

# Editorial da Direção

## Ética das Pequenas Coisas

José Augusto Simões\*

### Pontos-chave:

A gestão prudente dos erros médicos é um valor a promover e uma questão ética.

As questões éticas da Medicina Geral e Familiar são frequentes e práticas (do dia a dia) e requerem um compromisso profissional, científico e humano.

“O tempo é um tesouro” que os médicos podem compartilhar com os pacientes.

Mercedes Pérez Fernández<sup>1</sup> propõe-nos que ao contrário da “ética das grandes coisas”<sup>1</sup>, importantes, mas raras (como a eutanásia, o aborto, a reprodução medicamente assistida, etc.), as questões éticas da Medicina Geral e Familiar que são frequentes e práticas (do dia a dia) mas requerem um compromisso profissional, científico e humano tão exigente como o requerido pelas “grandes coisas”<sup>1</sup>. Segundo a autora podemos listar as seguintes “pequenas coisas”<sup>1</sup>:

- O uso do tempo e de outros recursos finitos.
  - Dignidade / cortesia com todos, pacientes e familiares, especialmente os socialmente desfavorecidos e desconsiderados.
  - Assunção e controlo da incerteza, através de relações de confiança, flexibilidade dos serviços e capacitação dos pacientes.
  - Erro médico.
- O uso do tempo e de outros recursos finitos. – Para o que não temos tempo? Para o que sempre arranjamos tempo?<sup>1</sup>

Dizemos que “não há tempo” é a resposta mais frequente perante propostas para melhorar a nossa clínica. Por exemplo, para deixar falar o paciente, que geralmente não tem trinta segundos para responder à simples questão inicial “o que o traz cá?” ou, para inserir componentes de empatia na consulta<sup>1</sup>.

“Não há tempo”, também se repete para não aplicar, quando necessário, uma psicoterapia breve, adequada, eficaz e viável, mesmo pelo médico de família<sup>1</sup>. “Não há tempo” para os domicílios, mesmo em pacientes terminais<sup>1</sup>. “Não há tempo” para uma pequena cirurgia<sup>1</sup>. “Não há tempo” para ser flexível com os adolescentes, ou com os toxicodependentes, ou com trabalhadores com necessidades de atendimento dentro da sua própria

\* MD, PhD, Presidente da ADSO. Conferência de Abertura do VII Encontro de MGF das Escolas Médicas / III Encontro da ADSO, Universidade do Algarve, 17 de maio de 2013. jars@ua.pt

programação, incompatível com o horário da consulta<sup>1</sup>. Sem tempo para fornecer acesso conveniente para aqueles que não são “obedientes”<sup>1</sup>.

“Para o que é que há tempo?”<sup>1</sup> Às vezes, para os delegados de informação médica<sup>1</sup>. Às vezes, para o café<sup>1</sup>. Em geral, para os pacientes crónicos “obedientes”, cumpridores das recomendações e que, portanto, pouco precisam do médico<sup>1</sup>. Às vezes, para conversas inconsequentes com os colegas<sup>1</sup>. Às vezes, para chegar tarde e sair cedo<sup>1</sup>. Às vezes, para a prevenção não científica, como procedimentos preventivos sem evidência, de que é exemplo a determinação por rotina do PSA, ou mesmo para medicação preventiva não validada<sup>1</sup>.

“O tempo é um tesouro”<sup>1</sup>, diz-nos Mercedes Pérez Fernández, o maior tesouro que os médicos podem partilhar com os pacientes<sup>1</sup>. Esse tempo deve ser “ajustado conforme as necessidades”<sup>1</sup> e não como “poder de compra do mesmo”<sup>1</sup>, porque os que têm mais hipóteses de ter tempo geralmente são os que não precisam muito<sup>1</sup>. Na gestão do tempo médico, há uma tomada de decisão ética entre valores concorrentes, mas os médicos não costumam notar, ou até considerar que valha a pena debater tais questões<sup>1</sup>.

Aceitamos o “não há tempo” como a moeda que evita o debate ético, porque, na sua formulação simples trava qualquer consideração de mudança e melhoria, de questionar as nossas atitudes e valores profissionais e humanos. O tempo médico é valioso não só pelos seus componentes de conhecimento profissional (preventivo, diagnóstico, terapêutico, prognóstico), mas pelo seu valor de expressão de respeito pela dignidade dos pacientes e suas famílias, e pelo seu uso como parte da “escuta terapêutica”<sup>1</sup>.

- **Dignidade / cortesia com todos, pacientes e familiares, especialmente os socialmente desfavorecidos e desconsiderados**<sup>1</sup>.

Sabemos que a doença tem um impacto imprevisível sobre o paciente e a sua família. Não há melhor exemplo do que a esquizofrenia, doença frequente e grave, em que se pode lidar com um paciente “quase normal socialmente”<sup>1</sup> ao longo da sua vida, quando a evolução é boa e tem uma família que colabora e o apoia, e com acompanhamento médico. Noutros casos, quando se acrescenta uma família disfuncional, a esquizofrenia leva, literalmente, o paciente a viver como um “pária social”<sup>1</sup> e até mesmo como um “andarilho sem teto”<sup>1</sup>. Em qualquer caso, o paciente esquizofrénico não deve perder a sua dignidade como ser humano, e em certa medida, requer especial atenção e cuidado, que deve ser oferecido pela plena capacidade do sistema de saúde e dos seus profissionais. Um paciente esquizofrénico comentou um dia, perante um tratamento indigno e miserável que recebeu de profissionais de saúde: “Eu sou louco, mas não sou idiota”<sup>1</sup>.

O paciente rejeitado pela sociedade, quer o esquizofrénico, quer o toxicod dependente, quer o que vive na rua, quer o doente pobre, permanece fundamental para o profissional de saúde, particularmente nos cuidados de saúde primários. E o “bom profissional”<sup>1</sup> começa por tratar todos os pacientes com dignidade, mas de modo particular aqueles que a sociedade evita e marginaliza, pobres ou ciganos, imigrantes ou ilegais, doente mental ou com obesidade mórbida. O “bom profissional”<sup>1</sup> é uma oportunidade para reverter a lei dos cuidados inversos .

Os aspetos de cortesia digna e bondade são importantes para a criação de um ambiente sereno e acolhedor. Pode ser natural ter algumas flores no consultório<sup>1</sup>, no entanto com um mínimo de limpeza e higiene, receber o paciente de pé, apresentar-se se é um novo paciente, assim como ao interno e/ou ao estudante se, antes se pediu permissão para a sua presença, é simplesmente agradável saudar e ajudar aqueles que precisam a sentar-se, e é claro, ter cadeiras em número suficiente para pacientes e acompanhantes. Perguntar como o paciente deseja ser tratado, se pelo nome, por nome e apelido, na primeira consulta e anotar na ficha clínica. Tudo isso deve ser feito como forma de expressar o respeito pela sua dignidade, mas na realidade também o fazemos por nós mesmos, para preservar a nossa dignidade, e pelo exercício honesto a profissão médica<sup>1</sup>.

Mercedes Pérez Fernández<sup>1</sup> afirma que “não há lugares decentes e ambientes amigáveis, mas pessoas decentes e gentis”. Aqui jogamos muito os nossos valores e a sua implementação contínua é uma exigência ética que deve ser ensinada e discutida com a frequência necessária para nunca ser esquecida.

Alice Varanda Pereira e colaboradores questionaram uma amostra de utentes da Extensão de Vialonga, do Centro de Saúde da Póvoa de Santo Adrião, sobre o perfil sociodemográfico, de aparência e de conduta, que os utentes consideram ser ideal para um médico de família e verificaram que a maioria da amostra atribui importância: a uma aparência cuidada do médico, ao uso de bata, à comunicação com linguagem fácil, ao domínio da língua portuguesa, à pontualidade, à entrega de informação por escrito, à partilha de informação, ao seguimento pelo mesmo médico de família em diferentes consultas e ao longo do tempo. Considera também que a duração ideal da consulta é entre 11 e 30 minutos<sup>3</sup>.

É difícil colocar-se no lugar do paciente, com toda a sua “história” que lhe é peculiar e singular, a sua doença e estilo de vida. Assim, falamos de “doença” e não de doente. A doença é uma realidade que nos ajuda a progredir cientificamente, mas o paciente não “tem uma doença”, mas “vive com uma doença”<sup>1</sup>. Viver a doença é o doente, pelo que classicamente se afirma “não há doenças, mas doentes”<sup>1</sup>. Ao médico hospitalar pode-se perdoar uma certa

ênfase sobre a doença, sem nunca superar a ênfase no doente, mas o médico de família deve ser caracterizado por ter um foco sobre o doente, com pouca margem para a doença. O que importa para ambos os tipos de médico é o impacto da doença, como é que ela altera a vida do paciente<sup>1</sup>. Muitas vezes, é tão subtil que nem se consegue explicar. É a quebra de velhos hábitos e costumes, é a renúncia a coisas “básicas” para o paciente, é a mudança de expectativas de vida<sup>1</sup>. A empatia permite ao médico colocar-se no lugar do paciente. A empatia procura o tempo e o local para o paciente se exprimir, mesmo o que ele não sabe dizer, o que o comove e nunca é verbalizado. Sem empatia não há qualidade humana, e, portanto, não há qualidade científica<sup>1</sup>.

Mercedes Pérez Fernández<sup>1</sup> afirma que o ambiente acolhedor e amigável, simpático, cortês, digno e sereno alcançam “milagres”, que mais não são que a resposta esperada ao tratamento que merece, quem é impotente, por vezes assustado e outras destruído pela doença. É uma questão de eficácia, porém é antes de tudo uma questão ética<sup>1</sup>.

- Assunção e controlo da incerteza, através de relações de confiança, flexibilidade dos serviços e capacitação dos pacientes<sup>1</sup>.

Podemos afirmar inequivocamente que vimos hoje o Sol, mas não podemos afirmar sem qualquer dúvida que o veremos amanhã. A probabilidade é que veremos o Sol amanhã e depois de amanhã, e nos dias seguintes. O mesmo se pode afirmar em relação a estarmos vivos. Hoje sem dúvida que o podemos afirmar, mas não podemos dizer que amanhã o estaremos. A incerteza é, então, a essência da vida<sup>1</sup>.

Com base numa análise heurística e em processos mentais desenvolvidos, o médico de família combate a paralisia de decisão numa consulta que resultaria do “medo da incerteza”<sup>1</sup>. Por exemplo, no caso de se diagnosticar gripe, isso representa uma convicção com um grau de probabilidade alto, mas mesmo assim é prudente deixar a porta aberta para facilitar um novo contacto se algo se complica. Mas, pode ser o início de um linfoma, mas tal é improvável e, em qualquer caso, o atraso de alguns dias no diagnóstico, não justifica a amargura que desencadearia “pensar” em todos os casos na probabilidade de “linfoma”<sup>1</sup>. Em cuidados de saúde primários devemos limitar os esforços de diagnóstico para o comum, o mais prevalente, e faz parte das boas práticas, e é um valor ético saber o que, em cada caso, é “justo e necessário”<sup>1</sup>. É verdade que, no final da consulta, pode ser difícil ter uma atitude expectante, de “esperar para ver”<sup>1</sup>. Mas “não”<sup>1</sup>, a decisão pode ser tão bem sucedida como qualquer outra, a única oportunidade que temos de a aferir é com a passagem do tempo.

Por vezes, o médico “enlouquece”<sup>1</sup> e pede radiografia de tórax a todos os pacientes com tosse. Noutros, pede ressonância magnética a todos os pa-

cientes com dor de cabeça. Também pode acontecer a referência emergente dos pacientes com dor abdominal quando o diagnóstico de apendicite é incerto, mas “dói”<sup>1</sup> quando tal acontece e esse encaminhamento não foi feito atempadamente. Estes são exemplos de resposta à incerteza, muitas vezes com base na experiência pessoal e não na ciência<sup>1</sup>.

A incerteza clínica é inerente à prática médica mas, por vezes, não é ensinado como lhe responder; nem mesmo se ensina, muitas vezes, que a “resposta criteriosa”<sup>1</sup> é um valor ético. Os estudantes e internos fazem a sua aprendizagem baseados em “diagnósticos diferenciais”<sup>1</sup>, mas, influenciados por uma cultura absurda de “alegações de negligência”<sup>1</sup> são levados a uma “busca heroica do diagnóstico”<sup>1</sup> a uma verdadeira “tirania do diagnóstico”<sup>1</sup>. Nessa busca impossível e titânica ignora-se a incerteza clínica e que a decisão de “não diagnosticar”<sup>1</sup> pode ser entendida como decisão ética. Muitas vezes os estudantes e os internos não são ensinados que, por exemplo, metade dos pacientes com dor abdominal podem ser tratados com sucesso sem ter um diagnóstico definitivo, quer no consultório do médico de família, quer na emergência do hospital geral<sup>1</sup>.

O controle prudente da incerteza clínica faz-se com: a qualidade científica e humana do profissional de saúde, a relação que ele estabelece com os seus pacientes, a sua acessibilidade e a capacitação dos pacientes<sup>1</sup>. O controle prudente da incerteza é um valor clínico e uma questão ética<sup>1</sup>.

- Erro médico. – Reconhecer / comunicar (a colegas e a lesados) / reparar / agir a montante<sup>1</sup>.

Mercedes Pérez Fernández<sup>1</sup> afirma que os erros são parte integrante do “interior” do médico. Que não há nenhum médico que não tenha uma “coleção de erros horrorosos”<sup>1</sup>. E não são os piores aqueles erros médicos que estão “presos para sempre aos nossos corações”<sup>1</sup>, os piores erros são aqueles de que nem nos apercebemos, aqueles que ignoramos e que portanto repetimos<sup>1</sup>.

Os erros doem-nos tanto que os negamos. Negamo-los, relegando-os ao esquecimento<sup>1</sup>. Negamo-los não falando sobre eles<sup>1</sup>. Negamo-los, não os compartilhando com os colegas<sup>1</sup>. Negamo-los, perante os pacientes<sup>1</sup>. Negamo-los, perante os familiares<sup>1</sup>. Negamo-los, perante nós mesmos<sup>1</sup>. Negamo-los, sistematicamente<sup>1</sup>. Negamo-los, muitas vezes sem nos darmos conta que também somos “vítimas”<sup>1</sup> dos erros, que sendo sistémicos, muitas vezes derivam da estrutura dos cuidados de saúde, sendo independentes dos profissionais de saúde<sup>1</sup>. Como nos sentimos tão culpados, e ocultamos tanto os erros, perdemos a oportunidade não só de os evitar, como de identificar as suas causas<sup>1</sup>. Os nossos sentimentos de culpa levam-nos a uma resposta negativa perante os erros médicos e, assim, bloqueamos a reação prudente<sup>1</sup>.

A reação prudente perante os erros médicos é um valor clínico e uma questão ética<sup>1</sup>.

A resposta correta perante os erros médicos tem um passo inicial fundamental, que é identificá-los e reconhecê-los. Se os japoneses dizem que “um erro é um tesouro”<sup>1</sup> é porque qualquer erro pode iniciar um ciclo de evicção da repetição, porém só se for identificado. Os erros médicos não identificados são oportunidades perdidas<sup>1</sup>. Pelo que devemos identificar os erros na atividade prática do dia a dia, reconhecendo o nosso “envolvimento”<sup>1</sup> neles. Já é importante simplesmente identificá-los, com certeza, mas é melhor reconhecer que temos algo a ver com eles<sup>1</sup>. Não é para culpabilizarmo-nos, mas reconhecer que temos um relacionamento temporo-espaçial e pessoal com o erro<sup>1</sup>.

Depois de identificar e reconhecer o erro médico é necessário comunicar<sup>1,5,6</sup>. Nalguns lugares a comunicação pode ser anônima. De qualquer forma, comunicar os erros entre pares tem um componente terapêutico, tanto para quem comunica como para aqueles que se identificam com eles e que os sentem na “pele”<sup>1</sup>, sentindo-se “irmanados”<sup>1</sup>, pois cometem erros semelhantes, ou piores em circunstâncias semelhantes. Podem ser úteis sessões clínicas regulares sobre erros médicos, uma vez que permite constatar, pelo menos, que os erros são frequentes<sup>1,5,6</sup>.

É importante considerar a resposta aos erros médicos como um valor ético<sup>1,5</sup> e uma cultura de segurança<sup>3,5,6</sup>.

Mercedes Pérez Fernández<sup>1</sup> considera que comunicar os erros médicos não deve ficar só no âmbito profissional, especialmente se tiver havido danos. A maioria dos pacientes e suas famílias esperam pedidos de desculpas e explicações sobre a sequência de eventos que levou ao erro médico<sup>1,5</sup>. A empatia é aqui fundamental para compreender como o erro afetou as vidas dos pacientes e suas famílias<sup>1</sup>. É necessário tempo, trato digno, escuta, amabilidade e simplicidade<sup>1</sup>. É, na proposta de Juan Gérvas, uma “consulta sagrada”<sup>7</sup>, que envolve controle de emoções e limar crispações. É melhor reconhecer do que esconder coisas<sup>1</sup>. Trata-se de se colocar na pele de quem sofreu danos na sua saúde e, geralmente, não o entende<sup>1</sup>. Às vezes, pode até não ter consciência do erro cometido, de que a deterioração da sua saúde se deveu a uma falha. Não se deve escondê-lo, mas pelo contrário, deve-se compartilhar esse conhecimento, e simplesmente expressar que o erro atinge todas as áreas, inclusive a do próprio médico<sup>1,8</sup>.

Identificar e comunicar são ações que buscam medidas corretivas, o que em si já alcançam<sup>1</sup>. Reparação é muitas vezes compartilhar com o paciente e sua família a dor e o fracasso<sup>1</sup>. A sincera dor do médico tem, sem dúvida efeitos terapêuticos<sup>1</sup>. O dano nem sempre exige compensação financeira,

como bem demonstram os sistemas de compensação extra judiciais<sup>1</sup>. Na verdade, o sistema de justiça norte-americano leva a que os advogados fiquem com mais de 60% das indemnizações, o que muitas vezes torna pobre a reparação para o paciente, mesmo do ponto de vista monetário<sup>1</sup>. Os pacientes pretendem reparação, que significa obter a reversão de tudo o que for possível em relação aos danos causados, mas principalmente querem que não se repita o mesmo erro outra vez<sup>1</sup>. O altruísmo dos pacientes e suas famílias é muitas vezes surpreendente, “uma verdadeira lição”<sup>1</sup>, que espanta os médicos em geral e em particular os envolvidos no erro. É claro que, às vezes, o dinheiro é a melhor maneira de compensar a lesão, e nesses casos deve ser parte da ação de reparação, mas apenas para completar o quadro que tenta repor a situação à condição anterior ao erro<sup>1</sup>. E, acima de tudo, que se analisem as causas e condições que levaram ao erro médico e se tomem as medidas lógicas e suficientes para diminuir a probabilidade da sua repetição. De todas estas medidas devem os pacientes e suas famílias ser informados<sup>1</sup>.

A gestão prudente dos erros médicos é um valor a promover e uma questão ética<sup>1</sup>.

1. PÉREZ-FERNÁNDEZ, M. Ética de las pequeñas cosas en Medicina. Ponencia en la mesa de “Ética y derecho médico”. 21 de octubre de 2010. Oporto (Portugal). XVII Encontro do Internato de Medicina Geral e Familiar, Zona Norte. Disponível em: <http://www.equipocesca.org/organizacion-de-servicios/etica-de-las-pequenas-cosas-en-medicina/>.
2. HART, JT. Inverse care law. *Lancet*. 1971.
3. PEREIRA, AV. et al. O Médico de Família Ideal – Perspectiva do utente. *Rev Port Clin Geral*. 2008; 24: 555-64.
4. SEQUEIRA, AM. et al. Natureza e frequência dos erros na actividade de Medicina Geral e Familiar Geral num ACES – Estudo descritivo. *Rev Port Clin Geral*. 2010; 26: 572-84.
5. FRAGATA, J. A segurança dos doentes: indicador de qualidade em saúde. *Rev Port Clin Geral*. 2010; 26(6): 564-70.
6. RIBAS, MJ. Eventos adversos em cuidados de saúde primários: promover uma cultura de segurança. *Rev Port Clin Geral*. 2010; 26(6): 585-9.
7. GÉRVAS, J. et al. Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento. *Aten Primaria*. 2009; 41(1): 41-44.
8. SIMÕES, JA. Erro Médico. *Rev Port Clin Geral*. 2010; 26: 560-2.

José Augusto Simões,  
Presidente da Direção da ADSO