

Caso Clínico

Délio José Kipper
William Saad Hossne

Esta Seção visa ressaltar os aspectos éticos envolvidos em condutas adotadas em casos clínicos, de preferência reais. Faz-se a descrição de um caso clínico, solicitando-se a opinião de profissionais reconhecidamente competentes. Para garantir a utilidade social e acadêmica da Seção, os responsáveis solicitam e agradecem a contribuição dos leitores. Espera-se receber casos reais para discussão, comentários relativos às posições dos profissionais selecionados e informações que possibilitem o exame ético dessas mesmas posições.
Observação: este caso foi encaminhado pelo Dr. Rogério Saad Hossne - Médico do Departamento de Cirurgia e Ortopedia da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista _ UNESP/Botucatu.

Histórico

Bióloga, professora universitária, 47 anos, hipertensa, tabagista inveterada (cerca de 2 maços por dia), apresenta quadro de insuficiência coronária, com indicação para cirurgia de revascularização do miocárdio; procura cirurgião especializado, de sua confiança e de seu círculo social.

O cirurgião, conhecedor do fato de que o marido da professora apresenta comportamento de risco (portador do vírus da imunodeficiência humana [HIV] por possível bissexualidade?), exige a realização do teste de HIV como pré-condição para operá-la. A paciente informa ter realizado o exame há 10 meses, com resultado negativo.

O cirurgião insiste na feitura de novo exame. A paciente se nega a realizá-lo e o médico se nega a operá-la.

Por interferência da Diretoria Clínica do hospital a doente acaba concordando em realizar o teste, cujo resultado vem a ser negativo.

O cirurgião, então, a procura e decide marcar a intervenção cirúrgica.

A paciente, porém, pergunta ao cirurgião: "Qual o motivo para exigir o teste HIV?" Responde o cirurgião: "Porque durante o ato cirúrgico eu poderia, por acidente, me ferir e correr o risco de ser infectado".

"Nesse caso," diz a paciente, "desejo também conhecer o resultado do seu teste, pois o senhor também pode, na mesma situação, em cirurgia extracorpórea, me contaminar".

Comentários

Pedro Chequer, Coordenação Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde

O caso em questão permite uma reflexão sobre o risco de transmissão do HIV do paciente para o profissional de saúde e vice-versa. Trata-se de uma questão polêmica, com vários desdobramentos de ordem científica e ético-moral.

O risco de transmissão ocupacional do HIV, embora exista, é extremamente baixo. As principais razões que geralmente levam os médicos e outros profissionais de saúde a pressionarem os seus pacientes a se submeterem a exame anti-HIV é a analogia que freqüentemente é feita entre o HIV e alguns vírus causadores de hepatite com relação à sua transmissão, e o preconceito social diante dos portadores da infecção pelo HIV ou pessoas que apresentem comportamento de risco para adquiri-la. Apesar de exibirem características epidemiológicas semelhantes, sabe-se que a infectividade do vírus da hepatite B (VHB) e do vírus da hepatite C (VHC) é cerca de 100 vezes maior do que o do HIV. Estudos recentes demonstram que o risco médio de infecção de um profissional de saúde em casos de exposição percutânea a material infectado pelo HIV é de 0,32% por episódio, e de 0,03% nos casos de exposição mucocutânea. Até o momento, não houve nenhum caso documentado de transmissão ocupacional por contato com pele íntegra de paciente HIV+ ou através da via respiratória. Além disso, o uso de quimioprofilaxia pós-exposição em situações de risco aumentado reduz em aproximadamente 80% a chance de infecção.

O risco de transmissão do HIV para pacientes a partir de profissional infectado é ainda menor. Embora existam vários casos documentados na literatura médica mundial de transmissão de hepatite B e hepatite C de profissionais de saúde para pacientes, dois importantes estudos retrospectivos realizados nos Estados Unidos demonstraram que o risco de transmissão do HIV de um profissional de saúde para um paciente é muito menor que no sentido inverso. Em 1994, Longfield e cols. (*J. Infect Dis* 1994;169:1-8) avaliaram 1.631 pacientes em 12.164

procedimentos realizados por um cirurgião HIV+, sendo que aproximadamente 20% destes procedimentos eram altamente invasivos, e não detectaram nenhum caso de soroconversão. Em outro estudo realizado em 1993, os Centros de Controle de Doenças e Prevenção dos Estados Unidos (CDC) (*MMWR* 1993;42:329-31) avaliaram 19.036 pacientes atendidos por 57 profissionais de saúde HIV+ e também não detectaram nenhuma soroconversão. Outros estudos estimam que o risco de infecção de pacientes a partir de profissional HIV+ varia de 1:41.600 a 1:26.000.000, com média de 1:500.000 a 1:1.000.000, ou seja, muito menor do que qualquer outro risco de lesão iatrogênica como, por exemplo, a de um choque anafilático induzido por penicilina (1:50.000).

Em princípio, a realização de exames laboratoriais é componente estrutural do contexto clínico e, portanto, deve ter suas pendências esgotadas na relação médico-paciente. Em se tratando do exame para detecção de infecção pelo HIV, há que se considerar que ele é importante no diagnóstico de uma doença contemporânea, em investigação, e cujas relações com a saúde e outras doenças necessitam ainda de um percurso esclarecedor. Um cirurgião está incluído neste percurso e, com sua atitude reflexiva sobre uma epidemia em curso, pode perfeitamente solicitar um teste com base num rigor diagnóstico para o bem simultâneo do paciente e da qualidade do ato médico. Com este compromisso, dificilmente um paciente se recusa a atender a seu médico.

No caso, há um equívoco de natureza ética que se expressa na mensagem para a paciente. A mensagem é nitidamente de cunho persecutório e discriminador: há uma ameaça de excluí-la do necessário ato cirúrgico com base em discriminação que coloca a soropositividade como definidora do risco do acidente. O risco de acidente, por definição, vai estar presente em qualquer procedimento e, por isto mesmo, normas universais de biossegurança são elaboradas. Diferentemente da preferência atual pelos cuidados universais, o cirurgião em questão optou por cuidados específicos, o que é uma outra tendência, ao lançar mão de uma triagem sorológica. O resultado negativo não lhe daria a segurança desejada, pois em um período de janela imunológica a infecção existente ainda não estaria sendo revelada pela presença de anticorpos. Não haveria qualquer empecilho ético ou legal se alguns princípios estivessem resguardados, e sobre estes nos reportamos ao Parecer nº 11/92, de 14/2/92, do Conselho Federal de Medicina:

1. "O exame deve ser voluntário, após informações completas e adequadas ao paciente quanto à sua finalidade.
2. O paciente que se recusar a ser testado não deve ter prejuízos em sua assistência em decorrência de sua decisão.
3. Os pacientes positivos deverão ter garantias de sigilo em relação ao resultado e de manutenção de todos os seus direitos em relação à assistência oferecida pela instituição, sem prejuízo na qualidade de seu atendimento."

A legitimidade da exigência da paciente em conhecer a sorologia do médico é válida sob o princípio da reciprocidade e, neste caso, a exigência é reacional à mensagem discriminatória do profissional. O sucesso da interferência da Diretoria Clínica do hospital pode ser tanto um indicador do motivo da recusa ao teste quanto da reação posterior. Tanto quanto a paciente, o médico tem direitos: sua testagem também deve ser voluntária, e o resultado, sigiloso.

Márcio Fabri dos Anjos, professor doutor em Ética Religiosa; Presidente da Sociedade de Teologia e Ciências da Religião

O caso clínico em pauta gira, no aspecto global, em torno de um risco de se inferir ou de se sofrer o dano por uma infecção, em uma relação médico-paciente. Este assunto abre uma questão de fundo sobre direitos e deveres relacionados com um tratamento protegido contra riscos de infecção. Esta questão pode ser colocada por referência ao médico(a) e à(ao) paciente _ antes de entrar nas considerações gostaríamos de lembrar que ficará à margem outra interessante questão ética subjacente ao caso: as condições em que se daria o dever ou não de profissionais enfrentarem riscos em um tratamento de pacientes.

De modo geral, pode-se reconhecer sem dificuldade o direito dos pacientes em estarem suficientemente defendidos de riscos de infecção em um tratamento. Tal direito exige primeiramente uma instrumentação e um ambiente hospitalar adequados. Conhecemos suficientes casos de infecção por falta de condições neste sentido, o que, quando se entra neste assunto, tem colocado a infecção hospitalar no topo das preocupações. Mas o próprio estado de saúde do profissional deve oferecer condições de proteção contra riscos ao paciente. Por outro lado, a recíproca também é verdadeira: o profissional tem o direito a condições adequadas de instrumentação e de ambiente para se proteger contra riscos em seu trabalho.

Aqui entra uma questão operacional: como medir os riscos e prover as cautelas contra ele? Nossa própria condição humana, por mais que prezemos a exatidão, carrega uma margem de imprecisão, de suposição e, portanto, de *risco*. Em outros termos, nossas certezas padecem, em geral, de *probabilidade*. Assim, para se medir o risco de

infecção na relação médico-paciente avaliamos globalmente as probabilidades nos dois âmbitos, ou seja, no que diz respeito ao estado de saúde dos sujeitos e no que toca às condições do tratamento. Sobre os sujeitos, perguntamos se pertencem a um "grupo de risco" para a infecção (no caso, o HIV). Buscamos, com isto, saber o grau de probabilidade de se portar a infecção, para exigirmos cautelas correspondentes. Os critérios éticos para o procedimento neste caso se firmam, portanto, em uma apreciação prudencial sobre limites suportáveis ou não das probabilidades. Não seria razoável estar constante e indiscriminadamente fazendo testes sobre todas as patologias infectocon-tagiosas; estes exames, além do mais, oferecem certezas aproximativas. Mas na medida em que aparecem e crescem as probabilidades, emerge a necessidade ética do teste.

Assim, parece-nos que, pela ética, todo profissional pertencente a um grupo de risco de patologia infectocontagiosa deve se submeter a testes periódicos _ e em casos positivos, devem ser alocados em atividades que não representem risco para terceiros. Outra questão, que não cabe tratar aqui, seria até que ponto este fato deva ou não permanecer confidencial. Por outro lado, o profissional, em um contexto em que isto representar risco, deve solicitar testes sobre doenças infectocontagiosas de pacientes que incorram em correspondente grupo de risco. Não nos parece razoável, e portanto ética, a exigência de testes quando as probabilidades do risco são irrelevantes e muito remotas.

No presente caso, dir-se-ia que o cirurgião fez bem em solicitar o teste de HIV. E a paciente, segundo se subentende, não teria motivos suficientes para exigir o teste de seu cirurgião. Mas o diálogo com que isto foi conduzido deveria também ter muita compreensão em vista das condições de insegurança e sofrimento da paciente.

Mário Scheffer, comunicador social; sanitarista; diretor do Grupo Pela Vidda/SP _ pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids; membro da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa _ CONEP _ CNS/MS

Antes de abordar os dilemas éticos que envolvem o caso, é bom que se diga: estamos também diante de uma demonstração de preconceito e discriminação contra o bissexual masculino, uma amostra do irracional proveniente da ignorância. O profissional em questão traz consigo o clichê da representação social que associa a AIDS a comportamentos sexuais considerados "excessivos, desviantes e promíscuos". Isso nos remete ao início da epidemia, há duas décadas, quando a AIDS foi erroneamente estigmatizada de "peste gay". Diante da nova dimensão da pandemia, o conceito de grupos de risco foi abolido. Mulheres, adolescentes e população de baixa renda, por exemplo, são hoje consideradas populações mais vulneráveis que homo e bissexuais masculinos. A concepção desse médico é fruto da condenável medicalização monolítica que adota preceitos generalizantes sem valorizar as realidades subjetivas, as opções de vida e comportamento do ser humano. Autonomia do indivíduo e respeito às diferenças, sexualidade, desejo e prazer deviam integrar os currículos das escolas médicas.

Retomando o aspecto da triagem sorológica pré-operatória, o artigo 4 da Resolução nº 1.359/92 do Conselho Federal de Medicina veda a sua realização compulsória. Mas, mesmo com a consulta e posterior consentimento do paciente, conforme mostra o estudo deste caso, considero o exame para detecção de anticorpos contra o HIV desnecessária, indevida e descabida.

Não é preciso que o médico conheça a sorologia do paciente para proteger a si mesmo. Basta aplicar normas e condutas eficazes de biossegurança, que devem ser as mesmas em qualquer situação que lide com sangue ou fluidos corporais dos pacientes. Há quem argumente ser impraticável a adoção de medidas capazes de prevenir totalmente o risco de infecção. Alguns cirurgiões também alegam que, dependendo da medida preventiva, até mesmo o ato cirúrgico pode ser comprometido, pois perde-se a habilidade manual. Aí, a discussão cai na incorporação de avanços tecnológicos, aumento de custos, capacitação de recursos humanos e na adoção racional de normas de biossegurança. O fato é que, custe o que custar, a precaução tem que ser rotina dos serviços e atos médicos, para proteção tanto dos profissionais quanto dos pacientes.

Vamos a alguns dilemas. E se o médico em questão trabalhasse, por exemplo, no setor de emergência ou pronto-socorro de um grande e movimentado hospital público? Iria propor a testagem compulsória dos pacientes? Solicitaria o exame ao paciente _ se o mesmo estivesse consciente _ ou ao responsável e aguardaria o resultado do teste anti-HIV, mesmo colocando em risco a vida de uma pessoa?

Se esse médico tivesse o resultado negativo de um paciente em mãos _ mas que, na verdade, fosse positivo para o HIV, uma vez que o sangue foi colhido durante a janela imunológica _ será que ele iria "relaxar" durante o ato cirúrgico, esquecendo de adotar medidas necessárias para evitar uma possível contaminação? Se o paciente se negar a fazer o teste _ ou se o fizer e o teste acusar positividade _ teria o atendimento negado ou seria referenciado a outro médico?

Vale lembrar, ainda, que o médico, independente da triagem para o HIV, caso não adotasse precauções poderia se expor a outros riscos de contaminação, como a hepatite C, por exemplo, que sequer é prevenível por imunização.

Não existe fundamentação científica que prove que o risco para o médico e equipe de saúde irá diminuir só pelo conhecimento prévio de que o paciente está contaminado pelo HIV.

A solicitação "revanchista" da paciente para que o médico também lhe revelasse a sorologia para o HIV se contrapõe ao direito do médico _ o mesmo de qualquer outra pessoa _ à confidencialidade.

Se o médico é conhecedor de sua sorologia positiva para o HIV, mas não desenvolveu patologia que comprometa sua atividade profissional, creio que não há necessidade de informar sua condição de portador ao paciente ou ao serviço de saúde em que atua. No entanto, caso o procedimento em questão seja cirúrgico invasivo, envolvendo manipulação cega de instrumentos cortantes e contato com órgãos e sangue do paciente, cabe ao médico hierarquizar e assumir o risco de poder vir a contaminar o paciente. É um risco teórico _ pois não há registro, na literatura, de médico soropositivo que tenha infectado paciente durante ato cirúrgico _ mas real: há pelo menos um relato comprovado de cirurgião-dentista portador do HIV que contaminou o paciente durante uma cirurgia, nos Estados Unidos.

A decisão é de foro íntimo do médico e deve estar calcada na consciência e compromisso ético, no senso de responsabilidade e no imperativo kantiano _ "metafísica dos costumes" _ de proporcionar o benefício ao indivíduo e defender a vida, como objetivo maior de qualquer atividade profissional.

Concluindo: o exame para detecção do HIV deve ser sempre um ato voluntário, com aconselhamento pré e pós-teste. O paciente _ ou médico _ que não deseja fazê-lo não pode ser penalizado por esta decisão, ficando sem a assistência devida ou sem o direito ao exercício profissional. E, em caso de exame positivo revelado, o sigilo é a forma de assegurar a ética.

Belisário dos Santos Jr., advogado; secretário de Justiça e da Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo

Os comentários tiveram a importante colaboração de Marcela Vieira dos Santos, estudante do sexto ano da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

1. Preâmbulo

Este caso clínico apresenta vários eixos de interesse: o medo e o preconceito gerados pela epidemia da AIDS; as relações médico-paciente, as obrigações éticas do médico e os direitos do paciente; o direito de privacidade; distinção entre infração ética e crime, entre outros.

2. AIDS _ medo e preconceito

Não nasce com a AIDS a onda de discriminação que acompanha uma manifestação mórbida. Nem é exclusiva dessa doença a capacidade de gerar alterações sociais em grande escala tanto da conduta individual como da conduta política da coletividade. A sífilis, que se difundiu com grande rapidez pela Europa, desde a Itália, a partir do final do século XV, produziu efeitos de grande magnitude, inclusive na consolidação política do puritanismo, em alguns países. Mas é de discriminação que se fala. E o nome sífilis, atribuído ao médico e poeta italiano Grolamo Pracastoro, derivaria do grego "pavoroso, repulsivo, vergonhoso". Fenômeno parecido ocorreria mais recentemente com a tuberculose, com o mal de Hansen (o nome vulgar "lepra" carrega a noção de impureza), sempre acompanhados da idéia de segregação, muito mais que do conceito de isolamento. Não foi diferente com o próprio câncer, nos primeiros tempos.

O problema da AIDS é que esse fenômeno, até agora incurável, ocorre no momento do apogeu da medicina, de sua quase onipotência. Acontece concomitantemente aos grandes avanços tecnológicos, à conquista do espaço, às novas descobertas da física. Segundo Herbert de Souza, o Betinho (1), a AIDS repõe a questão da morte, que se presumia afastada, já que apenas restavam algumas batalhas contra o câncer, como nos fazia supor a propaganda das grandes corporações farmacêuticas.

O vírus HIV, nesse esconde-esconde dramático no sistema imunológico, determina a perda da imunidade e provoca conseqüências no corpo social muito além das infecções oportunistas e ou neoplasia no corpo físico do paciente.

A doença que _ conforme Betinho _ mistura racismo, sexo e sangue só pode ser uma doença revolucionária.

O preconceito já nasceu das tentativas primeiras de explicação da epidemia, de início conhecida como "peste gay". Alastrou-se pela imposição da noção de grupos de risco, cujo contato deveria ser evitado: os haitianos, os homossexuais _ e logo os bissexuais _, os que vivem da prostituição. A "democratização" da doença, com o alto nível de contágio pelo consumo de drogas injetáveis e o partilhar de seringas, ou mesmo a constatação da falta de políticas de controle do sangue desde o começo da epidemia, em nível mundial, elevou o medo a fantásticas

alturas. Atualmente, fala-se em comportamentos de risco. A doença não está longe. Ela se aproxima. Ela está perto de todos. Ela atinge, por transmissão vertical, de mãe para filho, quem jamais teve comportamento de risco...

Um bom índice das violações de direitos produzidas por esse medo pode ser aferido através de consulta aos tribunais. A jurisprudência registra casos de exigência de testes sorológicos para HIV para admissão de empregados, de discriminação pela condição de portador do vírus HIV, seja na despedida de empregados, seja no afastamento de crianças da escola, entre outros.

As tentativas de controle da AIDS, ainda em desenvolvimento, apesar do sucesso inicial, não são suficientes para evitar que o vírus produza suas vítimas, mesmo quando ausente! Exemplo claro é o caso em análise.

3. A ordem ética

Goffredo da Silva Telles Jr. (2) fala-nos de três degraus da liberdade, no reino da matéria bruta (liberdade química), no reino das células (liberdade fisiológica) e no reino do ser humano. Neste, a presença da liberdade se revela nos atos de escolha, ou seja, nas efetivas adesões do homem às vias cerebrais abertas ante seus sistemas de comando. Neste degrau, a liberdade é a liberdade ética.

A ordem ética pressupõe uma anterior hierarquia de bens, um sistema axiológico de referência. Uma ordem ética é sempre expressão de um processo histórico.

Representa a atualização objetiva e a vivência daquilo que a comunidade, por convicção generalizada, resolveu qualificar de ético e de normal.

4. O Código de Ética Médica

Não é à toa que o novo Código de Ética Médica, contendo normas a serem observadas por todos os médicos e centrando a ética no paciente (3), aponta entre seus princípios fundamentais ser a medicina uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza (art. 1º).

Ao ampliar o capítulo consagrado aos direitos humanos, o Código de Ética Médica enfatiza a proibição da discriminação de qualquer forma ou sob qualquer pretexto (art. 47).

Comentando tais artigos, o Prof. Léo Meyer Coutinho (4) afirma que, mesmo em sua clínica particular, o médico não pode recusar paciente fundado em juízo discriminatório.

5. A obrigação ética do médico

Ocorre que há *aparente* colidência dessas disposições com o contido no artigo 58 do mesmo Código de Ética. Ali se estabelece ser vedado ao médico "deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo". Interpretando essa disposição isoladamente e a *contrario sensu*, teremos que o médico, salvo caso de urgência, pode recusar quem quiser, pelo motivo que quiser. Salta aos olhos o absurdo dessa posição, que resultaria em fazer da medicina mera atividade de mercancia, desnecessitada de qualquer codificação ética.

Por outro lado, a interpretação sistemática impõe dar um sentido integrado para cada uma e para todas as disposições de um conjunto de normas. Assim, a correta exegese desse conjunto de disposições deve reservar sentido para cada uma delas, tutelado pelo que foi considerado ser princípio fundamental da atividade médica: o agir sem preconceito de qualquer espécie. A especial preocupação com a discriminação tem razão de ser na preservação da Medicina como profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade (art. 1º do Código de Ética Médica). A medicina é conhecimento humano, devendo ser pensada na perspectiva de sua evolução desde a de luta contra a dor e a doença até a de promotora da saúde integral, ou seja, o completo bem-estar físico, mental e social. O prestígio e o bom conceito da profissão estão relacionados ao zelo pelo bom desempenho ético do médico (art. 4º). A medicina não pode ser exercida como comércio da arte de curar (art. 9º). O respeito pelo paciente, ademais de dever, deve fazer parte da natureza do médico.

No dizer de Miguel Couto: "Se toda a medicina não está na bondade, menos vale dela separada" (*apud* Pedro Nava, *in Galo das Trevas*).

Assim, segundo a interpretação sistemática, o artigo 58 deve ser lido da forma seguinte: ainda que fora da hipótese de urgência, e mesmo em seu consultório privado, o médico particular não pode recusar paciente fundado em razões discriminatórias.

6. Os direitos do médico

O médico não pode discriminar, mas também não deve tolerar discriminação por questões de religião, sexo, nacionalidade, cor, opção sexual, opinião política ou de qualquer outra natureza (art. 20 do Código de Ética).

Os direitos do médico, porque estabelecidos para evitar a contaminação da profissão com qualquer vínculo que a afaste de seus princípios fundamentais, devem ser pensados antes como poderes-deveres, como normas éticas, do que propriamente como direitos do médico. Tanto assim é que deles não pode abrir mão o profissional da medicina, sob pena de cometer grave violação de dever fundamental (art. 8º do Código de Ética).

7. Os direitos do paciente

Embora o caso não envolva diretamente interesse do portador do vírus HIV ou doente de AIDS, é sempre bom lembrar que tais pessoas têm e mantêm os mesmos direitos garantidos pela Constituição Federal aos brasileiros e estrangeiros residentes no Brasil, dado o princípio da igualdade de todos perante a lei, sem distinção de qualquer natureza (Constituição Federal, art. 5º). Assim, merecem ver respeitados seus direitos à vida, à igualdade, à integridade física, à privacidade, à saúde. O direito à privacidade se compõe de tutela à vida privada, à honra e à imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação. A saúde é vista como um direito social, a todos estendida por dever do Estado.

Esse dever, ainda que soe redundante dizer isso, não afasta as obrigações específicas éticas e profissionais daqueles envolvidos na área da saúde, acima analisadas.

Assim, no preciso dizer de Irineu Pedrotti (5), "o médico não pode recusar-se a atender o portador da doença sob alegação de risco profissional, ou de ser contaminado, porque a sua função é exatamente esta".

Com a mesma leitura do direito à vida e ao tratamento médico, encontra-se R. Limongi França (6).

8. O caso concreto: a infração ética

No caso concreto, indagado sobre a exigência do teste HIV, o cirurgião respondeu "durante o ato cirúrgico, poderia, por acidente, me ferir e correr o risco de ser infectado".

Em outras palavras, dado o conhecimento de que dispunha, pela convivência no mesmo ambiente social, da condição de bissexual do marido da paciente, o médico praticamente presumiu-a como portadora do vírus HIV, exigindo o exame negativo para afastar a presunção. De sua resposta, deduz-se que fosse positiva a sorologia, o médico recusaria a intervenção, porque poderia se ferir e correr o risco conseqüente. Não fosse da intenção do médico recusar a operação, nenhuma conseqüência prática traria o resultado do teste exigido, fruto, portanto, de mera intenção discriminatória. Desconfiasse ser a paciente portadora do vírus HIV, o cirurgião deveria munir-se de todas as cautelas necessárias (usar duas luvas, óculos e proteção, redobrar os cuidados com materiais perfurocortantes, prevenir a equipe, utilizar material descartável em todos os níveis), não havendo técnica alternativa a ser determinada pelo atendimento à malfadada exigência.

Aliás, ante a recusa inicial de submissão da paciente ao teste, o médico recusou-se a operá-la.

É patente o caráter preconceituoso da conduta do médico na exigência do teste, pela condição de a paciente ser mulher integrante de "grupo de risco", seguido da recusa à operação. Assim, cometeu grave infração ética, violando o dispositivo constante nos arts. 1º, 2º e 47 do Código de Ética Médica.

A circunstância de não ser o caso de urgência (pode-se dizer tratar a hipótese de cirurgia eletiva, embora necessária) não permite a discriminação, segundo foi sustentado antes.

9. Distinção entre infração ética e crime

O cirurgião cometeu falta ética, de caráter grave. Sua conduta entrou na esfera ética, mas não penetrou no círculo menor, de caráter penal. O médico não cometeu qualquer atitude típica, ou seja, não praticou conduta descrita em norma penal. O crime mais próximo do caso descrito é o de omissão de socorro, previsto no artigo 135 do Código Penal, figura criada para proteção do direito à vida, à integridade física e à saúde, consistente em "*deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, a criança abandonada ou extraviada, ou a pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo ...*", circunstância que, diante da descrição do caso, cirurgia eletiva ainda que necessária, pode ser afastada.

Tampouco existe qualquer legislação que puna criminalmente o preconceito exercido contra os portadores do vírus

HIV ou suspeitos de sê-lo. Desse tipo de preconceito não se ocuparam as Leis nº 7.437, de 20.12.85 (pune como contravenções penais atos resultantes de preconceito de raça, de cor, de sexo ou estado civil), e nº 7.716, de 5.1.89 (define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor).

10. AIDS e a relação médico-paciente

A reação da paciente à conduta do médico, no caso, é pura retorsão, reação provocada pela injusta atitude do cirurgião. A confiança da paciente depositada no médico se revela pela atitude em procurá-lo, a ele confiando a cirurgia de que necessitava. No entanto, a reação serve para evocar problemas importantes, como a questão do médico com AIDS. Pode o médico com AIDS realizar atos invasivos? E, mais. Deve o médico cirurgião apresentar a seu paciente teste sorológico negativo?

Há parecer do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (7) recomendando seja evitada pelo médico com AIDS a prática de atos invasivos que possam expor o paciente a risco de contaminação. Tal conduta é conseqüência do princípio de respeito ao paciente e da vedação de prática de atos a ele danosos, que se caracterizam como imperícia, imprudência ou negligência (arts. 2º, 18 e 29 do Código de Ética Médica).

No entanto, a exigência de teste de HIV nas relações comuns entre paciente e cirurgião não se justifica, parece mais fruto da paranóia criada com a epidemia, podendo dar ensejo à aplicação da norma que autoriza o médico a renunciar ao atendimento, na ocorrência de fatos que prejudiquem o bom relacionamento com o paciente (art. 61, § 2º, do Código de Ética). As relações médico-paciente devem ser abertas, democráticas, flexíveis, de responsabilidade e respeito recíprocos, segundo a lição de Christian Gauderer (8). Se o paciente viola o seu dever ou abusa de seu direito nessa relação, o médico estará dispensado de atendê-lo, ressalvada a hipótese de urgência.

11. A ética da solidariedade

Duas importantes declarações de direitos comemoram seu cinqüentenário este ano. Seria interessante conferir algumas de suas passagens. A Declaração Universal dos Direitos Humanos proclama o direito à igualdade e à proteção contra qualquer discriminação ou incitamento a tal discriminação (art. VII). A Declaração Americana dos Direitos do Homem proclama o dever da convivência de uma pessoa com as demais, de maneira que todas e cada uma possam formar e desenvolver integralmente a sua personalidade (art. 29).

A tolerância e o dever da convivência são importantes instrumentos para o estabelecimento de uma ética da solidariedade. Sem a prática desses preceitos, será difícil imaginar que só o progresso científico ou as conquistas tecnológicas eliminem o preconceito, restabeleçam o respeito pelo outro, conduzam à sociedade livre, justa e solidária que todos queremos.

Referências Bibliográficas

1. Souza H. Direitos humanos e AIDS. In: Fester ACR. Direitos Humanos e ... São Paulo: Comissão de Justiça e Paz de São Paulo: Brasiliense, 1989.
2. Telles GS Jr. Ética: do mundo da célula ao mundo da cultura. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1988.
3. Landmann J. A ética médica sem máscara. Rio de Janeiro: Guanabara, c1985.
4. Coutinho LM. Código de ética médica comentado. São Paulo: Saraiva, 1989.
5. Pedrotti IA. Da AIDS e do direito. Revista dos Tribunais 1983;82(690):295-312.
6. França RL. Aspectos jurídicos da AIDS. Revista dos Tribunais 1990;79(661):14-21.
7. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Processo-Consulta nº 1854-47/88, aprovado na 1328ª Reunião Plenária, realizada em 12 de dezembro de 1988. O Dr. J.J.M. solicita esclarecimentos quanto à conduta a ser tomada em face da existência de médico aidético no corpo clínico de entidade hospitalar. Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. São Paulo: CREMESP, 1991: 13-4.
8. Gauderer EC. Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência. 2.ed. Rio de Janeiro: Record, 1991.

Roberto Luiz D'Ávila, mestre em Neurociência e Comportamento pela Universidade Federal de Santa Catarina; professor adjunto de Anatomia Humana e Neuroanatomia _ UFSC; presidente do Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina

Este caso, embora possa parecer inédito, vem ocorrendo com relativa freqüência em nosso meio, ou mediante questionamentos feitos por cirurgiões e ortopedistas ou por acontecimentos semelhantes e concretos. Se perguntarmos individualmente a vários colegas, teremos as mais variadas respostas e condutas, cada um acreditando piamente em suas convicções. Quem poderá dizer qual a conduta correta?

Gostaria de iniciar a análise sob a ótica dos direitos do paciente e do médico, com ênfase na relação médico-paciente, sustentáculo e razão da boa prática da medicina. Dentro do enfoque principialista da Bioética, o princípio

da autonomia seria respeitado para ambos os atores do caso em tela.

1. Direitos do médico

Como profissional, deve o médico exercer a medicina com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar seus serviços profissionais a quem não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente (artigo 7º do capítulo I _ Princípios Fundamentais _ do Código de Ética Médica).

Além disso, ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento desde que comunique previamente tal fato ao paciente ou a seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder (parágrafo 1º do art. 61 do Capítulo V _ Relação com Pacientes e Familiares _ do Código de Ética Médica). Embasado nestes artigos, que lhe garantem a autonomia profissional, deve o médico recusar-se a tratar qualquer paciente que o procure e fazer qualquer exigência ou, então, submeter-se a qualquer imposição do paciente? Há quem diga que o Código de Ética Médica é meramente um código de etiqueta médica e um poderoso instrumento para a corporação manter seus privilégios e prerrogativas.

Ao enfocarmos o caso clínico, no início do estabelecimento da relação médico-paciente, observamos que o conflito foi iniciado com a solicitação, pelo médico, da realização do teste de HIV como pré-condição para a cirurgia. Teria o médico esse direito? A paciente nega-se a realizá-lo e o cirurgião se nega a operá-la. Teriam, médico e paciente, esse direito?

A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza. O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional, sendo vedado ao médico discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto (arts. 1º, 2º e 47 do Código de Ética Médica).

As normas de biossegurança, com as precauções universais, devem ser acolhidas e utilizadas em todos os pacientes, independente de conhecermos suas condições sorológicas (e isto é válido para qualquer paciente e para qualquer doença transmissível). Não é admissível a mudança de conduta em caso de pacientes soropositivos, não havendo suporte ético, científico e legal para a exigência preliminar do teste sorológico.

É vedada a realização compulsória de sorologia para HIV, em especial como condição necessária a internamento hospitalar, pré-operatório ou exames pré-admissionais ou periódicos e, ainda, em estabelecimentos prisionais (artigo 4º da Resolução CFM nº 1.359/92).

O exame pré-operatório deve ser voluntário, não podendo haver prejuízo quanto à assistência para quem se recusa a submeter-se ao exame; a manutenção do sigilo e a qualidade do atendimento devem ser garantidas em relação aos soropositivos (Parecer CFM nº11/92).

2. Direitos do paciente

Como pessoa, deve o paciente ser esclarecido sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença, não podendo ser discriminado sob qualquer pretexto, tendo o direito de acesso a todos os meios de diagnóstico e tratamento (arts. 41, 47 e 57 do Código de Ética Médica).

O médico não pode abandonar o paciente por este ser portador de moléstia crônica ou incurável, salvo por justa causa (parágrafo 2º do art. 61 do Código de Ética Médica). Não pode ser considerada justa causa o paciente ser soropositivo ou recusar-se a submeter-se a exame sorológico.

Entretanto, pode o paciente exigir o teste de HIV para o profissional que irá operá-lo?

A argumentação de que a identificação dos indivíduos infectados (médicos e pacientes) permitirá a melhor utilização dos cuidados universais ou a recusa na realização de procedimentos invasivos não encontra razões moralmente aceitáveis e é válida para ambos os lados, sendo a contra-argumentação a mesma. Apesar dos baixíssimos índices de contaminação na transmissão do médico infectado para o paciente, deverá o médico abster-se de realizar procedimentos invasivos, não devendo ser afastado do trabalho, podendo ser readaptado em outra função que diminua o risco de contaminação.

Ao solicitar a realização do teste pelo médico assistente, a paciente exerceu, meramente, o seu direito de exigir, do mesmo modo e com a mesma competência que o médico.

O resultado revelou-se desastroso, com desconfiança bilateral e quebra de um requisito básico na relação médico-paciente: o da confiabilidade.

Entendo que ambos, médico e paciente, romperam o enlace tênue que os unia e não são mais, nem para um e nem para o outro, médico e paciente.

Irmã Elvira Maria, enfermeira; coordenadora do Comitê de Bioética e Ética em Pesquisa da Irmandade da Santa Casa de Londrina; membro da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa _ CONEP_ CNS/MS

O advento do Terceiro Milênio é marcado por um tempo de transformação cultural onde as pessoas não são apenas espectadoras passíveis, mas sim protagonistas ativas de uma história da sociedade que cresce, evolui e conquista novos conhecimentos técnico-científicos que, pela facilidade de acesso à informação e pelos meios de comunicação, se atualizam nos diversos temas que os interessam.

Isto faz com que as pessoas dêem sua contribuição, sua parcela nos diversos âmbitos e atuações em que se encontram e vivenciam.

O caso clínico apresentado nos coloca diante de uma situação conflitiva onde a paciente encontra-se em estado de risco de vida pelo fato de ser portadora de uma insuficiência coronariana.

No cuidado aos pacientes cardíacos, no pré-operatório, vários autores concordam com Ferrari que "todos os pacientes (neste caso) verbalizam estado de ansiedade frente ao diagnóstico médico apresentado e na iminência de serem submetidos a uma cirurgia cardiovascular".

Daí, decorre a importância do bom relacionamento entre médico, paciente, família e equipe de saúde _ o qual deve ser efetivado pelo diálogo, cuja etimologia vale a pena ressaltar e lembrar: do grego *dia* _ por meio de e *lops* _ racionalidade.

É por meio da racionalidade que se transmitem pensamentos, idéias e métodos.

Sgreccia enfatiza que "o diálogo é terapêutico no seu todo, enquanto inserido num processo de terapia...". Somente através dele surge um processo de confiança e de equilíbrio na relação médico-paciente.

Este é um fator preponderante no tratamento e restabelecimento da recuperação e cura do paciente. Dá-se o respeito à pessoa humana tanto por parte do profissional como pelo doente e familiar.

Esta é a ponte pela qual o tratamento é conduzido.

É por meio do diálogo que se consegue atingir o objetivo de cuidar com dignidade, procurando respeitar a índole particular de cada um, seus usos e costumes.

A humanização do atendimento é fruto de um harmonioso relacionamento médico-paciente, onde a confiança foi selada e há um sadio e permanente diálogo com questionamentos, esclarecimentos e explicações, que ajudam e geram a compreensão.

No problema apresentado criou-se um clima de tensão, causado por um diálogo inadequado e pela condição clínica apresentada pela doente.

Ambos encontravam-se ansiosos: a paciente devido ao seu diagnóstico e pelo fato de ter de submeter-se a uma cirurgia de grande porte; o médico, pela garantia de manter sua saúde e segurança no trabalho.

A nosso ver, faltou ao médico a maturidade e tato educativo no lidar com o problema, o que gerou um bloqueio e levou a paciente a também fazer uso de seus direitos.

Hoje, as pessoas possuem um agudo senso de sua autoconsciência, do qual decorrem seus direitos, sua dignidade humana.

Diante de qualquer negativa a pessoa humana coloca-se na defensiva e, ao invés de aproximar-se, distancia-se _ e esta distância causa a não administração de seus conflitos.

Ambos tinham o direito de exigir o que pediram: o teste do HIV, mas se o vínculo da unidade tivesse sido selado esse problema não existiria.

A Bioética administra conflitos e é sob essa luz e direção que se procura atuar nas diversas situações da área da saúde.

A partir do momento em que o homem é valorizado como pessoa dá-se a humanização no processo do atendimento.

Seria prudente o médico estabelecer um protocolo de conduta no pré, trans e pós-operatório, evitando discriminação.

Também, em nossos dias, em todo cuidado com fluidos corpóreos recomenda-se o uso de "precauções universais" com o objetivo de evitar acidentes de trabalho, transmissão de doenças infectocon-tagiosas e disseminação de microrganismos patogênicos. Portanto, observadas as técnicas assépticas e de prevenção e controle das infecções hospitalares pode-se ter a segurança de que não haverá contaminação durante a cirurgia.

E quantas pessoas são submetidas a cirurgias, não se sabendo se são ou não portadoras do vírus do HIV?

Por isso, é importante observar as precauções universais.

Concluimos nosso parecer enfatizando a importância da humanização da assistência à pessoa, respeitando sua dignidade e mantendo um relacionamento harmonioso e sadio, estabelecendo um clima de confiança.

Toda atividade dos profissionais de saúde deve seguir princípios e normas de biossegurança, visando evitar conflitos.

Estes objetivos serão alcançados por meio do trabalho integrado entre a equipe de saúde, da contínua atualização técnico-científica e do respeito à pessoa humana, que é o alvo da atuação da equipe porém não é passivo, mas sim um participante ativo no relacionamento entre os dois elos: equipe de saúde e paciente.

Bibliografia

- Engelhart HT Jr. Fundamentos de bioética. São Paulo: Loyola, 1998: 345-440.
- Ferrari RAP. O significado do cateterismo cardíaco para o paciente. [monografia]. Londrina: CESULO, 1997.
- Lugo E. Ética médica. Mayaguez: Librería Universal, 1994: 47-74.
- Pessini L, Barchiofontaine CP. Problemas atuais de bioética. 3.ed. São Paulo: Loyola, 1996: 161-6.
- Sgreccia E. Manual de bioética: fundamentos de ética biomédica. São Paulo: Loyola, 1996