência actual tem sido reflectir sobre as grandes questões éticas, que arrebatam os médicos e o público em geral, como sejam a eutanásia, o aborto, a experimentação humana e a engenharia genética, correndo o risco de não entender o significado moral dos problemas mais mundanos, mas mais penetrantes, que ocorrem na prática diária do Médico de Família.

Mas existirão problemas éticos específicos na prática da Medicina Geral e Familiar? Pensamos que não, mas somos da opinião que determinados problemas éticos serão certamente mais frequentes, embora não exclusivos desta área da medicina. Esses dilemas éticos derivam das atitudes e das aptidões específicas desta profissão médica. Da definição da profissão publicada pelo Royal College of General Practitioners retiramos alguns aspectos que nos parecem, pela sua importância, merecer uma reflexão especial à luz dos princípios da ética médica: a educação para a saúde, a prevenção da doença, o conflito entre o bem-estar do indivíduo e o bem-estar da família, a função de «gatekeeper» do MF e a qualidade em saúde e finalmente a função de provedor do utente do MF e o racionamento em saúde.

Palavras-Chave: *Ética Médica; Educação para a Saúde; Qualidade; Racionamento; Clínica Geral; Medicina Familiar*

O grande número de estudos e trabalhos escritos, manuais e revistas, debates e mesas-redondas sobre Ética Médica, tanto na comunidade universitária como na médica, tanto na imprensa como em reuniões, encontros e colóquios sustentam a observação de Rennie, citado por Voochies¹, de

que a Medicina tem «não só um interesse mas uma obsessão com a ética médica».

Mas porquê este interesse cada vez maior, por parte dos médicos, pelos problemas éticos da sua actividade diária? Factores externos e internos à profissão médica contribuem de modo diferente para esta situação. Dentro da Medicina, os avanços tecnológicos levantam questões profundas referentes à morte, drogas psicotrópicas, engenharia genética e tecnologias reprodutivas. Fora da Medicina, o público preocupa-se como o comportamento do profissional médico, com o papel da tecnologia nas suas vidas e com o imparável crescimento dos

custos com a saúde.

Em relação a este aspecto particular, as mudanças constantes no financiamento da saúde e nos contratos médicos coloca-nos novas questões éticas: ao pressionar os médicos no sentido de conter os custos com os cuidados de saúde está-se-lhes a diminuir a liberdade de decidir como deve ser tratado o seu doente, já não sendo completamente transparente se o médico é somente responsável pelo seu paciente, individualmente, ou também pela instituição de saúde, como representante de uma sociedade preocupada com o aumento dos custos nesta área.

Perante esta situação de crise moral a tendência actual tem sido reflectir sobre as grandes questões éticas, que arrebatam os médicos e o público em geral, como sejam a eutanásia, o aborto, a experimentação humana e a engenharia genética, correndo o risco de não entender o significado moral dos problemas mais mundanos, mas mais penetrantes, que ocorrem na prática diária do Médico de Família (MF) e que fundamentalmente seriam, segundo Richard Addison (1989)²: «O dever de conservar os doentes vivos a qualquer custo; o seu relacionamento com os doentes terminais e seus familiares; o tratar pacientes favoritos e difíceis de modo diferente; confrontar-se com a opinião emitida por outro especialista médico sobre um doente seu, com a qual não concorda; responsabilizar-se correctamente pela saúde de doente indigentes; resolver os conflitos entre a educação para a saúde e a consulta dos seus doentes; adaptar-se às mudanças na estruturação hierárquica da relação com os outros estratos profissionais da saúde».

Mas existirão problemas éticos específicos na prática da Medicina

*Baseado em comunicação apresentada na Mesa Redonda «Ética em Cuidados Primários» das XVII Jornadas de Medicina Geral e Familiar de Coimbra, Coimbra, Outubro de 2002

** Professor Associado Convidado do Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto, Director do Centro de Saúde São João, Porto

Geral e Familiar? Pensamos que não, mas somos da opinião que determinados problemas éticos serão certamente mais frequentes, embora não exclusivos desta área da medicina. Esses dilemas éticos derivam das atitudes e das aptidões específicas desta profissão médica, as quais ainda não foram definidas homogeneamente por todos, continuando algumas ainda em mutação. Correndo contudo o risco de sobre-simplificar esta questão adoptamos como base para definição da profissão a publicada pelo *Royal College of General Practitioners* e que a seguir transcrevemos³:

«O Clínico Geral é um médico que fornece cuidados médicos pessoais, primários (essenciais) e contínuos a indivíduos e famílias. Ele pode atender os doentes nas suas casas, no seu consultório e, por vezes, no hospital. Ele aceita a responsabilidade de tomar uma decisão inicial sobre todos os problemas que o seu utente lhe possa apresentar, consultando (outros) especialistas quando achar apropriado. Ele normalmente trabalhará num grupo com outros clínicos gerais, a partir de instalações que serão construídas ou modificadas para esse fim, com a ajuda de colegas, de paramédicos, de pessoal de secretaria adequado e de todo o equipamento que for necessário. Mesmo que ele exerça clínica sozinho, ele trabalhará numa equipa e delegará quando necessário. O seu diagnóstico será efectuado em termos físicos, psicológicos e sociais. Ele intervirá educacionalmente, preventivamente e terapêuticamente para promover a saúde do seu utente».

Da mesma retiramos alguns aspectos que nos parecem, pela sua importância, merecer uma reflexão especial à luz dos princípios da ética médica: a educação para a saúde,

a prevenção da doença, o conflito entre o bem estar do indivíduo e o bem estar da família, a função de «*gatekeeper*» do MF e a qualidade em saúde e finalmente a função de provedor do utente do MF e o racionamento em saúde.

A educação para a saúde

A OMS definiu-a nos seguintes termos: «A educação para a Saúde diz respeito a todas as experiências do indivíduo, grupo ou comunidade que influenciam crenças, atitudes ou comportamentos referentes à saúde, assim como aos modos e aos esforços de produzir a mudança, quando isso é necessário para uma óptima saúde»⁴.

Nesta área três grandes problemas éticos se podem colocar. Em primeiro lugar, antes de se tentar alterar o comportamento das pessoas, devem os profissionais envolvidos estar perfeitamente habilitados a explicitar as razões que justificam os seus propósitos. Na realidade, a história da medicina está repleta de situações em que opiniões médicas, que mostraram estar erradas com o passar dos tempos, foram transmitidas como verdadeiras a um público insuspeito.

Em segundo lugar, e recordando que os fins não justificam os meios, não bastará que a mudança do comportamento seja comprovadamente benéfica para a saúde do indivíduo ou da população, também os métodos utilizados para a fazer são importantes, não devendo ser considerados como éticos aqueles que provoquem um certo grau de ansiedade na população.

Finalmente, mas não menos importante, podem surgir problemas éticos na área da relação médico/doente quando se confrontam as expectativas cada vez maiores, expressas pelos utentes, no sentido

de serem informados acerca da sua saúde e dos seus problemas em particular, com a relutância do MF em aceder a essas solicitações, invocando múltiplas razões que vão desde o cepticismo com que encara a eficácia da educação para a saúde, ou o receio de provocar ansiedade entre os seus utentes ao realizá-la, até à constatação da dificuldade que sente em executá-la por adoptar um estilo autoritário e tirar dividendos de satisfação profissional com a dependência do utente.

A prevenção da doença

O rastreio tem vindo a ocupar um lugar de destaque na prevenção da doença, como instrumento de prevenção secundária, através do questionário, exame ou investigação de indivíduos assintomáticos com o fim de determinar a presença ou ausência de doença. O rastreio pode-se realizar tanto a nível das populações, o designado rastreio de massas, como a nível de cada utente individualmente, o chamado rastreio personalizado. Este rastreio personalizado pode fazer-se de um modo programado ou então, aproveitando o facto do utente procurar o médico para o aconselhar acerca de determinada queixa, fazer-se um rastreio oportunístico acerca de uma situação não relacionada com as suas queixas.

Esta actividade médica impõe determinadas obrigações éticas. Enquanto que numa consulta preocupada principalmente com o diagnóstico da doença o médico não se pode comprometer por completo no sucesso, muito embora aceite a obrigação de tentar ajudar o utente, no rastreio, quer seja da iniciativa do clínico quer seja mesmo da iniciativa do utente, o médico responsabiliza-se automaticamente pelo benefício que advirá para o utente daque-

le tipo de intervenção. Contudo, o benefício potencial dessa actuação deverá ser cuidadosamente ponderado com os custos que podem acarretar para o utente. Para além do incómodo, da ansiedade e do possível desconforto associados com o procedimento de rastreio há também a ponderar o risco de que ele seja em si perigoso.

Expor o doente a tais riscos ou realizar rastreios de doenças para as quais ainda não existem tratamentos comprovados é eticamente injustificado. Para além disto existe ainda o problema dos resultados falsos positivos ou falsos negativos. Enquanto que os falsos positivos causam ansiedade desnecessária ao indivíduo e expõe-no às complicações de um tratamento igualmente desnecessário, os falsos negativos provocam uma falsa segurança e impedem o tratamento de uma anormalidade, que de facto existe⁴.

O conflito entre o bem-estar do indivíduo versus o bem-estar da família

Uma das características mais peculiares da Medicina Geral e Familiar, e que a distingue de outras especialidades, é a tensão moral provocada pelo cerne da sua missão, ou seja o comprometimento por um lado com o paciente, como um indivíduo, e por outro com a família, como uma «unidade de cuidados».

Esta tensão expressa-se na literatura da Medicina Geral e Familiar, mas também no dia a dia do médico de família, como por exemplo: como resolver o conflito entre o bem-estar da família e o fornecimento a um advogado de uma informação relativa a um dos cônjuges em divórcio, quando ambos estão inscritos no mesmo médico; como resolver o conflito entre o bem-estar da família, em que todos os seus mem-

brós têm o mesmo médico, e o conhecimento, por parte do clínico, da infidelidade ou da contracção de uma doença sexualmente transmitida, por parte de um dos esposos; como resolver o conflito entre o bem-estar da família, em que todos os seus elementos partilham o mesmo médico, e a verificação, pelo clínico, da existência de crianças, de mulheres ou de idosos maltratados na família; como resolver o conflito entre o bem-estar da família, em que todos os seus elementos estão inseridos na mesma bolsa familiar, e a existência de um ou de vários deles com estilos nocivos de vida, como por exemplo alcoolismo, toxicodépendência ou prostituição⁵.

A prática diária de qualquer MF está recheada de situações iguais ou idênticas a estas, as quais de algum modo reflectem o conflito que pode existir entre o indivíduo e a sua família.

A função de «gatekeeper» do médico de família e a qualidade em saúde

Processos e pessoas perfeitas fazem um Serviço de Saúde de Qualidade. A má qualidade resulta de processos mal desenhados e mal aplicados e quase nunca de pessoal preguiçoso ou incompetente. A qualidade melhora continuamente quando se dá ao pessoal as aptidões e os métodos para analisar problemas de Qualidade e o poder para fazer as alterações necessárias. A Qualidade não resulta simplesmente do estabelecimento de padrões, inspecções e exortações ao pessoal⁶.

Para alguns autores, Qualidade é satisfazer as necessidades dos que mais necessitam do serviço, ao mais baixo custo, e respeitando os limites e directivas da profissão e do contratante⁶. Esta definição é discutível como outra qualquer, mas é talvez a

que mais nos agrada, pois é diferente de «economicismo», inclui preocupações de equidade e de exigências técnicas, engloba exigências éticas e exige obediência contratual. Na realidade é importante não só dar satisfação aos utentes que recebem os serviços de saúde mas também assegurar que todos os que necessitam de um determinado serviço poderão obtê-lo.

Contudo não podemos entender qualidade só em termos de satisfação dos utentes e das suas necessidades expressas. Os utentes podem não saber do que necessitam ou podem pedir investigações ou tratamentos inapropriados ou prejudiciais. Temos portanto de incluir, a par do juízo dos utentes acerca do serviço, uma definição profissional das necessidades e um juízo profissional do modo como o serviço deve satisfazer as necessidades dos seus utentes. Ou seja, as necessidades são definidas não só pelos utentes, mas também pelos profissionais, tanto a nível individual como a nível populacional.

Mas isto não basta para classificar um serviço de qualidade, pois pode ser ineficiente, desperdiçando recursos que podem ser usados para tratar outros utentes. Ou seja, um Serviço de Qualidade não é aquele que vai ao encontro das necessidades dos seus clientes a qualquer custo, mas sim o que usa os recursos da maneira mais eficiente possível. Finalmente, um serviço para ser de qualidade tem de cumprir determinados requisitos legais, éticos e contratuais⁷.

Na realidade, a Qualidade em Saúde requer o cumprimento de um determinado número de requisitos e de interesses de grupos envolvidos, muitas vezes conflituosos. A Qualidade Total em Saúde implica a abordagem de três diferentes dimensões:

- Qualidade para o Cliente, que consiste na opinião do utente sobre até que ponto o serviço lhe dá o que ele quer e espera,
- Qualidade Profissional, que consiste em dar ao utente o que o profissional julga que ele necessita,
- Qualidade de Gestão, que consiste no melhor uso dos recursos dentro dos limites e directivas impostos pelas mais altas autoridades⁶⁻⁸.

Esta complexidade de perspectivas e de interesses distingue os serviços de saúde de outros serviços e é aqui que reside o problema ético a nível dos profissionais de saúde, em especial dos MF na sua função de «gatekeeper» e de principal referidor do SNS. Como compatibilizar as exigências, por vezes antagónicas ou conflituosas, entre as três diferentes dimensões da Qualidade: a Qualidade para o Cliente, a Qualidade Profissional e a Qualidade de Gestão?

A função de provedor do utente do médico de família e o racionamento em saúde

Para Weale, do Departamento de Administração da Universidade de Essex, no Reino Unido, o racionamento num sistema de saúde consiste numa decisão política, implícita ou explícita, no sentido de recusar medidas ou cuidados específicos que podem proporcionar algum benefício médico aos utentes, incluindo os que visam prolongar a vida ou melhorar a sua qualidade, devido ao custo económico ser demasiadamente elevado⁹.

Para Klein, do Centro de Análise da Política Social, da Universidade de Bath, no Reino Unido, racionamento envolve a negação total ou parcial de algo que é potencialmente benéfico para o paciente; os indivíduos são tratados como é possível e não como seria desejável num mundo de recursos ilimitados¹⁰.

Os políticos embora aceitem que o racionamento é inevitável, tendem na sua maioria a rejeitar a utilização do termo *racionamento* dos serviços de saúde nos seus discursos devido à emotividade que causa nos cidadãos, com as inevitáveis consequências eleitorais. Assim, preferem designar este assunto por *priorização* dos serviços de saúde, um termo bem menos emotivo e menos preciso do que o racionamento^{10,11}.

Nos serviços de saúde o racionamento tem vindo a ser realizado através de diferentes formas de limitar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde. As listas de espera para consultas e cirurgias hospitalares são as formas mais óbvias e visíveis, mas não são de modo nenhum o único modo de racionamento.

Weale refere a existência de três níveis diferentes de escolhas de cuidados de saúde, cada um deles colocando os seus próprios dilemas éticos:

- O nível dos clínicos ou de outros profissionais de saúde – a este nível podem ocorrer conflitos entre a ética médica tradicional de tratar os que têm mais necessidades e os imperativos político-administrativos em utilizar adequadamente os recursos financeiros em cuidados de saúde, como por exemplo se o médico deve indicar um procedimento dispendioso a um paciente, quando as circunstâncias sugerem que os benefícios são incertos ou alcançáveis a um custo muito elevado;
- O nível das instituições prestadoras de cuidados de saúde – a este nível podem ocorrer conflitos entre a eficiência, a eficácia e a equidade na distribuição de recursos pelos diferentes serviços, como por exemplo entre os Centros de Saúde e os Hospitais ou entre as várias especialidades de um mesmo Hospital;
- O nível da sociedade em geral – a

este nível podem ocorrer conflitos entre a noção de cidadania, a distribuição dos recursos necessários para os cuidados de saúde em comparação com outras áreas sociais e o balanço entre o planeamento dos cuidados colectivos de saúde e o papel da livre concorrência do mercado⁹.

Klein classifica as formas de racionamento, por ordem decrescente da sua visibilidade, da seguinte forma:

- A criação de listas de exclusão de procedimentos ou de formas de tratamento no SNS, como por exemplo reversão de esterilização, mudança de sexo e reprodução assistida, remoção de tatuagens e intervenções cosméticas nas nádegas, coxas, mamas ou nariz (forma mais visível);
- A negação de procedimentos, intervenções ou tratamentos específicos, como por exemplo limitar serviços disponíveis no SNS;
- O atraso de serviços de saúde criando listas de espera, como por exemplo atribuir pesos ou graus diferentes para avaliar os pedidos dos utentes para determinados cuidados de saúde;
- A existência de barreiras geográficas ou sociais, por exemplo a acessibilidade, a disponibilidade e a maneira como os recepcionistas atendem os utentes;
- A implementação de «guidelines» ou protocolos de actuação, visando o uso apropriado de cuidados efectivos de saúde, podem ser uma forma subtil de medicalizar o que geralmente, pelo menos em parte, são decisões sociais acerca do uso dos recursos de saúde;
- O juízo clínico na escolha do processo de tratamento, por exemplo a decisão do médico acerca do modo de conduzir a investigação das queixas dos utentes, quais e quan-

tos procedimentos pedir, que medicamentos prescrever, que tipo de cirurgias propor ou realizar podem ser influenciadas pela disponibilidade de recursos (forma menos visível)¹⁰.

Como poderá o médico de família compatibilizar a sua função de provedor do utente no SNS com essa forma menos visível de racionamento dos cuidados de saúde?

Referências Bibliográficas

1. Voochies SF. Ethics and the family physician: a proposed curriculum. In: Little M, Midtling JE (Eds). *Becoming a Family Physician*. New York: Little M, Midtling JE, 1989:167.
2. Addison RB. Covering-Over and Over-Reflecting. In: Little M, Midtling JE. *Becoming a Family Physician*. New York: Little M, Midtling JE, 1989:99.
3. Grupo de Trabalho do RCGP. *O Clínico Geral do Futuro: Aprendizagem e ensino*. Edição portuguesa. Porto: Departamento de clínica geral da Faculdade de Medicina do Porto, 1990: 1.
4. Smail S. Patient education in general practice. In Gray M, Fowler GH. *Preventive Medicine in General Practice*. Oxford: Oxford University Press, 1983: 56-69.
5. Hespanhol A. A Família e os estilos de vida (Parte I). *Familiarmente* 1999; 2 (1)5-8.
6. Ovreteit J. Health Service Quality. *An Introduction to Quality Methods for Health Services*. Blackwell Science, 1992.
7. Marwik J, Grol R, Borgiela. Quality Assurance for Family Doctors. A framework for quality assurance. *Wonca* 1992: 8-14.
8. Grol R, Wensing M, Jacobs A, Baker R. *Quality Assurance in General Practice. The State of the Art in Europe*. Utrecht: NHG 1993: 15-21.
9. Weale A. The ethics of rationing. In: *British Medical Bulletin* 1995; 51(4): 831-41.
10. Klein R, Day P, Redmayne S. Rationing in the NHS: the dance of the seven veils-in reverse. In: *British Medical Bulletin* 1995; 51(4): 769-80.
11. Maxwell RJ. Why rationing is on the agenda. In: *British Medical Bulletin* 1995; 51(4): 761-8.

Recebido para publicação em: 27/12/02
Aceite para publicação em: 08/04/03

Endereço para correspondência:

Alberto Pinto Hespanhol
Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto
Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4200-319 Porto
Telef: 225 573 460
Fax: 225 573 469