

A relação médico-paciente e o dever de informar

André Soares Hentz*

A relação médico-paciente e o dever de informar

Sumário: 1. Considerações preambulares. 2. Modelos de relação médico-paciente. 3. O princípio da beneficência versus o princípio da autonomia. 4. O dever de informação no Código de Ética Médica. 5. Como e a quem informar as doenças graves. 6. Conclusão. 7. Bibliografia.

1. Considerações preambulares

Um dos principais problemas do terceiro milênio é a relação que os médicos vêm travando com seus pacientes. Exemplo claro disso é o crescente número de ações que são ajuizadas contra os profissionais da saúde. O presente trabalho tem como escopo analisar o porquê de tal situação e propor alternativas para a resolução da questão.

De início, analisamos os modelos de relação médico-paciente adotados no decorrer da história. Feito isso, procedemos à confrontação dos princípios bioéticos da beneficência com o da autonomia, a fim de verificarmos qual deles deve prevalecer quando entram em conflito.

Analisamos, também, o tratamento dado pelo Código de Ética Médica à questão relativa ao dever de informar e demonstramos como e a quem devem ser informadas as doenças graves.

2. Histórico da relação médico-paciente

Pode-se dizer que quatro foram os modelos de relação médico-paciente adotados desde o advento da medicina até os dias de hoje. Foi o Professor Robert Veatch, do Instituto Kennedy de Ética da Universidade de Georgetown, EUA, que propôs referida classificação no ano de 1972. Para ele os modelos podem ser classificados em sacerdotal, engenheiro, colegial e contratualista [01].

O modelo sacerdotal se baseia na tradição hipocrática e, por isso, é o mais tradicional. O médico assume uma postura paternalista e, escorado no princípio da beneficência, a decisão dele não leva em conta a opinião do paciente. A relação é de dominação por parte do médico e de submissão por parte do paciente. Por essa razão o processo de tomada de decisão é de baixo envolvimento.

De outro lado, o modelo engenheiro se opõe ao sacerdotal na medida em que todo o poder de decisão concentra-se no paciente. O médico torna-se apenas um repassador de informações e executor das decisões tomadas pelo paciente. A principal característica do modelo não é a dominação do paciente, mas sim a acomodação do médico, que vê o paciente como um mero cliente.

No modelo colegial, por sua vez, o poder de decisão é compartilhado. Há um alto envolvimento entre médico e paciente, pois não se caracteriza a autoridade do médico. A grande crítica que é feita a referido modelo reside no fato de que ocorre a perda da finalidade da relação médico-paciente, tendo em vista que ambos são considerados como indivíduos iguais.

Por derradeiro, o modelo contratualista preserva a autoridade do médico como detentor de conhecimentos técnicos específicos e dá a ele a responsabilidade

pela tomada de decisões. No entanto, o paciente participa ativamente de tal processo, exercendo seu poder de acordo com seus valores morais. Há uma efetiva troca de informações e a relação tem como base o compromisso estabelecido entre médico e paciente.

De todos os modelos analisados, entendemos que o modelo contratualista é o que mais se adequa à relação médico-paciente. Isso porque ele preserva a autoridade do médico como detentor de conhecimentos técnicos específicos sem perder de vista a necessária relação de confiança que deve ser estabelecida entre médico e paciente, que se dá por meio de uma intensa troca de informações sobre as doenças, tratamentos e procedimentos médicos necessários para sua cura.

3.O princípio da beneficência versus o princípio da autonomia

A principal razão que afeta o relacionamento entre médico e paciente reside no fato de que a grande maioria dos médicos, principalmente os mais antigos, não foi preparada para informar seus pacientes. A medicina hipocrática que aprenderam na faculdade prega uma beneficência verticalmente paternalista, tendo em vista que o médico, ao agir visando o bem do paciente, automaticamente supriria seu consentimento.

Nesse sentido, o médico E. Christian Gauderer sustenta que a diferença entre alguém formado em medicina e o médico propriamente dito "está em nossa obrigação de ensinar, informar, educar o paciente e sua família a respeito do problema por nós observado". Sustenta, contudo, que "fomos treinados a diagnosticar e tratar algo, mas em nossa formação profissional não foi suficientemente enfatizada a importância de, literalmente, ensinarmos ao paciente, informá-lo, educá-lo no mais amplo sentido da palavra quanto à sua problemática médica" [02].

É certo que o princípio da beneficência sempre foi e sempre será o norte da prática médica, uma vez que visa o bem do paciente, seja maximizando os benefícios seja minimizando os danos possíveis, que são buscados por

intermédio do conhecimento técnico do médico. Contudo, ele não pode ser exercido de forma absoluta, pois deve respeitar a dignidade do ser humano, instrumentalizada na liberdade do paciente decidir sobre seu corpo e o que é melhor para si.

Sérgio Ibiapina Ferreira Costa e o Padre Leo Pessini [03] explicam muito bem a origem do conflito entre médicos e pacientes:

"A partir do momento em que se admitiu que os pacientes são entes morais autônomos, capazes de tomar decisões, distinguir o que é bom e o que é mau para si, a relação médico-paciente, por se tratar de um encontro interpessoal, deixou de ser acidentalmente conflitiva para ser essencialmente conflitiva. Em decorrência da aceitação do pluralismo moral, tal fato tem alterado profundamente essa relação que durante séculos foi essencialmente 'paternalista', em que o médico admitia tratar o paciente considerando-o não somente um incompetente físico, mas também moral".

Assim, somente após a eclosão da democracia – que transformou todas as relações sociais – é que a questão da autonomia do paciente passou a ser respeitada. A progressiva consciência da população sobre seus direitos fez com que a verticalidade impositiva do médico desse lugar para a horizontalidade democrática na tomada de decisões sobre a saúde de cada paciente.

Com efeito, o médico, para obter o consentimento do paciente, passou a prestar-lhe informações sobre o diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos dos tratamentos, a fim de que ele decidisse livremente sobre os atos a serem praticados em seu organismo.

Entretanto, nem mesmo o princípio da autonomia pode ser exercido de forma indiscriminada. O Relatório Belmont, que estabeleceu as bases da bioética, determinou que a autonomia incorpora, pelo menos, duas convicções éticas. A primeira é a de que os indivíduos devem ser tratados como agentes

autônomos. A segunda é a de que as pessoas com autonomia diminuída (incapazes, loucos, etc.) devem ser protegidas.

De acordo com José Geraldo de Freitas Drumond [04], a autonomia e a beneficência, quando colocadas em contraposição, geram forte tensão no relacionamento médico-paciente, podendo provocar conflitos irreconciliáveis. Ele destaca que nos povos anglo-saxões há a predominância da autonomia, ao passo que nos povos latinos prevalece a beneficência.

De todo o exposto, podemos extrair que a autonomia, como direito do paciente, deve estar em equilíbrio com a beneficência, que é um dever do médico. Todavia, a autonomia somente pode ser exercida por aqueles que tiverem capacidade para tanto. Quando isso não se verificar, caberá aos representantes legais dos pacientes tal tarefa.

Por fim, é autorizado ao paciente solicitar que o médico decida o que fazer. Nessa situação, o médico tem a obrigação moral de definir o tratamento a ser feito à luz do princípio da beneficência, já que o paciente abriu mão de sua autonomia.

Como visto, se atendidos concomitantemente, os dois princípios contribuem sobremaneira para a melhoria da relação médico-paciente. Do contrário, os conflitos aumentarão cada vez mais.

4.O dever de informação no Código de Ética Médica

Se o Código de Ética Médica fosse cumprido à risca, a relação médico-paciente seria perfeita. Como isso não se verifica no dia-a-dia dos hospitais, mister se faz analisar os principais artigos que tratam do dever de informar do médico.

O Capítulo IV do Código de Ética Médica é denominado de "Direitos Humanos". Os artigos 46 [05] e 48 [06] tratam expressamente da questão do consentimento informado, tão caro para a relação médico-paciente. Assim,

antes de efetuar qualquer procedimento, o médico deve esclarecer ao paciente sobre os riscos e benefícios do tratamento proposto, para que então, sopesando-os, o paciente expresse seu consentimento.

Já o Capítulo V do Código de Ética Médica cuida da relação dos médicos com os pacientes e seus familiares. É possível extrair de referido capítulo que a principal atitude antiética do médico é o desrespeito ao direito do paciente de decidir livremente sobre o tratamento que a ele é proposto. No art. 56 [07] encontramos dois elementos importantes para a sustentação da relação médico-paciente, quais sejam, o princípio da autonomia do paciente e o princípio da informação adequada.

Nesse contexto, o art. 59 [08] estabelece que, antes de decidir livremente sobre qualquer prática médica, o médico deve informar de maneira adequada, simples e acessível ao paciente o que será realizado para diagnosticar a doença, como se procederá ao seu tratamento, seus métodos, os riscos a que ele estará exposto, quais os resultados que vêm sendo obtidos em outros pacientes com respeito à mesma doença, dentre outras informações.

Feito isso, a relação estará mais equilibrada, uma vez que o médico terá respeitado a dignidade humana do paciente.

Entretanto, não raras vezes os médicos lançam mão das exceções contidas nos artigos 46 e 56 do Código de Ética Médica para se esquivarem do dever de informar os pacientes, principalmente aqueles em estado terminal.

Na realidade, o Código de Ética Médica sopesou o princípio da dignidade do ser humano com os princípios bioéticos da não maleficência e da beneficência. Isso porque, ao mesmo tempo em que o paciente tem o direito de saber a verdade sobre seu estado de saúde, há a exigência moral de que ele seja poupado de informações que não tenha condições de assimilar e que podem contribuir para a piora de seu quadro clínico.

Para Leonard M. Martin [09], o Código de Ética Médica optou por um paternalismo limitado, na medida em que evita a complacência com a mentira e propõe que se dê ao paciente toda informação que não lhe seja prejudicial.

Outra questão de suma importância está inserida no art. 69 [10] do Código de Ética Médica. Trata-se da necessidade de se elaborar prontuário médico para cada paciente. Genival França Velloso ensina que o prontuário médico não é tão somente o "registro da anamnese do paciente, mas todo acervo documental padronizado, ordenado e conciso, referente ao registro dos cuidados médicos prestados e aos documentos anexos" [11].

Dessa forma, o médico deve formalizar todo seu procedimento de modo a propiciar ao paciente uma relação concreta e documentada, servindo o prontuário médico como uma fonte de informações para os dois sujeitos da relação, mas principalmente para o paciente, que é sempre carente delas.

O art. 70 [12] do Código de Ética Médica, por sua vez, garante o acesso irrestrito do paciente a seu prontuário. Assim, é considerado antiético por parte do médico negar ao paciente acesso a algo que é seu, ou seja, às informações de que tem direito de saber.

Dessa forma, não permitir que o paciente conheça os procedimentos adotados pelo médico, bem como não dar a ele as explicações que permitam a compreensão de tais procedimentos caracteriza-se como atitude em desconformidade com a ética médica, pois desrespeita todos os princípios que norteiam a relação médico-paciente.

5. Como e a quem informar as doenças graves

Como já se sustentou no presente trabalho, a regra é que os médicos informem as doenças graves diretamente aos pacientes. A exceção somente se aplica nas hipóteses em que os pacientes corram iminente perigo de vida e quando tal informação possa prejudicar seu estado de saúde. Nesses casos, os

médicos devem informar as doenças graves aos familiares e/ou representantes legais dos pacientes.

Todavia, saber a quem informar as doenças graves não é a tarefa mais complexa para os médicos. O mais difícil é saber como informar. 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 sua família de se prepararem para eventos prováveis, inclusive a morte.

Elio Sgreccia [13] ensina que a relação médico-paciente tem um caráter progressivo para níveis cada vez mais altos e cada vez mais ricos. Ele esclarece que o primeiro nível é predominantemente objetivo, ou seja, o médico observa tão somente o órgão doente ou a disfunção orgânica que impede a normalidade da vida do paciente. Posteriormente, o médico observa o fato particular da doença e o histórico do organismo do paciente a fim de situar a gênese da moléstia. Por fim, o médico avalia os sintomas do paciente com o fito de aplicar seus conhecimentos técnicos na busca da cura. Pelo fato de o paciente não ser mero objeto, mas sim sujeito principal do processo de sustentação da vida, é necessário que o médico compreenda a psicologia dele, isto é, a forma como a doença é vivenciada conforme seu estado emotivo, psicológico e espiritual. Assim, este último passo consiste numa relação interpessoal, consistente na comunicação entre duas pessoas que buscam o mesmo fim, em que pese estarem em posições díspares.

O mestre italiano continua sua exposição abordando as três finalidades do diálogo entre médico e paciente, que tem o escopo informativo, terapêutico e decisório.

O diálogo informativo comporta a difícil tarefa de informar o paciente sobre sua condição de saúde, sobre seu agravamento e sobre a possibilidade de a

doença ser irremediável. Nesse sentido, imperiosa é a preparação técnica e psicológica do médico.

Por sua vez, a eficácia terapêutica do diálogo entre médico e paciente é de suma importância no processo de informação. Isso porque o diálogo estabelece uma relação de confiança entre médico e paciente, pois é escuta e palavra ao mesmo tempo, o que faz com que o componente psicológico presente em qualquer doença seja minimizado.

Na fase decisória, o diálogo se torna mais denso de conteúdo ético, eis que, ainda que entenda de forma contrária, o médico deve respeitar a vontade do paciente. Em suma: a partir das informações prestadas por meio do diálogo, o paciente expressará seu consentimento ou não para com o tratamento proposto pelo médico.

Há que se destacar, por fim, que o paciente também tem o direito de "não saber", isto é, o direito de não ser informado, caso manifeste expressamente tal vontade. Nesse contexto, o médico tem que reconhecer claramente quando tal situação ocorre e buscar esclarecer ao paciente as conseqüências de sua decisão. O paciente deve ser consultado formalmente se esta é realmente a sua decisão. Após isso, a sua vontade deve ser respeitada. Nesse caso, deve ser solicitado que o paciente indique uma pessoa de sua confiança para que seja o interlocutor do médico com a família. O próprio paciente, quando possível, deve comunicar à família sua decisão de não querer ser informado.

6. Conclusão

O ensino da medicina enquanto ciência não evoluiu no mesmo compasso da tecnologia que hoje ajuda a salvar inúmeras vidas. A grande maioria dos profissionais que exercem a arte de salvar vidas teve uma formação hipocrática, na qual o princípio da beneficência prevalece sobre tudo, eis que o médico, ao agir visando o bem do paciente, automaticamente supre seu consentimento.

Ocorre que a democracia recentemente experimentada por nós propiciou a progressiva consciência da população sobre seus direitos, o que teve pronto reflexo na relação médico-paciente. O paciente percebeu que não é mero objeto, mas sim sujeito principal do processo de sustentação da vida exercido pelo médico. Assim, a verticalidade impositiva do médico deu lugar a horizontalidade democrática na tomada de decisões sobre a saúde de cada paciente. Vale dizer: o modelo sacerdotal foi substituído pelo modelo contratual de relação médico-paciente.

Nesse contexto, o direito do paciente de saber o diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos dos tratamentos propostos pelo médico antes de decidir livremente sobre os atos a serem praticados em seu organismo foi a principal conquista.

O Código de Ética Médica consagrou tal direito em inúmeros artigos. Agora, cabe aos médicos tomarem consciência da importância do consentimento informado do paciente com o intuito de fortalecer o relacionamento entre eles. A preparação psicológica do médico também é de suma importância para o inevitável diálogo que terá com o paciente, pois poderá contribuir sobremaneira para o incremento da relação e para a cura das doenças.

Podemos concluir, pois, que a autonomia, como direito do paciente, deve estar em equilíbrio com a beneficência, que é um dever do médico. Se atendidos concomitantemente, os dois princípios contribuem sobremaneira para a melhoria da relação médico-paciente. Do contrário, os conflitos aumentarão cada vez mais.

7. Bibliografia

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO.
Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br>>. Acesso em 17 nov. 2004.

COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira e PESSINI, Leo. Ética e medicina no limiar de um novo tempo: alguns desafios emergentes. In *Ética na virada do milênio: busca do sentido da vida*. São Paulo, LTr, 2ª edição, p. 293-322.

DRUMOND, José Geraldo de Freitas. Bioética e Direito Médico: o princípio da beneficência na responsabilidade civil do médico. In *Revista da Associação dos Magistrados Brasileiros Cidadania e Justiça*, ano 5, n. 12, 2º semestre/2002, p. 29-36.

GAUDERER, E. Christian. Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência. Rio de Janeiro: Record, 2ª edição, 1991.

GOLDIM, José Roberto e FRANCISCONI, Carlos Fernando. Modelos de relação médico-paciente. Internet. Disponível em: <<http://bioetica.ufrgs.br/relacao.htm>>. Acesso em 12 nov. 2004

MARTIN, Leonard M. A ética médica diante do paciente terminal. Aparecida: Santuário, 1993.

MEYER, Philippe. A irresponsabilidade médica. Tradução de Maria Leonor Loureiro. São Paulo: Unesp, 2000.

SGRECCIA, Elio. Manual de Bioética: fundamentos e ética biomédica. Tradução de Orlando Soares Moreira. São Paulo: Loyola, 1996.

Notas

1. GOLDIM, José Roberto e FRANCISCONI, Carlos Fernando. Modelos de relação médico-paciente. Disponível em: <<http://bioetica.ufrgs.br/relacao.htm>>. Acesso em 12 nov. 2004.

2. Os direitos do paciente – um manual de sobrevivência. Rio de Janeiro: Record, 2ª edição, 1991, p. 150.

3. Ética e Medicina no limiar de um novo tempo: alguns desafios emergentes. In *Ética na virada do milênio: busca do sentido da vida*. São Paulo: LTr, 2ª edição, p. 295.

4. Bioética e Direito Médico: o princípio da beneficência na responsabilidade civil do médico. In *Revista Cidadania e Justiça da Associação dos Magistrados Brasileiros*, ano 5, n. 12, 2º semestre de 2002.

É vedado ao médico:

5. Art. 46. Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

6. Art. 48. Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem estar.

7. Art. 56. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.

8. Art. 59. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

9. A ética médica diante do paciente terminal. Aparecida: Santuário, 1993, p. 210.

10. Art. 69. Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.

11. *Comentários ao Código de Ética Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan S.A., 3ª edição, 2000, p. 103.

12. Art. 70. Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.

13. *Manual de bioética – fundamentos e ética biomédica*. Tradução de Orlando Soares Moreira. São Paulo: Loyola, 1996, p. 199/200.

* Advogado em Ribeirão Preto (SP), mestre em Direito na UNESP.

Disponível em:

<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=12858>

Acesso em: 17 mai.2009.