

“ Os médicos entre o pecado e a virtude”

Primeiro artigo, Dezembro 2015.

António Bugalho (médico hospitalar consultor)

Quando um médico atende um paciente, ele leva em linha de conta muitos factores para além de meios de diagnóstico, por exemplo, o ambiente, a origem, a zona habitacional, a prevalência das diversas entidades nosológicas e as informações experientemente extraídas da história clínica. Se o médico tratasse o paciente confiando apenas nos meios auxiliares de diagnóstico e procedimentos, já estávamos substituídos por computadores com melhor acurácia e rapidez, e procedimentos robotizados. O médico trabalha com centenas de informações, incluindo principalmente a história clínica e todos os recursos a que é obrigado, fruto da ética, deontologia, humanismo e compaixão. Um mesmo paciente não é igual em Maputo, Quelimane, Suíça ou Estados Unidos. Depende do resto das informações que ele arrasta por onde passa, e como passa, minutos antes da observação, até antes do nascimento. A excelência da competência dos cuidados aos pacientes, gosto de pensar que é uma meta quase inatingível devido à sua complexidade, que não podemos ter a veleidade de conhecer por completo, e embora se cresça em direcção a essa excelência é sempre bom pensar individualmente que não a vamos atingir, para

não cair na soberba. Todos nós ,em todas as alturas da nossa vida profissional somos professores e alunos ao mesmo tempo. Nunca estudamos o suficiente, por mais que estudemos, e fazemos de cada paciente um livro que enriquece o nosso caminho em direcção a essa excelência profissional. Por exemplo no caso de um paciente operado há pouco tempo, que eu não conheço e apresenta um quadro para internamento, para além de toda a técnica possível e cuidados apropriados, seria errado telefonar ao médico que operou a solicitar alguma informação sobre a operação e discutir o quadro clinico actual? Talvez solicitar, ou pensar, num método menos invasivo para confirmar um diagnóstico, que obriga a uma nova agressão cirúrgia? Talvez solicitar a opinião de um colega considerado mais experiente, ou ligar a pedir a opinião de outro colega? Duvidar sistematicamente dos resultados de laboratório, quando a clinica não se ajusta, ou fazer um teste mais acurado quando as duvidas persistem? Isto chama-se “diligere”, ter “diligência” e, quando não se é diligente, estamos perigosamente perto de ser “negligentes”. É claro que todos os dias todos fazemos erros ,não puramente técnicos , mas de profissionalismo, falta de comunicação, de relacionamentos interpessoais e até de deontologia e ética, e falta de compaixão. Estas valências da nossa vida de médicos, têm de ser parte integrante do nosso treino desde muito cedo e, elas estão omissas dos livros técnicos, não são exigidas na prática diária e a sua omissão produz médicos

incompletos, que terão mais dificuldade em atingir a excelência da competência durante o seu tempo de vida. Os exemplos diários dos médicos com nomes de referência para a classe e para o público ou dos professores dos médicos, são os livros de texto que são disponíveis para os mais jovens, e que provavelmente serão reproduzidos por gerações no futuro, daí a enorme responsabilidade destes exemplos. A luta pela sobrevivência do dia a dia e a necessidade de responder a essas exigências, obriga os médicos a revestirem-se da maior protecção moral, humana e ética-deontológica, para não cair nas falácias das “más-práticas”, que levam à imperícia, imprudência e negligência. Todas as autoridades administrativas no mundo da medicina, ou a governação do sistema privado de saúde e do sistema público também, estão genuinamente preocupadas com números, eficácia e rendimentos, alimentando a omissão das qualidades necessárias que precisamos, para sermos médicos verdadeiramente e não provedores de saúde como gostam agora de nos chamar aqueles que detêm a nossa força de trabalho, pela simples ausência de regras básicas de funcionamento e aprendizagem no dia a dia. Em todos os sistemas de saúde, privados ou públicos, mesmo no nosso País, existem queixas por *mal praxis*, que são dirigidas e tratadas a maior parte dentro do Ministério de Saúde, e não são referidas para a Ordem dos Médicos, que é uma entidade criada pela Assembleia da República, para protecção dos cidadãos, através de

regulamentação e supervisão feita pela organização dos médicos chamada “Ordem”, que em termos históricos para nós é muito recente. Recentes, são também as modificações económicas, sociais e políticas no nosso País, que passa do socialismo, e centralismo democrático, para a economia de mercado a passos lentos na nossa área da saúde, mas a passos rápidos nas outras áreas económicas da vida da Nação. Já íamos avançados nos anos 90, quando o primeiro médico moçambicano que abriu o seu consultório privado, foi invadido pela polícia e levado a tribunal por prática ilegal de medicina privada, sendo ilibado porque já havia antecedentes “oficializados” de prática de clínica privada no Hospital Central de Maputo. Muito lentamente alguns médicos moçambicanos foram criando, consultórios e pequenas clínicas privadas, após a lei ser aprovada, a maior parte delas de reforço ao salário que recebiam nos hospitais públicos. Não havia médicos a fazer apenas clínica privada, até seguramente 2005. A maior clínica privada do País, era e possivelmente ainda é, a clínica especial do Hospital Central de Maputo e o atendimento especial do mesmo hospital. Nos outros hospitais do Estado que não fossem hospitais centrais, ou nunca se conseguiu fazer ou não era mesmo permitido, até agora. No entanto, as oportunidades abertas ao capital pela economia de mercado, começaram a atrair mais poderosos grupos financeiros, incluindo companhias de seguros, holdings e outros, resultante de engenharias financeiras,

interessados no “negócio” dos cuidados a pacientes. Nestes momentos são criadas as primeiras grandes clinicas privadas, cujos donos não são médicos, mas claro que só funcionam com médicos. Os médicos moçambicanos fazem as suas horas extras, de clinica em clinica, de solicitação em solicitação, aqui e ali, conforme as possibilidades que são oferecidas, num esforço honesto que alguns sectores chamam depreciativamente de “turbo”. Mas este tipo de trabalho não serve às grandes clinicas, é necessária permanência, não pode funcionar, completamente, com médicos que trabalham no sector público. Precisam de médicos disponíveis todo o tempo. Aqui começa, por falta de regulamentação, ou implementação da regulamentação existente, um problema que só se vai agravar no futuro. Contratam-se médicos estrangeiros especialistas, que até a maior parte já esteve a trabalhar em missão no País e aos quais o Estado não pode recontratar na sua maioria. De repente as grandes clinicas não só têm os seus problemas resolvidos com médicos estrangeiros, como também os seus directores são médicos estrangeiros, que, tal como um “cartel” não chamam, nem cedem espaço aos médicos moçambicanos, antes pelo contrário negam trabalho quando os médicos o solicitam. Nas clínicas mais pequenas nas províncias, a mesma situação, o capital provincial não médico também investe na clinica privada, e também aparecem pequenos grupos de interajuda solidária e, aqui com a participação também de muito poucos médicos nacionais. Perante

este quadro alguns médicos moçambicanos já abandonaram os hospitais do Estado para se dedicar apenas ao serviço destas grandes e pequenas clínicas, que vão aparecer como cogumelos. Isto no que se refere a cuidados aos pacientes, porque em termos de ONG's, já muitos abandonaram e estão a abandonar o Estado, há muito tempo, mas nas ONG's a condição de emprego preferencial é que seja moçambicano, portanto um "abandono protegido". No entanto os médicos estrangeiros de várias nacionalidades sempre tiveram o apoio dos seus colegas locais para estender uma mão amiga, compreensível e humana para os ajudar nas alturas mais difíceis das suas vidas, e de inclusive os ensinar e incluí-los na nossa sociedade em geral. Temos médicos de várias nacionalidades, já moçambicanos, há anos, e nunca vimos organizar um "cartel" nesta área de atendimento aos pacientes, como é observável recentemente. É uma "coisa" nova e bastante visível, para nós incompreensível, desconhecida, que mina o bom entendimento na classe. Outras práticas habituais nalguns colegas que se afastam das "boas práticas", é movimentar os pacientes a seu "belo prazer", de um lugar para outro, conforme os seus interesses pessoais, alegando desonestamente que é melhor ser atendido por ele noutra local ou noutra sistema, porque tem mais condições, é mais seguro, escondendo o facto que é mais caro, interessa mais a si próprio. Outro exemplo de "más práticas" envolvem compromissos dos médicos com pessoal administrativo,

principalmente as recepcionistas das clínicas, incluindo as dos hospitais públicos com atendimentos privados, que são pagas por alguns colegas para marcarem consultas com preferência, e aqui também não são apenas os médicos estrangeiros. Mas os maus hábitos pegam mais depressa do que os bons.

Outra “armadilha”, é sem dúvida monetária e aqui é necessário explicar que um médico especialista consultor, no topo da carreira, ganha entre 43 a 57 mil meticals no serviço público. Um médico especialista que trabalha apenas num sistema privado, ganha entre 150 mil a 600 mil (raras exceções), conforme as especialidades, os sistemas, os locais e os médicos. Um médico especialista que trabalhe no serviço público, e para além disso trabalhe em sistema privado nas horas disponíveis, acrescenta ao seu salário entre 40 mil a 400 mil meticals conforme as especialidades, os sistemas, os locais e os médicos. No entanto, vão deixar de acrescentar, se em todo o sistema privado houver médicos que só fazem medicina privada, porque o espaço já está ocupado, devido à sua exiguidade de momento. Todos vamos ter de viver o mais confortavelmente possível, em paz, e “medicamente correctos”, para bem de todos aqueles que precisam de nós. O Estado faz um esforço de expansão para cobrir o sector público, que à excepção (nem por isso), de Maputo, precisa rapidamente de médicos especialistas. Por isso não pode expandir, e ao mesmo tempo acertar os salários da função pública para fazer face ao salário de um especialista. É

necessário que por um lado as autoridades tenham uma política adaptada à rentabilidade de sistemas de sustentabilidade das instituições públicas de saúde, (holdings estatais de hospitais, cartão de seguros de hospitais, regionais ou provinciais ou nacionais), que atraia utentes saudáveis financeiramente ou protegidos financeiramente, para sectores ou para atendimentos dedicados dentro das instituições a todos os níveis, sem compromisso do atendimento geral, e antes pelo contrário, em benefício, como ficou provado no Hospital Central de Maputo.

No entanto, um cidadão financeiramente saudável, ou protegido financeiramente por sistemas de suporte, que usa apenas a clínica privada, arrisca-se a ser mais mal tratado do que um cidadão que vai usar os serviços públicos tutelados, por excesso de procedimentos e exames caros, não só inúteis, como prejudiciais. Por outro lado, nos serviços públicos, quando a tutela não é verdadeiramente exercida, ou acreditada, também se arrisca a ser mal tratado. Qualquer sistema inevitavelmente necessita de uma forte regulamentação profissional com supervisão, a todos os níveis, públicos ou privados, para fazer valer o princípio da ***não maleficência***, *fazendo valer o princípio da **beneficência**, e da **autonomia e justiça**, dos pacientes.*

Por exemplo, uma mulher que vai ser mãe pela primeira vez, quando usa o sistema privado de cuidados (público ou privado), tem mais chances de fazer

uma cesariana do que fazer um parto normal. É mais rápido, mais caro, erradamente justificado, como “mais seguro para o bebé e para a mãe”, escondendo-se que é muito mais dispendioso, e de facto, menos seguro, para os dois. O mesmo se passa com outras situações em que são feitos procedimentos desnecessários a pacientes por conta de miomas, próstatas, amígdalas, apêndices, adenóides, estômagos, cataratas, colons, colos dos úteros, dentes, olhos etc. Os colegas entendem, que ao contrário de quem tem um ordenado fixo alto, sem risco de despedimento, numa empresa “segura” de sucesso, e vai contrair um empréstimo para um investimento a um banco, o médico não pode pensar que vai pedir empréstimo com base naquele mês, ou meses, em que teve um movimento privado inusitado ou pensar que é “sempre a subir”. O que vai acontecer? Ele terá tendência de ser mais intervencionista nos procedimentos ou exames, para manter o nível de pagamento do empréstimo, sendo obrigado rapidamente a atropelar o princípio de “**primum non nocere**” ou não-maleficência. A partir daí é só uma questão de tempo e “azar” até passar a actuar de forma “negligente, imperita ou imprudente”. É preciso dizer que os sistemas de saúde e supervisão, em todos os países de origem dos nossos “médicos estrangeiros”, são dos melhores do mundo, e os médicos são bem treinados, mas tal como sucede em Ressano Garcia com os turistas, alguns, que até à fronteira metiam o lixo dentro do carro em sacos de

plástico, quando entram em território nacional, esse lixo passa a voar pelas janelas.

Ao contrário de outras profissões, de ramos de negócios e economia, política, recursos naturais, gestão, construção, restauração, turismo, mineração etc, o médico não pode pensar que escolheu esta profissão para ser rico tipo “conto de fadas”. Nem o médico, nem o polícia, nem o “pastor de almas”, nem o professor, e se ficar, a fazer aquilo que lhe compete, é porque “algo poderá estar podre no reino da Dinamarca”.

Nesta difícil arte de ser médico e não provedor de saúde, e ao mesmo tempo advogado dos direitos dos pacientes individualmente, aquele que pratica medicina como profissão adere completamente aos códigos éticos e deontológicos da classe, no que respeita aos pacientes, nomeadamente *autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e veracidade*. A não aderência a estes princípios, que dentro deles incluem o médico manter-se actualizado com os conhecimentos da arte e conductas das suas associações nacionais e internacionais, levam-nos aos pecados da *imperícia, imprudência e negligência*, mais cedo ou mais tarde.

A autonomia representa o respeito que o médico tem pelas decisões dos pacientes, depois de lhes dar toda a informação possível, da forma mais

verdadeira, para que ele e a sua família se for o caso, possa decidir em plena consciência. Não basta o paciente e família assinar um “consentimento informado” e a partir daí descansar na divisão de riscos, porque “o que legitima o acto médico não é a sua permissão ou consentimento, mas sim a sua indiscutível necessidade, in Código de Ética AMOG “. Autonomia inclui, humildade e honestidade, ao dizer “esta é a minha opinião, mas achava importante que ouvisse outra de um colega”. Por vezes a autonomia do paciente também não é infinita e é preciso usar o princípio da beneficência sobre aquele da autonomia , quando a recusa de um tratamento (autonomia) pode levar à morte, evitada pela aplicação do tratamento (beneficência). No entanto a autonomia prevalece, quando o tratamento leva ao prolongamento sofrido dessa mesma morte e neste caso não aplicar o tratamento é um exemplo de (não-maleficência). Autonomia é também reconhecer a individualidade com (justiça). Por exemplo não tratar o paciente por “mãezinha” “papá” “tia” “jovem” “mamã” , mas sim pelo nome, é respeito pela autonomia e justiça. “Justiça” é também não descriminar no atendimento ninguém pela religião, cor, género ou percepção de género, nível económico, político ou outra que possa ser nomeada, qualquer que seja. Pelo contrário é preciso estudar os hábitos culturais das diversas comunidades, e individuais para não correr o risco de faltar ao respeito no relacionamento médico-paciente. Esta relação médico-

paciente, é aquela que está mais em perigo, em todo o mundo, porque passou a ser substituída, ou percebida, como relação médico-órgão doente do (paciente), até pelos próprios pacientes que têm o médico do estômago, do útero, dos nervos, dos ossos, dos dentes, dos olhos, dos pulmões, dos rins etc, etc, etc. É este relacionamento corrompido que é preciso recuperar, no dia a dia, e principalmente na formação, e nos exemplos de todos aqueles, que têm essa responsabilidade de ser exemplo. Sem invalidar a absoluta necessidade de cada vez maior especialização da medicina, ao mesmo tempo é necessário compreender que o paciente não é “a maravilhosa máquina humana” de Vessalius e da revolução industrial, mas sim muito mais complexa e mais perfeita do que ainda hoje se pode conhecer. Neste campo da complexidade do ser humano, os médicos tendem a perder largamente para os “tradicionais”, para as medicinas paralelas e “alternativas” e também para as “tendas de milagres” deste mundo. E de facto, as escolas de medicina em todo o mundo estão seriamente viradas para a recuperação do médico, e da relação médico-paciente, focando-se mais do que antes, nos valores subjectivos e pouco mensuráveis, como ética, deontologia, profissionalismo, comunicação, relacionamento interpessoal, e estudando a quantificação destes conceitos. Esta tarefa é urgente. Esta tarefa significa “humanizar”. Mas não é feita com “workshops refrescos e salgadinhos”. É feita com “affirmative action”. Os

médicos devem ter órgãos que regulamentam seriamente, que fazem monitorização, que supervisam as actividades médicas e que estimulam a todos de forma positiva para estudar sistemas de educação, acreditação, certificação e manutenção de certificação e acreditação, de forma humanizada a começar por todos aqueles envolvidos no ensino dos alunos e residentes. Não existe nada, desde há mais de vinte anos nalguns países, tal como receber um Diploma de licenciatura em medicina, e a partir daí, ter autorização permanente até morrer. A arte de fazer medicina e lidar com pacientes tem “prazo de validade”, é preciso renovar, é preciso manter a certificação. A arte de ensinar é uma arte que é “acreditada”, precisa de acreditação e, é preciso “manter a acreditação”. Quem vai fazer essa tarefa ? Os médicos, organizados em Ordem, é o mais evidente. Quaisquer médicos, reconhecidos pelos médicos, como dignos para ocupar quaisquer órgãos reguladores da profissão. Quaisquer médicos que aceitem e cumpram os princípios universais pelos quais se guiam os médicos. Esses médicos estão no Ministério de Saúde, nas Instituições hospitalares, nas actividades de saúde pública, na ciência da epidemiologia, nos hospitais de todos os níveis, nas Instituições privadas, nos consultórios, nas associações profissionais, nas ONGs, nos centros de saúde, nas faculdades, nos centros de investigação, nas cidades, nas zonas rurais e nas suas tarefas de aprendizagem como residentes em diversas instituições. Todos os médicos que põem “os

interesses dos pacientes e a saúde da sociedade, acima dos seus interesses individuais”, são os médicos que precisamos de ser. É tão antigo como a própria Medicina e, continua a ser. É um juramento que se algum de nós pensar que é oco, incorre em risco de atropelos. Os colegas a todos os níveis de responsabilidade devem entender, e não confundir nunca, o que são leis administrativas do estado que todos devem cumprir enquanto funcionários e cidadãos, ou regras escritas ou não das entidades empregadoras, e o que são as leis milenares da medicina e suas actualizações à medida que a própria medicina e humanidade evoluem. É aqui que o MISAU e a OrMM devem interagir, no que respeita às regras dos médicos e da medicina, em vez de reclamarem que “este quintal é meu” ou “teu”. O único “quintal” que existe, são os superiores interesses dos cidadãos, enquanto utentes individuais ou colectivos de quaisquer serviços ou actividades de saúde, mas as regulamentações da Ordem principalmente o código de ética e deontológico, não devem ser colocadas em segundo plano. O governo deve exigir à Ordem dos Médicos que cumpra a missão para a qual ela foi criada: “defender a saúde dos cidadãos individuais ou colectivos, através da regulamentação da actividade médica, e melhoria crescente da qualidade da medicina”. Não só exigir, como colaborar de forma afirmativa, para que assim seja implementado, qualquer memorando ou memorandos de entendimento que sejam feitos entre o governo, através do

MISAU e a OrMM, no âmbito da missão que estas duas entidades devem cumprir.

É entrando em linha de conta com múltiplos factores, leis, regras, consciência, autoridades, conhecimentos e boas práticas, estudo permanente, que os médicos todos, devem tentar construir instituições que lhes permitam melhorar constantemente os cuidados aos seus pacientes, a qualidade da medicina, e o relacionamento com os pacientes individuais ou colectivos.

O que nós não queremos, é que a ainda pequena árvore do nosso sistema de saúde cresça torta e cheia de conflitos. Queremos que cresça como um embondeiro, e para tal é necessário podar. Mas podar não é cortar a planta, é corrigir os ramos. Todos aprendemos com erros, nossos e dos outros, de uma forma humana, sem ser necessário tomar atitudes mais agressivas quer na prática clínica, quer no relacionamento com instituições, quer no ensino dos colegas, quer na aplicação dos grandes e pequenos poderes de cada um, para podermos atravessar esta nossa profissão com ***beneficência, justiça, veracidade e não maleficência.***