

ATUALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Gabriel Oselka

Esta secção apresenta resumos de artigos sobre Bioética recentemente publicados, alguns dos quais são acompanhados de um conteúdo editorial. Esses resumos são elaborados a partir de artigos originais ou de matérias inseridas na publicação mensal Bioethics Literature Review (University Publishing Group, Frederick, Md. Estados Unidos)

[O American College of Physicians, uma das mais tradicionais organizações médicas americanas, acaba de publicar a 4ª edição de seu Manual de Ética (Annals of Internal Medicine 1998; 128:576-94). Na introdução, afirma-se que o objetivo do Manual é facilitar o processo de tomada de decisões éticas na prática clínica, na pesquisa médica, e descrever e explicar os princípios básicos da tomada de decisão médica. O Manual levanta questões éticas e apresenta diretrizes éticas gerais: sugere-se que ao aplicar estas diretrizes os médicos devem considerar as circunstâncias do paciente individual e usar o seu melhor julgamento. Nesta edição de Bioética apresentamos alguns dos tópicos mais relevantes desse Manual. A grande importância e influência da Bioética americana torna interessante, sem dúvida, uma comparação com as diretrizes éticas vigentes no Brasil.]

■ Revelação

Para tomar decisões a respeito de sua saúde e trabalhar inteligentemente em parceria com o médico, o paciente deve ser bem informado. Uma comunicação efetiva entre o médico e o paciente pode afastar incertezas e medos e aumentar as possibilidades de cura e a satisfação do paciente. A informação deve ser revelada sempre que seja relevante para a compreensão do paciente a respeito de sua condição, possíveis tratamentos e provável evolução. Essa informação freqüentemente inclui os custos e desconfortos do tratamento, a experiência do médico, a natureza da doença e os possíveis tratamentos.

Por mais difícil que seja para o clínico e para o paciente, a informação considerada essencial ao paciente deve ser revelada. Como, quando e para quem a informação é revelada são preocupações importantes que devem ser avaliadas.

A informação deve ser dada em termos que o paciente possa compreender. O médico deve ser sensível à resposta do paciente ao estabelecer a velocidade da revelação, especialmente se a doença é muito grave. A revelação nunca deve ser um processo mecânico ou perfunctório. Se o paciente é incapaz de compreender a sua condição, ela deve ser revelada completamente a uma pessoa responsável adequada.

Além disso, os médicos devem revelar aos pacientes qualquer informação a respeito de erros de procedimento ou de julgamento que ocorreram durante o curso do tratamento, se a mesma for importante para o bem-estar do paciente. Erros não significam, necessariamente, comportamento inadequado, negligente ou antiético - mas omi-los do paciente, eventualmente sim.

■ Consentimento esclarecido

O consentimento do paciente permite ao médico prover cuidados de saúde, e pode ser explícito ou implícito. O consentimento explícito freqüentemente ocorre no ambiente hospitalar quando o consentimento escrito ou verbal é dado para um determinado procedimento. Em muitos encontros médicos, quando o paciente procura o médico para avaliação e tratamento, o consentimento pode ser presumido. As condições de base e as opções de tratamento são explicadas ao paciente e o tratamento é aceito ou recusado. Em emergências médicas, o consentimento para tratamentos necessários à manutenção da vida ou restabelecimento da saúde é usualmente implícito, a menos que se saiba que o paciente recusaria o procedimento.

A doutrina do consentimento esclarecido vai além da questão do consentimento para um tratamento ou procedimento. Mais do que isso, enfatiza o conteúdo e o processo do consentimento. Requer-se do médico que dê ao paciente suficiente informação para permitir-lhe uma decisão esclarecida sobre como proceder. A informação do médico deve ser compreensível ao paciente, deve ser livre de vieses e deve incluir a recomendação do médico. A concordância do paciente ou de seu representante deve ser livre e sem coação.

Quando um paciente não tem capacidade para tomar decisões, ou seja, a capacidade de receber e expressar informação e fazer escolhas de acordo com a informação e com seus valores, um representante adequado deve tomar as decisões em conjunto com o médico. Idealmente, o representante que toma decisões deve conhecer a

preferência dos pacientes e atuar no seu melhor interesse. Quando os pacientes não selecionaram representantes, a prática clínica usual é que os membros da família servem como representantes. Alguns países designam a ordem na qual os membros da família servirão como representantes. Em alguns casos, todos os envolvidos podem concordar que um amigo íntimo é um representante mais adequado que um parente.

■ O paciente e o prontuário médico

Ética e legalmente os pacientes têm o direito de conhecer o que existe em seu prontuário médico. Legalmente, o próprio prontuário é de propriedade do médico ou da instituição, embora a informação nele contida seja propriedade do paciente. A maior parte dos países têm leis que garantem ao paciente o acesso pessoal ao prontuário médico. O médico deve liberar a informação a respeito do paciente a terceiros, por requerimento do paciente. Os médicos devem reter o original do prontuário e os estudos radiológicos e responder aos pedidos do paciente com cópias, a menos que o prontuário original seja exigido por lei. Para garantir a confidencialidade, a informação somente deve ser liberada com a permissão escrita do paciente ou de um seu representante legalmente autorizado.

■ Testes genéticos

Testes pré-sintomáticos e diagnósticos levantam questões de educação, aconselhamento, confidencialidade e justiça. Esses testes podem permitir aos médicos prever doenças ou esclarecer susceptibilidade às mesmas em situações nas quais a Medicina pode não ter a capacidade de prevenir ou curar as condições identificadas. Tanto o público como os profissionais de saúde freqüentemente têm um conhecimento limitado a respeito da diferença entre poder preditivo e susceptibilidade ou risco.

Os clínicos devem discutir com os pacientes o grau de correlação entre um determinado fator de risco genético e a probabilidade de desenvolvimento da doença. O teste não deve ser executado a menos que essas questões e as possíveis conseqüências do teste sejam completamente discutidas com o paciente, e que o impacto sobre o seu bem-estar, as implicações para outros membros da família e o uso por seguradoras e outras instituições da sociedade sejam efetivamente compreendidas pelo mesmo.

À medida que mais informação se torna disponível a respeito do risco genético de algumas doenças, os médicos devem estar atentos à necessidade de confidencialidade sobre o resultado dos testes genéticos. Muitos governos estaduais e o governo federal estão promulgando regras e regulamentos que definem o acesso de empregados e seguradoras a essa informação. Outros problemas éticos complexos existem, tais como se um membro da família deve ser informado sobre o resultado do teste genético. Os médicos devem ser sensíveis a esses problemas éticos e o teste não deve ser levado a efeito a menos que esses assuntos sejam completamente discutidos e as suas conseqüências bem compreendidas. O risco de estigmatização e discriminação na obtenção de seguro e emprego exige que os médicos assegurem a confidencialidade dos dados. Entretanto, a presença de um fator de risco genético ou uma doença genética em um membro da família levanta a possibilidade de que outros parentes consangüíneos estejam em risco. O médico deve obter o consentimento do paciente para encorajar membros potencialmente afetados da família a procurarem aconselhamento genético, se este puder interferir em decisões a respeito do tratamento ou outros aspectos importantes da vida.

■ Riscos médicos para o médico e o paciente

Tradicionalmente, o imperativo ético de tratar tem se sobreposto ao risco para o médico que executa o tratamento, mesmo durante epidemias. Em décadas recentes, com um melhor controle desses riscos os médicos têm praticado a Medicina na ausência de risco como uma preocupação importante. Entretanto, possíveis riscos ocupacionais - como o vírus da imunodeficiência humana, tuberculose multirresistente a drogas e hepatite por vírus - exigem a reafirmação do imperativo ético. Os médicos devem avaliar o seu risco de infecção com patógenos, tanto em suas vidas pessoais como em seus locais de trabalho, e implementar precauções adequadas. Médicos que se expuseram a um patógeno têm a obrigação ética de ser testados e devem fazê-lo voluntariamente. Os médicos infectados devem submeter-se a orientação de seus médicos pessoais ou à revisão de especialistas locais para determinar, de forma confidencial, se são necessárias restrições à sua prática médica, com base na aderência às precauções de controle de infecção e à sua capacidade física e mental para o trabalho.

Como as doenças acima mencionadas podem ser transmitidas do paciente para o médico, e por representarem significativo risco à saúde dos médicos e serem de difícil tratamento ou cura, alguns médicos podem ser tentados a se recusar a cuidar de pacientes infectados. Médicos e organizações de saúde são obrigados a prover tratamento competente e humano a todos os pacientes, independentemente de suas doenças. Os médicos podem e devem esperar que em seus locais de trabalho existam meios adequados de limitar o risco ocupacional, por meio de rigorosa aplicação de métodos de controle de infecção. Negar cuidado adequado a uma determinada classe de pacientes por qualquer razão é antiético.

A obrigação dos médicos revelarem sua condição aos pacientes depende da probabilidade de risco ao paciente e

das leis ou regulamentos pertinentes em seus locais de trabalho. Os médicos devem afastar-se do cuidado de pacientes se ficar claro que o risco associado a um contato ou procedimento é significativo, mesmo quando medidas adequadas de prevenção são tomadas. Os médicos também são obrigados a revelar sua condição após o fato, se uma exposição clínica significativa ocorreu.

O médico que cuida de um profissional de saúde soropositivo deve determinar a competência deste profissional para o trabalho. Em alguns casos, não se consegue persuadir um profissional de saúde soropositivo a seguir as diretrizes aceitas de controle de infecção, ou não se consegue persuadir um médico com capacidade de trabalho comprometida a restringir sua prática profissional. Nesses casos excepcionais pode ser necessário ao médico responsável pelo tratamento quebrar a confidencialidade e relatar o incidente às autoridades competentes, a fim de proteger pacientes e manter a confiança pública na profissão.

■ Tratamento da família de médicos, amigos e empregados

Os médicos devem evitar tratar a si mesmos, amigos íntimos ou membros de sua própria família. Os médicos também devem ser muito cautelosos em assumir o cuidado de empregados com os quais tenham um relacionamento próximo. Problemas podem incluir histórias ou exames físicos inadequados devido ao desconforto relacionado à relação existente por parte do médico ou do paciente. A proximidade emocional do médico pode resultar em perda de objetividade. Se o médico trata um amigo íntimo, um membro da família ou um empregado, por necessidade, o paciente deve ser transferido para outro médico assim que possível.

■ Contato sexual entre médico e paciente

Questões de dependência, confiança, bem como de transferência e de desigualdade de poder, levam a um aumento da vulnerabilidade por parte do paciente e exigem que o médico não se relacione sexualmente com o mesmo. É antiético para o médico relacionar-se sexualmente com seu paciente atual, mesmo se esse inicia e consente essa forma de contato.

Mesmo o envolvimento sexual entre médico e ex-pacientes causa preocupação. O impacto do relacionamento médico-paciente pode ser visto muito diferentemente por médicos e ex-pacientes e ambos podem subestimar a influência do relacionamento profissional anterior. Diversos ex-pacientes continuam a sentir dependência e transferência em relação aos seus médicos muito após o término do relacionamento profissional. A intensa relação de confiança freqüentemente estabelecida entre médico e paciente pode aumentar a vulnerabilidade do paciente a um relacionamento sexual subsequente. Um relacionamento sexual com um ex-paciente é antiético se o médico "usa ou explora a confiança, conhecimento, emoções ou influência, derivados do relacionamento profissional anterior". Como é difícil para o médico julgar essa influência, aconselhamos consultas com colega ou outro profissional antes que se envolva sexualmente com um ex-paciente.

■ Conflitos de interesses financeiros

Pagamento de um médico para outro pelo encaminhamento de um paciente, conhecido como dicotomia, é antiético.

A aceitação, em caráter individual, de presentes, hospitalidade, viagens e subsídios de todos os tipos de setores da indústria ligadas à saúde é fortemente desencorajada. Já se demonstrou que a aceitação, mesmo de presentes de pequeno valor, afeta o julgamento clínico e aumenta a percepção, bem como a realidade, de um conflito de interesses.

[Na próxima edição de Bioética apresentaremos outros importantes tópicos do Manual de Ética, do American College of Physicians]