

Relação Médico – Paciente

José Roberto Moreira Filho

advogado, especialista em Bioética, Direito e Aplicações pelo Instituto de Educação Continuada da PUC/MG.

Em pesquisa realizada no site da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na parte destinada ao Núcleo Interinstitucional de Bioética, encontramos preciosos artigos dos Professores José Roberto Goldim e Carlos Fernando Francisconi que, com maestria, desenvolveram uma excelente página na WEB destinada à Bioética.

Ao descreverem os modelos existentes da relação médico-paciente se remetem aos ensinamentos do, não menos brilhante, Professor Roberto Veatch, do Instituto Kennedy de Ética da Universidade Georgetown/EUA.

O Professor Roberto Veatch propôs, em 1972, que basicamente existem quatro modelos de relação médico-paciente:

- Modelo Sacerdotal;
- Modelo Engenheiro;
- Modelo Colegial;
- Modelo Contratualista.

Explicando tais modelos, o emérito professor nos ensina que :

O Modelo Sacerdotal é o mais tradicional, pois baseia-se na tradição hipocrática. Neste modelo o médico assume uma postura paternalista com relação ao paciente. Em nome da Beneficência a decisão tomada pelo médico não leva em conta os desejos, crenças ou opiniões do paciente. O médico exerce não só a sua autoridade, mas também o poder na relação com o paciente. O processo de tomada de decisão é de baixo envolvimento, baseando-se em uma relação de dominação por parte do médico e de submissão por parte do paciente. Em função deste modelo e de uma compreensão equivocada da origem da palavra "paciente" este termo passou a ser utilizado com conotação de passividade. A palavra paciente tem origem grega, significando "aquele que sofre".

O Modelo Engenheiro, ao contrário do Sacerdotal, coloca todo o poder de decisão no paciente. O médico assume o papel de repassador de informações e executor das ações propostas pelo paciente. O médico preserva apenas a sua autoridade, abrindo mão do poder, que é exercido pelo paciente. É um modelo de tomada de decisão de baixo envolvimento, que se caracteriza mais pela atitude de acomodação do médico que pela dominação ou imposição do paciente. O paciente é visto como um cliente que demanda uma prestação de serviços médicos.

O Modelo Colegial não diferencia os papéis do médico e do paciente no contexto da sua relação. O processo de tomada de decisão é de alto envolvimento. Não existe a caracterização da autoridade do médico como profissional, e o poder é compartilhado de forma igualitária. A maior restrição a este modelo é a perda da

finalidade da relação médico-paciente, equiparando-a a uma simples relação entre indivíduos iguais.

O Modelo Contratualista, por sua vez, estabelece que o médico preserva a sua autoridade, enquanto detentor de conhecimentos e habilidades específicas, assumindo a responsabilidade pela tomada de decisões técnicas. O paciente também participa ativamente no processo de tomada de decisões, exercendo seu poder de acordo com o estilo de vida e valores morais e pessoais. O processo ocorre em um clima de efetiva troca de informações e a tomada de decisão pode ser de médio ou alto envolvimento, tendo por base o compromisso estabelecido entre as partes envolvidas.

Ao que parece, o modelo ideal da relação médico-paciente parece ser o Modelo Contratualista, que estabelece a preservação da autoridade do médico em relação ao paciente, em virtude de suas qualidades técnicas e de conhecimento, mas condiciona o exercício de tal autoridade a uma íntima relação de confiança entre paciente e médico e a uma troca de informações recíproca e necessária ao estabelecimento da verdadeira relação de afeição, credibilidade e confiança a se formar entre as partes.

Ocorre que, além de descrevermos os modelos criados pelo professor Roberto Veatch, para a caracterização e estudo da relação médico-paciente, é necessário que façamos uma rápida análise de alguns dos princípios da bioética, também chamados de deveres *prima facie* dos indivíduos.

Além disto, para que possamos compreender a intrincada relação médico-paciente, é importante ter em mente a base da bioética, ou seja, seus princípios.

Princípio da Autonomia

Tal princípio vem sendo estudado ao longo da história; vimos que recebeu diferentes denominações e fizeram-se diversas teorias acerca de sua caracterização e conceituação.

John Stuart Mill propôs que "sobre si mesmo, sobre seu corpo e sua mente, o indivíduo é soberano"; por sua vez, Benjamim Cardozo, juiz dos Estados Unidos, sentenciou, em 1914, no caso *Schloendorff*, que " Todo ser humano de idade adulta e com plena consciência tem o direito de decidir o que pode ser feito no seu próprio corpo, e Kant, com o seu Imperativo Categórico, propôs que a autonomia não é incondicional, mas passa por um critério de universalidade, ou seja, ela é para si mesma uma lei - independentemente de como forem constituídos os objetos do querer.

O Relatório Belmont, que estabeleceu as bases para a adequação ética da pesquisa nos Estados Unidos, denominava este princípio como Princípio do Respeito às Pessoas. Nesta perspectiva propunha que a autonomia incorpora, pelo menos, duas convicções éticas: a primeira, que os indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos, e a segunda, que as pessoas com autonomia diminuída devem ser protegidas. Desta forma, divide-se em duas exigências morais separadas: a exigência do reconhecimento da autonomia e a exigência de proteger aqueles com autonomia reduzida (incapazes, loucos, presos, etc.).

O professor José Roberto Goldim⁽¹⁾ afirma que, virtualmente, todas as teorias concordam que duas condições são essenciais à autonomia:

- liberdade (independência do controle de influências) e
- ação (capacidade de ação intencional).

E concluiu dizendo que o "Princípio da Autonomia não pode mais ser entendido apenas como sendo a autodeterminação de um indivíduo, pois esta é apenas uma de suas várias possíveis leituras. A inclusão do outro na questão da autonomia trouxe, desde o pensamento de Kant, uma nova perspectiva que alia a ação individual com o componente social. Desta perspectiva que surge a responsabilidade pelo respeito à pessoa, que talvez seja a melhor denominação para este princípio."

Tal princípio, na relação médico-paciente, é extremamente relevante, na medida em que o médico deve ter em mente que somente pode manipular, drogar, receitar, conduzir, etc., seus pacientes, se eles de fato estiverem aptos e cientes de aceitar tais procedimentos e atitudes.

O Princípio da Autonomia, nesta relação, faz com que tanto médico quanto paciente desenvolvam, de maneira eficaz e confiável, diálogos e entendimentos capazes de dar à relação profissional uma forma respeitosa e aceitável ponto de vista médico, social e ético.

Princípio da Beneficência

O Princípio da Beneficência tem duas importantes funções e regras:

- a) não causar o mal e
- b) maximizar os benefícios possíveis e minizar os danos possíveis.⁽²⁾

Na relação médico-paciente, tal princípio é de observância contínua e irrestrita, haja vista que o paciente, ao procurar o profissional da área de saúde, busca a cura para o seu mal, e o profissional, por sua vez, tentará empreender todos os esforços para não agravar o mal do paciente e para curá-lo da doença que o aflige.

O Princípio da Beneficência é que estabelece esta obrigação moral de agir em benefício dos outros. É importante não confundir a Beneficência com a Benevolência, que é a virtude de se dispor a agir no benefício dos outros.

A Beneficência no contexto médico é o dever de agir no interesse do paciente, a fim de proporcionar-lhe o maior conforto possível e/ou o menor sofrimento ao seu mal, sempre com vistas aos demais princípios bioéticos.

Princípio da Não-Maleficência

O Princípio da Não-Maleficência é o mais controverso de todos. Muitos autores o incluem no Princípio da Beneficência. Justificam tal posição por acharem que, ao evitar o dano intencional, o indivíduo já está, na realidade, visando ao bem do outro.⁽³⁾

Hipócrates, ao redor do ano 430 aC, propôs aos médicos, no parágrafo 12 do primeiro livro da sua obra Epidemia:

"Pratique duas coisas ao lidar com as doenças; auxilie ou não prejudique o paciente".

O Princípio da Não-Maleficência propõe a obrigação de não infligir dano intencional. Este princípio deriva da máxima da ética médica "Primum non nocere".

O Juramento Hipocrático insere obrigações de Não-Maleficência e de Beneficência:

"Usarei meu poder para ajudar os doentes com o melhor de minha habilidade e julgamento; abster-me-ei de causar danos ou de enganar a qualquer homem com ele".

Portanto, o Princípio da Não-Maleficência, na relação médico-paciente, é aquele pelo qual o médico deve evitar produzir intencionalmente danos ou malefícios aos seus pacientes, tratando-os como gostaria de ser tratado.

Princípio da Privacidade

"Privacidade é a limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, ao acesso à própria pessoa, à sua intimidade, envolvendo as questões de anonimato, sigilo, afastamento ou solidão.

É a liberdade que o paciente tem de não ser observado sem autorização." ⁽⁴⁾

A própria Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo XII, estabelece que :

"Ninguém será sujeito a interferências na sua vida privada, na sua família, no seu lar ou na sua correspondência, nem a ataques à sua honra e reputação".

Tal princípio, na relação médico-paciente, é visto com reserva. É obvio que o médico deve abster-se de repassar as informações clínicas de seus pacientes para qualquer pessoa e também deve evitar a exposição pública de um caso particular levado ao seu conhecimento, pelo simples fato que existe nesta relação uma confiança muito grande dos pacientes no sigilo médico.

Portanto, a base da relação, além dos princípios éticos anteriormente descritos, funda-se em uma relação de confiança, credibilidade e de intimidade que não permite a exposição da situação médica do paciente para pessoas não envolvidas com o seu tratamento.

Em apenas alguns casos o médico é obrigado a dar publicidade ou a comunicar fatos que lhe chegaram ao conhecimento, por meio do paciente, a outras pessoas que não integram a sua equipe ou círculo profissional ou familiar do doente.

A exceção à preservação de informações ocorre quando, por força de legislação existente e por justa causa, um profissional é obrigado a comunicar informações a que teve acesso em função de sua atividade.

Incluem-se as seguintes situações:

- testemunhar em corte judicial, em situações especiais;
- comunicar, à autoridade competente, a ocorrência de doença de informação compulsória;
- a ocorrência de maus-tratos em crianças ou adolescentes;
- de abuso de conjuge ou idoso;
- ou de ferimento por arma de fogo ou de outro tipo, quando houver suspeita de que tal lesão tenha sido resultante de um ato criminoso.

As situações, acima descritas, trazem um dever ao médico de comunicar à autoridade competente o fato ou ato, seja em virtude de lei punitiva que assim o exige ou em função da preservação da saúde pública, em detrimento da privacidade de seu paciente.

Do Consentimento Informado

Os princípios bioéticos em nada adiantariam, se o profissional da saúde não deixar claros e esclarecidos ao paciente os procedimentos que irá tomar, o porquê das medidas terapêuticas ou clínicas adotadas, qual a importância da medicação receitada, seus efeitos benéficos e colaterais, enfim conscientizar o seu paciente de todo o procedimento e atitudes a serem adotadas, bem como dos efeitos benéficos e maléficos existentes.

O consentimento informado já faz parte do atual exercício da medicina, e é encarado como um direito dos pacientes e uma obrigação dos médicos.

De acordo com José Roberto Goldim ⁽⁵⁾, "o consentimento informado é composto por três elementos básicos: competência ou capacidade, informação e consentimento.

Os quatro elementos necessários para que um consentimento informado seja considerado válido são os seguintes:

- fornecimento de informações;
- compreensão ;
- voluntariedade;
- consentimento."

Diz ainda que, para uma abordagem abrangente do consentimento informado, é necessário dividi-lo em três etapas que envolvem sete elementos do processo:

I)Pré-Condições:

1. Capacidade (para entender e decidir);
2. Voluntariedade (na decisão).

II) Elementos da Informação:

3. Explicação (informações sobre riscos e benefícios);
4. Recomendação (proposta de alternativa mais adequada);
5. Compreensão (dos termos 3 e 4).

III)Elementos do Consentimento:

6. Decisão (em favor de uma opção, dentre no mínimo duas propostas);
7. Autorização.

Portanto, na relação médico-paciente é necessário que o consentimento informado seja feito por pessoa capaz, ou pelo seu representante legal, que expresse livremente seu consentimento no tratamento médico necessário.

O médico deve, para que tal consentimento seja eficaz, informar o paciente sobre os riscos e benefícios do tratamento, sobre alternativas de cura e medicação, além de fazer-se compreender de forma clara e inequívoca para se ter certeza de que o paciente se acha ciente de todos os riscos e benefícios do tratamento, ao dar o seu consentimento.

Com a ciência dos riscos e benefícios e das alternativas de cura e tratamento, o paciente encontra-se apto a externar de forma segura o seu consentimento.

Casos Especiais Nas Relações Médico-Paciente

Faremos uma breve abordagem em alguns casos especiais nas relações médico-paciente, entre muitos outros de relevante importância, que porém não serão objeto de estudos nesta oportunidade.

1.TELEMEDICINA

De acordo com o professor e médico legista Genival Veloso de França, da Escola Superior da Magistratura da Paraíba⁽⁶⁾, "a Telemedicina não pode subverter os ditames que sustentam e dignificam a relação individual entre o médico e o paciente. Se este recurso eletrônico for ministrado de forma correta e competente, ele tem um potencial muito grande de não só trazer mais benefícios, mas também de melhorar e ampliar esta relação através das inúmeras oportunidades de comunicação e acesso de

ambas as partes. Todos sabem que a relação médico-paciente deve ser construída através do respeito mútuo, onde exista a independência técnica de opinião e de conduta e o princípio da autonomia que outorga ao paciente o direito de ser respeitado na sua privacidade. Por isso, impõe-se nesta relação uma dupla identidade de confiança e de respeito".

Parece-nos que a mais precisa indicação do uso da Telemedicina seja nos casos em que um profissional necessita de orientação de um colega mais experiente que se encontra distante. Fica claro que tal procedimento só se faz justificar quando aquele outro profissional não pode estar presente, pois o ideal é que o paciente veja seu médico na consulta ou na realização de um procedimento, ou pelo menos conte com uma relação preexistente. Por isso é fundamental a permissão do paciente.

Todas as informações transmitidas sobre o paciente ao médico consultado só têm respaldo se são permitidas por aquele de forma livre e consciente ou pelos seus responsáveis legais. Excetuam-se os casos de comprovado iminente perigo de vida. Nestas oportunidades, onde se empregam meios eletrônicos, não é raro o vazamento de informações e por isso se impõem todas as medidas de segurança para que esse indesejado resultado não venha a ocorrer, protegendo-se, desse modo, a confidencialidade do paciente.

Todavia, há situações, como na urgência e na emergência, onde deve prevalecer a situação periclitante do paciente, ficando com o médico a decisão daquela consulta e daquelas recomendações, embora apenas isso não isente o médico de responder por outros deveres de conduta, como o de vigilância e de abstenção de abuso.

Existem, ainda de forma precária, operações cirúrgicas realizadas a distância, o que faz com que o consentimento informado do indivíduo seja precedido de cuidados exacerbados para se ter uma cabal e comprovada certeza da ciência inequívoca do procedimento, dos riscos, das chances de cura e das alternativas existentes.

2 IDOSOS

É comum que o médico, por pressão familiar ou pessoal, se sinta constrangido ou impossibilitado

A fidelidade é o dever de lealdade e compromisso do terapeuta para com o paciente, que serve de base para o relacionamento entre ambos. A veracidade, isto é, a utilização verdadeira e honesta das informações, é um dever *prima facie* do terapeuta e base de tal fidelidade.

Muitas vezes, até mesmo por pressão das famílias, surge o dilema de dizer ou não a verdade aos pacientes idosos, com o objetivo de preservá-lo do impacto e da ansiedade. Na realidade, o dilema não é revelar ou não a verdade, mas sim qual a forma mais adequada de comunicá-la. Como escolher a maneira viável que possa causar o menor dano e impacto possível. Existem inúmeros estudos e propostas de como comunicar más notícias aos pacientes e suas famílias. Esta é uma habilidade que também pode e deve ser desenvolvida, e não negada, pelos profissionais de saúde. A não-revelação da verdade pode impedir o paciente de tomar decisões importantes sobre

o seu tratamento e sua vida pessoal. Da mesma forma, impede o paciente e família de se prepararem para eventos prováveis, inclusive a morte.

O paciente também tem o direito de "não saber", isto é, o direito de não ser informado, caso manifeste expressamente tal vontade. O profissional de saúde tem que reconhecer claramente quando esta situação ocorre e buscar esclarecer com o paciente as suas conseqüências. O paciente deve ser consultado formalmente se esta é realmente a sua decisão. Após isto, a sua vontade deve ser respeitada. Nesta situação, deve ser solicitado que ele, ou ela, indique uma pessoa de sua confiança para que seja o interlocutor do profissional com a família. O próprio paciente, quando possível, deve comunicar à família estas suas decisões.

Outros importantes aspectos da relação profissional-paciente são a privacidade e a confidencialidade. A privacidade é a limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, ao acesso à própria pessoa, à sua intimidade, anonimato, sigilo, afastamento ou solidão. É a liberdade que essa pessoa tem de não ser observada sem a sua autorização. A confidencialidade, por sua vez, é a garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada.

As quebras de privacidade ou de confidencialidade podem ocorrer na relação do profissional com terceiros, tais como com a família, cuidadores ou empresas seguradoras. Em todas estas relações, deve ficar claro que a fidelidade do profissional é para com o paciente. A este cabe a decisão de quais dados devem ser revelados ou não. É extremamente importante que este compromisso seja preservado, mesmo quando o paciente esteja em estado de inconsciência e até mesmo após a sua morte. O princípio que deve nortear a liberação de informações é o da necessidade de obter certo tipo de informações para tomar decisões ou desempenhar adequadamente sua tarefa, nada além disto.

Muitas vezes, pelo fato de ser o paciente um velho, todos acham-se no direito de ter acesso a todas as informações. Os cuidadores, não vinculados à família, são informados pelos próprios familiares de detalhes que não se justificam, configurando situações de exposição indevida da privacidade de tais pessoas.

O ponto mais importante, talvez, na relação profissional-paciente idoso seja reconhecer que, mesmo em situações onde existam comprometimentos, essa pessoa tem o direito de ser reconhecida como tal. Mesmo em situações de muito comprometimento físico ou mental, as pessoas não perdem a sua dignidade, esta é uma característica inerente ao ser humano. O paciente não pode ser desqualificado, deixando de ser informado, deixando de ser ouvido. Muitas vezes um familiar, ou outro cuidador, assume o papel de interlocutor com o profissional, interpretando e relatando sentimentos e sensações que só a própria pessoa é capaz de sentir, alijando o velho do diálogo e desqualificando a expressão de suas necessidades e vontades.

O profissional que atende a um idoso deve sempre buscar a preservação do vínculo com o seu paciente. Este vínculo deve manter a perspectiva da integralidade da sua pessoa.

Notas

1. Página da Web citada.

2. Relatório Belmont - The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects. Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012, 1978.

3. Prof. José Roberto Goldim, página da Web citada.

4. Professor José Roberto Goldim, página da Web citada.

5. José Roberto Godim pág. da Web citada

6. Livro *Direito Médico*, 7ª edição, São Paulo: Fundo Editorial Byk.