

Carlos Ribeiro

# A ÉTICA NO ACTO MÉDICO



ACADEMIA DAS CIÊNCIAS  
DE LISBOA

ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA

FICHA TÉCNICA

TÍTULO  
A ÉTICA NO ACTO MÉDICO

AUTOR  
CARLOS RIBEIRO

EDITOR  
ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA

EDIÇÃO  
DIANA SARAIVA DE CARVALHO

ISBN  
978-972-623-334-3

ORGANIZAÇÃO



ACADEMIA DAS CIÊNCIAS  
DE LISBOA

Academia das Ciências de Lisboa

R. Academia das Ciências, 19

1249-122 LISBOA

Telefone: 213219730

Correio Eletrónico: geral@acad-ciencias.pt

Internet: www.acad-ciencias.pt

Copyright © Academia das Ciências de Lisboa (ACL), 2017

Proibida a reprodução, no todo ou em parte, por qualquer meio, sem autorização do Editor

# A ÉTICA NO ACTO MÉDICO

Carlos Ribeiro  
(Professor Catedrático Jubilado da  
Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa)

## Resumo

Chamamos a atenção para os excelentes resultados obtidos na área da saúde em Portugal, evocando-se o aparecimento das carreiras médicas e a implantação do Sistema Nacional de Saúde, como os factores desse sucesso.

Assiste-se, no entanto, à destruição do binómio médico-doente, com a introdução no sistema de terceiros, mais interessados na efectividade dos resultados estatísticos, que na afectividade posta nos desempenhos profissionais.

A consulta médica passou a ser considerada um serviço, a que se atribui um tempo irrisório de duração, um preço e um valor estatístico.

Sugere-se como preocupação “*major*” dos clínicos a humanização do acto médico, que passa pela denúncia da actual situação, que justifica dificuldades acrescidas na obtenção desse “*desideratum*”.

Tal cenário introduz novas preocupações éticas no exercício profissional, que são avaliadas.

**Palavras-chave:** acto médico, ética na saúde.

\*\*\*

Quero começar por felicitar os responsáveis da Academia das Ciências e particularmente os promotores desta série de Colóquios sobre Ética, e agradecer o convite para discutir as suas implicações no desempenho do Acto Médico, tanto mais quando somos confrontados com um mundo em constante mudança, circunstância que influencia de forma notória a práxis médica.

Entre nós, a qualidade e a esperança de vida dos portugueses melhorou substancialmente, com a oficialização das carreiras médicas, a implantação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o recurso alargado às novas tecnologias e terapêuticas. Hoje somos o primeiro país no mundo no declínio da mortalidade infantil e o quinto com melhor evolução da esperança de vida nos últimos trinta anos.

Segundo o World Health Report (1) já no ano 2000 estávamos em 12.º lugar em relação à distribuição da saúde na população, enquanto o Reino Unido ocupava o 18.º lugar, a Alemanha o 25.º e os Estados Unidos da América o 37.º.

Como corolário, penso ser o momento adequado para se analisar o trabalho realizado, procurando verificar não apenas o que foi feito, mas o que é possível fazer, ou melhor o que se deve fazer ou deixar de fazer, e as implicações éticas dessas acções ou dessas eventuais omissões.

Segundo Platão, o conceito de Ética implica a análise da arte, dos costumes, do fazer bem, tentando tornar bom aquilo que é feito e quem o faz. Desse modo, considero oportuno revisitar o *modus faciendi* do acto médico, discutindo as suas implicações Éticas, sabendo de antemão que a Ética é um alvo em movimento, dependente de múltiplas variáveis.

Chamo desde já a atenção para o facto da discussão não se restringir ao “*To be or not to be*”, perplexidade levantada por Hamlet, príncipe da Dinamarca, na tragédia de William Shakespeare, mas a uma análise mais aprofundada, mais difícil de realizar, pois não se restringe a avaliar o acto de se fazer ou não fazer, mas definir o grau da acção ou da omissão do clínico no acto médico. Aplaudimos e colaboramos em todas as reuniões onde se processem discussões científicas abertas, como nesta Academia, envolvendo sectores diversos da actividade do conhecimento, que eventualmente possam levar a consensos multidisciplinares alargados, que tenham em vista melhorar o comportamento ético dos envolvidos no acto médico.

Nos meus 66 anos de actividade clínica posso atestar existir uma enorme mudança na práxis médica, nomeadamente na forma de realização do acto médico, em particular da consulta médica, qualquer que seja o local onde se desenrola. Tal evolução suscita, obviamente, interesse em analisar as possíveis alterações comportamentais e éticas dos profissionais nestes novos contextos. Atesto que a maioria dos clínicos mantém o desejo de centrar a sua acção profissional na procura do **bem** do seu doente, mas seguindo Aristóteles, ao admitir que o **bem** se pode desdobrar de acordo com a diversidade e a especificidade dos desempenhos e onde a excelência da acção se concentra na descoberta do **justo meio**, entre dois extremos, classificados por defeito ou por excesso. O médico deve assim agir com **sabedoria**, o que pressupõe **prudência**,

**honestidade** e **respeito** pela pessoa-doente, não por se tratar de um ser racional, mas por se lhe atribuir **dignidade** humana.

Todas as decisões clínicas devem ser fundamentadas cientificamente e representarem o corolário da reflexão realizada, onde se tenta adequar as *legis artis* ao caso individual em estudo.

Não podem os clínicos esquecer, como bússola de marear, os **conselhos** de Esculápio, divindade grega perpetuada no imaginário médico, e, que ainda hoje podem balizar e justificar o comportamento ético dos médicos nas suas relações com os doentes. Analisemos pois os **conselhos** de Esculápio (2), avaliando a sua oportunidade.

### **1. Já não pertences a ti mesmo**

De facto, o exercício clínico é um sacerdócio que obriga o profissional a desempenhar por vezes a sua actividade em circunstâncias adversas, desagradáveis e inoportunas. O lazer, o descanso, a leitura, a meditação podem e devem ser interrompidos sempre que alguém solicite amparo.

Também a entrevista não tem geralmente brilho literário, pois raramente é sintética e apelativa, embora o clínico se obrigue a atender com bom humor, interesse e dedicação o artista culto e o boçal ignorante. O médico não pode escolher os doentes, como elege os amigos ou sintoniza com familiares.

### **2. Os pobres habituados a padecer não te chamarão a não ser em casos de urgência. Mas os ricos te tratarão como um escravo, seja por terem uma indigestão, ou uma constipação, fazendo-te por isso despertar a toda a pressa**

Continuam os médicos, tal como na altura de Esculápio, a não poder dispor do seu tempo, pois exercer a profissão pressupõe aceitar um horário de trabalho definido em função das queixas de alguém que o procura. Actualmente não são só os ricos que os tratam como escravos...

### **3. Terás de renunciar à tua vida privada**

Esta asserção é tanto mais verdadeira quanto mais isolada se encontra uma população e, conseqüentemente, menos apoiada poderá estar por um sistema preparado para resolver patologias consideradas urgentes. Sem sistema

de saúde funcional, o médico é o único recurso da população para enfrentar qualquer enfermidade. Ainda hoje o acto médico não se coaduna com horários estritos. O médico controla melhor o horário do começo da consulta, que o momento do seu *terminus*. Existe agora até uma imposição das administrações definindo o tempo exacto de cada consulta médica.

Restringir o tempo de consulta é o primeiro passo para má práxis e conseqüente aumento do erro médico, que as actuais administrações parecem estar a fomentar.

#### **4. Sentes a paixão da verdade e já a não podes dizer**

Este postulado de Esculápio é bastante controverso, contendo todavia princípios a reter. Sempre defendi que o doente tem direito à verdade, mas à sua verdade. O êxito terapêutico muitas vezes depende do conhecimento que o doente obtiver sobre a sua doença e da razoabilidade que ele encontre nas prescrições. Ao doente nunca se mente, pois têm direito à sua verdade, sem ocultações pueris e principalmente sem alarmismos injustificados. É mais aconselhável responder adequadamente às suas perguntas, do que encharcá-lo de informações não pedidas e como tal susceptíveis de o confundir, mais do que de o esclarecer: Não ocultar, mas não alarmar. Medir as palavras que se utilizam, sabendo que o seu significado pode ser diferente para o emissor e para o receptor. De qualquer forma, para a maioria dos doentes, dizer que há uma mortalidade de 5% é pior, que afirmar existir cura em 95% dos casos. Falar de cura é mais apetecível para o interlocutor, do que lembrar-lhe a possibilidade de morte.

A comunicação é uma arte mandatária que o médico aprenda a dominar.

#### **5. Não encontrarás apoio entre os médicos, que te farão uma surda guerra por interesse ou por orgulho**

Na verdade, continuam a existir colegas, que em muitos casos actuam como competidores sem *fair play*. Esse comportamento não é exclusivo da classe médica, podendo até considerar-se bastante generalizado.

*Homo homini lupus*. O homem, neste caso o colega, é o lobo do homem, como já na antiga Roma se identificava.

Nos últimos anos, felizmente, o trabalho em equipa obrigou o médico a ser mais solidário com os colegas e a fazer depender o seu êxito profissional, em grande parte, da colaboração “inter pares”. A complexidade da medicina e o advento de muitas especialidades obriga a contactos, e a múltiplas entreajudas. O médico como profissional liberal era obviamente mais individualista nos seus desempenhos do que o actual clínico, quando integrado em equipas multidisciplinares, como hoje é habitual.

Desde a antiga Roma que se aceita a diversidade do universo social. Podemos desse modo admitir a existência de diversos “Egos profissionais”.

***Ego sapiens***

O profissional que pratica a medicina como ciência.

***Ego cupiens***

O clínico que procura a medicina como fonte de lucro e de prestígio.

***Ego fugens***

O médico que privilegia o eu político, ou seja, a medicina subordinada a determinados interesses sociais e políticos.

***Ego adjuvans***

O profissional que se realiza pelo seu eu assistencial, que pratica uma medicina com o objectivo de prestar ajuda ao próximo.

O médico, como qualquer profissional, apresenta-se na sua prática clínica com uma parcela maior ou menor de cada um dos “egos” referidos. Desejamos um médico “*adjuvans*”, “*medeô*”, do grego, que deu “*medicus*” em latim, que significa cuidar do Outro. Que seja doutor, de “*docere*”, ensinar. Mas que não deixe de ser clínico — junto do leito, “*kline*”, que em grego significa cama, ou seja, um profissional que exerce a medicina em comunicação presencial e directa com os doentes.

Sendo o homem a medida de todas as coisas, é mandatário que sempre que procura a ajuda de um semelhante, e particularmente de um médico, este se obrigue como profissional a um acto de comunicação integral, considerando-o seu parceiro. Quaisquer que sejam os avanços tecnológicos, o Homem deve ser

sempre colocado no topo da hierarquia das preocupações sociais, particularmente se estiver doente.

Por último, dizia Esculápio, no seu 6.º conselho:

*Se fores indiferente à fortuna, aos prazeres, à ingratidão (...) se anseias conhecer o homem (...) então faz-te médico.*

Palavras sábias, ainda actuais.

Se os conselhos de Esculápio apresentam alguma validade datada, também os de Hipócrates, o pai da Medicina, devem ser lidos em função da sua época.

Hipócrates introduziu a lógica de observar o doente, em vez de estudar as doenças, e de verificar, se a relação do homem com o ambiente estava comprometida.

Assim, privilegiava a comunicação médico-doente, como base do diagnóstico e da terapêutica.

As relações mestre-discípulo e médico-doente eram baseadas na amizade “*philia*” e particularmente na amizade à natureza “*physiophilia*” e por conseguinte ao homem, enquanto homem “*philantrôpiê*”, mas também, e de forma sublimada, à sua arte ou à sua técnica “*philotekhniê*”. O médico hipocrático não era **amigo do doente** no sentido cristão ou actual da expressão, mas **amigo da sua arte**, enquanto esta lhe permitia ser fisiófilo, amigo da natureza, obviamente também dele e dos seus semelhantes, o que não incluía escravos e outros semelhantes menos semelhantes.

*Ó tempora! Ó mores!* Felizmente como evoluiu positivamente a Ética Médica!

Embora concorde com Sartre (3) quando afirma, que o «homem está condenado a ser livre», logo, responsabilizado a assumir a razão das suas escolhas, não posso esquecer J. Ortega y Gasset (4), quando afirma, «**Eu, sou Eu e as minhas circunstâncias**».

Tal postulado justifica alterações no comportamento médico em função das circunstâncias.

Todavia, são inegociáveis os **três princípios éticos**, referidos no relatório de Belmont (1978), onde se postulou a valorização da vida e o respeito pela pessoa



humana, depois dos crimes nazis e da irresponsabilidade da investigação clínica, que grassava nos EUA.

A saber:

- 1.º — Autonomia do doente.
- 2.º — Beneficência e não Maleficência na relação com o doente.
- 3.º — Justiça em todas as opções tomadas.

Assim:

1.º princípio: **A autonomia do doente** faz sobressair o conceito de cidadania. A pessoa doente, apesar de fragilizada, não perdeu um átomo da sua liberdade, que consideramos como um pilar da dignidade humana.

Não há relação desigual no acto médico, mas respeito mútuo pelas diferenças.

Por outro lado, o médico deve ser um profissional livre, sujeito apenas às *legis artis* testadas cientificamente, e, jamais obrigado a actuar com sujeição a critérios financeiros, economicistas, políticos ou populistas.

2.º princípio: O clínico deve em todas as suas acções procurar o bem-estar do seu doente, respeitando o princípio Hipocrático “*primum non nocere*”, a **beneficência** e a **não maleficência** sem paternalismos, oferecendo o melhor e os mais adequados cuidados, alicerçados na crista da onda do conhecimento científico, tendo como obrigação ética a adesão constante à aprendizagem ao longo da vida, sem temer a instituição da recertificação da sua carteira profissional.

3.º princípio: **A obrigação de actuar com justiça** pressupõe procurar a equidade social, devendo privilegiar a imparcialidade nas suas propostas, sem realizar qualquer discriminação baseada na raça, no sexo, na idade, na religião, na nacionalidade ou no estatuto social. Todos devem ter acesso às novas tecnologias e terapêuticas, que eventualmente o seu caso obrigue.

Temos, todavia, de chamar a atenção para o facto de actualmente em Portugal a relação médico-doente passar por alterações, que podem dificultar o cumprimento integral e desejável dessas obrigações éticas por parte dos clínicos.

Infelizmente a medicina deixou de ser uma profissão liberal, para passar a ter estatuto de profissão por conta de outrem, no que se refere à grande maioria dos quase cinquenta mil médicos inscritos na Ordem dos Médicos. O elevado número de profissionais no activo, os novos desafios que a sociedade lhes impõe, os diversificados e injustos contratos de trabalho, a implosão da actividade liberal, o aparecimento de grupos económicos privados protagonistas na área da saúde, a solicitação quotidiana à emigração, a multiplicação de especialidades, subespecialidades e competências de conteúdos e limites nem sempre bem codificados, o desinvestimento do Estado no SNS, nas Universidades e na Investigação são variáveis introdutórias de obstáculos que afectam as relações interpares e entre médicos e doentes.

Assim, não iremos tratar nesta apresentação dos temas habitualmente discutidos pelos especialistas de Bioética (5), que versam correntemente circunstâncias cruciais e polémicas ligadas ao início e ao fim da vida, ou seja, a interrupção da gravidez, a eutanásia, a distanásia (prolongamento da vida a qualquer preço num doente terminal), a definição de morte cerebral, a interrupção da ventilação assistida e de outros apoios mecânicos ou de tratamentos sofisticados e agressivos em casos clínicos terminais. Justifica omissão, o facto dessas situações se encontrarem codificadas nas leis do país ou em regras difundidas largamente e de, na maioria desses casos, as opções a realizar serem partilhadas com o recurso a especialistas das áreas clínicas em discussão. Em determinadas circunstâncias, o médico pode até pedir escusa, como objector de consciência por motivos religiosos, culturais ou cívicos.

Na verdade, hoje as preocupações éticas dos médicos vão ser com mais frequência outras, filiadas em novas circunstâncias que o acto médico proporciona, por obrigar o clínico a atitudes que eventualmente ferem princípios conflitantes.

Se anteriormente a postura ética do médico assentava na relação médico-doente-colega, codificada no juramento de Hipócrates e no postulado “**não faças ao outro o que não desejas que te façam a ti**”, agora o clínico é confrontado com circunstâncias devidas às insuficiências do empregador. Deste modo, as relações médico-doente-empregador são socialmente instáveis, introduzindo ruído, complexidade e anarquia nos desempenhos. Na realidade, o doente passou a ser um utente, o beneficiário transformou-se em acionista, o médico em funcionário público, e

o empregador, estatal ou privado, surge como óbvio dominador e patrão do sistema, em função de interesses de terceiros.

Neste cenário, o médico colocado entre o doente, que evoca direitos, e o empregador, que delimita ou sugere aumento de gastos em função dos seus objectivos financeiros, terá muita dificuldade em definir cuidados adequados e de boa qualidade, que não agridam os interesses e direitos dos doentes, expressos em Bali em 1995 pela Associação Médica Mundial, e que não colidam com as suas obrigações éticas.

A interferência de terceiros convida o clínico a ser apenas um “economista da saúde”, obrigado a estudar o custo/benefício das suas opções, e, não o benefício/custo das suas intervenções. O médico deve primariamente avaliar o benefício das suas propostas e só depois identificar os seus custos.

É obrigação ética, pois, que o racional da acção médica na eleição dos cuidados a prestar aos doentes, se baseie no benefício-custo de cada acto.

Assim, a primeira preocupação do profissional é a problemática do doente propondo-lhe o tratamento mais adequado e obrigando-se a humanizar as relações de todos os intervenientes no acto médico, sabendo que um dos parceiros, o doente, está diminuído e necessita de ajuda.

No entanto, também o profissional, sujeito a sobrecarga de trabalho, frequentemente não apresenta condições físicas e mentais susceptíveis de realizar actos médicos de qualidade.

A política economicista imposta ao Ministério da Saúde trouxe como resultado a diminuição do número de médicos em actividade no SNS.

A falta de capital humano e a abertura de novas obrigações assistenciais, ocasionou que as Administrações fossem forçadas a reduzir os tempos de consulta para aumentar o número de atendimentos, estender a lista dos doentes da responsabilidade dos médicos de família, obrigar à realização de mais de uma Urgência Hospitalar semanal, não permitir abusivamente o cumprimento de descansos compensatórios,

circunstâncias agravadas por uma má resposta que a informática correntemente proporciona, etc., etc....

Tal situação justifica ser a classe médica uma das mais afectadas pelo *burnout*. Num estudo recente (Cátia Leitão) verificou-se que 21% dos médicos apresentavam um nível elevado de exaustão emocional, enquanto outro estudo apontava para 40,5% (6).

A exaustão potencia o erro médico e dificulta uma boa relação médico-doente. O médico com sinais de *burnout* tem obrigação de suspender a sua actividade para defesa dos seus doentes.

Tal comportamento ético terá efeitos catastróficos no SNS.

Resolver este problema deveria ser, neste momento, a prioridade do Ministério da Saúde.

Humanizar o acto médico é colocar o doente no seu devido pedestal, sem esquecer que a capacidade do profissional tem limites.

Humanizar é acolher o semelhante como pessoa, irmandando-o e tornando-o confiante na arte médica, que só um profissional no uso pleno das suas capacidades pode proporcionar.

Humanizar é respeitar a dignidade do doente, reconhecendo a sua autonomia e a sua liberdade. Tal garantia passa pelo facto de obter por parte dos doentes um consentimento informado, aquando de qualquer procedimento clínico que envolva eventual risco, mesmo de pequena monta.

O consentimento informado visa o respeito da autonomia e da liberdade individual do doente (Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, UNESCO, 2005).

O médico, tanto na investigação como na actividade clínica, deve obter a permissão voluntária do paciente, informando-o dos eventuais riscos e dos desejáveis êxitos, estatisticamente consignados, do procedimento proposto. Todavia, não deve deixar de discutir imparcialmente as alternativas existentes.

O consentimento na clínica pode ser oral ou escrito com ou sem testemunha neutral, mas a informação tem de ser veiculada numa linguagem corrente e de acordo

com o nível de instrução e capacidade cognitiva do doente. Sem o consentimento do paciente, o acto médico é uma ofensa corporal abrangida pelo código penal português.

De qualquer forma, o doente tem de compreender plenamente os riscos e os benefícios de se submeter ou não ao procedimento proposto, mas também entender as alternativas, os custos e a experiência da equipa médica, que se propõe vir a responsabilizar-se pelo seu processo.

O consentimento informado, tal como o segredo profissional, visa beneficiar o doente e não defender o médico.

O segredo profissional é uma garantia, dada ao doente, de respeito pela sua privacidade, pois que apenas pode ser revelado por sua autorização ou em situações de dever legal ou de justa causa.

Sabemos, todavia, que a defesa da privacidade, em relação à saúde individual, não é uma preocupação dominante na sociedade portuguesa. É comum que as doenças pessoais sejam um dos temas mais frequentes das conversas entre amigos e conhecidos ocasionais.

É um imperativo ético que o médico divulgue o interesse dos doentes em defenderem a sua privacidade, embora as circunstâncias em que se realizam os actos médicos nas Urgências Hospitalares e o eventual internamento dos doentes em macas, dispersas pelos corredores das enfermarias, não facilitem tal objectivo.

Actualmente, aumentou o número de doentes que parecem estar descontentes e desconfiados. Tal ambiência propicia o seu recurso ao poder judicial, que obrigará os médicos a uma medicina defensiva, requisitando exames onerosos para atestar objectivamente as suas decisões, com vista a futura defesa. A medicina defensiva, de má memória nos EUA, traz maiores encargos ao doente e ao erário público. O doente, por outro lado, ao tornar-se mais exigente e agressivo, passou a fornecer um caudal de protestos à comunicação social, sempre ávida de notícias negativas e pouco interessada em conhecer as causas e a terapêutica adequada para solucionar os diferendos existentes.

Este contexto facilita o aparecimento das chamadas medicinas alternativas, onde pululam muitos casos, denunciados pela Ordem dos Médicos, de charlatanismo e de publicidade enganosa.

Sabemos que o doente será tanto mais respeitador e aderente aos conselhos e prescrições médicas, quanto mais completo for o cumprimento do ritual comunicacional. Tal *desideratum* não justifica o abandono do recurso à utilização, se necessário, de todos os meios que o progresso científico disponibiliza, nomeadamente não ignorando as informações ditadas pela medicina baseada na evidência científica e a obrigatoriedade de recorrer a todo o *armamentarium* tecnológico disponível e adequado.

Desejamos, no entanto, que a medicina tecnológica, criadora de “engenheiros da medicina”, se humanize a curto prazo e que o comportamento ético não saia ferido substancialmente, face à panorâmica actual em que se desenrola o acto médico.

A nossa profissão, dita liberal, tem no futuro de aceitar trilhar com espírito grupal um caminho difícil e espinhoso na defesa da medicina e dos doentes considerados singularmente, pois cada um possui características únicas e irrepetíveis. Por mais sofisticados que sejam os estudos e mais evoluídas as técnicas de diagnóstico, será sempre difícil colocar rótulos apriorísticos aos nossos doentes. Actualmente, é um trabalho hercúleo identificar os obstáculos à imposição do paradigma de singularidade do acto médico e propor formas de ultrapassar esse escolho. A uniformização, a programação e a regulamentação são o moderno espartilho imposto ao desempenho médico, para gáudio de terceiros e prejuízo dos doentes.

### **Em conclusão:**

Nesta apresentação pretendemos defender a reimplantação do humanismo no acto médico, sublimando o tratamento da pessoa.

O comportamento humanista, para Kant (7), advém da *receptividade ao sofrimento do Outro, não nos situando nem muito longe nem muito perto dele, de forma a existir comunicação — proximidade.*

Tal atitude não exclui a cura da doença com recurso às novas tecnologias e utilizando as informações plasmadas na medicina baseada na evidência científica.

Como se disse também, a evolução da sociedade introduziu repercussões notáveis na actividade clínica, ao verificar-se que o doente se transformou em utente, o

beneficiário em acionista, o médico em funcionário, o pagador em gestor ou juiz. A consulta médica passou a ser considerada um serviço, a que se atribui um tempo de duração, um preço e um valor estatístico. O médico é obrigado a responder mais às exigências do gestor do que às interrogações do doente, ocupando o seu tempo a dialogar obrigatoriamente com o computador: Tal situação levanta novos problemas éticos.

Também os extraordinários resultados obtidos com a evolução da medicina conduziram ao aumento da esperança de vida, ao crescimento do recurso a serviços clínicos e a uma maior exigência e incomensurável expectativa por parte da população. Os custos, desse modo, subiram, o Estado sentiu a obrigação de se responsabilizar pelo sector e o aforismo a *saúde não tem preço* tornou-se indefensável. Os gestores, os economistas e os financeiros tomaram deste modo a direcção do processo.

Verifica-se o crescimento em efectividade estatística, enquanto se deteriora a afectividade para com o doente. Para unir efectividade com afectividade, ou seja, para construir o binómio alta tecnologia-humanismo, torna-se necessário reestruturar o *modus faciendi* do acto médico.

Em suma, humanizar o acto médico e dignificar a pessoa doente, respeitando a sua liberdade e dignidade é hoje a maior preocupação dos clínicos, que diariamente, não abdicam dum comportamento ético nos seus desempenhos, confrontados com a presença de terceiros, que em certos casos, podem desvirtuar seriamente o binómio médico-doente e dificultar a postura ética do clínico.

Todavia, concordo com Frei Bento Domingues, quando afirma: «conformar-se com o estado actual do mundo é a grande traição que diariamente nos tenta. A resignação é o nosso pecado.» (8).

Arranjemos forças para suplantar este moderno pecado verdadeiramente epidémico. Por nossa parte continuaremos a denunciar a má “práxis” do acto médico “à *la minute*.”

(Comunicação apresentada no Instituto de Estudos Académicos para Seniores, no ciclo de conferências Ética a 4 de Abril de 2017)

## **Bibliografia**

(1) Campos, A. Correia, *O Percurso da Saúde: Portugal na Europa*. Lisboa, Ed. Almedina, 2011.

(2) Ribeiro, Carlos. *Ser Médico. Cartas aos Jovens Médicos*. Lisboa, Ed. Círculo de Leitores, 2015.

(3) Sartre, Jean-Paul, *L'existencialisme est un humanism*. França, Ed. Nagel, 1946.

(4) López-Frías, Francisco, *Vida, pensamento e obra de J. Ortega Y Gasset*. Lisboa, Ed. Planeta De Agostini, 1994.

(5) Osswald, Walter, *Um fio de ética*. Ed. Inst. Inv. Formação Cardiov., 2001.

(6) Guimarães, Miguel, *Síndrome de Burnout*. Rev. Ordem dos Médicos, n.º 172, 2016.

(7) Koch, Sascha Pablo, *Vida, pensamento e obra de Immanuel Kant*. Lisboa, Ed. Planeta De Agostini, 1994.

(8) Domingues, Bento, *Jornal Público*, Lisboa, 02-04-2017.