

A Ética na Clínica Diária*

Daniel Serrão

Professor Catedrático Jubilado de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Porto, Especialista em Bioética, Professor nos Mestrados de Bioética da Universidade Clássica do Porto, Membro da Academia Pontifícia

Agradeço ao Prof. José Luís Medina o convite para esta conferência inaugural do vosso 10.º Congresso Nacional de Diabetes, mas agradeço ainda mais, se possível, o tema que escolheu para eu tratar: “A Ética na Clínica Diária”, ou seja, no trabalho que os colegas presentes realizam todos os dias para o melhor bem dos seus doentes.

Saliento e repito: para o melhor bem dos seus doentes, porque a escolha deste melhor bem é o toque ético, a marca ética da sua atividade profissional.

Depois de centenas de conferências em Congressos Médicos versando aspetos teóricos e mais ou menos abstratos, da ética médica e da bioética global, tenho de agradecer ao meu colega e amigo Prof. José Luís Medina esta oportunidade que me dá de me aproximar da prática clínica no seu contexto real que é o de um ser humano que ajuda outro ser humano no que se tem chamado o “ato médico”.

Tratarei o tema em três perspetivas e uma síntese.

A primeira perspetiva é a da evolução do ato médico, na sua natureza.

A segunda será a da eticidade do ato médico.

A terceira será a da virtude no agir médico.

Por fim, em jeito de síntese e conclusão, apresentarei as características do ato médico moderno, na perspetiva de um personalismo iatrogénio, um personalismo gerado no agir do médico pelo acolhimento ontológico e transcendental da pessoa do doente, como pessoa.

1. Como evoluiu o ato médico de Hipócrates até aos nossos dias

Se, tendo em conta a forma como viviam e pensavam os homens das culturas dos povos que marginavam o Mediterrâneo Oriental e os que viviam entre o Tigre e o Eufrates, imaginarmos a prática clínica hipocrática, vemos pessoas carentes e submissas como que ajoelhadas aos pés do latros, o médico-sacerdote dos deuses do bem e do mal, para reclamarem dele a cura dos seus confessados males.

Hipócrates, se calhar em crise de fé nos deuses gregos, percebeu que a narrativa pessoal dos doentes, como penitência, era, afinal, o mais importante elemento da sua relação com as pessoas que o procuravam. Ouvindo-as com atenção e paciência, percebeu que esta narrativa continha o essencial da sua confessada situação de estarem doentes. Apoiando-se na história natural da situação de estar doente, procurou curar, naturalmente, as pessoas doentes. Como um médico, agindo no mundo natural e concreto, e não como um sacerdote de Apolo invocando poderes sobrenaturais.

Desde então e até aos dias de hoje a natureza do ato médi-

co é objetiva e real. Acontece entre duas pessoas que se encontram, uma para solicitar ajuda, a outra para dispensar a ajuda solicitada, até onde lhe for possível. Tendo em conta que os humanos são seres finitos e que a ajuda médica apenas procura evitar a morte antecipada, a morte antes do tempo em que cada um inevitavelmente morrerá.

A morte inevitável é o horizonte incontrolável do trabalho médico. Mas a imortalidade simbólica, em qualquer dos seus modos – biológica, cultural, natural, transcendental ou religiosa – é o espaço onde médico e doente se situam e onde negociam a sua mútua relação.

Quero dizer que no território onde o doente e o médico se encontram a morte não está presente.

Está aí apenas a sua sombra.

O que tem dado origem a um intensivismo inaceitável, em termos científicos, e muito dispendioso; o que tem de ser tido em conta no tempo de penúria em que estamos a viver. O médico atual, não obstante a possibilidade de transplantar órgãos indispensáveis à vida – rim, coração, pulmão, medula óssea – e de usar células estaminais para aumentar o número de neurónios ou de miócitos do miocárdio, não pode imaginar que o seu objetivo é conquistar a imortalidade para os seus doentes.

Tem de aceitar que chegarão a uma fase de doença incurável da qual morrerão.

Cuidar das pessoas nesta fase, em vez de as abandonar por não terem cura, é um novo campo aberto à prática médica, tão importante para os doentes e suas famílias, como a medicina com intenção curativa.

O aumento do número de idosos que vão atingir a fase de doença e dependência exige o desenvolvimento da medicina paliativa de grande qualidade científica.

Estas são as novas configurações do ato médico.

2. A eticidade do ato médico

Como tantas vezes tenho escrito, a relação do médico com o doente é ética antes de ser técnica, porque acontece entre pessoas humanas.

Enquanto intervenção profissional, entre o que sabe como diagnosticar e tratar e o que deseja ser tratado, é um encontro claramente desigual.

A desigualdade, como Marx ensinou, gera um poder e torna possível o abuso deste poder.

Para minimizar a possibilidade de abuso do fraco pelo forte, do que não sabe pelo que sabe, os médicos desenvolveram uma deontologia, ou seja, um código de deveres a cumprir na relação com as pessoas doentes.

* Texto da Conferência Inaugural do 10º Congresso Português de Diabetes (Vilamoura, 7 a 10 de Março de 2012).

Portanto, desde Hipócrates, a origem das normas deontológicas está nos próprios médicos e não na sociedade; e menos no poder político delegado aos governos.

O que significa que é um código de honra, um dever voluntariamente aceite por todos, pelo que dá à profissão médica uma dignidade insuperável.

Nós, médicos, temos de ser hoje os protagonistas desta dignidade.

A evolução vertiginosa e rapidíssima dos conhecimentos científicos aplicáveis à prática clínica obriga-nos a uma postura de constante aprendizagem das ciências biológicas como ciências aplicáveis e aplicadas no quotidiano agir dos médicos.

Porque a competência, ao mais alto nível, é uma exigência deontológica, é um dever que tem de ser cumprido com diligência e muito estudo.

A Medicina aproxima-se cada vez mais de uma ciência de rigor onde não há lugar para o médico usar expressões como “eu acho”, “eu julgo”, “parece-me que”, e outras do mesmo género que apelam para um saber prático que não é um saber científico.

O médico tem de usar, constantemente o pensamento crítico, para interpretar, analisar e avaliar as situações e os factos concretos das pessoas doentes, à luz do que pode ser provado e comprovado pelo conhecimento científico aplicável.

A competência profissional, como exigência deontológica, é o verdadeiro fundamento da decisão clínica.

Quando se fale hoje - e tanto se fala - na “evidence based medicine” o que se quer dizer é que a decisão terapêutica tem de estar sustentada em provas científicas claras e seguras, deduzidas por meta-análises rigorosas de publicações científicas.

A meta-análise, que é um exercício de pensamento crítico feito sobre trabalhos publicados em revistas de todo o mundo desenvolvido, corrige o enviesamento resultante de investigações com pequenas casuísticas ou que possam ter sido condicionadas pelo interesse dos produtores de meios de diagnóstico ou de tratamento.

No caso concreto da diabetes, doença investigada em todo o mundo quanto às suas causas, ao seu diagnóstico laboratorial e clínico e às diversas intervenções com finalidade terapêutica, estão aí, no mundo científico, milhares e milhares de publicações científicas. Sem meta-análise destas publicações, feita por quem a sabe fazer, o médico que pratica nesta doença não tem forma de saber o que está provado ou não. O médico, no seu dia-a-dia, tem de ser competente. Mas não basta que o seja para que o ato médico se situe num universo ético.

Para dar satisfação à exigência ética o médico tem de cumprir princípios que garantam a eticidade da relação com o doente. Estes princípios estão relacionados com valores e deles decorrem normas de procedimento.

O valor socialmente mais significativo é expresso pela palavra Liberdade que foi Bandeira da Revolução Francesa no século XVIII.

Este é um valor *prima facie*, que não carece de ser demonstrado e é aceite por todos.

Se o Homem é livre, ele dispõe de autonomia pessoal, governa-se a si próprio mesmo em Sociedade.

O Artigo 2 da Convenção Europeia dos Direitos Humanos e da Biomedicina, que é lei em Portugal desde 2002, diz textualmente: “Os interesses e o bem-estar da pessoa humana devem prevalecer sobre os interesses da sociedade e da ciência”.

Esta solene afirmação do primado da pessoa humana, plasmada num texto jurídico que Portugal aprovou e incluiu no seu direito interno, cria, no ato médico do dia-a-dia, o dever de respeitar a autonomia do doente, porque este respeito é um princípio ético aplicável à prática médica.

Como se manifesta, na prática, o princípio ético do respeito pela autonomia?

Durante muitos anos e até aos meados do século XX este respeito era muito relativo.

O médico considerava que era ele quem sabia o que era melhor para o doente que procurava a sua ajuda pelo que a sua decisão sendo beneficente era a que o doente desejaria e por isso a aceitava.

Aceitação implícita e passiva na tradição hipocrática.

Mas, a partir dos Estados Unidos, desenvolve-se, na segunda metade do século XX uma crítica severa ao paternalismo médico de raiz hipocrática e um apoio num código de deveres médicos, ou seja, uma deontologia profissional.

Esta crítica afirmava que a pessoa, livre e autónoma, não perdia o poder de exercer a autodeterminação mesmo quando solicitava ajuda médica.

Portanto, será a pessoa, livre e autodeterminada, quem, em última análise decide sobre o que aceita ou não aceita que o seu médico faça no seu corpo.

O desenvolvimento desta doutrina nova sobre a relação do médico com as pessoas doentes teve, como é sabido, duas consequências principais:

- alterou o paradigma do ato médico que passou a ser uma relação entre pessoas iguais em direitos e em deveres
- provocou a intromissão do Direito na prática clínica por intermédio do instituto jurídico do consentimento informado.

No dia-a-dia da atividade clínica, o médico não deve considerar-se como uma pessoa superior que está muito acima do doente que o procura, pelo que tem de esquecer tudo o que era a antiga postura paternalista.

E tem de ter perfeita consciência de que, para qualquer intervenção sobre o corpo ou o psiquismo da pessoa doente, tem de lhe dar, antes, uma informação completa, verdadeira e compreensível sobre a decisão clínica e obter o consentimento da pessoa.

Para decisões simples basta o consentimento tácito ou expresso de uma forma simples e verbal; para atos mais complexos e com riscos, o consentimento deve ser dado por escrito.

Assim o atendimento clínico tem de ser visto como um diálogo entre duas pessoas que, em conjunto, procuram a melhor solução para um problema de saúde.

A conceção antiga de um doente sujeito ao médico e às suas ordens terapêuticas foi substituída – ou tem de ser substituída – pela proposta da aliança terapêutica.

A pessoa deixará de dizer: tomo os comprimidos porque o médico me mandou. Dirá antes: tomo os comprimidos porque o médico me explicou como é que vou melhorar com eles e até me falou de alguns inconvenientes que tenho de aguentar.

Em oncologia a aliança terapêutica é indispensável e ajuda a minimizar a depressão reativa, que se desenvolve após o conhecimento do diagnóstico de doença maligna.

Na clínica do dia-a-dia a aliança terapêutica tem um efeito placebo, já confirmado por investigações credíveis.

O desenvolvimento da aliança terapêutica faz com que a informação para o consentimento, no lugar de ser uma imposição legal (que não sendo cumprida pode dar uma pena de prisão até dois anos por ofensa a um direito de personalidade que é a autonomia), será um componente natural e desejado de um diálogo clínico moderno no qual não há os bons doentes – os que obedecem – e os maus doentes – os que não cumprem – ; mas há pessoas autónomas e responsáveis que livremente se associam à competência do médico, numa aliança terapêutica.

A aliança terapêutica tem, claro está, um importante componente emocional.

Sabemos, hoje, que as emoções têm um suporte neurobiológico concreto e alteram ou condicionam as decisões racionais.

O doente que procura o médico poderá ter ou não uma doença orgânica, mas o que tem, seguramente, é um estado de perturbação emocional.

Ele vai expor, ao médico, um aspeto da sua biografia; aspeto que o perturba e para o qual deseja receber a ajuda de outra pessoa, o médico.

Ao tomar esta decisão, a decisão de “ir ao médico”, a pessoa que se declara doente a si própria, primeiro, decide depois fazer esta declaração a outra pessoa, o médico; mas esta decisão tem duas motivações principais: considera que o médico é competente mas, principalmente que é uma pessoa virtuosa.

Quando os doentes conversam entre si na sala de espera do consultório e usam a expressão – venho aqui porque este doutor é um bom médico, este qualificativo bom refere-se à competência, sem dúvida, mas principalmente ao caráter, às virtudes pessoais que singularizam esse profissional.

Há, portanto, lugar para uma breve explanação sobre as virtudes do médico.

3 – Devemos a Pellegrino a elaboração de uma filosofia da medicina centrada numa teoria das virtudes. Esta teoria não se opõe à conceção principalista que referi mas completa-a.

Quem é Edmund Daniel Pellegrino, tão mal conhecido em Portugal?

Atualmente com 92 anos, Pellegrino é um grande internista que exerceu medicina nos Estados Unidos e tem uma carreira impressionante no desenvolvimento da moderna ética médica que no mundo saxónico se designa, desde 1970, por bioética.

Tive o gosto de orientar o colega Jorge Cruz, cirurgião vascular, na preparação de uma tese de doutoramento em Bioética, (Análise Crítica do Pensamento Bioético de Edmund D. Pellegrino. Porto. 2011) já defendida e aprovada, sobre a pessoa e as conceções deste grande internista e filósofo da medicina, vista como uma prática pessoal.

Não posso aprofundar o tema nem seria esta a oportunidade adequada.

Mas direi que Pellegrino coloca o ato médico no nível mais elevado e mais exigente da relação interpessoal pelo que obriga a pessoa do médico a expor-se sem ambiguidades nem disfarces.

Apelando para uma ética da autenticidade, Pellegrino enuncia as virtudes que terão de estar presentes na pessoa do médico para que ele suscite na pessoa do doente, uma atitude racional e, principalmente, emocional, de confiança.

Porque o doente vive a consulta ao médico numa atitude de confiança, o médico tem de ser confiável.

Para Pellegrino o médico confiável é o médico virtuoso; sendo que a competência é uma das virtudes do médico.

Enunciar as virtudes principais do médico confiável é oportuno como fecho desta minha intervenção mesmo que não possa desenvolver em pormenor o conteúdo semântico das palavras com as quais designamos as atitudes pessoais virtuosas.

Na síntese de Jorge Cruz devem referir-se pelo menos as seguintes: compaixão, prudência, justiça, coragem, moderação, integridade, altruísmo

Nos tempos que correm, a integridade, a coragem e a justiça, terão de ser manifestadas por todos os médicos e em todas as situações.

4 – Síntese final

Por personalismo iatrogénico entendo um tipo de comportamento, assumido pelos médicos por força e virtude da natureza ética da relação clínica; e que ultrapassa a eticidade, diria natural, que sempre existe na relação entre pessoas humanas.

Mas a relação médica tem uma exigência ética suplementar. Não basta, ao médico, ser um técnico da maior competência, preocupado com a qualidade científica das suas decisões e dos seus comportamentos.

Não basta que, por ser virtuoso, atenda a pessoa doente com disponibilidade, paciência, atenção e cuidado. Não basta. Porque, no âmbito de um autêntico personalismo iatrogénico, vai acontecer no mais íntimo da pessoa do médico, no seu Eu auto consciente, por ação – que direi, ainda misteriosa – vai acontecer, nesse núcleo da mais radical intimidade, a presença ativa da pessoa doente, que é pessoa antes de ser um doente.

O acolhimento do outro no Si autobiográfico (Damásio) do médico gera, neste, uma reação profunda, afetiva e emocional, que singulariza o que designo por iatrogénese, para significar não que é gerada pelo médico, mas sim que é gerada no médico pela presença do outro – que é mais outro porque sofre e, até, porque poderá morrer.

Quando alguns criticam o médico dizendo que ele reage mal à morte de uma pessoa que está a tratar, porque considera esta morte como uma derrota, uma ferida no seu orgulho científico e técnico, esses estão a passar ao lado da verdade que decorre do personalismo iatrogénico.

O senhor José, em risco de morrer, não é apenas um pâncreas necrosado, é uma riquíssima biografia pessoal, é parte deste mundo humano e social que a todos nos envolve e no qual existimos como pessoas singulares. Este outro José entrou na intimidade pessoal do médico que o trata; e ocupa, aí, um lugar privilegiado a partir do qual condiciona e muda a vida pessoal do médico. Faz com que ele esqueça as suas rotinas quotidianas, a hora de almoçar ou o tempo de dormir, porque é a pessoa que está dentro dele que o faz decidir e agir. Quando morrer o senhor José não sai completamente da intimidade do médico; fica presente no afeto que gerou, na iatrogénese que condicionou. Trinta anos depois o médico ouve as palavras e vê a expressão do olhar, porque com as palavras que mal se ouviam e com o olhar profundamente intencional, o senhor José entrou para o interior do Si-autobiográfico (Damásio), quando a necrose pancreática estava já a ponto de inutilizar o corpo doente para a grandiosa e inefável capacidade de comunicação pessoal com o outro.

A morte do doente não é uma derrota do orgulho do médico tecnicista que se julga onipotente; é a ferida emocional por um afeto que deixou de ser presença e será, apenas, memória na intimidade do médico, personalista por iatrogénese.

O personalismo iatrogénico, ou personalismo médico, como prefere chamar-lhe Carlos Costa Gomes (in “O Pensamento Bioético de Daniel Serrão”. Dissertação de Doutoramento. Edição do Autor. Porto. 2011), é um modelo especial da ação modificadora que o Eu-Outro sempre exerce sobre o Eu-Pessoal. Todos o sentimos no viver quotidiano mas poucos o conseguem dizer com o rigor e a qualidade estética de Fernando Pessoa:

“Cruz na porta da tabacaria!
Quem morreu? O próprio Alves? Dou
Ao Diabo o bem-estar que trazia
Desde ontem a cidade mudou.

Quem era? Ora, era quem eu via
Todos os dias o via. Estou
Agora sem essa monotonia
Desde ontem a cidade mudou.
...”

O senhor José provocou no médico, provocou realmente no médico, como o Alves da tabacaria provocou em Pessoa, uma relação de pertença e uma emoção criativa.

Com a morte do senhor José o médico sentiu que “a cidade mudou”; nela, na cidade metafórica do encontro do médico com o José, já não habitam nem aquelas palavras, apenas sussurradas, nem a expressão interrogativa dos olhos que morriam. O dia-a-dia do médico é vivido em relação com o outro, o doente.

A forma como esta relação se estrutura marca a qualidade ética, ou a eticidade deste relacionamento.

Se é apenas um profissional tecnicamente competente, eficaz, que decide sobre o que fazer no corpo alterado para o restituir à normalidade estrutural e funcional, mas que não permite que a pessoa, que por esse corpo se exprime, entre na sua intimidade – temos um agir médico tecnicamente correto mas impessoal, não personalista.

O médico atua no âmbito concetual de um monismo, apenas fisicalista, químico-biológico..

Mas um médico que decide e age no universo mais amplo de um personalismo fundado na especial natureza ética da relação com uma pessoa, como pessoa, ou seja, no âmbito concetual de um personalismo iátrico e iatrogénico, esse, é, no seu dia-a-dia clínico, uma pessoa diferente.

Pessoa que bem merece o reconhecimento ético e social que os seus concidadãos lhe tributam.

Que continue a merecê-lo é o meu voto final.