

## O DOENTE, A CONSULTA E ASPECTOS MÉDICO-LEGAIS EM DERMATOLOGIA COSMÉTICA\*

Rui Tavares Bello

Assistente Hospitalar de Dermatologia e Venereologia/Consultant, Dermatology and Venereology; Serviço de Dermatologia/Dermatology Service, Hospital Militar Principal; Serviço de Dermatologia/Department of Dermatology, Hospital dos Lusíadas, Lisboa, Portugal

\*Comunicação apresentada no I Congresso de Dermatologia Cosmética, Lisboa, 19 de Abril de 2013

**RESUMO** – O exercício profissional dos médicos ocorre actualmente num ambiente restritivo e constrangedor e é alvo de um crescente escrutínio por parte da sociedade. Restrições, exigências e condicionamentos de natureza financeira, regulamentar, burocrática e administrativa subvertem a prática médica, em grau que contrasta de forma flagrante com a liberdade com que exercem profissionais não qualificados de áreas paramédicas ou de formas de medicina ditas complementares ou alternativas. A inevitável conotação estética da pele e a disponibilização de tecnologias e procedimentos cosméticos de alcance ambulatorial vieram permitir a consolidação da área da Dermatologia Cosmética. Área que suscita múltiplas interrogações no plano da relação médico-doente, da litigiosidade, da ética e da deontologia médica. Num registo aberto e reflexivo são enunciadas algumas dessas especificidades, elencadas as principais ameaças inerentes, revisto de forma sumária o enquadramento jurídico e deontológico, suscitados alguns problemas éticos e, finalmente, propostas algumas recomendações.

**PALAVRAS-CHAVE** – Responsabilidade médica; Consentimento informado; Ética médica; Dermatologia.

---

## THE PATIENT, MEDICAL PRACTICE AND MEDICAL RESPONSIBILITY IN COSMETIC DERMATOLOGY

**ABSTRACT** – Presently, medical practice - increasingly scrutinized by society - is marked by several constraints and limitations of financial, regulatory, bureaucratic and administrative nature. This restrictive, highly regulated environment, that does subvert classical medical practice, vividly contrasts with the laxity by which diverse nonqualified paramedic professionals of the aesthetic area and of the so called complementary and alternative forms of medicine are allowed to practice. The growing area of Cosmetic Dermatology is diversely and not without controversy judged by dermatologists, as a result of the multiple raised unanswered questions that pertain to patient-doctor relationship, litigancy, ethics and deontology. In an open, reflexive fashion, the main challenges ahead that mainly concern regulatory, judicial and ethical issues are presented. Lastly, some practical recommendations are suggested.

**KEY-WORDS** – Social responsibility; Informed consent; Ethics, medical; Dermatology.

**Conflitos de interesse:** Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

*No conflicts of interest.*

**Suporte financeiro:** O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

*No sponsorship or scholarship granted.*

## Artigo de Opinião

**Direito à privacidade e consentimento escrito / Privacy policy and informed consent:** Os autores declaram que pediram consentimento ao doente para usar as imagens no artigo. *The authors declare that the patient gave written informed consent for the use of its photos in this article.*

Recebido/Received - Setembro/September 2014; Aceite/Accepted – Outubro/October 2014

*Por decisão dos autores, este artigo não foi redigido de acordo com os termos do novo Acordo Ortográfico.*

### Correspondência:

Dr. Rui Tavares Bello

Av. António Augusto Aguiar, 24, 8º Dto

1050 016 Lisboa, Portugal

Email: dermoclinica@netcabo.pt

### CIÊNCIA E ARTE

Tradicionalmente vista como uma área da actividade humana para cujo exercício se congregavam um *corpus* de conhecimentos científicos e uma praxis singular sustentada num sistema de valores éticos e deontológicos, a Medicina é comumente designada como uma "ciência e uma arte".

*"The practice of medicine is an art based on science"* (W. Osler)

Recentemente, a expansão dos conhecimentos nas ciências básicas e na pesquisa experimental primeiro e no raciocínio epidemiológico e bioestatístico depois têm vindo a impor progressivamente uma visão reductionista em que a arte é sacrificada no altar da ciência, de uma ciência que se perspectiva cada vez mais como um conhecimento meramente factual, sustentado e alimentado pelos próprios fundamentos da *medicina baseada na evidência*.

A prática clínica diária e uma reflexão crítica e desapassionada colocam em causa esta visão estreita, limitada e dogmática da ciência médica, antes apelando para a relevância dos clássicos ensinamentos das escolas artísticas, humanísticas e filosóficas.

A um pensamento crítico e racional, uma avaliação e interiorização da *hard evidence* e da experiência individual (*anecdotal evidence*), a valoração da galénica observação contemplativa do doente, a geração de hipóteses e sua discussão aberta e livre devem ser adicionados aspectos reputados de "não-científicos" da medicina como a arte da comunicação, a empatia, a confiança, a adesão e a motivação mas cuja omnipresente importância é decisiva e inquestionável.

*"Sendo a última profissão romântica, a Medicina será sempre de melhor Qualidade quando praticada por homens de cultura"* (João Cid dos Santos)

Este novo-velho prisma visa naturalmente não se substituir, mas antes complementar a visão, o paradigma actual das ciências médicas - evidência factual, experimental, reproductível e sustentada em estudos aleatorizados e controlados e meta-análises. Visa (re) introduzir as ferramentas para um exercício profissional reflexivo em que a observação e a experiência individuais, a análise crítica do conhecimento e das normas vigentes, a empatia e a comunicação lhe acrescenta densidade, humanidade, eficácia...

### O REGRESSO À ARTE

Não estranha pois a tendência que se constata actualmente para incluir nos *curricula* das escolas médicas - como uma *consciousness raising activity* - disciplinas das áreas das humanidades e artes<sup>1</sup>, bem como o ensino da ética inserida em programas humanísticos mais vastos que incluem direito, história e artes com enfoque particular na literatura<sup>2</sup>.

*"We learn from the arts by imaginative identification with situations or characters depicted, and by having our imaginations stretched through being made to enter into unfamiliar situations or to see points of view other than our own"*<sup>3</sup>.

*"...The arts can contribute to whole person understanding in at least three ways. The arts may stimulate: (a) insight into common patterns of response (shared human experiences); (b) Insight into individual difference or uniqueness and (c) enrichment of the Language and thought of the practitioner"*<sup>4</sup>.

*"... a narrativa da doença só é bem entendida quando já se escutaram outras vozes, as vozes da pintura, escultura, ficção, poesia ou da filosofia, pois estas ajudam a aprender o sentido mais profundo do sofrimento, oculto..."*<sup>5</sup>.



Fig 1

A Dermatologia, uma das mais antigas especialidades médicas, vem testemunhando, incorporando e protagonizando as assombrosas conquistas registadas nas ciências médicas - conhecimentos básicos e tecnologias aplicadas. A consolidação de novas dimensões tecnológicas do MÉTODO DERMATOLÓGICO, a descoberta dos mecanismos patogénicos de velhas e novas dermatoses, a aquisição de novos agentes e técnicas de dimensão terapêutica permitiram expandir a especialidade nos planos qualitativo e quantitativo.

Recentemente e *pour cause*, assistiu-se a uma significativa mudança do paradigma do seu exercício - de uma disciplina médica eminentemente contemplativa e descritiva, para uma especialidade mais interventiva, mais "médico-cirúrgica" de pleno direito.

Simultaneamente e em função das normas socio-económico-culturais vigentes, fortemente impulsionado pelos *media*, a dimensão cosmética do órgão pele e, por arrasto, da própria especialidade, passou a ser aclamada e sobrevalorizada.

### A DERMATOLOGIA COSMÉTICA

Área que sendo recebida por alguns de nós com estranheza e desconfiança, veio de facto contribuir para

augmentar a visibilidade pública da especialidade, atrair novos profissionais e criar novas oportunidades embora, por outro lado, tenha suscitado a emergência de novos problemas e interrogações nos domínios ético, regulamentar, jurídico e da formação e da credenciação...

Mais relevante ainda, a criação de problemas identitários na especialidade, em particular a nossa auto-imagem e a perspectiva que outros têm de nós. De internistas da pele (*skin internists*) evoluímos primeiro para cirurgiões dermatológicos (*dermatosurgeons*) e, depois, para "médicos superficiais" (*superficial doctors*). Mudanças profundas, controversas e demasiado rápidas que chegaram, internamente, a fazer questionar se os dermatologistas cosméticos são ainda médicos (Cri-bier, B. Journées Dermatologiques de Paris, 2008)...

É inquestionável que a Dermatologia Cosmética cai dentro do âmbito da designada e propalada "*Enhancement Medicine*". Esta visa não restaurar a função ou aparência danificadas por doença, malformação ou trauma ("*Medicina Restaurativa*"), mas "... inclui todas as intervenções que não visam curar ou aliviar o sofrimento físico decorrente do funcionamento defeituoso dos órgãos ou sistemas do corpo humano, mas procura beneficiar, alterar ou potenciar as propriedades ou capacidades do organismo normal"<sup>6</sup>. Naturalmente que o artificialismo inerente afronta os quatro objectivos fundamentais que tradicionalmente definem o acto médico, a saber: 1. Prevenir a doença e promover e manter a saúde 2. Aliviar a dor e o sofrimento causados por doenças ou condições patológicas 3. Curar e cuidar dos doentes ou dos que sofrem de doenças incuráveis e 4. Evitar a morte prematura e pugnar por uma morte "pacífica"<sup>7</sup>.

Área complexa e cinzenta por excelência, a Dermatologia Cosmética, enquanto pequeno ramo da "*enhancement medicine*", suscita novos desafios e preocupações éticas. Efectivamente, múltiplos argumentos se digladiam: os detractores verberando que não é ético manter uma prática de aperfeiçoamento (*enhancement medicine*) por tal ferir a prioridade moral e ética de acudir aos doentes verdadeiramente em sofrimento e, conseqüentemente, apoucar o nível de exigência moral da profissão médica; os defensores salientando por um lado, que não é ético limitar o exercício da beneficência à cura das doenças físicas e psicológicas excluindo outras formas de beneficência para que o médico está habilitado de forma única (os dermatologistas, especialistas do órgão pele, quem mais?) e, por outro, que o sofrimento não é apanágio exclusivo das doenças físicas já que os imperativos sociais e *standards* culturais vigentes determinam também aos doentes cosméticos

## Artigo de Opinião

níveis significativos de sofrimento e mal-estar. Toda esta controvérsia sobre os limites - éticos e morais, que não técnicos - do exercício médico se adensa adicionalmente se tomarmos em linha de conta a definição programática de Saúde da OMS "...o estado do mais completo bem estar físico, psicológico e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade física"<sup>8,9</sup>.

Área apaixonante, interrogações intermináveis, respostas lineares e verdades absolutas difíceis se não impossíveis de dar... Talvez tudo se resuma a quesitos que relegam para o foro regulamentar/profissional - formação, capacidade, habilitação, credenciação, expertise, **profissionalismo** - e para o domínio pessoal - ética, deontologia e **integridade**.

### SOBRE A MEDICINA, ACTUALMENTE

Já fizemos referência aos extraordinários sucessos registados na arena científica. A irrupção da genómica e proteómica, os avanços tecnológicos registados na imagiologia médica estática e funcional, nas cirurgias "...cópicas" minimamente invasivas e na cirurgia robótica, a vulgarização crescente das biotecnologias e o recurso simplificado à pesquisa translacional, o desenvolvimento da medicina personalizada... constituem apenas alguns exemplos deste *brave new world* que hoje vislumbramos, por entre as pressões, exigências e limitações que preenchem o nosso quotidiano.

Por outro lado, aos olhos da sociedade e apesar da maledicência "tablóide" da nossa comunicação social,

existe o reconhecimento alargado de que a medicina é uma das poucas áreas da actividade humana cujos propósitos são "*unambiguously altruistic in itself*"<sup>10</sup>.

No entanto, verifica-se actualmente por parte do público, algum grau de desilusão quanto às expectativas de cura do cancro e das doenças cardiovasculares de par com o número, crescente, de doentes desconfiados, "informados" (net) e litigantes. O quantitativo - que se amplia - de "preocupados saudáveis" em detrimento dos "genuinamente doentes" concorre com a expansão e consolidação das "medicinas ditas complementares e alternativas".

### Simultaneamente,

Constata-se um abrandamento, determinado por imposições regulamentares e pressões financeiras, da inovação, investigação, desenvolvimento e comercialização de novos fármacos. Simultaneamente, o grau de escrutínio exercido sobre itens classificados como dispositivos médicos e dispositivos de estética e beleza é nulo ou ausente, tal como é a complacência com que as agências reguladoras assistem ao exercício atrevido e desqualificado de múltiplos "profissionais" não médicos...

Questiona-se o paradigma do exercício clássico, da *praxis* médica, ferindo-se alguns dos valores fundacionais do profissionalismo médico (beneficência, autonomia, independência...). O outrora soberano princípio da beneficência vem cedendo terreno ao princípio da autonomia na relação médico-doente. O exercício médico passa a ser pautado e condicionado por novas



Fig 2

## Artigo de Opinião

tecnologias de informação perversamente burocratizantes e asfixiantes, rotinas de codificação e classificação inadequadas e por gestores de saúde que não compreendem a natureza do acto médico e da saúde (na realidade, o seu *core business!*).

Para tal concorreram considerações sociais e financeiras decorrentes do encarecimento da saúde e da escassez dos recursos, as quais desviaram o foco da relação fiduciária médico-doente, outrora centrada na defesa do interesse exclusivo do doente (esfera do individual), para um condicionamento progressivo imposto pelo interesse geral, da comunidade (esfera do colectivo).

Consolida-se o *managed care* e a intromissão da ponderação macroeconómica nas políticas de saúde (normas de orientação clínica, racionamento vs racionalização, priorização ética, risco partilhado...)

### SOBRE A RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE

Unívoca e integral no passado, a relação médico-doente vem assumindo de forma irreversível um carácter parcelar, especializado, fragmentado e episódico. A consulta do médico passou a ser a visita à equipa de saúde; o *check up* regular passou a integrar uma *check list* onde constam os médicos da pele, das alergias, as análises...



Fig 3

Transforma-se a natureza intrínseca da clássica relação bipolar, linear médico-doente numa relação poligonal de complexidade crescente, com a intromissão de numerosos (outros) actores técnicos, institucionais e financeiros - equipas de saúde, gestores públicos e

privados, legisladores, reguladores, auditores e inspec-  
tores, profissionais dos seguros, associações de doentes, de utentes e de defesa do consumidor, indústria cosmética e farmacêutica, redes sociais, *net*, *mass media*...

### Esquemáticamente,

A "medicina-arte" evoluiu para a "técnica médica"; o doente evoluiu para "utente" e, deste, para "cliente"; o médico evoluiu para "técnico médico", dissolvendo-se em seguida na "equipa de saúde"; a proverbial independência funcional do médico deu lugar a uma complexa teia de dependências e fragilidades.

O "paternalismo hipocrático" soçobrou face à proclamada "autonomia" do doente, decorrendo da imposição progressiva da vontade e consciência do doente e traduzindo-se na obrigação de informar, esclarecer e oferecer opções, bem como de obter a necessária autorização para tratar os doentes.

"... mudou a relação médico-doente, deslocando-se a verticalidade impositiva e imperial do médico, para a horizontalidade democrática na tomada de decisões sobre a saúde de cada indivíduo"<sup>11</sup>.

Evoluímos da hipocrática "arte silenciosa"<sup>12</sup> para a "arte do diálogo", do consenso e, acrescentaria, das declarações, termos e certificados...

Testemunhamos uma **crescente responsabilização dos médicos** (esferas cível, disciplinar e mesmo criminal) paralelamente com uma efectiva menorização da classe (desvalorização do seu peso profissional, institucional, moral e de liderança efectiva...); assistimos a uma **progressiva responsabilização da indústria farmacêutica** (e cosmética) que se traduz num exercício regulatório cada vez mais apertado, que atenta não apenas às naturais exigências colocadas na síntese, fabrico, realização de ensaios e segurança *tout court*, mas igualmente na discussão musculada das suas condições de introdução e comercialização e que poderá, eventualmente, culminar na imposição do "risco partilhado". No entanto, paradoxalmente, a **responsabilização do doente/utente constitui um verdadeiro "tabu"**, já que aspectos tão relevantes como a *compliance*/observância aos tratamentos prescritos, a informação completa e leal ao médico e diligência no reporte de efeitos adversos não são correspondentemente exigidas ao doente...

Esquemáticamente, de forma irónica, promove-se o paradoxo de se conciliar a obrigação do princípio da autonomia imposta como dever aos médicos na defesa do cidadão doente, com uma atitude de complacência ("beneficência") outorgada aos doentes, para

## Artigo de Opinião

desculpar o não cumprimento dos seus deveres. Constituem exemplos deste quadro assimétrico e incoerente a *noncompliance*, vista tendencialmente como resultante de insuficiência ou falha do médico e o não reporte de alergias pelo doente, entendida como falha do médico na recolha anamnética...

Neste contexto, a tão invocada "aliança terapêutica", mais do que se limitar à relação estrita médico-doente, envolve efectivamente ramificações como os *third parties*, o executivo, o legislador, o(s) regulador(es), a indústria e a sociedade em geral.

A bem de uma ética da responsabilidade, nenhum dos intervenientes "neste complexo edifício social que é a saúde" se poderá isentar do seu quinhão de responsabilidades no estado actual da saúde.

### A LITIGIOSIDADE MÉDICO-LEGAL

Por outro lado, ocorre uma pressão significativa de uma sociedade crescentemente competitiva, regulamentada e judicializada sobre o exercício e prática médicas. A cultura do direito do consumidor e o aumento das expectativas/exigências colocadas sobre o "cidadão-médico" resultam num escrutínio particular sobre a classe médica por parte dos *media*, dos doentes e da sociedade em geral.

Este escrutínio coexiste ironicamente com a aceitação crescente de filosofias e práticas médicas alternativas e complementares assentes no "natural"; implica muitas vezes esperanças infundadas e irrealistas sobre as capacidades da medicina moderna, ilusoriamente capaz de garantir nos casos mais difíceis e nos doentes mais idosos a sobrevivência e a qualidade de vida apenas ao alcance dos jovens; inclui, por parte dos doentes/utentes e dos empregadores a expectativa de que os médicos exerçam a sua profissão em regime de exclusividade, com baixos salários e uma dedicação, disponibilidade e uma empatia incondicionais - um "verdadeiro sacerdócio" profissional.

Verifica-se um aumento das exigências colocadas sobre os médicos pelas entidades pagadoras (públicas ou privadas), no sentido de reduzir procedimentos, custos, actos de alcance diagnóstico e terapêutico e traduzido em incentivos e prémios mas que, por outro lado, expõe o médico, só e indefeso, a acusações de negligência ou má prática<sup>13</sup>.

Tudo isto configura uma entorse da relação fiduciária do médico com o seu doente, dado que o médico é convocado a colocar as exigências/limitações circunstanciais colocadas pelos momentos políticos e



Fig 4

financeiros num primeiro plano, em detrimento, bastas vezes, do interesse primordial do doente.

### A JUDICIALIZAÇÃO DA SOCIEDADE

As características inerentes às sociedades contemporâneas, agravado pela recente crise das dívidas soberanas e pela fluidez/fragilidade do sistema financeiro, contribuem adicionalmente para impor sobre o exercício da medicina uma verdadeira inflação de constrangimentos e formalismos burocráticos, administrativos, regulamentares e jurídicos que contribuem para consolidar os vícios de forma e de substância de uma medicina super-defensiva.

Para este estado de coisas contribuiu indubitavelmente o crescente escrutínio exercido sobre o acto médico nos planos cível, disciplinar, administrativo e penal - a doutrina da responsabilidade médica e a litigiosidade médico-legal.

"O médico tem de conhecer bem o quadro jurídico e regulamentar que rege a sua actividade e ser bem informado do conjunto dos seus deveres e direitos"

Isto é efectivamente assim e, especialmente importante na dermatologia cosmética por duas ordens de razões: 1. Porque é no domínio da cosmética que as expectativas são maiores, as obrigações mais numerosas e o escrutínio mais exigente e 2. Porque é nesta área que os magistrados são menos indulgentes.

### A RESPONSABILIDADE MÉDICA

A base da doutrina da responsabilidade médica remonta a 20 de Maio de 1836, quando o Procurador Dupin da Corte de Cassação de Paris, sobre caso que apaixonou a opinião pública, emitiu acordão que refutava em absoluto o mandato ilimitado do médico sobre o doente e estabelecia de forma definitiva a responsabilidade contratual dos médicos

*"... entre o médico e o seu cliente se forma um verdadeiro contrato que, se não comporta, evidentemente, a obrigação de curar o doente, ao menos compreende a de proporcionar-lhe cuidados"*

A responsabilidade médica pode envolver, como é sabido, quatro dimensões: 1. Disciplinar/profissional quando se verifica desrespeito dos Estatutos e Código Deontológico da Ordem dos Médicos, caindo sob a sua alçada 2. Disciplinar/administrativa quando se observa a violação de deveres enquanto funcionário da administração pública, por exemplo 3. Penal/criminal quando envolvem crimes tipificados nos Códigos de Direito Civil ou Penal e 4. Civil/cível quando dos actos praticados decorre a obrigação de reparar o dano causado<sup>14</sup>.

Uma questão igualmente relevante é o de saber se a responsabilidade civil médica é de carácter individual ou solidária, isto é, se ocorreu no âmbito do exercício privado médico (abrangido grosso modo pelo Código Civil) ou se se verificou em estabelecimento público de saúde (responsabilidade solidária de pessoa colectiva pública com o agente a quem foi imputado o acto danoso)<sup>15</sup>.

Salientemos a este propósito que o panorama actual e vindouro do exercício médico tendem a favorecer a responsabilidade solidária em detrimento da individual, tendo em conta o facto de que a sociedade tem vindo a recorrer de forma crescente às instituições (não mais aos profissionais individuais em prática isolada), por imposição do mercado, limitações financeiras, comodidade e, também, perversamente, por as compensações financeiras serem mais interessantes em caso de litigância...

### A RESPONSABILIDADE CIVIL DOS MÉDICOS

No nosso ordenamento jurídico, a responsabilidade assenta na falta (*falta em cumprir o estipulado no contrato, numa obrigação pré-existente*). Daqui decorre inevitavelmente o cerne da questão: O que está subjacente ao contrato inerente ao acto médico é uma obrigação de resultado ou uma obrigação de meios?

#### Particularizemos:

Na obrigação de resultado existiria uma obrigação contratualizada de cura; se não cumprida, o devedor médico assume o ónus de não cumprir a sua obrigação de curar. Pelo contrário, na obrigação de meios existe, por parte do médico, o compromisso de desenvolver todos os meios, recursos, esforços e possibilidades para a cura sem, porém, a obrigação absoluta de atingir tal desiderato.

É óbvio que pelas características ímpares do acto médico - complexidade, conjunturalidade, multiparametricidade, variabilidade - a que acrescentaria, o carácter humano da relação médico-doente, a responsabilidade civil do médico só pode comportar uma **obrigação de meios ou de diligência**, onde é o empenho do médico que constitui o objecto do contrato, dentro dos padrões técnico-científicos exigíveis - a **leges artis** ("*standard care*" ou "*soins conformes aux données acquises de la science*") - um esforço razoável para um resultado possível.

*"... o dever objectivo de tratar com diligência e mesmo com devoção e caridade, o melhor possível, sem que seja devido o resultado"*<sup>16</sup>.

### É A MEDICINA ESTÉTICA/COSMÉTICA?

Teremos de intuir que impera igualmente a obrigação de meios ou de diligência, decorrente do facto de que o carácter complexo, imprevisível e por vezes aleatório do corpo biológico não desaparece sob o pretexto de se tratar de um tratamento com fins estéticos.

No entanto, convenhamos que a sociedade entende menos bem o falhanço cosmético pelo impacto psicossocial inerente da aparência, pela aura das verbas milionárias envolvidas e pelo perfil mediático dos seus intérpretes. Não estranha consequentemente que os tribunais sejam menos tolerantes neste domínio...

Assim, temos de aceitar que no domínio da Dermatologia Cosmética, a obrigação de meios clássica é travestida de uma efectiva **"obrigação reforçada de meios"**, conceito e prática onde subjazem: 1. A obrigação do não agravamento, "*primum non nocere*" 2. A obrigação de prudência (maior prudência porque não havendo um objectivo terapêutico propriamente dito, o princípio da proporcionalidade deve imperar - os riscos materiais do acto não devem ser maiores do que o prejuízo que se pretende corrigir 3. a obrigação profissional (formal e substancial) de competência, qualificação, formação e actualização (pré e pós-graduada)

## Artigo de Opinião

4. a obrigação de constituir um dossier completo, detalhado e documentado 5. a obrigação de cobertura por seguro de responsabilidade profissional e, finalmente, 6. a obrigação de cumprir com o princípio do Consentimento Informado e Esclarecido.

A não adesão a estes princípios expõe o médico ao não cumprimento, à falha em cumprir uma obrigação pré-existente, configurando falta ou falha por negligência, por imprudência, por precipitação ou por défice de competência ou de destreza.

### LITIGIOSIDADE MÉDICO-LEGAL. PANORAMA

A litigiosidade médico-legal emergiu nos EUA a partir dos anos 70 tendo, fruto de diversas circunstancialismos, adquirido proporções inusitadas que vieram a culminar na designada "malpractice crisis". Entre as consequências negativas há que salientar a profunda injustiça e desigualdade na (capacidade de) litigância<sup>17</sup>, os custos crescentes e descontrolados do exercício médico e a medicina dita super-defensiva<sup>18</sup>. Globalmente, este fenómeno é entendido como algo negativo, estando em curso ou em fase consolidada iniciativas legislativas e regulamentares que visam, entre outros, reduzir os prémios indemnizatórios de malpractice e o estabelecimento de plafonds compensatórios<sup>19,20</sup>.

Este panorama tem atingido de forma particularmente rude outras especialidades, estando a Dermatologia ainda relativamente imune a este constrangedor panorama<sup>21,22</sup>. No entanto, o incremento da dimensão interventiva, procedimental com alcance cosmético augura que a breve/médio trecho passe a ser também contemplada...

Entre as causas de litigância mais prevalentes na nossa especialidade, incluem-se, entre outras, no que concerne lesões esteticamente desfavorecedoras, a remoção da lesão errada - atribuída a erro do doente em 16,6% e do cirurgião em 5,9% dos casos;<sup>23</sup> os acidentes ou complicações da utilização de fontes laser ou luz pulsada intensa com objectivos estéticos, com a depilação e o rejuvenescimento facial à cabeça do pelotão e com 50,8% dos veredictos lavrados a favor do queixoso e determinando indemnizações por dano, por stress psicológico, perda de qualidade de vida e danos a/por terceiros (*loss of consortium*)<sup>24</sup>. Saliente-se neste estudo efectuado nos EUA que cerca de 40% dos actores responsáveis pelos actos eram profissionais não médicos; que entre as especialidades envolvidas, a Dermatologia seja apenas segunda em frequência atrás da Cirurgia Plástica representando as duas

47,2% do total; e, finalmente, que entre as causas de litigância, a mais comum foi a não obtenção prévia de consentimento informado. Na base da maioria dos processos de malpractice a insatisfação dos doentes ("não fui informado/a dos possíveis resultados e efeitos indesejados" "...se soubesse antes...nunca teria feito o procedimento") (sic). Saliente-se igualmente que foi ao médico responsável ou proprietário que a responsabilidade cível foi sido atribuída; que alegações subjectivas (stress e perda de qualidade de vida) tiveram cabimento nos veredictos, o que reforça a necessidade de investir profílicamente na relação médico-doente e que, finalmente, as acções interpostas por terceiros (*loss of consortium*) sustenta a premência de alargar o bom relacionamento com figurantes estranhos ao acto...



Fig 5

### O CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

O proclamado princípio da autonomia implica o respeito pela liberdade de autodeterminação da própria conduta do doente, capacitado de tomar as suas próprias decisões, subentendido, por parte do médico, os deveres de informar correctamente, de aceitar as prioridades e valores dos doentes e de possuir as necessárias independência e diferenciação técnica para o efeito.



## Artigo de Opinião

O direito ao consentimento informado está amplamente consagrado na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (19/10/2005, Artº 5º e 6º)<sup>25</sup> e na Convenção dos Direitos do Homem e Biomedicina (C Oviedo, 1977, Cap II, Artº 5º).

No ordenamento jurídico da República Portuguesa, envolve um direito fundamental, consignado na Constituição (CRP)<sup>26</sup> - Título II - Liberdades, Direitos e Garantias, Artº 25, nº 1 - "A integridade moral e física das pessoas é inviolável" - que se desdobra, por sua vez, em dois direitos - Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto) na Base XIV, nº 1 alínea b "...direito de decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta" (Princípio do consentimento necessário) e, ainda, o nº 1, alínea e "... direito de ser informado da sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado" (Princípio do consentimento informado). Adicionalmente, a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes refere o direito de o doente ser ou não ser informado do seu estado de saúde (nº 6) e o direito ao consentimento livre e esclarecido (nº 8)<sup>27</sup>.

O não cumprimento destes princípios está tipificado no Código Penal (Artº 156º - "intervenção ou tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários" e Artº 157º - "Dever de esclarecimento"<sup>28</sup>; bem como no Código Civil que, reiterando que a lei protege os indivíduos contra qualquer ofensa ilícita ou ameaça de ofensa à sua personalidade, "à integridade física e moral (Artº 70- Tutela geral da personalidade), sustenta a licitude do acto se consentido (Artº 340º)<sup>29</sup> (<http://www.centro de direito bio-medico.org/files/ConsinfLivroPratico.pdf>) e define o pagamento de uma indemnização de for demonstrada má prática médica (de acordo com a *leges artis*) e crime de ofensa corporal ou, caso se verifique ausência de CIE ou insuficiente informação, intervenção arbitrária e crime contra a liberdade das pessoas.

O consentimento informado e esclarecido (CIE) representa pois a legitimação do acto médico e traduz uma relação médico-doente dialogante que exclui a conduta arbitrária ou prepotente por parte do médico; a assunção do doente como ser autónomo e livre e o reconhecimento da tutela de confiança que deve nortear o acto médico.

"...l'acte médicale normal n'étant essentiellement q'une confiance que rejoint librement une conscience"<sup>30</sup>

Também no Código Deontológico da Ordem dos Médicos (CD/OM) o CIE está consagrado (Artº 44 a 50), podendo "o consentimento revestir a forma oral ou escrita", sendo a "forma escrita/testemunhada exigível nos casos impostos por lei" (Artº 48). De resto, o mesmo Código (CD/OM) elenca entre os deveres fundamentais

do Médico o de "2. Informar o doente e pedir o consentimento", o qual deverá incluir "os riscos, benefícios e alternativas terapêuticas" bem como o debate "sobre a opção pela abstenção terapêutica"<sup>31</sup>.

"...as regras contidas no Código Deontológico da Ordem dos Médicos têm valor jurídico de regulamento administrativo visto que emanam de uma associação pública dotada de competência normativa neste domínio"<sup>28</sup>

Um aspecto da maior relevância - tendo em conta o número e a diversidade de riscos e efeitos indesejados que são inerentes a qualquer acto médico - é a definição de que riscos devem ser informados os doentes no processo do CIE. É assumido que devem incluir todos aqueles que foram mencionados nos estudos EMA e da FDA e que constem dos RCM - os *riscos materiais* incluídos nesta categoria os que ocorrem com elevada frequência (3% ou superior) e os *raros mas com elevada gravidade* e, no que concerne técnicas e procedimentos, os *riscos possíveis standard de médico razoável*.

Atente-se que os doentes devem, agora no plano da forma, ser informados e esclarecidos de forma clara, leal e adequada, devendo a informação prestada ser total, rigorosa, recente ou reiterada e respeitando uma distância efectiva cronológica do procedimento.(Tabela 1 - Metodologia para obter um TCIE em Portugal)<sup>32</sup>.

Decorre do exposto que o CIE não é um mero expediente de desresponsabilização formal, para defesa judicial eventual, uma mera assinatura aposta à entrada de um bloco operatório; antes, um imperativo para

**Tabela 1 - Metodologia para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no quadro das disposições do Código Penal Português<sup>32</sup>.**

1. Descrição do procedimento: objectivos e passos
2. Apresentação dos riscos, mal-estar e efeitos secundários possíveis
3. Benefícios a curto, médio e longo prazo
4. Procedimentos alternativos, respectivos efeitos adversos e explicitação dos critérios que sustentam a recomendação médica
5. Efeitos previsíveis da não realização do(s) procedimento(s)
6. Disponibilização para mais e ulterior informação
7. Comunicação ao doente da disposição de poder, em qualquer momento, reconsiderar a sua decisão
8. Informação sobre os custos financeiros de todo o processo
9. Explicitação formal do nome do médico ou médicos responsáveis

## Artigo de Opinião

reforçar uma relação de confiança médico-doente, um fundamento moral e deontológico de uma ética de responsabilidade. Note-se no entanto que, longe dos tempos passados da beneficência formal, paternalista e autoritária do Médico, no quadro actual de acesso informal e generalizado à informação, o CIE perde parte da sua relevância constituindo mesmo em alguns casos "...um mero cumprimento de um ritual de confiança"<sup>6</sup>.

É obrigatória a assinatura de um termo de consentimento informado e esclarecido?

Também aqui a resposta não é unívoca nem linear! Vejamos:

O articulado da Convenção dos Direitos do Homem e Biomedicina (C. de Oviedo, 1977, Cap II Artº 5º), que transitou para a ordem jurídica Portuguesa em 1 de Dezembro de 2001, define que "... não existe um padrão rígido na forma, podendo o consentimento ser verbal, escrito ou implícito, dependendo da natureza da intervenção"<sup>33</sup>.

É geralmente aceite que a **forma escrita** é exigida nos casos de ensaios clínicos, de transplante de órgãos e na procriação medicamente assistida; em Portugal igualmente aquando de interrupção voluntária da gravidez, diagnóstico pré-natal e na esterilização voluntária. Também se estende esta exigência aos doentes que recusam tratamentos propostos - Termo do Dissentimento Informado.

A legislação Portuguesa não exige consentimento na forma escrita. Porém, para a Direcção Geral da Saúde (DGS) na Circular Informativa nº 15/DSPCS, de 23-3-98 "...recomenda-se formulários escritos em intervenções de diagnóstico ou cirúrgicas, que impliquem risco para a vida ou saúde do doente". O Código Deontológico da Ordem dos Médicos (OM) nos seus Artigos 44 a 50 enfatiza que o consentimento pode revestir a forma oral ou escrita, sendo a forma escrita ou testemunhada exigível nos casos impostos por lei (vide supra).

Salvagarde-se no entanto que nos casos em que a Direcção Clínica da entidade de saúde exigir um termo escrito de consentimento informado, o médico tem o dever de o cumprir por imposição hierárquica, o seu incumprimento caindo na alçada da responsabilidade administrativa.

### A PRESCRIÇÃO OFF LABEL

Um caso especial que exige igualmente uma ponderação cuidada quanto ao consentimento informado e esclarecido é o da **prescrição off label**. Vejamos: Constituem um acto de prescrição *off label*: 1. a utilização de um medicamento para uma indicação terapêutica

diferente da que consta no respectivo Resumo das Características do Medicamento (RCM), tal como foi aprovado pelo regulador, o Infarmed ou a EMA e 2. a sua utilização assumir uma forma diversa da aprovada, incluindo a dosagem, a via, a forma de administração ou género ou grupo etário.

Embora não constitua em Portugal ou na UE, de *per se*, um ilícito tipificado na Lei (regulamentar, penal, civil ou administrativa), pode contudo assumir a forma de acto de negligência médica "*uma vez que ao médico prescriptor é exigido um maior cuidado ou exigência... porque não dispõe de elementos informativos validados... no RCM*".

O que daqui resulta conseqüentemente é que - exceptuando os casos específicos da medicina hospitalar e dos ensaios clínicos, onde se exigem pareceres favoráveis prévios das Comissões de Farmácia e Terapêutica e de Ética Hospitalar - a inteira responsabilidade da prescrição *off label* recai sobre o médico prescriptor. A menos que a prescrição tenha sido conforme com a obrigação de adequada e formalmente informar e esclarecer (CIE na forma escrita), o médico incorre em ilícito tipificado como crime contra a liberdade da pessoa ou de ofensa corporal.

Uma melindrosa questão emerge adicionalmente nos casos em que o CIE não assume a forma escrita: como provar que houve consentimento informado e esclarecido?

Outrora atribuído ao queixoso/doente, o ónus da prova foi invertido (França, 25 de Fevereiro de 1997), cabendo actualmente ao médico o fornecimento da prova por todos os meios. Embora entre nós a jurisprudência seja escassa, tal é igualmente o entendimento de distintos constitucionalistas como Figueiredo Dias e Costa Andrade para quem "... o *onus probandi do cumprimento do dever de informar e do dever de obter o consentimento recai sobre o arguido*"<sup>34,28</sup>.

Remetidos para minudências de natureza probatória, entende-se que, para além da incontroversa prova documental, escrita, a prova da informação pode ser indirectamente fornecida pelo designado "feixe de presunção de prova" que pode revestir a forma de uma ou mais consultas à distância adequada do acto médico - pressupondo um período prévio de reflexão - uma medicação preparatória, a realização de telefonemas ou comunicação prévios e, finalmente, os elementos informativos de uma ficha ou dossier clínico detalhados.

Ressalve-se que o cumprimento escrupuloso do princípio do esclarecimento informado e esclarecido - forma escrita, oral, testemunhal - não isenta o médico da acusação de não ter fornecido a informação

## Artigo de Opinião

completa. De facto, a não compreensão adequada, o esquecimento e o carácter demasiado genérico dos termos escritos são por vezes dirimidos contra os médicos, tendo levado recentemente ao desenvolvimento de software electrónico de consentimento que resultou numa maior satisfação dos doentes, economia de tempo para os médicos, redução nas readmissões hospitalares e mesmo da litigância<sup>35-38</sup>.

### DEVERES FUNDAMENTAIS DO MÉDICO

Todo o anteriormente exposto remete natural e inevitavelmente para os Deveres Fundamentais do Médico, tal como estão explanados no Código Deontológico da Ordem dos Médicos: 1. Tratar bem os doentes, de acordo com as *leges artis*; 2. Informar o doente e obter o consentimento informado; 3. Ter bons registos clínicos; e 4. Respeitar o sigilo profissional.

Particularizando, **no que concerne a Dermatologia Cosmética:**

Ter em conta, em relação ao ponto 1., que nesta área vigora uma "obrigação reforçada de meios" porque o objectivo do acto médico não é terapêutico *strito senso*, não é urgente e a aferição do resultado não é sempre objectiva, dada a elevada prevalência de perturbações da auto-imagem e mesmo de Perturbação Dismórfica Corporal entre a população em geral e entre os doentes cosméticos em particular<sup>39-40</sup>. Consequentemente, deve neste domínio vigorar uma *Obrigação de Prudência e de Aconselhamento* que têm, por sua vez, imanescentes a *obrigação de não agravamento* e o *princípio da proporcionalidade*, segundo o qual os riscos materiais do acto não podem ser superiores ao dano ou prejuízo que se pretende corrigir.

No que concerne o dever fundamental do médico ponto 3., cumpre alertar para o facto de que, em Portugal, os veredictos de má prática ou negligência que penalizam habitualmente os médicos, acentuam frequentemente a ausência, a má qualidade e o carácter incompleto dos registos clínicos (Conselhos Disciplinares da Ordem dos Médicos, 2005-2008). O registo das informações clínicas e o bom preenchimento do *dossier* clínico é efectivamente não apenas um preceito deontológico, mas um dever legal. Ter sempre presente que bons registos clínicos deverão incluir as informações prestadas ao doente (individuais ou protocolos pré-existentes), o registo das informações clínicas (história médica, antecedentes, medicações e alergias...), o protocolo intervencional e, de preferência, um registo fotográfico prévio e posterior. Saliente-se que o registo

clínico, quando completo e relevante, constitui sempre o melhor meio de prova para os médicos, particularmente entre nós, dado os inconcebíveis atrasos judiciais...

O exercício de Dermatologia Cosmética resulta pois da intersecção complexa de preceitos legais, normas deontológicas, cultura médica, apelo e direito do consumidor, pressões sociais e financeiras e condicionalismos corporativos internos e externos...

### A ÉTICA MÉDICA

"A *Ética* é estar à altura do que nos acontece" (Gilles Deleuze)

O estudo da *Ética*, tal como a conhecemos, é tão remoto quanto a Grécia clássica sendo Aristóteles considerado o seu Pai. Corpos de preceitos envolvendo a *ética* médica em particular têm como primeiros exemplos conhecidos o Código de Hamurabi (2000 AC) e, seguramente, os preceitos do "nosso" Juramento de Hipócrates (450-370 AC).

Actualmente, de forma simplista, distinguem-se uma *Ética* antiga - Aristotélica, uma *Ética* das Virtudes - e uma outra moderna - uma *Ética* dos Deveres, do bem-estar colectivo e da deontologia profissional.

O dogma central do exercício médico mantém os princípios da *Ética* e do Profissionalismo como fundamentos essenciais da boa prática médica, desde que foram postulados por Hipócrates há 26 séculos.

### RESPONSABILIDADE MÉDICA

Na Dermatologia Cosmética/Estética:



Fig 6

O Profissionalismo é muito próximo da *Ética*: esta, a ciência do dever moral, da moralidade; aquele o conjunto de atributos ou qualidades que caracterizam uma profissão ou um profissional e que assentam em valores

## Artigo de Opinião

como o altruísmo, responsabilidade, dever, honra, integridade, respeito pelo outro, compromisso com a aprendizagem permanente e a busca da excelência.

*"The doctor`s task is to help his patients to live the fullest lives possible... A narrow education or training is not the best preparation for his life`s work... His material is man, his mind, his body and his place in society"*<sup>42</sup>.

A Ética Médica deve ser vista não como uma lei mas como um padrão de conduta que devemos respeitar e que é sustentado pelos 4 princípios da beneficência, autonomia, justiça e da não maleficência (Princípioalismo Ético)<sup>43</sup>.

A Ética na Medicina é justificativa da acção, balizada pela Moral (exercício interno, voluntária) e pela Lei/ Direito (articulado, submissão exterior, societário, obrigatório). Na realidade, a ética pode comportar dicotomicamente ou uma reflexão e um questionamento das normas morais vigentes num exercício individual livre e autónomo que constitui a **Ética Reflexiva** ou um estudo dos "...fundamentos da prática moral que vem assumindo cada vez mais um carácter normativo e que parece... cada vez mais refém de binários (autonomia versus beneficência..." - **Ética Normativa**<sup>45</sup>.

Enquanto inseridos num espaço social e legal, numa profissão que ela-própria assenta numa relação sociológica entre médico e doente num contexto

sócio-cultural-económico definidos, os Médicos devem conciliar um exercício reflexivo permanente da sua actividade com a observância dos princípios culturais vigentes e plasmados na Lei.

### A DEONTOLOGIA MÉDICA

A Deontologia Médica é assim definida como "o conjunto de regras de natureza ética que, com carácter de permanência e a necessária adequação histórica na sua formulação, o Médico deve observar e em que se deve inspirar no exercício da sua actividade profissional" (Código Deontológico da Ordem dos Médicos, Setembro de 2008, Artº 1)<sup>31</sup>.

A Dermatologia enquanto especialidade não pode estar, nem tem estado imune ao exercício da reflexão ética sobre o seu exercício. Tal decorre naturalmente por um lado, da imposição decorrente da prática clínica onde lidamos com patologias graves nos extremos da vida (genodermatoses desfigurantes ou polimalformativas de alcance sistémico e patologia inflamatória e oncológica, respectivamente) ; ao longo da vida (patologia infecciosa, inflamatória e disimunitária invalidantes); sempre, as complexas e pervasivas repercussões das dermatoses sobre a dimensão bio-psico-social do

## LITIGIOSIDADE MÉDICO-LEGAL

### LASERS CUTÂNEOS com motivações estéticas

#### Especialidades médicas envolvidas

Cirurgia Plástica	– 25,9%
Dermatologia	-- 21,3%
Cirurgia Geral	-- 5,2%
ORL	-- 4,6%
Med geral e Fam	– 4,6%
Oftalmologia	-- 2,9%
...	

**Procedimentos com > taxa de litigância**  
Depilação e fotodepilação (n=63)  
Rejuvenescimento facial (n= 43)  
(Ablat e ã ablat, frac e ã fraccionado, IPL`s...)

**Dano** incluiu queimaduras térmicas, cicatrizes, sequelas pigmentares, infecção...  
**Stress psicológico** (11,5%) e **perda da QdV** (3,8%)  
**Loss of consortium** – acção interposta por 3ª pessoa (cônjuge...) alegando que do dano resultou privação da relação que era previa/ mantida c/ a vítima

Fig 7

## Artigo de Opinião

indivíduo e, finalmente, a propósito dos novos agentes biotecnológicos para dermatoses inflamatórias e neoplásicas, a recente e crescente imposição do debate relativo ao racionamento e priorização dos recursos da saúde num contexto reconhecido de insustentabilidade dos sistemas de saúde.

A tudo isto acrescem as *marcas do passado*, nomeadamente no domínio da investigação clínica, onde os estudos de Tuskegee ou de Oslo sobre a história natural da sífilis e da penitenciária de Holmesburg, Pennsylvania pesam de forma indelével sobre a nossa especialidade<sup>46-48</sup>.

Ainda, as modificações verificadas no exercício da Dermatologia nos últimos decénios, suscitaram uma reflexão ética profunda que se traduziu por exemplo na AAD (AAD Dermatologist Code of Ethics, 2009) na reenfatização das obrigações éticas face aos doentes, aos Colegas, ao público em geral, *mass media* e às empresas e entidades pagadoras.

É neste contexto, num exercício de uma ética reflexiva, individual -inevitável na nossa profissão - que em seguida proponho, para debate interior, algumas questões.

### SERÁ ÉTICO?

1. Que o Dermatologista aceda em realizar procedimento cosmético, apenas porque se trata de uma imposição "ditada pela moda"?

Entendemos que o Médico deve defender o/a doente das tendências ditadas pela sociedade. Deve para tal combinar empatia, espírito aberto e capacidade dialogante; porém deverá igualmente defender a singularidade estética de cada indivíduo e desmontar a noção subjacente de que para o sucesso é imprescindível uma beleza *standardizada* imposta pelos *media*.

É evidente que a demanda da beleza resulta numa intersecção difícil entre a "beleza normativa" resultante de uma avaliação colectiva mediatizada e a "beleza individual" assente na singularidade dos traços próprios. Obrigado pela deontologia e pelo profissionalismo, pressionado pelo/a doente/familiares, o Médico tem de assumir a espinhosa missão de juiz, ele que também está inevitavelmente marcado por uma singularidade real, uma subjectividade particular nos planos ético, estético, social...

2. Será ético que o Dermatologista aceite realizar um procedimento cosmético entendido como inusitado, fantasioso e não congruente com as "normas sociais" num(a) doente normal ou mesmo atraente"?

As mesmas pressões e condicionamentos, o mesmo papel de juiz... Em última análise, a interrogação pode colocar-se: "*quem sou eu, médico, para julgar como legítima ou ilegítima uma demanda estética?*" ou, por outro lado, "*...Quem sou eu para por um lado pugnar e defender a singularidade da beleza própria, natural de cada um e, ao mesmo tempo, negá-la no plano do desejo de modificação?*"

Naturalmente que estas interrogações não substituem nem minorizam a necessidade de efectuar, sempre que justificado, uma cuidadosa avaliação psicológica aquando de suspeita de perturbações psiquiátricas; decorrem apenas de um exercício reflexivo sobre os limites do acto médico cosmético na nossa especialidade.

3. Será ético usar nos doentes "estéticos" meios técnicos, dispositivos, equipamentos, agentes cosméticos ou cosmecêuticos ainda sem um nível de prova científica que se possam equiparar ao de agentes terapêuticos? Será ético propor um "tratamento" estético cujos resultados não tenham sido ainda cientificamente validados?

Qual o nível de prova que o dermatologista deve exigir?

Entendemos que a exigência do rigor metodológico e a análise científica devem (continuar) a ser um critério ético fundacional...mesmo em dermoestética. Na realidade, é o que distingue o dermatologista cosmético do esteticista: o dermatologista dispõe de conhecimentos ímpares e fundamentados sobre a pele em grau a se constituir a reserva científica da área; o dermatologista entende a estética da pele e do doente no contexto geral da saúde e da doença (é um médico!). É uma responsabilidade social que não deve declinar.

4. Será ético que, face a doentes com patologia dermatológica efectiva (rosácea eritemato-telangiectásica, malformações vasculares, poiquilodermia de Civatte, cicatrizes de acne ou dermatoheliose...), mas cujo subsistema considera apenas "estética" e, consequentemente, não coberta pelo seguro, será ético aceitar tratar e, "no melhor interesse do doente", codificar o acto de modo fraudulento introduzindo um diagnóstico errado?

5. Será ético aceitar tratar "doentes cosméticos" cujo comportamento, historial, expectativas e exigências sugerem sofrer de Perturbação Dismórfica Corporal? E doentes com Perturbação Depressiva ou Perturbação Bipolar? Será nestes casos suficiente - ou mesmo desejável - o preenchimento de um termo de consentimento informado e esclarecido? Mesmo quando preenchido, nos termos da lei, por um representante legal habilitado?

## Artigo de Opinião

6. Será ético fazer o doente incorrer num risco - mesmo mínimo - quando não estamos certos do benefício que possa resultar do nosso acto ou procedimento?

7. Será ético propor de imediato um procedimento invasivo, antes de tentar abordagens mais conservadoras?

8. Será ético que o doente ou familiares, na presença do dermatologista, critiquem ou difamem os seus colegas médicos colocando em causa a sua competência profissional, comportamento ou conduta ética? Ou que, perante o doente, para reforçar a sua importância e cimentar uma relação de cumplicidade, o médico aliamente tais comentários ou exprima mesmo opiniões ou pareceres negativos quanto ao desempenho ou méritos de um seu colega?

Cumpra lembrar a este propósito que 1. Uma relação médico-doente saudável deve basear-se não num vínculo de maledicência, mas de respeito - individual e colectivamente falando - enquanto profissão e 2. A maioria das acções médico-legais interpostas é construída sobre comentários difamatórios efectuados por médicos na presença dos doentes<sup>49</sup>.

### CONCLUSÕES

O exercício profissional da medicina, no quadro de uma sociedade crescentemente regulamentada e judicializada, passou a ser alvo de um escrutínio acrescido pelos *media*, associações de defesa dos utentes e das entidades pagadoras.

A litigiosidade médico-legal cresce, com elevadas taxas de acórdãos a favor dos utentes e compensações monetárias importantes.

Constata-se presentemente um enquadramento profissional médico limitativo e constrangedor que contrasta com a livre proliferação e exercício por múltiplos profissionais não qualificados.

A Dermatologia Cosmética, fruto de características próprias e de atributos que lhe são injustamente atribuídos, está sujeita a uma "obrigação reforçada de meios". Implícita uma transmutação que se perspectiva da relação tradicional médico-doente para uma relação especialista-cliente.

O desenvolvimento da dimensão estética da especialidade impõe ao médico dermatologista uma reflexão ética que, para além dos princípios axiológicos gerais ou da ética profissional estrita, deve incluir uma intersecção inteligente e sensata entre os imperativos sociais, a consciência/integridade individual e as regras profissionais.

Tal exercício reflexivo visa delimitar os limites da sua prática, decorrentes de um condicionamento individual (consciência pessoal), de uma afiliação profissional (deontologia médica) e de uma apreciação social (valores da comunidade). Colocamos alguns quesitos éticos tendentes a suscitar tal reflexão...

É inquestionável a centralidade da qualidade da relação médico-doente em toda a problemática enunciada, tal como do consentimento informado e esclarecido, imposto por imperativos éticos e deontológicos e por imposições constitucionais, legislativas, administrativas e funcionais.

É fulcral, diria mesmo estratégico, que uma reflexão sobre o exercício profissional da Dermatologia Cosmética seja levada a cabo. "Sobre a mesa" ainda e sempre o profissionalismo (estudo, treino, credenciação e limites de exercício) a deontologia e a ética. Para bem da especialidade, dos nossos doentes e, num quadro de responsabilidade social mais vasto, em prol da sociedade.

### ALGUMAS RECOMENDAÇÕES FINAIS

Consultas prévias detalhadas: tempo e disponibilidade para colher uma história médica completa que inclua a medicação corrente, doenças gerais, perturbações psiquiátricas, procedimentos prévios e resultados incluindo cicatrizes resultantes...

Registo adequado em ficha ou *dossier* clínico.

Ouvir detalhadamente as preocupações, queixas, exigências e as expectativas. Recurso a espelhos e fotos para aferição. Dialogar e explicar as opções técnicas disponíveis, seus méritos e limitações.

Começar por gerir as expectativas.

Não interencionar de imediato; introduzir um tempo de "preparação da pele" com recurso a agentes tópicos e sistémicos que visam otimizar resultados e, simultaneamente, impõem um tempo de reflexão por parte do doente.

Consentimento informado e esclarecido nos termos impostos pela Lei: informação cabal do procedimento e alternativas incluindo a abstenção terapêutica.

Agendamento do procedimento.

Conversa/esclarecimento imediatamente prévios com repetição sumarizada da informação precedente.

Fotografia/ espelho, mostrados ao doente, imediatamente antes.

No pós-procedimento, disponibilização de texto de apoio com os cuidados a respeitar; disponibilização para contactos, demonstração do interesse na

reavaliação e agendamento de uma consulta de seguimento.

Finalmente, o dermatologista não deve "ultrapassar a linha". Na base da sua prática, deverão estar sempre presentes: o respeito pela autonomia e dignidade do doente, a garantia da autonomia/independência do acto médico face a interesses de terceiros, de molde a preservar um enfoque centrado no doente, a solidariedade e respeito interpares e a valorização em concreto dos valores fundacionais da ética e profissionalismo médico.

*"Medicine and art have a common goal: to complete what nature cannot bring to a finish... to reach the ideal... to heal creation. This is done by paying attention. The physician attends the patient; the artist attends nature... . If we are attentive in looking, in listening and in waiting, then sooner or later something in the depths of ourselves will respond. Art, like medicine, is not an arrival, it's a search. This is why, perhaps, we call medicine itself an art"<sup>50</sup>.*

### REFERÊNCIAS

1. Smith BH, Taylor RJ. Medicine. a healing or a dying art? Br J Gen Practice. 1996;46:249-51.
2. Scott PA. The relationship between the arts and medicine. J Med Ethics. 2000; 26:3-8.
3. Downie RS. The healing arts. Oxford: Oxford University Press; 1994.
4. Downie RS. Literature and medicine. J Med Ethics. 1991;17:93-6.
5. Lobo Antunes J. Rev Ordem Médicos. 2014; 152: 70-4.
6. Lobo Antunes J. A Nova Medicina. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2012.
7. Callahan D. The goals of medicine. Setting new priorities. Hastings Cent Rep, 1996;26:S1-27.
8. Imadojemu S, Fiester AM. Are there moral obligations to cosmetic dermatology patients beyond informed consent? J Am Acad Dermatol, 2012;67:136-8.
9. Miller FG, Brody H. Enhancement technologies and professional integrity. Am J Bioeth. 2005;5:15-7.
10. N Engl J Med, 6 de Jan, 2000; Editorial da edição do Milénio.
11. Freitas Drumond JG. Bioética e Direito Médico: O Princípio da Beneficência na Responsabilidade Civil do Médico [consultado em Maio 2014] Disponível em [http://www.ibemol.Com.br/sodime/artigos/BIOÉTICA\\_DIREITO\\_MÉDICO.htm](http://www.ibemol.Com.br/sodime/artigos/BIOÉTICA_DIREITO_MÉDICO.htm)
12. Oliveira GD. O Fim da "Arte Silenciosa". Temas de Direito da Medicina. 2ª ed. Coimbra: Coimbra Editora; 2005.
13. Johnson LJ, Weinstock FJ. Malpractice risks rise with new pressure on doctors to undertreat. Medscape Business of Medicine;2011.
14. Lourenço Reis L. Responsabilidade civil dos médicos. Rev Fac Med Lisboa. Ano;5: 305-12.
15. Freitas do Amaral D. Natureza da Responsabilidade Civil por Actos Médicos Praticados em Estabelecimentos Públicos de Saúde. Lisboa: Ed Lex; 1991.
16. Pais de Vasconcelos, P. Bioética: a relação típica do médico com o doente. In: Silva JB, Barbosa A, Vale FM, coordenadores. Contributos para a Bioética em Portugal. Lisboa: Edições Cosmos/Centro de Bioética Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2002.p.191-8.
17. Localio AR, Lawthers AG, Brennan TA Laird NM, Hebert LE, Peterson LM, et al.: Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. Results from the Harvard Medical Practice Study III. N Engl J Med. 1991; 325:245-51.
18. Lydiatt DD. Medical malpractice and cancer of the skin. Am J Surg. 2004;187:688-94.
19. Ratushny V, et al.: JMSR, September, 2007; 30: 15-20.
20. LowesR. Malpractice Premiums Drop for 6th Straight Year. Medscape. Oct 10, 2013.
21. Farmer ER, Gonin R, Hanna MP. Discordance in the histopathologic diagnosis of melanoma and melanocytic nevi between expert pathologists. Hum Pathol. 1996; 27: 528-31.
22. Read S, Hill HF. Dermatology's malpractice experience: clinical settings for risk management. J Am Acad Dermatol. 2005; 53:134-7.
23. McGuinness JL, Goldstein G. The value of preoperative biopsy site photography for identifying cutaneous lesions. Dermatol Surg. 2010; 36:194-7.
24. Jalian HR, Jalian CA, Avram MM. Common Causes of Injury and Legal Action in Laser Surgery. JAMA Dermatol. 2013;149(2):188-93.
25. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights 2005. [consultado em 10 abr.2009] Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>.
26. Portugal. Constituição da República Portuguesa. 3ª ed. Coimbra: Livraria Almedina; 2004.
27. Direcção Geral de Saúde. Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes [Disponível em <http://www.dg-saude.pt>].
28. Pereira AG. O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente. Estudo do Direito Civil.

## Artigo de Opinião

- Publicações do Centro de Direito Biomédico. Coimbra: Coimbra Editora; 2004.
29. [www.centrodeDireitoBiomédico.org/files/CosinfLivroPratico.pdf](http://www.centrodeDireitoBiomédico.org/files/CosinfLivroPratico.pdf).
  30. Porte L. *À la recherche d'une éthique médicale*. Masson et PUF, 1954. Citado por Paley-Vincent, C: *Accident de parcours*. *Ann Dermatol Vénéreol*. 2010; 137:257-9.
  31. Ordem dos Médicos. Código Deontológico. 2008 [Disponível em: <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=ed3d2c21991e3bef5e06971af9fa6ca&id=cc42acc8ce334185e0193753adb6cb77>].
  32. Almeida LD. Consentimento esclarecido-breves considerações. *Rev Ordem Médicos*. 2011;27(124):70-4.
  33. Silva PM. *Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina Anotada*. Lisboa: Edições Cosmos.
  34. Dias Pereira. AG. Responsabilidade Médica por Violação do Consentimento Informado. In: *Biomédico CdD*, Editor. *Actas do 1º Congresso Internacional Responsabilidade Civil dos Médicos*.
  35. Kelly TJ. "Doctor, I Can't Remember You Telling Me About Those Risks!". *Medscape Business of Medicine* [consultado em 25 Agosto 2011].
  36. Fink AF, Prochazka AV, Henderson WG, Bartenfeld D, Nyirenda C, Webb A, et al. Predictors of Comprehension during surgical informed consent. *J Am Coll Surg*. 2010; 210:919-26.
  37. Franklin D. Uninformed consent: tech solutions for faulty permissions in health care. *Sci Am March*. 2011;15.
  38. Issa MM, Setzer E, Charaf C, Webb AL, Derico R, Kimberl IJ, et al. Informed versus uninformed consent for prostate surgery: the value of electronic consents. *J Urol*. 2006;176:694-9.
  39. Phillips KA, Dufresne RG, Jr, Wilkel C, Vittorio C. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol*. 2000;42:436-41.
  40. Castle DJ, Phillips KA, Dufresne RG. Body dysmorphic disorder and cosmetic dermatology: more than skin deep. *J Cosmet Dermatol*. 2004;3:99-103.
  41. Cotterill JA. Body dysmorphic disorder. *Dermatol Clin*. 1996;14:457-63.
  42. Pickering G. *Quest for Excellence in Medical Education: a personal survey*. Oxford: Oxford University Press; 1978.
  43. Beauchamp, TL, Childress JF. *Principals of Biomedical Ethics*. 5ª ed. Oxford: Oxford University Press; 2001.
  44. Durant G. *Bioética: Natureza, princípios, objetivos*. São Paulo: Paulus; 1995.
  45. Lobo Antunes J. *Inquietação Interminável*. Lisboa: Gradiva; 2010.
  46. Clark EG, Danbolt N. The Oslo Study of the Natural History of Untreated Syphilis. *J Chron Dis*. 1955; 3: 311-43.
  47. Hornblum AM. *Acres of Skin: Human Experiments at Holmesburg Prison*. New York: Routledge; 1998.
  48. Stone TH. *History of Medicine. Lessons in dermatology research: protecting vulnerable research participants*. *Virtual Mentor*. 2006; 8:533-7.
  49. Wayne J, Guglielmo MA. *Doctors Badmouthing Other Doctors Incites Patients to Sue More*. *Medscape Business of Medicine* [consultado em 20 Agosto 2013].
  50. Southgate MT. *The healing arts*. Oxford: Oxford University Press; 1994.