O MÉDICO NO SÉCULO XXI:

O QUE QUEREM OS PACIENTES

Jecé Freitas Brandão

O MÉDICO NO SÉCULO XXI:

O QUE QUEREM OS PACIENTES?

O MÉDICO NO SÉCULO XXI:

O QUE QUEREM OS PACIENTES?

JECÉ FREITAS BRANDÃO

Salvador-Bahia, 2013

B818m Brandão. Jecé Freitas.
O médico no século XXI: o que querem os pacientes./ Jecé Freitas Brandão. - Salvador: Fast Design, 2013.
56 p. : il.

ISBN 978-85-88863-59-0

1. Relação médico-paciente 2. Ética médica 3. Bioética clínica 4. A clínica no século XXI. I. Titulo. II. Subtítulo.

CDU 614.253

Capa: Antonio Eduardo Barbosa Carneiro

Projeto gráfico: Silvana Pereira (AAMC-ABM)

Impressão: Fast Design

Foto: Adenilson Nunes (Cremeb)

Tiragem: 1.000

Primeira Edição

PREFÁCIO

A medicina é ciência (no sentido popperiano, um conhecimento sistemático, objetivo e pautado em evidências empíricas refutáveis) e arte (compreendendo uma *technê,* e não uma prática sem regras, fundada apenas sobre o reclamo, a gritaria a as receitas de charlatães; é uma técnica adquirida, organizada e eficiente, da qual somente os práticos qualificados são os verdadeiros depositários). Porém, nos primórdio, esta disciplina era mais arte do que ciência; o médico tinha uma sensibilidade hipertrofiada, já que os recursos diagnósticos e o arsenal terapêutico eram tão parcos quanto os conhecimentos científicos da época. Hoje, sendo reconhecida epistemologicamente como ciência, a medicina necessita de conhecimentos técnicos específicos calcados em metodologia cientifica e, por ser arte, requer um modo de conduta moral, pautadas em virtudes, ao fazer as intervenções em seu sujeito de trabalho: o ser humano. Por isso, tem um caráter relacional mediador de desejos, paixões e afetos. As normas de conduta, baseada em princípios e valores, sustentam este caráter relacional, fazendo com que a interação médico-paciente se revista do mais elevado cunho ético-moral e ao mesmo tempo seja fonte de tantos conflitos no exercício da arte de aliviar dores e consolar.

Este ensaio, tão bem elaborado pelo Dr. Jecé Freitas Brandão, aborda exatamente a perspectiva dos pacientes, revelando magistralmente o que querem os pacientes! Analisa ponto por ponto as múltiplas variáveis, nos dias atuais, que

provocaram a descrença das pessoas quanto a competência do profissional, crendo mais nos resultados dos testes e exames laboratoriais em desfavor da valorização clínica, além do afastamento dos médicos dos propósitos humanitários da medicina, permitindo que a tecnologia interfira no relacionamento médico-paciente, tornando-o cada vez mais despersonalizado, constituem deméritos para os médicos.

Os ganhos em tecnologia contabilizaram perdas em contato humano! Poucos médicos têm, hoje em dia, tempo para ouvir seus pacientes perscrutar seus sentimentos, perquirir suas dores, entender seus sofrimentos, auscultar seus corações simbólicos e apalpar seus corpos físicos. Ao afastarem-se da arte de ouvir e examinar os pacientes deixaram os médicos de ser médicos, transformando-se em técnicos em Medicina... A credibilidade dos médicos diminuiu, aumentando proporcionalmente o número de denúncias; mais médicos comparecem aos Tribunais e notícias de jornais questionando atitudes médicas tornam-se manchetes desfavoráveis.

O Dr. Jecé Freitas Brandão, com sua inteligência peculiar, vai às raízes do problema apresentando, ao final o remédio para este mal moderno: o exercício, pelo médico, das virtudes morais e intelectuais, revelando-se esperançoso com o futuro de nossa profissão.

Roberto Luiz d'Avila
Presidente do Conselho Federal de Medicina

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 9
ÉTICA MÉDICA 15
O SÉCULO DO PACIENTE 33
CONCLUSÃO 47
REFERÊNCIAS 55

INTRODUÇÃO

Nessa trajetória de militância na profissão médica, por ininterruptos 36 anos, sempre me dediquei às especialidades de gastroenterologia clínica e de endoscopia digestiva. Atendi e cataloguei, em quase 4 décadas, cerca de 28.000 pacientes. A maioria deles segue compartilhando suas vidas comigo, porquanto as doenças da área do aparelho digestivo, com frequência, são crônicas e a medicina não sabe curá-las. A nossa ação terapêutica nesses casos se prende ao alívio sintomático das suas dores e queixas, durante as agudizações das suas doenças, e a incentivos a mudanças no estilo de vida, o que altera favoravelmente a história natural dessas afecções. Aprendi e aprendo muito com eles!

Deveras, nesta intensa convivência, pude acompanhar seus momentos adversos de sofrimento e dor, procurando decifrar da melhor forma possível os meios mais adequados à pessoa de cada um deles, para ajudá-los a sair da crise. Aprendi

com eles a impressionante singularidade humana... Cada pessoa sofre e expressa suas dores e desejos de forma diferente e única! Esta realidade é o que torna a prática clínica eternamente ciência e arte, artesanal e pessoal, caso a caso, fascinante e desafiadora.

O atravessar das décadas, todavia, permitiu-me testemunhar uma verdadeira revolução ocorrida na prática clínica, decorrente do extraordinário desenvolvimento tecnológico que a ciência médica incorporou a esta prática. A medicina era, até então, essencialmente clínica, baseada na anamnese e no exame físico. Assisti à incorporação de técnicas como testes bioquímicos sofisticados, ultrassonografia, tomografia, ressonância magnética, medicina nuclear, tomografia por emissão de pósitrons, transplantes, fertilização *in vitro*, *lasers*, telecirurgia robótica e outras.

A incorporação destas novas tecnologias ao diagnóstico e tratamento das doenças acabou por tornar a prática médica uma atividade intrinsecamente dependente dos exames e procedimentos tecnológicos, muitos deles invasivos e caros.

Fato é que a moderna tecnologia médica vem exercendo um imenso encantamento nos médicos, e mais ainda nos pacientes, particularmente os métodos de imagem. Entre estes, tomografia computadorizada, ressonância magnética, endoscopias digestiva, das vias respiratórias, ginecológica,

urinária e vascular, além das endoscopias que acessam várias cavidades do corpo, penetrando e fotografando suas entranhas, como nunca antes na história da medicina humana.

Entretanto, o tempo cuidou de trazer à tona os correlatos malefícios que envolvem a utilização deste arsenal tecnológico constituído de instrumentos para procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos, bem como de novos medicamentos potentes e resolutivos para a maioria das doenças, mas, também, causadores de efeitos colaterais graves e muitas vezes até fatais.

Vale registrar que notícias relacionadas aos malefícios vertentes invadiram o meu cotidiano, haja vista que, a par da atividade clínica acima mencionada e na qual me realizo plenamente como homem e profissional, quis o destino que, na década de 90, fosse convidado para integrar o Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia, o CREMEB. Nessa honrada casa da ética médica da Bahia, tive a oportunidade de mergulhar mais profundamente nos dramas e dilemas éticos que permeiam o exercício da nossa profissão, bem assim assistir à multiplicação de problemas atrelados à revolução acima referenciada.

Para uma parte dos pacientes queixosos que buscaram o CREMEB à cata de esclarecimentos em vista das suas insatisfações com o atendimento médico recebido, o devido processo ético profissional instalado para a verificação dos

fatos terminou por revelar que o dano tinha nexo causal com o procedimento médico praticado e que houve alguma imperícia, imprudência ou negligência.

Noutros, a lesão decorreu do procedimento médico aplicado, apesar de executado com o rigor técnico exigido. Isto ocorre porque em uma pequena parcela destes pacientes submetidos a tais procedimentos invasivos e potencialmente lesivos, o dano acontece mesmo que o procedimento tenha sido realizado com prudência, diligência e correção. São os chamados maus resultados sem culpa, tecnicamente definidos como iatrogenia médica. Nessas hipóteses, não é imputada a culpa ao profissional médico pelo mau resultado identificado.

Tem-se constatado que, hoje, os danos decorrentes da má prática na utilização destes procedimentos e de tratamentos mais invasivos, somados aos danos ocorridos em pacientes devido às já conceituadas iatrogenias, são muito frequentes, provocando sofrimento, dor, sequelas e mortes*[1].

---

* No final de 1999, o *Institute of Medicine* (IOM) publicou o relatório *To Err is Human: Building a Safer Health Care System.* Neste relatório se verificou que os dados do *Havard Medical Practice Study,* realizado na década anterior, foram em muito superados. Isto porque foi constatado que entre 44.000 e 98.000 americanos morrem a cada ano em decorrência de erros relacionados com a assistência à saúde. Bastante impactante foi a tradução desses números na expressão, agora famosa, "unidades jumbo" (*jumbo Jet units*), que significa ser essa quantidade de mortes equivalente à queda de um jumbo por dia nos Estados Unidos[1].

Segundo estudiosos da área, dentre eles, Fragata e Martins[2], as lesões de tal natureza poderão vir a tornar-se o maior problema de saúde publica no mundo ocidental neste século XXI.

Minha experiência pessoal não destoa dessa constatação. O fato de as atividades clínica e endoscópica, bem como a função de conselheiro do CREMEB e do Conselho Federal de Medicina – CFM terem me deixado frente a frente com esta alarmante e contraditória realidade, permitiu-me que chegasse a duas conclusões. A primeira, no sentido de que a tecnologia que cura e salva é a mesma que potencialmente pode causar danos, sequelas e mortes. A segunda consiste na convicção de que o melhor remédio para que se reduzam ao mínimo essas ocorrências trágicas à nossa profissão (que tem por essência aliviar e curar doenças) é associar-se à medicina tecnológica atual uma prática solidamente calcada em valores éticos.

Nesta perspectiva, o presente ensaio dedicar-se-á à exposição de uma série de argumentos que embasam as conclusões acima e que, de alguma forma, buscam servir de alerta aos estudantes, residentes e médicos mais jovens sobre esta inescapável realidade com a qual eles terão de conviver. Motivar esses profissionais a investirem no crescimento pessoal contínuo de fundamentos éticos e de humanidades, para que possam desfrutar a fascinante

experiência humana de tornar-se um médico eficiente e generoso, cuidador e aliviador dos sofrimentos humanos, é o principal objetivo que se pretende alcançar.

1

ÉTICA MÉDICA

A medicina, que era simples no passado, pouco eficaz e razoavelmente inócua, é agora complexa e muito eficaz porque cura ou muda favoravelmente o curso da maioria das doenças que podem acometer os seres humanos, mas se tornou uma prática perigosa.

Deveras, tem-se que os conhecimentos tecnocientíficos incorporados à medicina nos últimos cinquenta anos foram maiores e mais importantes do que aqueles incorporados nos últimos cinquenta séculos. Não é coincidência o fato de que a expectativa de vida, que era de 40 anos no século XIX, aumentou, hoje, para 80 anos em muitos países do mundo.

Nessa perspectiva e com o fito de ilustrar o desenvolvimento da medicina tecnológica ora em voga, passa-se a reproduzir, em ordem cronológica, uma seleção das descobertas ou invenções que contribuíram para sua construção e evolução, feita por Le Fanu[3]:

1935 – Invenção das sulfamidas

1936 – Descoberta da insulina

1941 – Descoberta da penicilina

1941 – Técnica de Papanicolau para a detecção do câncer do colo do útero

1944 – Diálise renal

1946 – Anestesia geral com curare como relaxante muscular

1947 – Radioterapia com acelerador linear

1948 – Lente intraocular no tratamento da catarata

1949 – Descoberta da cortisona

1950 – Identificação do tabaco como causa de câncer do pulmão

1950 – Uso da estreptomicina e do ácido para-amino-salicílico (PAS) na tuberculose

1952 - Epidemia de poliomielite na Dinamarca e início dos cuidados intensivos

1952 – Clorpromazina no tratamento da esquizofrenia

1954 – Invenção do microscópio operatório e início da microcirurgia

1955 – Cirurgia cardíaca com circulação extracorporal

1955 – Vacina contra a poliomielite

1956 – Ressuscitação cardiorrespiratória

1957 – Fator VIII para tratamento da hemofilia

1959 – Endoscópio de Hopkins

1960 – Pílula contraceptiva

1961 – Levodopa para tratamento da doença de Parkinson

1961 – Prótese do quadril de Charnley

1963 – Transplante renal

1964 – Profilaxia dos acidentes vasculares cerebrais

1964 – *Bypass* coronário para a revascularização do tecido cardíaco

1967 – Transplante cardíaco

1969 – Primeiro diagnóstico pré-natal da doença de Down

1970 – Cuidados intensivos neonatais

1971 – Cura da leucemia em crianças (alguns tipos)

1973 – Tomografia axial computadorizada (CAT-Scan)

1971 – Primeiro bebê de proveta (fertilização *in vitro)*

1979 – Angioplastia coronária (dilatação das artérias)

1981 – Descoberta das células-tronco

1984 – *Helicobacter pylori* (uma bactéria) como causa da úlcera péptica

1987 – Trombólise (dissolução do coágulo) no tratamento do infarto do miocárdio

1996 – Terapia tripla no tratamento da aids

1998 – *Viagra* para tratamento da impotência masculina.

O emprego desta tecnologia médica na prática clínica, seja por meio de instrumental invasivo para a obtenção de diagnósticos ou para fins terapêuticos, seja através do uso dos potentes medicamentos atuais, quando manejados com competência e sabedoria, revertem-se, indiscutivelmente, em benefício da humanidade.

Entretanto, sua aplicação sem conhecimento e habilidade necessários pode causar desastres para o paciente, gerando danos físicos e morais, mas, também, para o profissional que a utilizou inadequadamente, pois uma denúncia de má prática ou de cometimento de atitude antiética é um desastre para a imagem pessoal e profissional do médico, causando-lhe profundo constrangimento e transtornos emocionais.

Destaque-se que toda essa evolução tecnológica, que gerou a medicina atual e suas consequências, irá exigir, para que esta profissão seja praticada com ética, segurança e prudência, que se reflita acerca do seguinte ponto: *além da questão técnica do que se pode fazer, há a questão ética do que se deve fazer*.

Portanto, o emprego responsável e seguro deste aparato tecnológico na prática clínica deve ser antecedido por sólido treinamento, durante o qual o médico será submetido à fundamental curva de aprendizado, em ambiente sob supervisão especializada, adquirindo, assim, o conhecimento técnico indispensável para o seu uso prático.

Ademais, em paralelo a esse estágio de aprendizado da técnica, faz-se imprescindível que o profissional médico desenvolva um conjunto de valores morais, todos eles voltados ao aprimoramento da relação do médico com o paciente. Tal conduta tem o intuito de aferir a existência da indiscutível necessidade de uso daquele procedimento

tecnológico naquele paciente, e, claro, obter sempre a aceitação e o consentimento por parte deste para que o procedimento proposto seja aplicado.

Estou convencido de que se estes dois pressupostos, treinamento técnico adequado e competência ética, forem observados pelo médico, a incidência de maus resultados, geradores de insatisfação, sofrimento e sequelas físicas, será minimizada. Penso, portanto, que neste cenário da prática clínica atual, marcado pelo emprego da tecnologia médica, o profissional dotado de valores morais sólidos, valendo-se da aplicação à sua prática dos preceitos previstos no Código de Ética Médica, constitui o principal fator preventivo de insatisfações e denúncias de pacientes. Além disso, tal conduta reverter-se-á em maior reconhecimento e prestígio do médico junto à comunidade onde exerce a sua profissão.

É sob tal prisma que uso provocativamente e de forma didática a expressão "ética é técnica". Com ela, pretendo reforçar a tese defendida, segundo a qual o emprego de qualquer tecnologia médica sem comedimento moral que privilegie a real necessidade e o interesse do paciente em submeter-se a ela, pode ser trágico para o paciente e para o profissional, e também para a imagem pública da medicina.

A medicina clínica é ciência e arte. O lado ciência é aquele embasado nos conhecimentos adquiridos e empregados de acordo com as evidências científicas. E arte, porque no

exercício da clínica, em face da singularidade de cada pessoa, o encontro clínico, médico-paciente, será sempre artesanal, caso a caso, repleto de valores morais. Desta conjugação entre ciência e arte dependerá o sucesso ou o fracasso de cada encontro médico-paciente na prática clínica diária.

Ilustra bem a relevância que vem adquirindo o exercício ético na medicina atual, o fato de que, quando me graduei em medicina, na Faculdade de Medicina da UFBA, em meados dos anos 70, o curso de Ética Médica à época se resumia a quatro aulas em meio à disciplina de Medicina Legal. Hoje, a Ética Médica é ensinada e exercitada naquela faculdade por equipe altamente qualificada e com a inclusão oficial desta disciplina em praticamente todos os anos da graduação, com uma carga de, no mínimo, 204 horas. Em trinta anos, a carga horária da disciplina na graduação saltou de quatro horas para 204 horas!

Diante deste cenário, reputo extremamente oportuno trazer à baila sucinto retrospecto da história da ética médica nestes mais de 2.000 anos de história da medicina cientifica ocidental. Como veremos, o comportamento e as atitudes do médico em face do paciente são regidos sempre pelos valores morais relevantes de cada época, tributários que são das circunstâncias históricas, culturais e civilizatórias daquele período especifico.

Didaticamente, dividimos a evolução histórica da ética médica em três fases, como mostra o quadro 1:

***Quadro 1:* Evolução Histórica da Ética Médica**

PERÍODO HIPOCRÁTICO	– Ética das Virtudes – paternalismo – beneficência; século V a.C. até os anos cinquenta do séc. XX.
PERÍODO DO LIBERALISMO PRINCIPIALISTA	– Ética do Dever – utilitarista – autonomia; segunda metade do século XX.
PERÍODO DAS DECISÕES COMPARTILHADAS	- Ética Deliberativa – século XXI.

Com efeito, a ética pode ser definida como a ciência normativa do *certo* e do *errado* no comportamento humano. Na sua dimensão pública, além de proteger a vida e a integridade das pessoas, objetiva evitar a discriminação, a marginalização e a segregação social.

Particularmente, no campo da medicina clínica (repito, por se tratar de ciência e arte, portanto, impregnada de valores que variam conforme a época em apreciação), trago a conceituação da ética médica como sendo um conjunto de qualidades morais e intelectuais que norteiam as atitudes e habilidades do médico, na busca da resolução das vulnerabilidades e necessidades do paciente.

A partir deste patrimônio ético, busca-se a instrumentalização do profissional para o exercício de uma relação com seu paciente. Esta deve ser harmoniosa, marcada

pela reciprocidade (com direitos e obrigações tanto do lado do paciente quanto do médico) e equilibrada, de forma que ambos busquem o bem um do outro e se respeitem em suas autonomias.

Esquematicamente, dividimos a evolução da ética médica em três períodos, a saber: período hipocrático, período do liberalismo principialista e período das decisões compartilhadas ou ética deliberativa.

Historicamente, a preocupação com a moral médica tem seu primeiro registro com o breve Código de Conduta, consagrado no famoso Juramento de Hipócrates (460-375 a.C.), ainda hoje prestado pelos alunos de escolas médicas de todo o mundo, incluindo as do Brasil:

> *Com pureza e santidade conservarei minha vida e minha arte ...*
> *Se cumprir e não violar este juramento, que eu possa desfrutar minha vida e minha arte afamado, junto a todos os homens, para sempre; mas se o transgredir e não o cumprir, que o contrário me aconteça.*

Trata-se de um código de ética e comportamento para o médico, no qual são descritas condutas de aparência saudável, voltadas a promover serenidade, autocontrole, compaixão e dedicação, objetividade, responsabilidade e compromisso com o bem-estar do paciente[4].

Com Hipócrates nasce a medicina clínica e morre a medicina mágica. O diagnóstico deixava de ser uma inspiração divina para constituir um juízo sereno e um processo lógico, dependendo da observação cuidadosa dos sinais e sintomas; as doenças concebidas como fenômenos naturais e seus tratamentos eram também derivados da natureza. A ética médica hipocrática baseava-se nas virtudes realçadas no juramento hipocrático, com destaque para a prudência e a beneficência. Mas cuidados com o sigilo e a não maleficência já se faziam presentes: "antes de tudo, não prejudicar".

A medicina desse período era um sacerdócio, e a citação de Galeno (100 d.C.) é bem ilustrativa: "se o enfermo não admira o médico de algum modo como a um Deus, não aceitará suas prescrições".

Nesta mesma direção, é clara a influência dos valores éticos hipocráticos explicitados no primeiro Código de Ética Médica da Associação Médica Americana, traduzido para o português e publicado na Revista Gazeta Médica da Bahia, ano 2, n.º 32, de 31 de outubro de 1867 (Quadro 2), onde consta: "os preceitos que a Associação Médica Americana faz obrigatórios para os seus membros (...) e que consideram a nossa profissão um apostolado, um sacerdócio, e não uma ocupação lucrativa...".

***Quadro 2:* Códigos de Ética Médica do Brasil – 1867 a 2009**

1867	– Código de Ética Médica da Associação Médica Americana (traduzido para o português em Salvador – Bahia)
1929	– Código de Moral Médica
1931	– Código de Deontologia Médica
1945	– Código de Deontologia Médica
1953	– Código de Ética da Associação Médica Brasileira
1965	– Código de Ética Médica
1984	– Código Brasileiro de Deontologia Médica
1988	– Código de Ética Médica
2009	– Código de Ética Médica (em vigor).

Merece registro, ainda, o fato histórico de que a primeira vez que a expressão ética médica aparece formalmente foi em 1803, quando Thomaz Percival (1740-1804), médico inglês da cidade de Manchester, cunhou a expressão com o título do seu livro "Medical Ethics". A referida obra, publicada naquele ano, foi considerada o primeiro código de ética médica.

Contudo, tratava-se, em verdade, de singela compilação sobre normas de etiqueta, cujas recomendações aos médicos eram no sentido de tratar o paciente com a devida atenção e solicitude, mais que propriamente um documento sobre condutas e atitudes harmonizadoras da relação com os pacientes.

Em 1847, surge o Código de Ética Médica da Associação Médica Americana, inspirado no Código de Thomaz Percival. Nesta primeira edição, era acentuado o papel autoritário, paternalista e absolutista do médico, havendo a assertiva de que "não há outro tribunal senão a própria consciência do médico". Nota-se, assim, a completa exclusão da participação do paciente na tomada de decisão médica.

Entretanto, em versão mais recente deste código americano, datada de 1957, identifica-se, em seu penúltimo artigo, o registro de que o objetivo maior da profissão médica é o de prestar serviço à humanidade e de conferir absoluto respeito à dignidade e aos direitos dos pacientes, constatando-se historicamente pela primeira vez a submissão da ética médica a valores concernentes à dignidade e aos direitos humanos.

Aqui, abro um parêntese neste ensaio para relatar a experiência por mim vivida nas décadas de 50 e 60 do século passado, quando, ainda criança, vivendo no sertão da Bahia, na cidade de Jacobina, pude conhecer médicos "hipocráticos" em plena atividade naquela cidade da Chapada Diamantina.

Em geral, eram senhores de aparência e vestuário bem cuidados, gestos e comportamentos comedidos e reservados. Suas presenças inspiravam confiança imensurável. No atendimento ao enfermo, os gestos e atitudes eram suaves e pressurosos. Conversavam pouco sobre detalhes da doença que estavam a diagnosticar e tratar... Não eram precisos, mas

acreditávamos piamente que os doutores sabiam tudo! Carregavam, neles ancorada há 2.000 anos, a aura da beneficência: eles sabiam o que era bom para o paciente e iriam lhe devolver a saúde e o bem-estar.

Era impressionante, até comovente, a deferência com a qual meus pais tratavam um médico quando este realizava atendimento clínico em nossa residência: toalha e sabonete novos para o doutor lavar as mãos! Ao fim do atendimento, ao tempo que eram pagos os honorários relativos à visita domiciliar, era-lhe servido um café fresco e quentinho, com bolo caseiro de inesquecível sabor. Tudo isso simbolizava o agradecimento da família pela sua presença ilustre naquela casa. Em regra, estes profissionais se tornavam naturalmente, com o tempo, exemplos de comportamento social na comunidade, e frequentemente eram levados a ocupar representações e cargos políticos no Município ou no Estado. Vários chegaram ao cargo de governador e até de presidente da República, como ocorreu com o médico Juscelino Kubitscheck, que lá chegou pelo voto popular.

Esta ética hipocrática se manteve ao longo da história e rege até hoje, em muitos aspectos, a conduta profissional. Entretanto, começou a sofrer transformações devido a fatos históricos ocorridos, dentre outros, na Segunda Guerra Mundial, envolvendo barbaridades perpetradas aos prisioneiros pelos médicos nazistas, com o desenvolvimento de pesquisas

cruéis e desumanas, provocadoras de sofrimentos, sequelas e morte nos indivíduos, que, sob coação, eram obrigados a delas participar.

Derivou daí o Código de Nuremberg, que surgiu em 1947, na sequência do julgamento de vinte médicos envolvidos naquela barbárie, dos quais sete foram condenados à morte e cinco à prisão perpétua. O Código de Nuremberg teve o objetivo de regulamentar a pesquisa que envolvia experimentação em seres humanos e introduziu o conceito de ser absolutamente indispensável o "consentimento voluntário" dos participantes. Desse modo, só faria sentido a investigação que fosse conduzida a fim de se obter "resultados frutuosos para o bem da sociedade".

Em decorrência da consolidação histórica da cultura da cidadania, dos direitos e da dignidade da pessoa humana, bem como do desenvolvimento da tecnologia médica, novos documentos norteadores da ética profissional surgiram.

Em 1964, eis a Declaração de Helsinki, que distingue pela primeira vez a pesquisa que tem como objetivo o diagnóstico e o tratamento daquela que é essencialmente de "caráter científico, sem valor diagnóstico ou terapêutico". Também menciona a necessidade de os projetos de investigação serem avaliados por uma comissão independente, isto é, por uma "Comissão de Ética".

Na sequência, surgiu a "Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano em Face das Aplicações da Biologia e da Medicina", em 1997/1998, que proíbe "qualquer intervenção cuja finalidade seja a de criar um ser humano geneticamente idêntico a outro ser humano, vivo ou morto", ou seja, proíbe a clonagem reprodutiva. No Brasil, em 1996 o Conselho Nacional de Saúde estabeleceu as "Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos", através da histórica Resolução CNS 196/96, agora atualizada e substituída pela Resolução CNS 466/12. Finalmente, em 2005, é aprovada pela UNESCO a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos[5].

Consoante se pode observar, os fatos acima citados, decorrentes do processo histórico e civilizatório humano, vão, naturalmente, forjando novas demandas e expectativas na relação do médico com o paciente. Assim é que a velha fórmula segundo a qual o médico sempre sabe o que é bom para o paciente (paternalismo médico), sem nenhuma justificativa ou consentimento do paciente, vai sendo substituída pela noção de que as pessoas exigem o direito de saber as razões e motivos do que nelas se faz e o direito de culpar o médico por possíveis danos em que fique manifesto o descumprimento de seus deveres de conduta ética ou de ofício[6].

A partir das décadas de 60 e 70, em vista das novas variáveis que passaram a interferir na relação médico-paciente, a

saber, o surgimento da tecnologia médica invasiva (biotecnologia), especialização intensiva, operadoras de planos e seguros de saúde e a judicialização da medicina, julgou-se necessário estabelecer uma metodologia para analisar os casos concretos e os problemas éticos que emergiam desta nova realidade da prática da assistência à saúde.

Em 1979, os norte-americanos Tom L. Beauchamp e James F. Childress publicaram o livro "Principles of Biomedical Ethics[7]", onde expõem uma teoria fundamentada em quatro princípios básicos – Beneficência, Não Maleficência, Autonomia e Justiça –, que se tornaria fundamental para o desenvolvimento da ética médica e ditaria uma forma peculiar de definir os valores envolvidos nas relações dos profissionais da saúde e seus pacientes.

É difundida, então, a denominada Ética Principialista, com seus quatro princípios, que não possuem um caráter absoluto nem têm prioridade um sobre o outro; servem como regras gerais para orientar a tomada de decisão ante problemas éticos e para ordenar argumentos nas discussões de casos. Para esses autores, o ponto de partida para orientar qualquer discussão ética deve ser a análise desses quatro princípios citados e de como eles podem ser mais respeitados em cada caso. O raciocínio básico era o de que se um ato tem boas consequências e está ajustado a uma regra, trata-se de um ato eticamente justificável.

As criticas dirigidas a esta ética principialista são referentes ao caráter relativo dos princípios, fazendo com que surjam conflitos entre eles, porque, na prática, nem sempre se pode respeitá-los igualmente. O tempo tem mostrado que a ética principialista não era suficiente para responder às novas questões e dilemas oriundos, por exemplo, do aborto, da reprodução assistida, do descarte de embriões congelados, da terapia gênica, da doação compulsória de órgãos, do suicídio assistido, bem como para as crescentes decisões emanadas dos tribunais, fazendo-se necessário, portanto, buscar em outras teorias éticas a fundamentação para a solução mais adequada destes e de novos conflitos.

Outro ponto de insatisfação com a ética liberal principialista é que ela optou por uma "neutralidade" axiológica, ou seja, que todos os pacientes têm direito ao respeito de seus valores que, pessoais e subjetivos, não podem ser objeto de análise ou discussão. É esta utilização radical do princípio da autonomia a marca maior de tal ética. Este modelo de ética médica moldou o perfil ético predominante no médico norte-americano das últimas décadas do século XX e, penso eu, ainda predomina hoje naquele país.

Cumpre registrar que os pacientes vêm criticando bastante o modelo em foco, por entenderem que o profissional acaba se tornando exageradamente formal. Relatam que os fatos clínicos relativos ao diagnóstico, prognóstico e tratamento são

expostos de forma didática e fria, e que o paciente é que irá, ao exercer a sua autonomia, decidir solitariamente o que deseja para a recuperação da sua saúde. A evidente insatisfação da maioria dos pacientes com este modelo é comprovada através de pesquisas, objeto de análise no capítulo seguinte.

Com efeito, esta insatisfação ou insuficiência da ética liberal principialista na solução dos problemas éticos contemporâneos abriu espaço para o surgimento de um novo modelo de ética médica, em que se privilegia o exercício das decisões compartilhadas entre o médico e seu paciente, a denominada Ética Deliberativa, cujo principal teórico é o psiquiatra e bioeticista espanhol Diego Gracia[8].

A Ética Deliberativa, contrariando a "neutralidade" defendida pela ética principialista, propõe que o profissional interaja com o paciente, informando-o sobre o que está se passando com sua saúde, as suspeitas diagnosticadas, quais procedimentos diagnósticos ou terapêuticos devem ser empregados, detalhando vantagens e desvantagens, custos de cada procedimento sugerido para a solução do seu adoecimento, tudo no sentido de uma tomada de decisão fruto da deliberação conjunta do médico e do paciente. Ademais, o profissional deverá mostrar-se disponível para ouvir o paciente com suas dúvidas e medos, procurando decifrá-los a fim de, junto com este, deliberar sobre as estratégias clínicas de consenso para a recuperação da saúde.

Trata-se de um modelo ético bastante interessante e atual porque permite uma participação ativa do paciente, que estará sempre a proferir a palavra final sobre os passos do seu tratamento, consentindo e deliberando após os esclarecimentos prestados pelo profissional.

Penso, assim, que neste ambiente relacional respeitoso, onde médico e paciente deliberam juntos sobre as ações clínicas, sejam alcançadas mais facilmente decisões clínicas razoáveis e prudentes, com amparo nas melhores evidências científicas.

2

O SÉCULO DO PACIENTE

Nestes tempos de modernidade tardia ou de pós-modernidade, é a velocidade estonteante das mudanças o que mais os caracteriza. Mudam os costumes, as leis, a moda, as artes e a ciência. É o tempo do efêmero: "tudo que é sólido desmancha no ar". Na prática da medicina clínica não poderia ser diferente. Um olhar na história da relação do médico com o paciente revela que, se no período hipocrático a autoridade e o saber do médico eram o centro desta relação (medicina paternalista), hoje, o paciente e sua necessidade premente de recuperar a saúde, sua autonomia e bem-estar, constituem o fundamento essencial da prática clínica.

O paciente de hoje, consciente dos fundamentos civilizadores da dignidade e dos direitos humanos, exercitando princípios de autonomia e justiça, anseia por participar ativamente, junto a seu médico, na programação dos cuidados à sua saúde. O paciente descobriu-se dono do seu corpo e do seu destino e quer participar ativamente das tomadas de decisões acerca do seu tratamento.

Ao lado disso, com a internet, o paciente, pela primeira vez na história humana, passou a ter acesso ao conhecimento médico. Antes, este saber era monopólio dos profissionais de saúde. Agora, democraticamente, todos têm possibilidade de acessar informações técnicas detalhadas sobre as possíveis razões do seu adoecimento e as possibilidades de tratamento.

Portanto, o médico, depois de 2.400 anos de monopólio deste conhecimento, depara-se agora, diariamente, com este novo paciente, repleto de informações e dúvidas, ansioso por esclarecimentos e aprofundamentos, visando à separação do joio do trigo.

É o novo cenário da prática clínica a se desenhar neste século XXI. É o tempo das decisões compartilhadas: médicos e pacientes tomam decisões juntos com base nas melhores evidências disponíveis. Em parceria com seu médico, pacientes são encorajados a considerar as opções diagnósticas ou terapêuticas disponíveis para o seu caso, quais os benefícios, riscos potenciais e custos[9]. Busca-se com isso maior adesão, menos tratamento excessivo e melhoria na qualidade do cuidado, favorecendo a confiança entre eles, o que se constitui na maior potência terapêutica da medicina em todos os tempos.

Reforçando essa tendência contemporânea universal, encontra-se a denominada Declaração de Salzburg[9], que é uma conclamação a que pacientes e médicos trabalhem juntos como

coprodutores de saúde, cujos termos seguem abaixo reproduzidos, para melhor elucidação (quadro 3).

Quadro 3: declaração de salzburg sobre a tomada de decisão compartilhada

1 – Cabe aos médicos:	A. Reconhecer que têm o dever ético de compartilhar decisões importantes com os pacientes; B. Estimular um fluxo de informações de duas vias e encorajar os pacientes a questionar, explicar sua situação e expressar suas preferências pessoais; C. Fornecer informações precisas sobre: OPÇÕES E INCERTEZAS, BENEFÍCIOS e DANOS do tratamento, de acordo com o nível de entendimento do paciente. D. Dar ao paciente e familiares recursos de informação e tempo para chegarem a uma decisão.
2 – Cabe aos pacientes:	A. Falar sobre suas preocupações, dúvidas e demais questões que julgue importantes; B. Reconhecer que têm direito a uma participação igualitária em seus cuidados; C. Utilizar informações de alta qualidade sobre a saúde.
3 – Cabe a médicos, pesquisadores, editores, jornalistas e outros:	A. Assegurar que a informação fornecida seja clara, baseada em evidências e atualizada; B. Garantir que os conflitos de interesse sejam declarados.
4 – Cabe aos legisladores:	A. Adotar políticas que encorajem a tomada de decisões compartilhadas na prática clínica; B. Criar leis de consentimento informado que apóiem o desenvolvimento das habilidades e ferramentas para a tomada de decisões compartilhadas.

Fonte: BMJ, 2011; 342: d1745

A Declaração de Salzburg nasceu do Seminário Global de Salzburg, na Áustria, ocorrido em dezembro de 2010, e que contou com a participação de membros de 18 países, compostos por profissionais de saúde e pacientes, reunidos para avaliar o papel que estes últimos podem e devem ter nas decisões sobre cuidados da saúde.

Importa destacar que o grande mote para a realização deste seminário foi a constatação de que grande parte dos cuidados médicos que os pacientes recebem são baseados na habilidade e na disponibilidade subjetiva dos médicos para providenciá-los, em vez de se basear em normas oriundas de evidências cientificas ou de preferências dos pacientes para o tratamento.

Sucede que as decisões compartilhadas deveriam ser a regra na prática médica, por uma serie de aspectos, dentre os quais, pelo fato de que as decisões em comento respeitam a autonomia do paciente, deixando-o à vontade para manifestar a sua preferência de tratamento. E, uma vez que essa manifestação é acompanhada por esclarecimentos que ajudam na avaliação dos riscos e custos inerentes ao tratamento, elevam-se os níveis de certeza e de satisfação, o que acaba por redundar em melhores desfechos em termos de saúde e de redução de litigiosidade[10,11].

Pelo exposto, podemos concluir que tão importante quanto o diagnóstico etiológico da doença é o diagnóstico de

preferências do paciente, na busca da solução para seu adoecimento. Neste sentido, publicações recentes apontam técnicas ou meios mais adequados e precisos para que o médico possa também fazer um diagnóstico das preferências do paciente o mais afinado possível com os desejos deste. Nesta vertente, Mulley e cols.[14] consideram que toda opção de tratamento (um termo abrangente que inclui procedimentos, exames e até mesmo observação vigilante) tem um perfil único de riscos, benefícios e efeitos colaterais. Médicos, sejam eles generalistas ou especialistas, não podem recomendar o tratamento correto sem entender qual *o valor* que o paciente dá às várias possibilidades.

Embora a crescente precisão dos exames diagnósticos permita que médicos dependam menos de ouvir o paciente ao determinar a causa de seus sintomas (diagnóstico etiológico), a importância do ato de ouvir aumenta no momento de decidir qual opção de tratamento é mais adequada às prioridades de cada paciente (diagnóstico de preferências). Para Mulley[14], o caminho mais adequado e seguro para o médico fazer o diagnóstico de preferência do paciente está delineado no **Quadro 4:**

Quadro 4 – Diálogos essenciais entre médico e paciente, sobre as opções e sobre a tomada de decisão – decisões compartilhadas.

Diálogo médico-paciente
- Informe o paciente de que há escolhas, ou seja, de que há várias opções de tratamento razoáveis e de que a escolha certa depende das prioridades dele. - Esclareça que, embora o médico seja o especialista em medicina, apenas o paciente pode ser o especialista em seus medos e desejos. - Convide o paciente para, conjuntamente com o médico, explorar as opções de tratamento e o que mais importa para o paciente.
Diálogo sobre as opções
- Liste as opções de tratamento e então discuta os riscos, benefícios e efeitos colaterais de cada uma. Quando possível, inclua uma opção de não tratamento, como observação vigilante ou vigilância ativa. - Observe como o paciente reage. - Continue a conversa sobre opções enquanto o paciente quiser aprender mais sobre as opções ou enquanto o médico quiser saber mais sobre o que é importante para o paciente.
Diálogo sobre a decisão
- Pergunte: ”Você acha que está preparado (a) para tomar uma decisão ou receber uma recomendação?" (Se não, proponha mais tempo para uma conversa sobre as opções.) - Ofereça apoio com entusiasmo se um paciente bem-esclarecido manifestar uma escolha de tratamento sensata, que pareça consistente com as suas prioridades pessoais. (Se não, proponha mais tempo para uma conversa sobre as opções.) - Confirme que você entende o que é mais importante para ele se o paciente pedir uma recomendação; ofereça-lhe a recomendação e pergunte-lhe se ela parece adequada.

Na prática clínica, três tipos de diálogos devem ser estabelecidos: diálogo médico-paciente; diálogo sobre as opções de tratamentos possíveis; diálogo sobre a tomada de decisão.

O diálogo do médico com o paciente deverá buscar sempre, desde seu início, o estabelecimento da confiança e empatia entre eles. Ao serem confrontados por um problema médico grave, muitos pacientes esperam que o médico diga qual deve ser o tratamento. O primeiro passo é quebrar essa expectativa; o paciente precisa entender que quando há mais de uma opção de tratamento razoável, a melhor escolha depende do que é mais importante para ele.

Por isso, os pacientes nunca devem ser abandonados para decidir sozinhos. De fato, quando um paciente pede uma recomendação, deve recebê-la. Além disso, nenhum paciente deve sentir-se julgado como inferior por desejar uma recomendação especializada ao enfrentar uma decisão médica que terá consequências relevantes. Assim, médico e paciente escolhem o tratamento como se fosse uma equipe. Em termos gerais, o médico é o especialista em medicina, e o paciente é o especialista em suas prioridades, seus medos e desejos. Combinar a especialidade de ambos é o objetivo da tomada de decisões compartilhadas.

Estabelecido entre o médico e paciente um ambiente de empatia e confiança, o médico poderá apresentar uma lista de opções de tratamentos, diagnósticos e ou terapêuticas e explicar

os riscos, benefícios e efeitos colaterais de cada uma. As pistas verbais e não verbais que o médico recebe do paciente à medida que apresenta os fatos ajudarão a determinar o diagnóstico de preferências daquele paciente. Essa etapa pode parecer simples, mas é o momento em que o diagnóstico de preferências torna-se complexo, desafiando as habilidades de comunicação até mesmo dos médicos mais proficientes. Quando um paciente relata uma preferência de tratamento, é apenas uma opinião baseada no que ele sabe naquele momento. Essas opiniões podem ser influenciadas por esperanças ou medos irracionais, ou pela imaginação precisa ou não sobre o que lhe reserva o futuro. Interpretar as reações do paciente conforme ele reage a novas informações requer bom senso e habilidade

Além das informações diretas do médico acerca das opções disponíveis, deve também o profissional, quando necessário, estimular o paciente a utilizar outras fontes de informações, publicações de literatura específica, internet, bem como a ouvir uma segunda opinião de colega de notório saber na área. Isso ampliará a capacidade do paciente para a escolha da opção mais adequada ao seu caso. Nem todos os pacientes estudarão exaustivamente as informações relevantes. Logo, quanto mais o paciente puder ser estimulado a aprender, refletir, reagir e deliberar, menor será a probabilidade de erro de diagnóstico de preferências.

No exercício da clínica diária, é comum que os pacientes digam ao médico: "Você é o especialista. O que devo fazer?". Se o médico estiver confiante a respeito do diagnóstico de preferências, deve confirmar sua compreensão acerca das prioridades do paciente para diferentes desfechos em saúde e então oferecer uma recomendação. Ou pode responder do seguinte modo: "Esta é uma decisão difícil. Ainda não estou pronto para lhe fazer uma recomendação. Gostaria de saber mais sobre o que é importante para você".

Outros pacientes serão capazes de fazer uma escolha com confiança. Quando um paciente bem informado anuncia uma decisão de tratamento consistente com as prioridades que declarou, não há necessidade de o médico fazer um diagnóstico de preferências. O paciente fez seu próprio diagnóstico. No entanto, às vezes a decisão pode parecer inconsistente com as prioridades que o paciente declarou; nesse caso, os médicos devem apontar a inconsistência e estimular uma mais ampla deliberação.

O diagnóstico de preferências também é importante em condições crônicas, como diabete ou asma. Nessas situações, a tomada de decisões e as preferências do paciente são mais dinâmicas e evoluem com o passar do tempo, conforme as terapias são experimentadas e a saúde do paciente ou as suas prioridades mudam. Alguns estudos têm demonstrado que os

pacientes que se envolvem na tomada de decisões são mais motivados e que seus desfechos clínicos são melhores[15].

Em resumo, quando um paciente pede uma recomendação, os médicos devem oferecer alguma baseada não apenas no diagnóstico médico (etiológico), mas também no diagnóstico de preferências – uma inferência do que o paciente escolheria se estivesse confiante e informado o suficiente para decidir sozinho. Os médicos podem colher informações relevantes para um diagnóstico de preferências através de interações com o paciente, ou seja, apresentando riscos, benefícios e efeitos colaterais de cada procedimento de tratamento possível e observando como o paciente reage. Atuando assim, compartilhando sempre as tomadas de decisões, estaremos gerando uma prática clínica mais gratificante para ambos, médico e paciente. Neste ambiente, o nível de acerto diagnóstico é mais elevado, e certamente também será maior o número de pacientes satisfeitos com o desfecho clínico, o que resultará em elevação do reconhecimento social e remuneratório para o profissional médico.

Cumpre registrar que o Novo Código de Ética Médica, em vigor desde 2010, sufragou a tese de que a adoção das decisões compartilhadas é uma tendência universal na prática da medicina atual, ao veicular preceitos éticos recomendando ao profissional que, na sua prática clínica, obtenha sempre o consentimento do paciente, previamente informado, sobre a execução de qualquer prática

diagnóstica ou terapêutica, obtendo assim sua concordância após, repise-se, ter sido convenientemente esclarecido.

Com efeito, o mencionado diploma normativo, responsável por orientar o médico brasileiro no seu exercício profissional, assim dispõe:

> ***Princípio Fundamental XXI*** *– No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.*
>
> ***É vedado ao médico:***
>
> ***Art. 22****. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.*
>
> ***Art. 24.*** *Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.*
>
> ***Art. 34****. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a*

> *comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.*
>
> ***Art. 101.*** *Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as conse-quências da pesquisa.*

Acerca do consentimento informado, a interpretação que se faz dos dispositivos acima destacados é no sentido de que, em geral, na prática clínica diária o uso do Consentimento Informado, por escrito, fica limitado aos procedimentos invasivos e às situações extraordinárias como o internamento hospitalar. É desnecessário, portanto, obtê-lo a termo para a prescrição de remédio usual, aplicação de uma injeção, exames físicos ou laboratoriais.

Como forma de elucidar os principais aspectos que devem ser considerados junto a cada paciente na elaboração do consentimento informado, apresenta-se abaixo o quadro 5, em que estes se encontram sintetizados:

Quadro 5: Aspectos relevantes e condicionantes para a elaboração do Termo de Consentimento Informado

1. A personalidade e temperamento do paciente
2. O grau de entendimento e influências culturais e religiosas
3. A natureza do tratamento: mais complexo, mais detalhamento nas informações
4. A magnitude das possíveis consequências negativas e incidência de riscos
5. Relevar o caráter renovável e revogável do Consentimento Informado
6. Em se tratando de Consentimento Informado em pesquisas com seres humanos, convém observar o que preconiza a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Estou convencido de que o Consentimento Informado, obtido de forma correta, legitima e fundamenta o ato médico. Mais do que isso, consolida a relação médico-paciente com empatia, confiança e esperança, o que gera um nível elevado de satisfação no paciente, com repercussões positivas no resultado terapêutico e na imagem profissional do médico.

É, pois, o exercício da autonomia que motiva o paciente a solicitar do profissional as informações de que necessita para decidir se aceita ou não o tratamento proposto. E quanto a esta questão, não tenho dúvidas de que a medicina brasileira está na vanguarda desta tendência de conduta profissional do médico, sempre respeitando a obtenção do consentimento livre e esclarecido dos pacientes.

De fato, o nosso Código de Ética Médica, que teve sua última atualização em 2009, da qual participaram filósofos, teólogos, advogados, juízes e bioeticistas, albergou, como já citado no texto vertente, a obrigação ética da utilização desse Consentimento Informado, o que, em essência, resulta no exercício das decisões compartilhadas na prática médica no nosso país. A meu ver, o uso rotineiro e natural deste instrumento harmonizador da relação médico-paciente será a característica fundamental da prática clínica da medicina cientifica ocidental neste século XXI.

CONCLUSÃO

Hoje, neste início de século, espera-se de um médico que este conheça bem o campo científico da sua especialidade, em acordo com a metodologia cientifica evidenciadora das melhores práticas de diagnósticos e tratamentos. Deve tal profissional ser capaz de manejar ou ao menos conhecer aparatos tecnológicos cada vez mais complexos e sofisticados, inclusive as tecnologias de informação, ferramenta muito importante para os requisitos anteriores.

Mas, diante do cenário atual, com as novas exigências de pacientes mais esclarecidos, conscientes do seu papel e ansiosos para ver exercitado seu atendimento com dignidade e autonomia, o médico deve exercer seu saber tecnocientífico em harmonia com uma filosofia prática adequada a este novo paciente, capaz de promover um emprego mais prudente, seguro e com sabedoria das ações médicas. Este cenário clínico ideal vem a corroborar a conhecida expressão que diz: "É um bom médico aquele que aplica as diretrizes ou protocolos baseados em evidências

científicas, mas é um ótimo médico aquele que sabe distinguir naquelas diretrizes o essencial e o dispensável a cada caso".

Por outro lado, infelizmente, ainda se constata cotidianamente a ocorrência de prática clínica temerária, exercida por médicos moral e tecnicamente mal formados, prática essa que consubstancia uma tragédia potencial e real. Isto porque a medicina tecnológica de hoje, tão poderosa no trato e na cura das doenças, quando mal aplicada, gera sofrimento, sequelas e mortes. Nesse contexto, o médico eticamente mal formado está mais suscetível a cometer danos pela via da imperícia, imprudência ou negligência, ou, mais grave ainda, por motivações financeiras e mercantis.

Os comportamentos antiéticos de tal natureza não só expõem o paciente a procedimentos invasivos, caros e potencialmente lesivos, sem a necessidade técnica devida, como também envolvem danos físicos, morais e financeiros para o paciente, sem falar na elevação dos custos da assistência à saúde. De fato, produzem efeitos negativos em cadeia, chegando, inclusive, a deslustrar a imagem pública da medicina, profissão essencialmente beneficente e humanitária.

Ilustrando esta constrangedora e lamentável realidade, vem à mente um caso real, que simboliza bem tais considerações. Trata-se de um caso que envolveu um jovem engenheiro de 34 anos que sofria de queixas típicas da doença do refluxo gastroesofágico, provocada pela presença de uma hérnia do hiato

por deslizamento. Optou pelo tratamento cirúrgico por via laparoscópica. Houve, durante a intervenção cirúrgica, uma perfuração do esôfago, não percebida pelo cirurgião. Faleceu em septicemia.

O cirurgião que o operou, quando submetido ao devido processo ético-profissional, esclareceu que era um médico especializado em cirurgia geral, título que conquistou mediante a residência médica. Informou ainda que foi estimulado por uma empresa que comercializa equipamentos para laparoscopias, sendo-lhe oferecida a chance, a título de treinamento, de assistir à realização de cirurgias laparoscópicas por duas semanas, na cidade de São Paulo. Em troca, o médico se comprometia a comprar o instrumental específico para este tipo de técnica cirúrgica à empresa proponente. Declarou que neste treinamento de duas semanas, assistiu à realização de quatro cirurgias de hérnias do hiato e que essa cirurgia que levou o paciente ao óbito era o quarto procedimento laparoscópico realizado por ele, após ter adquirido o equipamento e retornado à sua cidade, onde exercia a prática médica.

Como se pode depreender desse sucinto relato, o referido caso corresponde a óbito de um paciente vítima de imperícia e imprudência de cirurgião despreparado tecnicamente, e também motivado a aumentar os seus ganhos financeiros em curto espaço de tempo. É um exemplo preciso do quanto pode

ser gravoso – e o é – o exercício da prática médica submetido a valores mercantis e comerciais.

Preocupada em aperfeiçoar a qualidade da relação dos seus médicos com os pacientes e com a instituição, a norte-americana Clínica Mayo[12] aplicou pesquisa entre seus clientes com o objetivo de conhecer, na visão deles, as características que o médico deve possuir para um exercício profissional ideal.

Ao final, constatou que são seis as características fundamentais de um bom médico: confiança, empatia, humanidade, franqueza, respeito e método. Neste sentido, e com base no estudo em foco, passa-se a descrever o conteúdo de cada uma dessas características:

Confiança – aplica a técnica mais correta que o caso requer; é acessível ao paciente, familiares e colegas.

Empatia – faz contato visual com os pacientes e familiares. Interpreta corretamente as comunicações verbais e não verbais dos seus pacientes. Reitera as preocupações do paciente. Fala em tom de voz agradável e tranquilo.

Humanidade – usa um contato físico apropriado. Mostra seu interesse em estar o tempo adequado com o paciente através de movimentos sem pressa. Faz perguntas pessoais ao paciente sobre sua vida. Utiliza o humor apropriado. Reconhece a família do paciente. Recorda

detalhes da vida do paciente, conhecidos na visita anterior.

Franqueza – não disfarça nem oculta informações. Não usa termos técnicos do jargão médico. Explica os prós e os contras do tratamento. Solicita ao paciente recapitular a conversação para se assegurar de que compreendeu.

Respeito – oferece explicação sobre a etiologia da doença, se o paciente a requer. Escuta atentamente e não interrompe quando o paciente descreve seus sintomas. Oferece-lhe opções, mas também recomenda a realização do tratamento. Respeita o pudor do paciente durante a consulta.

Método – fornece explicações detalhadas e instruções escritas. Marca consultas com o paciente por períodos adequados. Expressa ao paciente o desejo de consultar outros médicos ou de fazer uma pesquisa bibliográfica nos casos difíceis.

Os autores da pesquisa em tela analisaram a maneira pela qual os médicos podem incorporar esses comportamentos para melhorar a relação entre médico e paciente, e também as implicações educativas na preparação dos futuros profissionais, os quais receberiam treinamento para manter relações interpessoais eficazes em qualquer circunstancia da assistência

médica. Concluíram, ao final, que o perfil do médico ideal é amplo e razoavelmente definitivo e pode ser utilizado como uma ferramenta estrutural para o treinamento e a avaliação.

Como se pode ver, o perfil ideal do médico identificado na pesquisa da Clínica Mayo certamente deve coincidir com o que pensa o cidadão médio de todo o Ocidente. Aqui na Bahia e no Brasil, tenho a convicção, baseada nestas três décadas de prática clínica ininterrupta, de que a opinião dos nossos pacientes sobre o ideal de médico deva ser muito semelhante a este perfil divulgado pela pesquisa da Clínica Mayo. É que, gostemos ou não, a revolução digital que gerou a internet uniformizou muito os gostos, quereres e sonhos dos cidadãos globalmente conectados. A pesquisa revela que os pacientes querem ser cuidados por médicos virtuosos! Por definição, virtudes são disposições firmes de agir para se fazer o bem, em qualquer ato em que se está envolvido.

Nesta esteira, Edmund Pellegrino[13], professor emérito de Ética Médica do Kennedy Institute of Ethics, afirma que a medicina é uma profissão especial por lidar de perto com a vulnerabilidade de doentes e que o bem-estar do paciente deve sempre suplantar os interesses do médico. Para Pellegrino, na prática, o médico, para alcançar o bem e o bem-estar do paciente, deve possuir qualidades de caráter, como: Virtudes Morais – benevolência (desejar o bem), honestidade, confiabilidade, fidelidade à promessa de cuidar da melhor maneira possível, compaixão e

humildade; e Virtudes Intelectuais – competência técnica, habilidade, prudência e intuição. Completa Pellegrino ao afirmar que uma teoria baseada na beneficência, segundo a qual o médico deve agir em função do bem do paciente e de acordo com as virtudes citadas, é mais apropriada à prática médica do que outras éticas baseadas em regras e princípios.

Como autor deste ensaio, pude perceber, refletir (sobre) e qualificar as características ideais para o profissional médico contemporâneo, demonstrando como o processo histórico e os fatores socioculturais e civilizatórios mudam ao longo do tempo, incluindo-se aí o perfil comportamental dos pacientes e suas expectativas com a medicina e com os médicos. Também busquei trazer elementos reveladores do perfil do médico mais adequado a este novo paciente em novos tempos.

Em suma, considero que, neste início do século XXI, o médico ideal, capaz de atender com grau máximo de satisfação às expectativas dos pacientes, deve possuir duas qualidades comportamentais decisivas: a primeira, ter incorporado à sua prática clínica o uso das decisões compartilhadas, ou seja, todas as ações médicas devem ser deliberadas de acordo com o paciente, após seu consentimento livre e esclarecido; a segunda, o médico deve estar existencialmente impregnado de virtudes facilitadoras e aproximativas da relação com seu paciente, tais como: competência técnica, empatia, confiabilidade, prudência, honestidade, humildade e benevolência (desejar o bem).

Finalmente, julgo haver reunido fundados argumentos para embasar a minha firme convicção de que a medicina tecnológica, de hoje, exercida sem rigor ético, constitui um risco imensurável à humanidade. Mas, quando exercida em submissão a valores éticos adequados, torna-se um dos bens essenciais mais importantes para a saúde, o bem-estar e a felicidade das pessoas. Vale dizer: um patrimônio da humanidade.

REFERÊNCIAS

1. KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. eds. *To err is human:* building a safer health system. Washington, DC: Comittee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: National Academy Press, 2004.
2. FRAGATA, L.; MARTINS, L. *O erro em medicina*. Coimbra: Almedina, 2004.
3. LE FANU, J. *The rise and fall of modern medicine*. Londres: Abacus, 1999.
4. LOCH, J. A. Uma breve introdução aos termos da ética e da bioética na área dos cuidados da saúde. In: KIPPER, J. D.; MARQUES, C.C.; FEIJÓ, A. (Org.). *Ética em pesquisa*: reflexões. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. p. 11-8.
5. UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.* Disponível em: <URL:http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br/htm/X%20%20htm/documentos/declaracaojulho2006.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2006
6. FRANÇA, G. V. *Comentários ao Código de Ética Médica*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
7. BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J. F. *Principles of biomedical ethics.* 5ª ed. New York: Oxford University Press, 2001.

8. GRACIA, D. *Pensar a bioética*: metas e desafios. Tradução Carlos Alberto Bárbaro. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2010.

9. SALZBURG GLOBAL SEMINAR. Salzburg statement on shared decision making. *BMJ,* 342: d1745, 2011.

10. HACK, T. F. *et all*. Do patients benefit from participating in medical decision making? Longitudinal follow-up of women with breast câncer. *Psycooncology*, 15: 9 -19, 2006.

11. LÉGARÉ, F. *et all*. Interventions for improving the adaption of chared decision making by halthcare professionals. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 5: CD006732, 2010.

12. BENDAPUDI, Neeli M. *et all*. *O que os pacientes esperam dos médicos?* : uma pesquisa da Clinica Mayo dos Estados Unidos sobre quais as condutas ideais dos médicos que influem na relação médico-paciente. Tradução Carlos Varaldo. Disponível em: <http://hepato.com/p qualidade de vida/atitude medicos 20060821.html>. Acesso em: 17 ago. 2012.

13. PELLEGRINO, E.; THOMASA, O. *For the pacient´s good*. New York: Oxford University Press, 1988.

14. MULLEY, A.G.; TRIMBLE, C.; ELWYN, G. Pondo fim ao silêncio do diagnóstico errado: as preferências do paciente são importantes. BMJ Brasil, Porto Alegre, v. 6, n. 54, p. 29-32, fev. 2013.

15. WILSON, S.R.; STRUB, P.; BUIST, A.S. et al. Shared treatment decision making improves adherence and outcomes in poorly controlled asthma. Am J Resp Crit Care Med 2010; 181: 566-577.

Sobre o autor

Jecé Freitas Brandão é médico formado pela Universidade Federal da Bahia e Mestre em Medicina pelo IBEPEGE, Universidade de São Paulo. Especialista em Gastroenterologia Clínica e Endoscopia Digestiva. Na atividade acadêmica, exerceu as funções de professor-assistente de Clínica Médica e de professor-convidado da disciplina de Terapêutica Clínica, sob as chefias dos inesquecíveis Pedro Alain Garcia, Macedo Costa e Orlando Castro Lima, na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Em sua trajetória, além de intensa e ininterrupta atividade assistencial em sua Clínica do Aparelho Digestivo, no Centro Médico da Graça, ocupou várias funções de interesse da classe médica e da saúde pública: presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (2001 a 2006), presidiu a Sociedade de Gastroenterologia da Bahia e a Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, capítulo da Bahia; vice-presidente da Federação Brasileira de Gastroenterologia (1996 a 1998). Foi diretor do Sindicato dos Médicos da Bahia e é membro da Comissão de Defesa Profissional da Associação Bahiana de Medicina. Membro do Conselho Estadual de Saúde, e é o atual representante da Bahia no Conselho Federal de Medicina. Recém eleito membro titular da Academia de Medicina da Bahia.