

# Relação Médico-Paciente e Paciente-Instituição na AIDS:

---

## O Direito à Informação e à Confidência; a Discriminação, o Abandono e a Coerção

\* Marcos de Almeida

\*\* Daniel Romero Munoz

\* Professor Titular, Departamento de Medicina Legal e Deontologia Médica, Escola Paulista de Medicina. Livre Docente de Ética Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo FMUSP, São Paulo – SP.

\*\* Professor Doutor, Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho, FMUSP, São Paulo, SP.

Os autores abordam inicialmente, a partir de um questionamento da ética hipocrática, a responsabilidade profissional do médico frente aos dilemas morais da Medicina atual, indicando que a ampla divergência de opiniões e valores entre médicos, pacientes e público em geral acarreta divisões que impedem que um grande conjunto de normas homogêneas seja aceito por todos; apresentam duas alternativas para a ética médica contemporânea. Em seguida, discutem a repercussão de uma doença grave a AIDS—sobre a relação médico-paciente, enfatizando alguns aspectos, como a discriminação, o direito à informação e à confidência e o abandono e coerção do doente ou do portador do vírus. Tecem considerações sobre a responsabilidade do médico, frente à sociedade e ao próprio paciente e sobre o papel do médico no confronto entre o direito coletivo e o pessoal, em épocas de crise social causado pela ameaça de epidemias.

Todas as questões de natureza ética que surgem na Medicina atual estão, sem sombra de dúvida, permeadas do tema maior da responsabilidade médica.

A primeira dúvida surge da indagação da possibilidade ou não de se estabelecer a responsabilidade em nossos dias, da mesma forma como foi conceituada por Hipócrates. Em outras palavras, será que um código de mais de dois milênios poderá abarcar em seus postulados básicos todas as possibilidades, quase ilimitadas, de uma ciência-arte-profissão que deixou de ser apenas (ou quase que somente) paliativo para se tornar altamente invasiva e agressiva?

Só como exemplo, os aspectos da profissão voltados para coletividade teriam seguramente de se constituir em um novo valor ético que obrigaria à revisão dos princípios de Hipócrates.

E, mais ainda. Em uma sociedade democrática, moralmente pluralista como a nossa, onde grupos (e mesmo cada indivíduo) têm visões diferentes das coisas morais, seria aceito, de comum acordo, um código de ética profissional? Haverá obrigações filosoficamente justificáveis que unam todos aqueles que professam a arte de curar? Será que podem ser estabelecidos certos deveres que sejam prioritários e independentes das posições particulares que médicos e pacientes possam tomar sobre os dilemas morais específicos da atualidade? Em suma, será possível reconstruir uma moralidade profissional mais adequada às necessidades contemporâneas do que a ética hipocrática?

Estas vão se tornando, rapidamente, as perguntas centrais em Ética Médica, a despeito da grande ênfase sobre a resolução de dilemas morais específicos. Vários fatores peculiares à vida contemporânea indicam, pelo menos, uma igual preocupação para a questão mais geral da conduta do médico.

Primeiro é a erosão gradual da aceitação das fontes tradicionais da moralidade médica. Cada vez menos médicos submetem-se aos fundamentos religiosos da ética médica clássica. Menor número ainda pode alegar fidelidade a todas as injunções do juramento hipocrático e ao tipo de vida que ele prescreve. Os elementos hieráticos, mágicos e asclépicos que já ligaram os médicos em outras épocas agora permanecem como simples resíduos.

Existe, conseqüentemente, uma ampla divergência de opiniões e valores, que caracteriza o debate sobre tantos dilemas morais, como o aborto, a eutanásia, o direito ao cuidado médico, a experimentação humana, a pesquisa sobre DNA recombinante, os conceitos de início e de fim de vida e muito mais.

As divisões entre médicos, pacientes e público em geral sobre esses temas são marcadas o suficiente para afastar a possibilidade de um grande conjunto de normas homogêneas aceitável por todos.

Além disso, todos os códigos, até a presente data, foram elaborados pela profissão, para a profissão, sem participação quer de pacientes, quer de outros setores da sociedade. De um certo modo, esses códigos propagam uma visão unilateral da autoridade profissional, cada vez mais sob questionamento. Eles são igualmente inconsistentes com as idéias de politação que se afirmam, significativamente, nos dias que correm, como modelos ideais de relacionamento médico-paciente, sem o ranço paternalista (1).

Mesmo os mais antigos códigos vigentes são menos universalmente aceitos, mais estreitos nas obrigações exigidas, mais legalísticos e cautelosos em seus aspectos e mais centrados na competência científica do que em considerações humanísticas. Enquanto, por exemplo, estabelecem-se normas e obrigações para proteger as pessoas submetidas à experimentação humana, pouca atenção tem sido dada à responsabilidade social do médico e aos conpitos potenciais desta, face à sua responsabilidade para com o paciente individual.

Duas alternativas parecem existir no momento. A primeira seria abandonar a possibilidade de um conjunto comum de princípios morais mais altos e retornar à ética mais simples e menos exigente do artesanato. Esse era o modelo grego primitivo (2) e que assegura, pelo menos, uma promessa de competência e humanismo capaz de sobreviver até em uma sociedade moralmente pluralista. A outra alternativa busca uma remodelação filológica da ética profissional, derivada da natureza da própria medicina e dos atos médicos, bem como de seus inter-relacionamentos no ato da cura.

Toda essa nossa argumentação a respeito da responsabilidade peculiar do médico vem muito a propósito quando se discute a questão da AIDS.

### **Direito do paciente à informação e à confidência**

A relação médico-paciente é um contrato tácito, baseado na confiança e respeito mútuos. Nesse acordo o paciente tem direito a total informação sobre o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento. Esta é, atualmente, a norma de consenso e a que reza o artigo 59 do Código Brasileiro de Ética Médica, em vigor. Esse mesmo artigo deixa ao médico a opção de não dar informação ao paciente, quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita a seu responsável legal. Essa ressalva coloca na competência e capacidade de julgamento do médico a autoridade para limitar a autonomia do paciente. Frisa-se, entretanto, que essa é uma condição de exceção, pois a norma é que o paciente deve ser totalmente esclarecido pelo profissional. Em termos de situação de vida real, ela pode, quando mal entendida, tornar-se a própria regra, ensejando a prática do paternalismo médico, embasado em razões que parecem ser plenamente justificadas. Desse modo, sob a alegação de que a última coisa que se deve fazer é adicionar peso à miséria, angústia e incerteza do paciente, ao comunicar-lhe o resultado positivo do exame de laboratório, ou o mau prognóstico da doença diagnosticada ou qualquer outra informação perturbadora, parece mais plausível poupá-lo do trauma da comunicação. É mais plausível de fato, mas não necessariamente certo ou conveniente do ponto de vista ético.

Em primeiro lugar, ainda que se aceite a visão conseqüencialista, absolutamente lícita, de que se deve fazer o melhor possível para o paciente, em sentido global, não é convincente a afirmativa de que esse fim possa ser alcançado por evasões, engodos ou mentiras diretas. É claro que tal atitude reduz enormemente a inquietação do médico: discussões francas e honestas com pessoas portadoras de doenças fatais, acerca de seu estado, seu prognóstico e possíveis caminhos de ação terapêutica são emocionalmente muito despastantes. É bem mais fácil cogitar apenas das possibilidades amenas do que de todas as possibilidades (3). A suposição de que as pessoas com enfermidades graves ou fatais ficarão mais felizes se forem enganadas é altamente suspeita (4). Quase sempre o propósito maior é a felicidade do médico, a supressão

da sua própria inquietação e a evitação do seu óbvio desconforto em ter que lidar com o assunto. Mais ainda. Habitualmente é só o paciente que é enganado, parente ou toda a família sabe a verdade completa. Impor à família participação na farsa pode, por si só, provocar profundas angústias e mal-estar (isso para não mencionar a natural quebra do princípio do segredo e da confidência). E, finalmente, os pacientes com doenças fatais tratados dessa forma descobrem, com muita frequência, antes de morrer, que foram enganados o tempo todo por seu médico e por seus familiares (5), o que é trágico do ponto de vista moral.

O dever e o direito que tem o médico de calar sobre os segredos que lhe foram revelados no exercício da profissão são um dos elementos que conduzem à confiança do paciente no médico.

O direito do paciente à confidência, isto é, à preservação sigilosa das informações que prestar ao profissional, além de ser um dos pilares de sustentação da profissão médica, é assegurado tanto pelo Código de Ética Médica, como pela legislação brasileira.

Neste particular é interessante destacar alguns aspectos da questão. Por exemplo, dois são os fatores que colaboram, fundamentalmente, para aumentar o desânimo entre as pessoas que poderiam cooperar em importantíssimos programas de saúde pública, tanto no que se refere ao tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST), como nos casos de toxicomanias: o receio de que o segredo profissional não seja preservado e a conseqüente e inevitável discriminação posterior. Isto é particularmente válido quando se trata de casos de AIDS.

Como conciliar, no Brasil, a garantia de manutenção do princípio da confidência com a exigência legal da notificação compulsória?

Se o portador de HIV além de ficar sabendo que o profissional médico está obrigado a comunicar todos os casos de AIDS ao Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde, tivesse, ao mesmo tempo, a certeza de que os componentes desse órgão estão igualmente subordinados ao princípio do sigilo e confiasse que sua condição não seria divulgada, o problema estaria em grande parte solucionado. A questão residual, que persiste, é como transmitir ao paciente esse grau de confiabilidade quanto à manutenção do sigilo por parte desse Órgão?

Além disso, o temor da divulgação e da conseqüente discriminação contribui igualmente para que se crie um clima de oposição a exames periódicos voluntários. Essa relutância seria extinta se as pessoas acreditassem que os profissionais e os órgãos de saúde pública preservariam adequadamente os segredos de que tivessem ciência.

### **Discriminação e Abandono**

A extraordinária divulgação, por meio das manchetes alarmantes da imprensa leiga e das campanhas de prevenção da doença, se por um lado foi elemento importante de conscientização da população para as medidas de profilaxia da doença, por outro tornou-a mais estigmatizante.

Na maioria dos países surgiram várias formas de discriminação dos portadores do HIV, como a escolar, a trabalhista, a securitária, a hospitalar, a esportiva, a familiar e outras.

A AIDS passou a ser utilizada como desculpa para excluir grande número de pessoas de variadas atividades sociais importantes. Por exemplo, restrições e até negação da matrícula de crianças com teste anti-HIV positivo em escolas; várias empresas passaram a exigir o teste do HIV como pré-condição para a admissão de trabalhadores em seus quadros; várias outras dispensaram empregados pelo simples fato de serem HIV-positivos.

Além disso, as companhias seguradoras passaram a negar cobertura, no que respeita tanto ao seguro de vida quanto ao seguro-saúde, isto é, ao direito que o cidadão tem de beneficiar-se da assistência médica por meio das empresas de seguro-saúde (assistência médica particular por pré-pagamento). Os pacientes com AIDS foram privados de tratamento apropriado ou forçados a permanecer em hospitais porque não tinham casa para voltar devido à discriminação familiar (6).

Por outro lado, muitos hospitais, alegando insuficiência de meios ou inadequação para uma prevenção correta, passaram, simplesmente, a recusar a internação de doentes, independentemente da fase em que se encontrava a enfermidade.

Andriolo afirma que o teste de detecção do HIV traz implícita a idéia da discriminação, uma vez que visa, basicamente, caracterizar o indivíduo portador. Ademais, como não existe teste com 100% de especificidade e sensibilidade, haverá portadores não diagnosticados e indivíduos não portadores erroneamente discriminados (7).

Pesquisa realizada nos Estados Unidos mostrou que a maioria dos americanos acha que: a) a epidemia de AIDS está levando ao crescimento da discriminação contra os portadores do vírus ou da doença; b) o controle da AIDS requer alguma perda da privacidade individual e até possíveis restrições dos direitos civis dos portadores. Além disso, muitos americanos: a) recusariam trabalhar ao lado de alguém que tenha AIDS e apoiariam o direito dos patrões de despedir tais trabalhadores; b) tirariam seus filhos da escola para evitar contato com colegas com AIDS. A maioria respondeu que: a) vê a AIDS como uma punição merecida a um comportamento ofensivo e imoral e mostrou sinais de intolerância e completa hostilidade aos doentes; b) acredita que aos portadores de AIDS não deveria ser permitido viver em sua vizinhança ou na sua comunidade e é favorável a que o proprietário tenha o direito de evitar os locatários doentes. A imensa maioria, entretanto, se opõe à discriminação do acesso de paciente com AIDS à assistência hospitalar de qualquer natureza; 60% são sensíveis ao risco que enfrentam os profissionais de saúde que cuidam de pacientes com AIDS, achando que a eles devem ser dados todos os meios de prevenção (segurança) e 32% defendem que os médicos têm o direito de escolher se querem ou não tratar de pacientes com AIDS. Portanto, o público americano é mais tolerante com a discriminação feita pelo profissional individual do que pelas instituições de assistência médica (8).

A discriminação por uma enfermidade infecciosa pode ser tão injusta quanto a motivada por outras razões moralmente irrelevantes, como raça, sexo, ou incapacidade. A Corte Suprema de Justiça dos Estados Unidos tem reconhecido que os mitos e temores arraigados na sociedade sobre a incapacidade e a enfermidade são tão prejudiciais quanto as limitações físicas que emanam do impedimento propriamente dito. Poucos aspectos da incapacidade dão origem a tantos temores e equívocos, por parte do público, como a contagiosidade.

Sem dúvida, existe uma diferença de importância crítica da enfermidade. Uma infecção pode ser transmissível e afetar a capacidade de uma pessoa para realizar deveres relacionados com o trabalho. A decisão de excluir uma pessoa infectada por HIV de certas atividades, por um risco real de transmissão, ou por critérios importantes relativos ao desempenho de sua função, seria compreensível e não violaria os princípios anti-discriminatórios. Sem dúvida, é moralmente inaceitável negar-lhe certos direitos, benefícios ou privilégios, quando os riscos para a saúde são só teóricos ou muito escassos e quando seu desempenho é adequado. Como o risco de transmissão do HIV na maior parte dos ambientes de trabalho é remoto (9) e as pessoas com a infecção por esse vírus podem desempenhar suas funções de maneira normal quando não experimentam sintomas graves, não existem razões moralmente aceitáveis para discriminá-las (os).

Nos Estados Unidos, praticamente todos os Estados mantêm legislação equivalente à Lei Federal americana sobre reabilitação e incapacidade, indicando que "uma pessoa com uma enfermidade ou uma infecção contagiosa está protegida, se não constitui uma ameaça direta para a saúde ou a segurança e pode cumprir os deveres do seu trabalho". Essas jurisdições, em sua grande maioria, já declararam que as leis sobre incapacidade regem também os casos de AIDS.

Em contrapartida, um recente estudo sobre a legislação mundial verificou que apenas 5 dos 77 países analisados têm regulamentos específicos sobre a proteção de pessoas com AIDS (10).

## **Coerção**

Todas as vezes que existe crise na área da saúde pública, com reduzidas possibilidades de profilaxia e tratamento eficazes, é natural a impaciência das pessoas quanto ao reclamo de um conjunto de medidas voluntárias. Esse clima gera o aparecimento das chamadas idéias de coerção, sobretudo porque na

infecção por HIV existem padrões de conduta como o homossexualismo, a prostituição e o uso de drogas que boa parte considera imorais e até mesmo criminosos. Quaisquer atos intencionais que signifiquem ameaça para a saúde da comunidade deveriam estar sujeitos às penas da lei, segundo alguns. Daí as numerosas vezes que se levantam para que sejam tomadas medidas mais enérgicas, em geral, em favor do isolamento e mesmo da criminalização.

Apesar de, no mundo ocidental, não ser freqüente o uso da coerção ou de imposições de controle legal para o combate da AIDS, 17 países promulgaram leis restritivas aos pacientes ou a algumas circunstâncias que levariam à disseminação da doença (10).

Um número menor de países (doze) utiliza, em diferentes medidas, o recurso ao isolamento ou à restrição do direito de livre trânsito das pessoas infectadas, como a Checoslováquia, Austrália e a extinta União Soviética.

Talvez o exemplo mais significativo de ação coercitiva seja o de Cuba, onde, além das medidas compulsórias de defecção de pessoas HIV-Positivas na população, essas são compelidas a ingressar em um centro de quarentena e a submeter-se a rígidos regulamentos, que, entre outra coisas, proibem as relações sexuais dos residentes solteiros desse centro (6).

## **Conclusão**

Em época de crise social, o direito do indivíduo parece contrapor-se ao direito coletivo. As epidemias são um motivo de crise social e a AIDS faz aflorar novamente esse tipo de problema.

É nesse panorama de interesses em conflito que o médico, sem abdicar do seu duplo papel de curador de enfermos e protetor da sociedade, tem que assumir um outro encargo: o de moderador de tensões. Passa, então, a decidir em que circunstâncias devem prevalecer as alegações de cada paciente e em que eventualidades o interesse da sociedade deve ter primazia.

Para finalizar, cabe lembrarmos as palavras de Bayer e Gostin: "Por um momento produto de um acidente histórico e do descobrimento dos antibióticos-acreditamos que as enfermidades infecciosas, e sobretudo a ameaça de epidemias, já não constituíam um problema para as sociedades industriais avançadas. A AIDS oferece um sarcástico antídoto contra essa arrogância. No momento atual, enquanto se realizam esforços para deter a propagação da infecção e dar tratamento aos já enfermos, estão sendo postos em questão os valores fundamentais da sociedade liberal. Fica pendente a tarefa de traçar um caminho que proteja, simultaneamente, a saúde da coletividade e os direitos individuais de cada uma das pessoas vulneráveis. Esta é a norma pela qual seremos julgados pela história" (6).

**Abstract**—*Physician-Patient and Patient-Institution Relations in AIDS: the Right to Information and Confidence; Discrimination, Abandonment and Coercion*

The authors questioning the Hippocratic ethics deal with the physician's professional responsibility before the moral dilemmas of the modern Medicine, indicating that the great divergence of opinions and values among physicians, patients and the general public causes divisions that prevent a large group of homogeneous rules from being accepted by everybody; they present two options to the contemporary medical ethics. Afterwards, they discuss the repercussions of a serious disease - AIDS - regarding physician-patient relationship, giving emphasis to some aspects, such as discrimination, the right to information and confidence, abandonment and coercion of the patient or the person infected with HIV. They consider the physician's social responsibility, as well as in relation to the patient individually, and the physician's role in the confrontation between the collective and private right, in times of social crisis provoked by the threat of epidemics.

## **Bibliografia**

1. Cassel E. Autonomy and ethics in action. N Engl J Med 1977;6:333-4.
2. Edelstein L. The professional ethics of the Greek physician. In: Temkin O, Temkin CL, editors.

- Ancient medicine. Baltimore: John Hopkins, 1967.
3. Alrneida M, Munoz DR. Autonomia ou paternalismo? Trabalho apresentado no Décimo Segundo Congresso Brasileiro de Medicina Legal, 1992 out. 11-15; Manaus.
  4. Higgs R. On telling the patient the truth. In: Lockwood M, editor. Moral dilemmas in modern medicine. Oxford: Oxford University Press, 1985.
  5. Kubler-Roos E. On death and dying. London: Tavistock, 1970.
  6. Bayer R, Gostin L. Aspectos legales y eticos relativos al SIDA. Bol Of Sanit Panam 1990;527:94-108.
  7. Adriolo A. AIDS e ética médica. Jornal do CREMESP 1992;maio/jun:8.
  8. Bledon RJ, Donelan K. Discrimination against people with AIDS. N Engl J Med 1988;319:1022-6.
  9. Friedland GH, Klein RS. Transmission of the human immunodeficiency vírus. N Eng J Med 1987;317: 1125-35.
  10. Curran WI, Gostin L. International survey of legislation relating to the AIDS epidemic. Genebra: OMS, 1988.

Endereço para correspondência:

*Marcos de Almeida*  
*Rua São Carlos do Pinhal, 608 Apto. 83 01333-000*  
*São Paulo - SP*

[Índice Revista](#)