



ORDEM DOS MÉDICOS

Coube-me iniciar este **curso de ética**, deontologia e comunicação para vos falar da **relação médico doente**, do **respeito pela autonomia** do médico (mas também do doente), da **livre escolha** do médico e **recusa de tratamento** (que pode ser do médico e do doente).

Tentarei ainda abordar o direito à **objeção de consciência** (que neste caso será só do médico) e a **recusa de assistência** (que pode ser do médico em dar e do doente em receber).

Como bem imaginam a temática da relação médico-doente abrange todos os pilares da ética e as normas da deontologia médica.

É com estas e sustentado nelas que se desenvolve uma correta relação médico-doente.

Não obstante e antes de tentar encontrar um especial enunciado para aquilo que entendo ser a relação médico-doente sempre vos direi que, para além do Código de Deontologia Médica, os princípios que nele estão plasmados assumiram recentemente (no ano de 2015) uma expressão legal nos artigos 135.º a 144.º do Estatuto da Ordem dos Médicos, na versão aprovada pela Lei 117/2015, de 31 de agosto.

Este reforço legal das bases deontológicas é especialmente importante para perceber a força jurídica da própria deontologia médica, o que releva de sobremaneira neste mundo cheio de juridicidade.

Mas, então, que **definição encontramos para a relação médico-doente** que aproveite toda a deontologia médica?

Como diz o Dr. Manuel Mendes Silva, Presidente do CNEDM da Ordem dos Médicos, a relação médico-doente é, em termos simples, por um lado, a de alguém que precisa de ajuda por falta de saúde ou por doença e do outro lado de alguém que tem os conhecimentos científicos e técnicos e deve ter a experiência, os meios e o discernimento ético, cultural e humanístico para ajudar, tentando curar ou prevenir, ou pelo menos tratar, melhorar, aliviar, acompanhar e confortar o primeiro.



ORDEM DOS MÉDICOS

Esta relação só pode ser feita com diálogo, com empatia, com confiança, com informação e com verdade adequada e sensata.

É uma relação de palavras, de olhares, de gestos e é deste modo, como diria o Prof. Carlos Ribeiro, um ecossistema de saberes e afetos que forçosamente tem de tender para a qualidade e esperança de vida ou da saúde do doente.

Esta relação é ainda, como diria Maria de Belém Roseira, o pilar essencial da prestação de cuidados de saúde que tem forçosamente de estar assente na preservação da dignidade de cada pessoa e na construção da relação de confiança indispensável à tomada de decisões partilhadas e com qualidade humana técnica e científica.

Todas as atitudes que constroem um ato médico devem de alguma forma emanar da ética médica e do que fica inscrito nos códigos deontológicos dos médicos sendo uma decorrência clara da ligação entre a saúde e os direitos humanos.

Se é certo que os direitos humanos são interrelacionados, incindíveis e irrenunciáveis, não há dúvida que a prestação de cuidados de saúde reveste uma especial sensibilidade pois está diretamente ligada ao primeiro de todos os direitos, o direito à vida.

Nesta relação bidimensional entre o médico e o doente torna-se obrigatório que os médicos assimilem os valores da deontologia médica por forma a que a humanização dos cuidados de saúde assuma um lugar central na sua atividade.

É claro que todos sabemos que estes tempos em que vivemos são pouco propícios à criação de ambientes apropriados ao aprofundamento da relação médico-doente.

Com efeito, o médico confronta-se com uma crescente intensificação tecnológica da intervenção em saúde que é acompanhada pelo reforço da relação virtual vs. a relação presencial.

A tudo isto acresce a agressiva utilização de metodologias da medição da produção em saúde que privilegiam sem critério a quantidade à qualidade, fazendo tábua rasa da diferença entre caso concreto e cada pessoa em concreto, bem como da importância do tempo para uma relação de confiança.



ORDEM DOS MÉDICOS

Neste contexto a Ordem dos Médicos aprovou recentemente o Regulamento que define os tempos padrão das consultas médicas e que foi ontem publicado em Diário da República. Trata-se do Regulamento n.º 749/2009, de 17 de setembro, que elenca os tempos médios das consultas por especialidades e que tem em consideração um conjunto variável de indicadores, de acordo com a especialidade em causa. Neles se incluíram, entre outros, a experiência nacional e internacional; o tipo de consulta (primeira ou subsequente); a complexidade da doença ou do doente (multimorbilidade e polimedicação); o tempo para a receção do doente; a avaliação biopsicossocial; a análise da história clínica; o exame físico; a explicação da situação clínica ao doente, das propostas de exames auxiliares de diagnóstico e das potenciais propostas terapêuticas; o tempo para esclarecer dúvidas que possam existir sobre a situação clínica da parte do médico ou da parte do doente; o tempo para explicar ao doente as opções terapêuticas, as respetivas eficácias e complicações, e obter o consentimento informado; a morosidade da utilização dos sistemas informáticos; a necessidade de realizar relatórios ou outros documentos; a presença de médicos internos em formação ou estudantes de medicina; a realização concomitante de procedimentos próprios da especialidade durante a consulta.

A necessidade de proteger estes tempos de referência não oferece qualquer dúvida, pois não é possível aceitar como inevitável a sobrecarga que se verifica nas consultas, prejudicando as boas práticas clínicas e a qualidade da assistência ao doente.

Como ressalta do nº 3 do artigo 4º do Código Deontológico o médico está obrigado a uma utilização adequada e criteriosa dos recursos em saúde, por serem escassos.

Mas uma coisa é certa, aquilo a que ele não pode estar obrigado é a uma padronização excessiva, acéfala e insensível que certamente irá minar a relação médico-doente.

Vejamos, agora, em concreto algumas expressões deontológicas de todos estes compostos da relação médico-doente.



ORDEM DOS MÉDICOS

Em primeiro lugar devem atender a dois artigos essenciais do Código de Deontologia Médica, que são os **artigos 4.º e 5.º**, sendo que o primeiro estabelece os **princípios gerais de conduta médica** e o outro condensa a **noção de qualidade de cuidados médicos** na relação que vimos falando.

Diz o artigo 5.º que o médico que aceite um encargo ou tenha o dever de atender um doente, obriga-se à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance, agindo sempre com correção e delicadeza, no intuito de promover ou restituir a saúde, conservar a vida e a sua qualidade, suavizar os sofrimentos, nomeadamente nos doentes sem esperança de cura ou em fase terminal e no pleno respeito pela dignidade do ser humano.

É importante que registem as linhas de força deste artigo que acabei de citar porque é muitas vezes por via da violação destas que muitos médicos são condenados disciplinarmente pela Ordem dos Médicos e nas instâncias criminais. São inúmeras as situações concretas que podemos enumerar, desde o erro de diagnóstico, à agressividade para com o doente, passando pelo encarniçamento terapêutico.

No sumário desta nossa curta intervenção é-me pedido para v. assinalar o respeito pela autonomia que eu vejo, por um lado expresso no artigo 6.º do CDOM quando este refere que o médico é técnica e deontologicamente independente e responsável pelos seus atos não podendo em caso algum ser subordinado à orientação técnica e deontológica de estranhos à profissão desde que no exercício das funções clínicas. Assim os Conselhos de Administração não podem imiscuir-se na atividade médica e, quando o tentem fazer, o médico está respaldado quer pelo Código Deontológico, quer pelo próprio EOM.

De notar que não está aqui em causa a hierarquia médica, que só em circunstâncias excecionais não deve ser respeitada.

Este princípio está ainda claramente expresso no nº 10 do artigo 135.º do Estatuto da Ordem dos Médicos (EOM). É de notar com interesse que o próprio legislador da Assembleia da República não quis consagrar este direito numa primeira versão dos Estatutos e que só o veio a fazer na redação final.



ORDEM DOS MÉDICOS

Haverá, certamente, algum receio em ter, com expressão de lei, um direito tão claro sobre a autonomia e independência médicas.

Esta **autonomia / independência** estão também sublinhadas no n.º 3 do artigo 6.º do CDOM quando se refere expressamente que o médico não pode ser constrangido a praticar atos médicos contra a sua vontade sem prejuízo, obviamente, de se terem de considerar exceções de situações relacionadas com casos urgentes e situações específicas de recusa de cuidados.

Ainda no âmbito da autonomia do médico e da expressão da sua livre escolha terão de tomar em atenção o preceituado nos artigos 7.º e 8.º do CDOM quando estes referem expressamente que o médico só deve tomar decisões que sejam ditadas pela sua consciência e ciência tendo conseqüentemente liberdade de escolha dos meios de diagnóstico e terapêutica e capacidade para não aceitar situações de interferência externa quando lhe cerceiem a liberdade de fazer juízos clínicos e éticos e de atuar em conformidade com a *leges artis*.

Há casos de constrangimento factual no desenvolvimento de um contrato de prestação de serviços de saúde no sector privado em que se pretende condicionar o médico a conduzir os doentes de unidades privadas para as outras especialidades do mesmo estabelecimento.

Ficam a saber, caso não saibam, que têm um mecanismo que v. permite denunciar esta situação à Ordem dos Médicos, na hipótese de virem a ter problemas com as V. indicações objetivas para tratamento.

Na senda destas prerrogativas que o médico tem na prática dos atos próprios da sua profissão há ainda a considerar o que está preceituado no artigo 16.º do CDOM sobre o **direito de recusa de assistência**.

Com efeito, o médico pode recusar-se a prestar assistência a um doente exceto quando este se encontrar em perigo iminente de via ou não houver outro médico com qualificação adequada a quem o doente possa recorrer.

Assim a **recusa de prestar assistência** é legítima quando se verificarem cumulativamente os seguintes requisitos:



ORDEM DOS MÉDICOS

1º - não haja prejuízo para o doente por lhe ser possível assegurar assistência por médico com qualificação adequada;

2º - que o médico forneça os esclarecimentos necessários para a regular continuidade de tratamento;

3º - que o médico advirta o doente ou a família com a antecedência necessária a assegurar a sua substituição.

É relativamente comum a aplicação deste preceito deontológico, principalmente nas situações em que os médicos são agredidos verbal ou fisicamente pelos doentes, designadamente porque se recusam a emitir uma receita ou um atestado médico.

A este preceito deveremos ainda acrescentar aquele que resulta do artigo 17º do CDOM que consagra a possibilidade de o médico **recusar a realização de qualquer ato ou exame cuja indicação clínica lhe pareça mal fundamentada.**

Há ainda, sem entrar em casos específicos, mais uma expressão do direito de recusa de um médico em praticar um ato próprio da sua profissão.

Com efeito, sempre que a prática de um ato entre em conflito com a consciência do médico ofendendo os seus princípios éticos, morais, religiosos, filosóficos, ideológicos ou humanitários, este pode recusar a sua prática exceto se se tratar de uma situação urgente que implique perigo de vida ou grave dano para a saúde do doente, e não houver outro médico disponível.

A objeção de consciência pode manifestar-se nos termos previstos no EOM e no CDOM por documento assinado pelo médico objeitor que pode ser registado na Ordem e que tem de ser comunicado ao Diretor Clínico do estabelecimento de saúde onde trabalha e ao doente ou seu representante legal, em tempo útil.

A manifestação da objeção de consciência pode ter algumas variações em leis especiais que consagram um modo diferente de comunicação relativamente aquele que consta do CDOM e do EOM, como é p.e. o caso da lei da IVG.

Temos casos de médicos que embora sejam objeitores relativamente à IVG, entendem que pode haver atos nesse processo que são suscetíveis de serem praticados pelo objeitor.



ORDEM DOS MÉDICOS

Temos defendido que a lei quis afastar o médico objetor de todos os momentos procedimentais previstos na lei.

Como temos defendido que não existem serviços de G/O que sejam objetores em bloco (como um coletivo) à IVG.

A expressão de vontade para a objeção é de cada um autonomamente.

Dito isto importa referir também, como verão nas intervenções seguintes, que existe uma outra face da mesma “moeda”/relação por via da qual o médico tem de respeitar a autonomia do doente informando-o de forma adequada a fazer as suas reflexões e escolhas, esclarecendo-o e colhendo o seu consentimento, o doente pode também recusar os tratamentos que o médico lhe possa propor o que, por seu lado, dá nos termos do artigo 24.º do CDOM o direito do médico recusar-se a assistir o doente.

Se o médico tem de estar, como defendemos, informado sobre o quadro ético, deontológico e legal é óbvio que o doente (porque é a parte menos esclarecida e mais vulnerável) deve acrescidamente ser bem informado e esclarecido, de forma clara, adequada, proporcionada sobre o diagnóstico, o tipo de intervenção/tratamento médicos, o seu alcance, alternativas e consequências, para decidir esclarecidamente o que será uma expressão da sua autonomia.

Como se vê, por aquilo que ficou dito, é o próprio código deontológico que consagra uma relação dialógica que torna viva, correta e ética a prática da medicina.