
FALANDO COM O CORAÇÃO: AUSCULTANDO A BIOÉTICA

MAX GRINBERG, CLÁUDIO COHEN

Disciplina de Bioética — Instituto do Coração (InCor) — HC-FMUSP

Endereço para correspondência: Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 44 — Cerqueira César —
CEP 05403-001 — São Paulo — SP

A bioética é um pensamento ético a respeito das ciências da vida, da saúde e do meio ambiente, desenvolvido a partir do pioneiro "Bioethics: a bridge to the future", o livro de van Rensselaer Potter, publicado em 1971.

A bioética desenvolveu-se em várias vertentes, como a principialista, utilizada por seus aspectos mais práticos.

A bioética vai além da abstração do ser humano e atinge a realidade do convívio entre as pessoas sujeitas ao desenvolvimento e à aplicação da ciência e da tecnologia.

A benéfica influência da bioética sobre as novas realidades foi a modificação do conceito médico-legal de morte — desvalorização do coração e valorização do cérebro, para satisfazer necessidades práticas de se obter um órgão ainda vitalizado para ser transplantado. Foi importante a conscientização da obrigatoriedade de se estabelecer parceria entre profissionais de várias áreas, como médica, jurídica e religiosa, o que representou um "feed-back" positivo para a bioética de um conceito que rapidamente se globalizou a partir da iniciativa da Universidade de Harvard.

A realidade da bioética tem se mostrado crescente a reboque dos avanços da ciência e tecnologia, que se por um lado permitiram a elevação da expectativa mundial de vida, por outro lado acrescentaram sofrimento no resgate da saúde e custo ambiental. A bioética é útil na preservação dos melhores conceitos humanísticos (respeito e dignidade), enfim, a noção de cidadania.

O incrível mundo novo rapidamente mutável, globalizado, necessita de um fórum multidisciplinar, atuante, para não desperdiçar os valores propostos pela bioética nas múltiplas ações em prol da cidadania.

Palavras-chave: bioética, células-tronco, direitos humanos, doenças cardiovasculares, tecnologia médica.

(Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2002;6:805-20)

RSCESP (72594)-1274

PREMISSA BÁSICA

Refletir sobre relações humanas e enxergar além do que dá respaldo técnico ao diploma de especialista. Essa é a contribuição da bioética que desejamos apresentar aos cardiologistas, por meio de algumas reflexões, entre elas a de que a profissão nos concede um cartão de crédito pessoal que devemos utilizar sabendo que a fatura chega com certeza.

Assim como o paciente não é obrigado a seguir a receita, o colega poderá ler o artigo ou pular a página. A opção é livre. O leitor lerá com

juízo crítico e prosseguirá até o fim ou revogará seu autoconsentimento em qualquer parte da leitura. O autor não pode desrespeitar o direito da desistência, mas freqüentemente o médico tem um comportamento de revolta frente ao paciente sem aderência.

Pela confiança que deposita na revista, o leitor partirá do princípio de que o que está sendo apresentado é fruto de conhecimento do assunto e de prática com o mesmo pelos autores. Acreditará que o que está sendo dito sofreu um crivo baseado em vivência e análise crítica da literatura médica. Subentenderá que a comunicação

ocorre porque é útil e que houve preocupação em deixar de lado o que seria desnecessário ou mesmo prejudicial no contexto. Reconhecerá valor no artigo recomendando-o a colegas. É o que analogamente o paciente apreciaria como competência profissional.

O leitor ficará à vontade para procurar uma "segunda opinião" nas referências bibliográficas. Por que não o paciente?

Respeito, confiança, benefício, não-malefício e igualdade valem para qualquer relação humana, quer seja a autor-leitor, quer seja a médico-paciente.

A ética da vida (bioética) é uma nova linguagem que vale a pena ser conhecida, discutida e adotada. Ela deve ser aplicada como uma forma de conhecimento, uma disciplina capacitada para se pronunciar frente aos desafios que o progresso científico promove sobre os paradigmas tradicionais de compreensão e significado⁽¹⁾. É atualidade na filosofia da Medicina!

PARA COMEÇAR

O cardiologista é, por ofício, um pensador sobre questões nobres para a vida. Ele enxerga o cardiopata sofrendo com e pelo coração em qualquer idade, inclusive no período pré-natal. O cardiologista sabe que cuida de um coração cercado de vida por todos os lados.

O cardiologista qualifica-se, desse modo, para a função de sociólogo crítico sobre ações médicas que possam ser causa de mal-estar psicofísico e de injustiça social. Afinal, sobre o que "dói e corta o coração". Pelo dever moral, o cardiologista sensível à hiperatividade criativa da ciência médica precisou acrescentar um "olho técnico" ao tradicional "olho clínico", preservando o "olhar humano".

Cada época trouxe peculiaridades epidemiológicas⁽²⁾ e agregou conhecimentos e curvas de aprendizado. Muita novidade ficou, foi modificada ou abandonada. Cada novo momento da Cardiologia reforçou o conceito que ciência sem ética corre o risco de não ser beneficente e que ética sem ciência pode ser apenas caridade.

As realidades tecnocientíficas e sociopolíticas que ora vivenciamos exigem do cardiologista honestidade, sigilo e qualidade no atendimento.

O cardiologista promove o bem-estar de seu paciente quando, valendo-se do referencial da beneficência, procura conciliar a visão técnica

com o ponto de vista do paciente cada vez mais bem informado, crítico e exigente. A prescrição de fármacos dá exemplos: a recomendação tecnicamente correta de propranolol tem história de não ter sido considerada beneficente por muitos homens que privilegiaram a virilidade sobre a cardiopatia; cefaléia freqüentemente compromete o sentido de bem-estar do uso de nitratos; anticoagulante oral pode perder o objetivo da beneficência na dependência de condições socioeconômicas.

A dignidade do exercício da especialidade merece concentração de esforços para facilitar ao cardiologista chegar à beira do leito com a bioética conselheira para manter o princípio eterno número um da relação médico-paciente: confiança.

OS PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA SERVEM A FINS INFINITOS

O termo bioética tem pouco mais de 30 anos e foi proposto por Potter no livro "Bioethics: a bridge to the future", em 1971.⁽³⁾ Em 2001, o Programa Regional de Bioética ligado à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) definiu a bioética de forma ampla, incluindo a vida, a saúde e o ambiente como áreas de reflexão.

Potter reafirmou, pouco antes de completar 90 anos de idade, que o essencial na bioética é conjugar pluralismo, interdisciplinaridade e incorporação crítica dos novos conhecimentos⁽⁴⁾. Lucidez nonagenária de quem soube refletir sobre a vida!

A ponte mentalizada dessa forma é o caminho em direção ao nosso bem-estar e ao das próximas gerações. Sua sustentação privilegia a vida, a dignidade humana e o equilíbrio entre autoridade e liberdade.

A bioética desenvolveu-se em vertentes. Uma delas é a principialista, que compreende quatro princípios: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Esses princípios foram assim apresentados por Beauchamp e Childress, em 1979, no livro "Principles of Biomedical Ethics". São referenciais úteis para que o cardiologista se posicione entre as obrigações a ele impostas e o respeito às convicções dos pacientes sobre a própria vida; da postura pode resultar ser visto como um médico "coração de ouro" ou um médico "coração de pedra".

A bioética estimula a transparência social e política das várias correntes de pensamento, e

pretende exercer crítica e celebração apoiadas em normas morais ou de justiça. A bioética contribui para dar mais peso ao lado que, num determinado momento, está mais frágil na gangorra⁽⁵⁾, até ao que pode estar cego frente a determinada realidade, inclusive quando a fragilidade é da profissão médica causando ameaças à dignidade dos médicos.

Há um preço social alto a ser pago por qualquer inércia em analisar, com a merecida profundidade, questões tão relevantes quanto conflitos de interesse entre investigador, empresa de saúde e cidadania, influências de fontes pagadoras na relação médico-paciente, qualidade da graduação e da pós-graduação médica, e aplicações da genética. A bioética cria mecanismos para acompanhar os aspectos éticos dos investimentos e reduzir os custos sociais.

Pensar bioética está na crista da onda nos atuais laboratórios de pesquisa sobre temas ligados à genética. É uma grande mudança de comportamento na pesquisa científica, pois traz à tona indagações como: "... é algo bom para ser feito ou estamos fazendo para sermos os primeiros?..."⁽⁶⁾.

A bioética preocupa-se, pois, com o combate aos que insistem em colocar suas ambições — econômicas, de poder e de carreira acadêmica — acima do dever moral.

Um dos mais expressivos recados da bioética é: a Medicina não deve ser exercida por "etiopatas".

A CLÍNICA É SOBERANA, A CARDIOTECNOLOGIA É PODEROSA

A aplicação da bioética na beira do leito é proativa, porque se inquieta em trazer a informação e assegurar a disponibilização de conhecimento/treinamento/atitude coerentes para todos e sem discriminação.

A bioética facilita compor análise das prioridades e seleção dos métodos de acordo com a infra-estrutura disponível. Ela é ferramenta para se discutir com mais propriedade os fatores de limitação da idealidade. Todos sabem o quanto problemas de agendamento, sucateamento de aparelhos e insuficiência de leitos não estão considerados em análises de prognóstico, mas podem ser a diferença entre alcançar o benefício esperado ou tornar real o risco em potencial.

A bioética ajuda a compreender o que há mui-

to a beira do leito recomenda: a formação do cardiologista precisa vivenciar o equilíbrio entre os métodos de baixa e de alta tecnologia (competência profissional não importa onde esteja e do que disponha).⁽⁷⁾ Em outras palavras, o cardiologista deve ter a medida de valor de cada método e dele saber aproveitar ao máximo.

O mais recomendado para o momento pode ou não ser o recurso de última geração. Caso a eficiência de fato exija a técnica mais sofisticada, é o paciente quem pode julgar o que uma tecnologia da área de saúde representa para sua própria vida, definindo-se em resposta às recomendações médicas.

É do conhecimento do clínico o quanto o paciente que recusa ser submetido a uma tecnologia cirúrgica de maior eficácia procura compensar com aderência ao medicamento/mudança de hábito/médico. O prognóstico da conduta clínica, apesar de partir de um grau pior de risco-benefício, surpreende em muitas ocasiões.

Cada tecnologia tem uma valorização pelo cardiopata, especialmente o crônico, que passa a ser um "parceiro" (autonomia na relação) quanto mais comprometido e envolvido esteja.

O estetoscópio persiste símbolo vivo da Cardiologia: os cardiopatas vêem indispensável esse instrumento de baixa tecnologia a seu exame. Ele representaria a essência da bioética ao "ligar" a cabeça do médico ao coração do paciente.

Já o ecocardiograma obteve rapidamente um sentimento de empatia pelo portador de certas doenças cardíacas. E o cateterismo cardíaco associou-se a uma conotação de gravidade clínica por parte do cardiopata.

A renovação constante da tecnociência cardiológica poderia ser intuída como uma "revolução biológica" no universo da Cardiologia; o objetivo é a busca do bem-estar — prevenção, adaptação e eliminação do incômodo cardiovascular.

É do progresso da tecnociência que sua repercussão estimula o aperfeiçoamento: ecocardiografia uni, depois bi, e agora tridimensional; incorporação do efeito Doppler; angioplastia coronária, a seguir com stent, melhor com stent e droga com ação antiproliferativa^(8,9); e simplificações progressivas na técnica cirúrgica do tratamento da fibrilação atrial. No campo histórico da eletrocardiografia, recorde-se que o galvanômetro de corda de Einthoven pesava 270 kg, ocupava dois cômodos, necessitava de cinco

operadores e era conectado ao paciente no hospital através de um cabo de 1,5 km⁽¹⁰⁾.

Aspecto curioso é a própria transmutação de um método, como se deu com o cateterismo cardíaco. O advento da ecocardiografia reduziu o risco do paciente para obtenção de muitas informações; incontínenti, a razão beneficência/não-maleficência pendeu para o lado da técnica não-invasiva. Poucos anos se passaram e o cateterismo cardíaco ressurgiu com vigor por meio do cateter, ao mesmo tempo veiculador de contraste e ferramenta de desobstrução valvar ou arterial. Por isso, o cotejamento segundo beneficência/não-maleficência passou a ser com a cirurgia cardíaca. E como tecnologia se retroalimenta de tecnologia, o stent coronário veio a reboque para elevar o grau de benefício terapêutico e assim dar mais "competitividade ao cateter ante o bisturi".

Aliás, o cateterismo cardíaco associa-se a uma expressão de bioética na sua origem. O médico alemão Werner Forssmann (1904-1979) foi, ao mesmo tempo, agente e sujeito de uma atitude pioneira. O autocateterismo (autonomia) foi a forma que Forssmann (prêmio Nobel 1956) buscou para não se utilizar de cobaias humanas, tão comuns à época (1929), para testar sua idéia de conseguir introduzir contraste no coração.⁽¹⁰⁾ Assim fazendo, ele houve por bem respeitar as advertências sobre o risco para pacientes que partia de seus superiores (não-maleficência).

O conceito "a clínica é soberana" soa ainda como uma afirmação eterna em meio a toda a sofisticação tecnológica. Arroubos de idolatria de exames complementares justificam-se pela contribuição, mas não podem encobrir que tudo começa e termina na clínica (ciência e arte).⁽¹¹⁾

Uma análise das várias camadas que foram se superpondo na Cardiologia fará conhecer, qual arqueologia, os equilíbrios que foram se dando à medida que sucessos e insucessos das proposições foram acontecendo.

Chegaríamos, por exemplo, à endocardite infecciosa e a seu epônimo William Bart Osler (1849-1919), que lhe acrescentou conhecimento anatomiclínico ao mesmo tempo que expressava resignação com a letalidade de 100%; conheceríamos os esforços terapêuticos iniciais com a sulfa e o entusiasmo com as primeiras curas da grave infecção pela penicilina na década de 40; sentiríamos as angústias da quebra de um dogma na decisão de operar um cardio-

pata com febre e insuficiência cardíaca; repasaríamos pelo recente encontro da bacteriologia com a ecocardiografia para o diagnóstico de certeza; e também perceberíamos como uma solução pode se tornar um problema por meio da endocardite precoce em prótese.

Apreciaríamos as origens já seculares de símbolos da Cardiologia clássica como a ausculta detalhada — quem se lembra do preciosismo pré-ecocardiografia do intervalo de tempo B1-EAM na avaliação do grau de estenose mitral? —, a eletrocardiografia das 12 derivações — "supremo tribunal das arritmias" —, e a prescrição de digital — "cardiotônico" —, que se tornaram menos representativas da especialidade.

Encontraríamos a excelência da imagem de uma cardiopatia congênita identificada ainda no ambiente malformador, de uma vegetação da endocardite infecciosa antecipada à visualização anatômica e a isquemia miocárdica "vista" por meio de impregnação radioativa.

No campo terapêutico, reveríamos as profundas influências sobre a hemodinâmica pelos modernos fármacos, pelo implante de estrutura não-humana no coração — prótese, marcapasso, stent —, pelo aproveitamento inter-humano de um coração sadio; o acesso percutâneo ao coração foi adotado pela terapêutica; vivenciamos a perspectiva de efeito regenerativo a partir de célula-tronco.

De interesse reflexivo para a visão bioética dos tempos atuais, perceberíamos que o cardiologista, muitas vezes, nem sabia ao certo qual seria o preço de um desejo de se libertar de um determinismo natural; ele objetivava um efeito cardiovascular correto, viabilizava os meios, mas as conseqüências sobre o ser humano como alguém além de seu coração-alvo só apareciam com o passar do tempo de efetivo uso assistencial. A mensagem ficaria muito clara: há opiniões, não verdades absolutas.

Exemplo desse cardiocentrismo ousado é o desafio à fisiologia hormonal do climatério, uma iniciativa que não visa a preservar a fertilidade, mas manter a mulher salvaguardada do desenvolvimento de processos degenerativos pós-menopausa. Avançar ou recuar é hoje um dilema (cautela até quanto? beneficência para quem?).

Médicos e sociedade continuarão a interagir com diferenças de opinião sobre a velha "clínica soberana" e os limites da tecnologia para diagnóstico e tratamento. Os impactos sobre a per-

sonalidade de cada um e suas caleidoscópicas percepções e reflexões são constante reforço do “há doentes, não doenças” (Miguel Couto, 1865-1934). Essa reflexão sobre a visão holística é, a nosso ver, um aforismo para a bioética — uma contribuição brasileira. Uma expressão correlata do tipo “existem médicos, não Medicina” poderia ser uma contrapartida na óptica do paciente, afinada com o pensamento atual sobre os valores morais da prática médica. Um pensamento muito longe da simples retórica e que se assemelha ao “em Medicina o melhor remédio ainda é o médico”, de Michael Balint (1896-1970).

Por isso tudo, a bioética faz-se vigilante para que o progresso tecnológico não afaste a pessoa do médico da pessoa do paciente (robotização).

PIGMALIÃO, UM SÍMBOLO DA CRIATIVIDADE ASSOCIADA À CAPACIDADE LABORATIVA

Pigmalião foi o mitológico rei de Chipre, que, desgostoso com as mulheres da ilha, esculpiu uma estátua feminina e dela se enamorou. Convenceu a deusa Afrodite a dar vida à escultura e assim se casou com a mulher idealizada.⁽¹²⁾

A metamorfose do não-natural para o natural guarda analogia com a revolução biológica, uma vez que representa a arte de intervir na vida se assim desejar e mudar a própria natureza humana.

A capacidade de exercer poder sobre a evolução biológica embutida no mito de Pigmalião, criador de novas formas do processo de viver segundo a vontade, pode ser entendida como uma manipulação antropoplástica. Ela está intimamente ligada à tradicional aspiração — que já foi chamada de divinização — do médico de transcender a ordem natural das coisas da vida e da morte.

O inconformismo com o “status quo” é representado por uma quase obstinação não somente de superar um método recomendável por outro “mais recomendável” — como a intervenção anatômica não-cirúrgica —, como também de preencher lacunas — cardioversão interna automaticamente deflagrada.

A Cardiologia coleciona muitas ações que servem para ilustrar a frase cunhada pelo cineasta Jean Cocteau (1889-1963): não sabendo que era impossível, foi lá e fez. E como uma ação

nova na ciência significa destruir algo considerado essencial, a bioética ajuda a trabalhar a ansiedade decorrente.

Pigmaliônica deve ser entendida a Cardiologia que sonha esculpir uma figura genética para o ideal regenerativo, assim como pigmaliônica tem sido a Cardiologia que remaneja veia safena para o tórax, reinsere artéria mamária, reveste coração com músculo esquelético, corta vias anômalas de condução e faz um coração bater em outro tórax.

O cardiologista, querendo ser o menos contemplativo na beira do leito, procura renovar as práticas da especialidade além dos limites, no afã de conseguir tudo que possa representar anticardiopatia. Nessa aspiração pigmaliônica, a bioética exerce importante papel moderador. Apenas por curiosidade, será que a estátua teve oportunidade de ser consultada se queria se tornar um ser humano? E Galatéia (o nome que recebeu) teria expressado seu consentimento para se casar com o rei Pigmalião?

CÉLULAS-TRONCO, O FUTURO: “PIT-STOP” NO ÚTERO

Se a criação deu-se em seis dias, centenas de anos têm sido necessários para conhecer detalhes do projeto, como, por exemplo, as bases celulares da biologia humana.

Uma nova dinâmica celular pretende-se inserir na natureza humana: a recriação de tecidos lesados a partir de células-tronco.^(13, 14) É a cicatriz substituída por células “originais de fábrica”.

Parte-se da premissa de que uma célula somática pode ser reprogramada à condição de totipotente como a de um blastócito; substitui-se o núcleo de um óvulo por um de célula retirada de uma pessoa; promove-se sua divisão em laboratório e obtém-se um certo número de células-tronco. Estas têm o potencial de se tornar o tecido do meio em que for implantado (há cerca de 250 tecidos humanos distintos) e restaurar lesões — é a clonagem terapêutica.⁽¹⁵⁻²⁰⁾

Poderíamos, então, reparar miocárdio infartado ou valva danificada pela doença reumática — terapêutica regenerativa em Cardiologia —, e sendo a célula somática doada do próprio paciente, evitar-se-ia o processo de rejeição. Ou até mesmo auxiliar a periódica regeneração “fisiológica” que se entende haver, por exemplo, no endotélio a partir de células progenitoras da

medula óssea.

Os espinhosos caminhos desse processo exigem a articulação da bioética para melhor integração entre o tubo de ensaio e o psicossocial humano.

Além da célula-tronco de embrião de laboratório, conjectura-se sobre sua obtenção a partir de sangue do cordão umbilical ou de placenta e de embriões produtos de fertilização "in vitro" não utilizados.

Numa cogitação pigmalônica, o cordão umbilical passaria a ter uma função extra-uterina: congela-se e cada um terá o seu como reserva celular para uso regenerativo futuro. Mais uma vez Lavoisier tem razão!

Ou, quem sabe, para uso da mãe? Afinal, a quem pertence a célula-tronco?

Qualquer mentalização sobre essa forma de terapêutica "do futuro" não pode dispensar três passos:

- os técnicos, saber se realmente haverá disponibilização dessas células-tronco, os melhores métodos e formas de preservação;
- os científicos, que dizem respeito à pesquisa no homem, os efeitos esperados e as consequências não esperadas — por enquanto, uma grande preocupação se o sonho poderia conter pesadelos;
- os na direção da aceitação moral, ligados especialmente à criação de um embrião destituído do objetivo de o tornar uma pessoa^(21, 22) (alguns termos são usados por quem se mostra contrário a esse método: canibalismo, instrumentalização da mulher, gente como remédio, destruir uma vida para salvar outra, o homem brincando de Deus).

Ponto crucial diz respeito, justamente, ao entendimento de vida que pode ser dado ao embrião, ou, como querem alguns, pré-embrião (até 14 dias). Cada cardiologista terá sua crença sobre o momento do início da vida e certamente fará suas reflexões sobre os vários aspectos morais envolvidos na clonagem terapêutica, um exercício de repensar a natureza humana. Aspectos polêmicos sobre a concepção vêm desde os tempos da Bíblia, como Eva e sua clonagem por toracoplastia de Adão, a virgindade de Maria e a nonagenária maternidade de Sara.

Ademais, há preocupações éticas, sociais e legais com certos desdobramentos menos nobres, distorções que poderiam levar a um mundo de difícil controle (ladeira escorregadia). As discussões sobre o genoma anteciparam esse

lado do inquietante progresso científico fundamentado na genética.

O uso de células-tronco à beira do leito ainda parece distante, mas a disponibilização deverá provocar interessantes bioéticas na adaptação à rotina atual. Uma questão que poderíamos prever é: que influência poderiam ter drogas que agem na remodelação ventricular — cuja suspensão de uso seria antiética — sobre a "pega regenerativa" de células-tronco?

A Medicina regenerativa é nova faceta pigmalônica da Medicina do Desejo. E como não há nada tão antigo que não tenha sido novo, é pedagógico recordar "perspectivas do futuro" de outrora, como reabrir uma obstrução coronária, reparar uma valva reumática ou implantar um marcapasso artificial e indagar: o que à época poderia ter havido de questionamentos morais à liberdade de suas pesquisas?

A resposta poderá ser: os que se fizeram foram esquecidos, pois os conflitos foram sendo resolvidos e os métodos foram se tornando patrimônio da sociedade. O uso vigilante da Medicina de base hipocrática os validou pela combinação de benefício à saúde e não malefício à dignidade humana. Assim foi e assim será, agora com a contribuição da bioética.

O transplante cardíaco serve de exemplo maior para que cada um possa fazer sua apreciação de moral sobre o quanto poderia haver de desrespeito à dignidade humana na fronteira entre experimental e assistencial.

Em 3 de dezembro de 1967, o mundo — cardiologista também — foi surpreendido pela notícia da realização do primeiro transplante cardíaco em humano. O sul-africano Christian Barnard (1922-2001), no Hospital Groote Schur da cidade do Cabo, usou o coração da recém-falecida Denisse Ann Darwall para dar esperança de vida a Louis Washkansky, de 55 anos de idade⁽²³⁾. O paciente faleceu após 18 dias de pós-operatório, em decorrência da inexistência de métodos — a ciclosporina foi introduzida anos depois — para resolver os conflitos da rejeição vs. germes oportunistas. Experiência "in animale nobile"?

Em vídeo produzido pela Fundação Brigitte Bardot, Barnard disse de forma muito sincera que pesquisou durante nove anos, em macacos, o transplante de coração; mas somente após a primeira centena de transplantes em seres humanos foi possível chegar à técnica correta.

As analogias com o que se pretende com as células-tronco reforçam a obrigatoriedade do acompanhamento de toda a sociedade pensando de modo bioético.

A CARDIOLOGIA EM CONSTANTE PULSAÇÃO NA SOCIEDADE

Dever da Medicina superar-se sempre? Direito da sociedade ter imediato acesso ao mais recente progresso? Os limites entre pesquisa e assistência são muitas vezes nebulosos, até porque qualquer novidade deve ser implantada assistencialmente sob “olhos de pesquisador”.

É do interesse da bioética analisar as fronteiras do “ainda pesquisa” com o “já assistencial”, até porque não se dá garantia de resultado (Medicina como atividade de meio).⁽²⁴⁾ Conclusão de uma tese defendida perante uma banca julgadora de professores seria esse limite? Exigir-se-ia inclusão em diretriz? Bastaria uma publicação de credibilidade na literatura? O quanto de reprodutibilidade é, enfim, necessário para autorizar a incorporação de conclusões de pesquisas à rotina assistencial?

Qualquer análise nesse sentido nos remete, obrigatoriamente, à chamada curva de aprendizado, que funcionaria como uma extensão da prática experimental de uma técnica liberada (Dever de ter experiência).

Cabe ao usuário do serviço e à população como um todo avaliar riscos e benefícios do uso de qualquer método para a vida de cada cidadão; nesse entendimento, a bioética tem o papel articulador, desde os desencontros do desenvolvimento tecnocientífico e a aceitação humana até os conflitos entre a visão do pesquisador e a do clínico.

Em função do impacto da doença cardiovascular no rol das causas de morte, ocorreu, nos últimos anos, uma crescente motivação da sociedade para se informar sobre “as coisas do coração”. O apelo a comportamentos saudáveis pretende desdizer o pensamento de que passamos a metade da vida estragando a nossa saúde e a outra metade procurando consertá-la.

O cardiologista tem oportunidade de contribuir para o esclarecimento de um conjunto de assuntos correlatos que orbitam na Cardiologia, fundamentos para quem se preocupa com seu coração. Faz parte também da moderna tarefa do cardiologista dar explicações sobre novas esperanças, muitas vezes apenas sensaciona-

lismo provocado por açodamentos com o noticiar a “última pesquisa”⁽²⁵⁾, que trazem expectativas na sociedade em geral e ansiedade para quem dela poderia logo se beneficiar.

O foco preventivo da Medicina de auxiliar as pessoas a realizarem o sonho de preservar o máximo de mocidade na velhice, no campo da aterosclerose, por exemplo, procura sensibilizar para a consciência de um “continuum” patogênico subclínico — que a maioria das manifestações cardíacas requer anos de preparação. E, portanto, nada mais verdadeiro que a sabedoria popular do provérbio “é melhor prevenir do que remediar” (beneficência/não-maleficência na sua melhor acepção). A mensagem deve ser aplicada sob o ângulo da Medicina social, com o mesmo espírito contido na arca de Noé: preservação da espécie garantida (fertilidade presumida).

A bioética incentiva o desenvolvimento de programas de educação para pacientes, de modo a promover melhor conscientização de seus problemas e soluções numa linguagem acessível e de modo interativo⁽²⁶⁾. A mensagem é “não basta receitar, tem que promover a adesão à receita”.

O que acontece é que não necessariamente a informação de saúde provoca a reação pretendida; mudanças de hábito, por exemplo, são decisões complexas, como atestam estatísticas sobre fumo (incluindo cardiologistas!) e “fast-food”.

Em termos de bioética, dir-se-ia que pulsa em boa parte da sociedade uma humana resistência em se valer da autonomia de mudar o estilo de vida, apesar do desejo de usufruir a não-maleficência dos hábitos saudáveis.

UM CARTÃO DE VISITA DA BIOÉTICA

A construção de novas trilhas para a rotina médica exige um compromisso com a reflexão “ser ético é poder pensar a ética”.⁽²⁷⁾ Não faz muito tempo, um conceito cardiológico secular foi alvo de discussão e mudança. A premissa incluiu a questão: Até quanto a pessoa é um aspecto e seu organismo é outro?

Ante a nova realidade do “pigmaliônico” transplante de órgão, o conceito médico-legal de morte foi modificado. A visão utilitarista provocou a reformulação de conceitos enraizados, barreiras afetivas, morais, médicas, legais e religiosas foram vencidas. O novo entendimento

multidisciplinar satisfaz uma concepção de beneficência perante a irreversibilidade de uma descerebração: coração apto a manter a vitalidade do órgão até ser praticada a doação.

A fim de promover a humanização do transplante de órgão, foi fundamental “transplantar” o conceito de fim de vida do tórax para a cabeça. Essa iniciativa de grande coragem criativa facilitou o convívio dos cidadãos, que, de alguma forma, são tocados por esse ato de solidariedade proporcionado pelo avanço da Medicina.

Esse é um cartão de visita da bioética!

HUMANIZAÇÃO SE FAZ COM CORAÇÃO

O cientificamente possível não pode dispensar a permissão moral e ética. Afastar agressões à dignidade e efeitos de desumanização é tanto mais necessário quanto mais uma lógica tecnolátrica for desenvolvida na relação médico-paciente. Afinal, é importante saber o quanto o cardiologista que se comportar como um Pigmalião será por uma Afrodite atendido.

As transformações médico-sociais que deram lugar ao interesse pela bioética são de tripla natureza: a) tecnocientífica; b) social, calcada na autonomia do paciente e do médico; e c) política de saúde.

No início do século passado, a tecnologia do esfigmomanômetro, a radiografia e o galvanômetro de corda impulsionaram a atuação cardiológica para a constituição de uma real e progressista especialidade médica.

A animação histórica pode ser apreciada nas palavras de Lewellys Franklin Barker (1867-1943), o chefe de clínica do Johns Hopkins Hospital, que sucedeu a William Bart Osler: “...o clínico que dormisse em 1890 e acordasse em 1917 ficaria totalmente desorientado...”.⁽¹⁰⁾

O sono teria começado com o doutor de posse apenas de seu estetoscópio; ao acordar, surpreender-se-ia com a radiografia do tórax, ruídos de Korotkoff e eletrocardiograma.

O que não mudará nos próximos 27 anos! Mas, certamente, o ser humano continuará com sua mesma vulnerabilidade e afetividade. E, mais ainda, o ser médico e o ser paciente entendendo das mais distintas formas o que um quer dizer para o outro. No dia a dia, o que parece contar não é o que o médico ou o paciente dizem, é o que o paciente ou o médico pensam que foi dito pelo interlocutor.

CONSENTIMENTO E RECUSA EM TEMPOS DE AUTONOMIA

Autonomia corresponde ao dever de respeitar o livre arbítrio do paciente considerado como fim e não como meio, como sujeito e não como objeto.⁽²⁸⁾ O médico dá sua opinião (responsabilidade profissional) e o paciente/família aceita ou rejeita (liberdade de pensamento).

A autonomia deve ser objeto de consideração em todas as fases de uma vida, desde decisões sobre abortamento terapêutico até a ortotanásia.⁽²⁹⁾ Nesses pólos, é preciso analisar, por meio da bioética, pelo ângulo encurtando/prolongando a vida e pelo antecipando/adiando a morte.

Ao ocorrer a concordância entre o “saber” e o “sofrer” sob a regulação da autonomia, estabelece-se um “contrato de beneficência/não-maleficência”. Este ultrapassa a necessidade de momento, como é o caso de atitude médica de caráter moral ligada ao segredo profissional, que não tem prazo de validade.

Não é ilegal nem o paciente não querer ser tratado, nem o médico atender a recusas de seu paciente capaz. A lei estadual 10241/99 reza, em seu artigo 2º, inciso VII, que “é direito do usuário do serviço de saúde no Estado de São Paulo consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida...”.⁽³⁰⁾

Mas há necessidade que cada um de nós reflita sobre cada circunstância de recusa face aos aspectos médico-legais das figuras de omissão de socorro e iminente perigo de vida. Nesse particular, a postura médica de atendimento a um paciente que praticou tentativa de suicídio dá o tom da questão.

Ao ocorrer recusa por parte do paciente, ela pode ser parcial ou completa na proposta e subentende o direito à escolha de alternativa. Por ser uma opção livre e esclarecida, uma imposição médica corresponderia a um desrespeito ao direito à vida privada; ademais, ela é revogável, ou seja, o paciente pode mudar sua opinião e passar a concordar com o que fora apresentado pelo médico.

Essa temporalidade, representada por um período de não aceitação que antecede ao consentimento, é relativamente freqüente em Cardiologia, e é influenciada pela progressão da história natural da doença e pela frustração com a má resposta a uma alternativa. Em momentos de indecisão, muito ajuda o paciente perceber

uma postura médica que mescla tolerância, cordialidade e convicção por experiência.

A opinião dialogada — dupla via de comunicação — é a pedra de toque da relação médico-paciente baseada na autonomia. O dialogar promove a percepção com realismo da “agressão” e reverte o distanciamento “defensivo” das racionalizações fantasiosas. Além disso, existe a linguagem corporal, aquela que “comunica” muitas vezes com mais eficiência que a palavra verbalizada.⁽³¹⁾

Tanto mais genuíno será o exercício da autonomia — vale dizer, compromisso bilateral — quanto mais bem informado ambos estiverem — médico (atualizado) e paciente (esclarecido) —, tanto mais solidária será a beira do leito quanto mais conversações/negociações pró-harmonia houver, tanto mais completa será a confiança quanto mais se preservar sigilo da intimidade, tanto mais confiante será a entrega quanto mais empatia se estabelecer. Humildade, honestidade e compaixão, além da coragem para enfrentar situações adversas, são virtudes do compromisso pró-autonomia e como tal são distinguidas nos juramentos médicos modernos.

Ademais, o cardiologista envolve-se, frequentemente, com o período final da vida de seus pacientes. Risco-benefício e custo-benefício das decisões devem ser compartilhadas, levando em conta preferências do paciente/família. Múltiplos valores podem influenciar o exercício da autonomia e devem ser identificados na medida do possível por parte da equipe de saúde.⁽³²⁾

MOVIMENTO PENDULAR ENTRE A AUTONOMIA E O PATERNALISMO

Nem sempre é fácil admitir que a boa intenção do médico aplicada ao paciente vulnerável diante da doença não deva ser aplicada de modo paternalista. Mas o dia-a-dia mostra aceitações distintas em função do impacto sobre a responsabilidade com a saúde que cada paciente tem, até sob influência de sua educação.

A chamada aliança terapêutica afetiva é lábil e forma muitos balões de ensaio no laboratório da bioética, que é a beira do leito. As experiências contradizem a proposição teórica de autonomia e de paternalismo absolutos.⁽³³⁾

As “reações” sinalizam que a relação cardiologista-cardiopata/família exhibe movimento pendular entre uma autonomia forte/paternalismo fraco e um paternalismo forte/autonomia fraca.

A ética da relação profissional se dá em qualquer dos pontos por onde a oscilação ocorre.

Autonomia respeitosa subentende tolerância ante a postura que o paciente preferiu, mas da qual discordamos parcial ou totalmente.

Um exemplo para reflexão: prescreve-se um medicamento anti-hipertensivo e o paciente retorna, sente-se melhor, mas a dose usada foi menor que a prescrita e ele seguiu alguns conselhos da comadre. A medida da pressão arterial revela níveis normalizados; portanto, o paciente exerceu sua autonomia (dose menor, complementos por conta própria), informa que obteve bem-estar e há confirmação de real efeito terapêutico. Como o cardiologista deve se posicionar no movimento pendular e não se sentir violentado em suas convicções?

Paternalismo respeitoso compreende a decisão tomada exclusivamente pelo médico ante a renúncia do paciente em fazer opções.

É exemplificada por uma postura muito comum, a devolução da pergunta ao médico, com a célebre frase “... no meu lugar o que é que o senhor faria?...”. Há que se reconhecer que muitas vezes não é simples para o leigo emitir opinião sobre assuntos da saúde e ele abdica livremente de opinar — o que não deixa de ser um exercício de autonomia.

Em conseqüência, o médico decide exclusivamente segundo seu juízo ao receber a “carta branca”.

AUTONOMIA E SEGUNDA OPINIÃO

Ter dúvidas sobre a recomendação médica não é exatamente antagônico a ter confiança no médico.

A prática da segunda opinião é uma velha experiência em Cardiologia de não aceitar uma primeira opinião como um poder decisório absoluto. O paciente utiliza-se da autonomia e reage à primeira opinião de acordo com seu foro íntimo sobre beneficência e não-maleficência.

A segunda opinião representa o entendimento que a qualidade de decisões pode ser beneficiada pela pluralidade de personagens de mesmo papel. Pacientes e seguradoras têm se valido dessa prática de modo crescente. As últimas muitas vezes atropelam a ética; os primeiros exercem seu direito de liberdade de opinião, que vai além dos aspectos puramente técnicos, incluindo fatores psicológicos, socioeconômicos e culturais.

O item j do artigo VII da citada lei 10241/99, que dispõe sobre serviços e ações de saúde no Estado de São Paulo, reafirma o direito de o paciente “esculpir” seu próprio entendimento, valendo-se de outras opiniões.⁽³⁰⁾

Muito contribui para isso a complexidade dos atos médicos oferecida a uma sociedade mais esclarecida sobre seus direitos no campo da saúde, inclusive pelos recursos de telemedicina e internet e, por que não dizer, pela imprensa leiga.

O incentivo para se dirigir a outro médico inclui sugestão do próprio médico da primeira opinião, parentes e amigos que vivenciaram o mesmo problema, lista do convênio, conhecimento do nome de componente de instituição médica ou sociedade médica de credibilidade que costuma atuar no problema.

O inconformismo do paciente com a primeira opinião pode se dar no campo do diagnóstico que recebeu — normalidade ou doença — e/ou no da proposição e dos rumos da terapêutica.

Admitem-se duas formas de segunda opinião: a “comunicativa”, que dispensaria argumentações alicerçadas em busca na literatura, e a “baseada em evidência”, que leva em consideração conclusões de protocolos e consensos, até para definir que uma determinada opinião não é cientificamente estabelecida.

Ademais, existe a segunda opinião “mandatória”, aquela que fazemos para confirmar a conduta sobre o caso encaminhado de outra instituição; e não devemos esquecer a “segunda opinião da casa”, que se vai buscar na tradicional reunião do Serviço.

A satisfação com a segunda opinião associa-se ao preenchimento de variáveis como grau de empatia com o médico e grau de entendimento das explicações sobre o leque de dúvidas a partir da primeira opinião; além disso, não podem ser omitidas influências de fatores econômico-financeiros.

BENEFICÊNCIA E EDUCAÇÃO CONTINUADA

É anacrônico pensar que uma vez especialista sempre atualizado. Todos os dias há um novo saber, e manchetes é que não faltam no mês-a-mês das revistas médicas.

A educação continuada em Cardiologia é uma ferramenta de consolidação da especialidade por maior número de cardiologistas. É uma

distribuição do poder da Cardiologia a todo o grande território nacional.

Um grande dividendo do valor moral desse coleguismo da educação continuada é que todos aprendem e “professores e alunos” saem mais cômicos de vantagens e limitações (“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina” — Cora Coralina, 1889-1985).

Estabelece-se uma relação interpessoal e intersubjetiva professor-aluno segundo uma ética pedagógica, que, comparada com a médica, revela: o aluno desempenha papel mais ativo, menos dependente e com menos consciência da necessidade do professor do que se observa em relação ao doente⁽³⁴⁾.

A assimetria de infra-estrutura técnica e de recursos humanos reduziu-se nos últimos 30 anos no Brasil, graças a muitos cardiologistas que implantaram centros em muitas cidades. Eles correram atrás da beneficência/não-maleficência/eqüidade e foram encontrar treinamento em Serviços de grandes mestres da Cardiologia brasileira — e estrangeira —, que, numa época não tão distante, jogaram a pedra no lago e provocaram os círculos de difusão.

É importante ter em mente que perguntas e respostas vão além do conhecimento/treinamento em Cardiologia. Questionamentos clínicos precisam ser permeados por aprendizado sobre atitudes morais, éticas e legais ante paciente/família, colegas, instituições, sistema de saúde e fontes pagadoras.

DIRETRIZES E BENEFICÊNCIA

Diretrizes são documentos redigidos por experientes com o objetivo de organizar a opinião que se pretende de consenso. A bioética se faz presente especialmente no binômio beneficência/não-maleficência por meio de uma classificação de utilidade.

A classe III representa prejuízo físico e/ou moral de correr risco sem perspectiva de benefício. A classe II é aquela que não deveria ser excluída do diálogo médico-paciente e permitiria tolerância, especialmente a II-a. A classe I é a que se reconhece utilidade e eficácia; não obstante, ela não pode ser vista como um código superior a uma postura responsável do médico baseada em sua experiência. Caso contrário, ela funcionaria como uma ordem, identificando-se como um instrumento paternalista.

É fato que quanto mais experiente for o car-

diologista naquele tópico, mais ele tem condições de conciliar diretrizes com o próprio juízo de valores.

O que acontece é que as razões para eventual divergência do cardiologista a diretrizes — hoje facilmente acessadas pelo leigo — precisam ser bem fundamentadas para o paciente, a fim de não deixar dúvidas de que houve sua apreciação competente. É um ato de prudência dentro do respeito à autonomia do paciente e do médico; afinal, a teoria, na prática, pode ser outra.

LITERATURA MÉDICA E BENEFICÊNCIA

A política do corpo editorial das revistas médicas que “fazem a cabeça” do especialista em Cardiologia é um filtro sobre a beneficência/não-maleficência das conclusões dos artigos.

Os revisores têm responsabilidade também social em relação à boa-fé dos autores e ao real interesse da sociedade, passando pela análise de aspectos políticos e empresariais porventura intervenientes⁽³⁵⁾.

Da parte do leitor, cada médico, diante do que é publicado, manifesta comportamentos que vão desde cepticismo até concordância acrítica.

Se, por um lado, a credibilidade das revistas médicas constrói-se com a boa qualidade dos artigos aprovados para publicação, por outro, a seleção numa linha de corte elevada rejeita muito mais que impropriedades científicas. Acresce que divergências de pontos de vista pendem habitualmente para os revisores, o que traz o risco de “cartelização” da opinião. Uma política editorial elitista vai empurrando muita comunicação cientificamente correta para revistas de “menor posição no ranking”, com óbvias repercussões sobre o impacto. Ademais, como a “patente” é a publicação, há sempre a possibilidade de uma “espionagem científica” embutida na tarefa da revisão editorial.

Esse poder das grandes sociedades de especialidade por meio de seus órgãos de comunicação é um tema de natureza moral que precisa estar em constante reavaliação pelo enfoque da bioética.

A Cardiologia brasileira, com muito “sangue, suor e lágrimas”, aumentou sua participação em revistas estrangeiras.

Reconhecer a superioridade de revistas estrangeiras “gold standard” — a informação em Cardiologia tem anos de globalização — não sig-

nifica desmerecer as publicações em nossos órgãos de divulgação das Sociedades de Cardiologia. Constituiria um contra-senso, segundo a bioética, para com todos os cardiologistas que se empenham em agregar valor científico à nossa Cardiologia.

Prestigiar nossas revistas é um dever do cardiologista brasileiro, no sentido de dar poder a nossas Sociedades por meio da confiança científica na relação autor-leitor.

Se todos poderiam concordar no porquê, o como é extremamente polêmico, até porque os trabalhos mais representativos são direcionados para o exterior.

Quanto mais pudermos aperfeiçoar a publicação científica nacional e divulgá-la alhures, menos sofreremos efeitos de paternalismos xenófobos e desrespeito à equidade.

NÃO-MALEFICÊNCIA

É o dever de não causar prejuízo (“primum non nocere”) e minimizar danos. Ele funciona em consonância com a beneficência em graus distintos de tomada de decisão: mais simples que evitar aspirina em presença de úlcera péptica e mais complexa que amputação de um membro gangrenado para preservar a vida.

Não-maleficência em Cardiologia inclui evitar caprichos da farmacodiversidade e da tecnodiversidade.

O cardiologista pratica não-maleficência quando procura saber sobre adversidades iatrogênicas já ocorridas com o uso de medicamentos, prescreve ciente de eventuais interações medicamentosas atuantes ou ajusta doses em função do “clearance” de creatinina.

Lidar com a hipocondria de pacientes é um desafio permanente a questões de não-maleficência, passando por como se comportar frente a relatos de automedicação. Em relação ao binômio hipocondria-automedicação, há uma raiz bioética em que “os doentes morrem dos seus remédios e não das doenças”, uma fala de Beralde em “Le Malade Imaginaire”, a última peça teatral escrita por Jean-Marie Poquelin, o Molière (1622-1673).

Além disso, não-maleficência é abster-se de compactuar com certas “justas causas”, armadilhas para quebrar o sigilo médico.

A cautela com a palavra escrita ou falada é essencial para quem se preocupa com a não-maleficência.

LABORATÓRIO DE IMAGEM

O laboratório de imagem é uma extensão da beira de leito para aplicação da tecnologia em Cardiologia. Ele amplia, portanto, a pertinência da bioética à beira do leito.

Lá está o médico da imagem que forma com o médico-assistente uma equipe virtual. O paciente chega com grau de ansiedade que pode estar alto quando o exame é solicitado com alta valorização (“o exame que estou pedindo irá definir...”).

Nesse ambiente, podem aflorar imediatismos e insistências para revelações no decorrer ou no término do exame. Não infreqüentemente, um despropósito verbal chega indiretamente ao paciente, por conta de ensinamentos a aprendizes presentes na sala de exame, como sói acontecer em ambiente universitário.

É um campo ligado à bioética do ensino de uma profissão que se aprende ao lado do paciente.

Na docência do exame de imagem, a atitude de não-maleficência está no justo recato da palavra falada, por mais que haja convicção sobre respostas. O médico da imagem não deve ser o porta-voz da equipe virtual.

PLACEBO

Placebo é uma substância quimicamente inerte, aplicada sob pretexto de provocar um efeito psicológico de sugestão. Serve para a apreciação de quanto os benefícios e os malefícios poderiam refletir, mais do que o poder da droga em análise, a própria evolução da doença ou a imaginação do paciente.

O placebo suscita posições éticas, morais e legais conflitantes entre centros de pesquisa, sociedades de especialidades, “Food and Drug Administration” (FDA), Organização Mundial da Saúde e organizações independentes⁽³⁶⁻³⁹⁾. Pesquisadores e responsáveis pela vigilância ética nem sempre compartilham o mesmo ponto de vista sobre esse método de baixa tecnologia.

Os referenciais da bioética sinalizam que o uso de placebo em pesquisa clínica deve ser precedido da pergunta: se não fosse pesquisa, recomendaríamos ao elegível uma alternativa ao fármaco em pesquisa? Em caso positivo, o uso de placebo deverá ser classificado como antiético, porque colocará o pesquisado diante de um inaceitável grau de risco-benefício. Em caso ne-

gativo, cada situação merece análise individualizada pelos Comitês de Ética em Pesquisa.

Ademais, fica claro que a conclusão pretendida é se a nova droga teria maior grau de beneficência que a atualmente usada; por isso, a comparação entre duas drogas não deve ser feita por meio de um referencial placebo.

JUSTIÇA (EQÜIDADE)

É o dever de atender às necessidades de cada um; dela resulta a igualdade que simboliza a estrutura moral básica da sociedade, a Justiça social.⁽⁴⁰⁾ O direito à saúde deve ser distribuído à população de maneira eqüitativa como a justiça.

Uma figura da eqüidade é a fila única para transplante. Por outro lado, a fila de espera de “iguais” dá margem a algumas reflexões bioéticas, como, por exemplo, sobre critérios para atitudes de prioridade ante um evento que crie evidente desigualdade.

Nesse referencial da eqüidade, o conceito da relatividade de beneficência à beira do leito ganha destaque.

O cardiologista às voltas com uma literatura “galopante” e com caso após caso lhe ensinando que “de livro” difere freqüentemente de “beira do leito” tem sua conduta influenciada por aspectos geográficos embutidos no sociopolítico.

A heterogeneidade de disponibilização é particularmente verdadeira num país continental como o nosso, cheio de contrastes sociais e dificuldades econômicas. Centros praticam a última novidade e outros ainda versões anteriores.

Publicação após publicação mostra o encontro de técnicas mais simples e eficazes em curtos intervalos. O mais recomendável de hoje já é superado num amanhã muito próximo, o que traz dificuldades para decisões sobre atualização de infra-estrutura.

A recessão econômica agudizou a consciência do preço da saúde e a explosão de custos dos serviços médicos encarecidos pela tecnologia tornou ainda mais escassos os recursos disponíveis.

Para a necessidade gerencial de distribuir as verbas do modo mais racional, a bioética auxilia a analisar as bases éticas do custo/benefício para maximização da alocação de recursos, respeitando-se limites e reduzindo diferenças desnecessárias e injustas⁽⁴¹⁾.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO POR ESCRITO NA ASSISTÊNCIA?

Explicar e re-explicar é forma humanitária de amenizar conseqüências emocionais de dilemas do paciente sobre atos diagnósticos e terapêuticos. A questão é: comunicação oral, por escrito ou ambas?

O Consentimento Pós-informação é um protocolo de intenções de beneficência/não-maleficência com base na autonomia: aceitar ser submetido a procedimento médico após firmar convicção, uma vez tecnicamente informado sobre métodos a serem empregados, benefícios, riscos e outras eventuais opções diagnósticas ou terapêuticas. Subentende a possibilidade de a qualquer momento solicitar esclarecimentos adicionais e até revogar o Consentimento Pós-informação, por estrita vontade de interromper após melhor juízo. Essa prática com implicações éticas e legais tem origem no conceito de que “todo ser humano em idade adulta e com capacidade mental normal tem o direito de determinar o que será feito no seu próprio corpo”.

O Consentimento Pós-informação por escrito é exigência inquestionável na pesquisa em seres humanos, em que qualquer risco pode ser entendido como eticamente alto. Estabelece-se, desse modo, uma relação de parceria sobre as condições de biossegurança.

O que ocorre é que o Consentimento Pós-informação por escrito passou a ser cogitado como um “contrato” tencionado ao resguardo da responsabilidade profissional ante alegações do tipo: “...não sabia que isso poderia acontecer...”.

Diríamos que enquanto o Consentimento Pós-informação por escrito para pesquisa é para resguardo do voluntário, o para fins assistenciais é mais para defesa do médico.

A eventual utilidade do Consentimento Pós-informação por escrito está intimamente ligada à concretização das expectativas do paciente. E, por isso mesmo, o modo de fazer a comunicação necessita ser individualizada, até porque há grandes influências de aspectos culturais.^(42,43)

Os adeptos do Consentimento Pós-informação por escrito na assistência entendem que a padronização ajudaria a provar que o paciente aceitou os riscos de uma ciência que não somente não é exata, como também não dispõe de “respostas para todas as perguntas”. E, dessa forma, comprometeu-se a ter tolerância com o que restou de mau ou com o que há de vir.

Mas será que se justifica, no campo assistencial, um documento padronizado, que “ao encerrar o assunto” soa mais como o cumprimento de ritual legal (“conhecia e consentiu com o dano”)?

Sempre é bom ter em mente que maus resultados podem ser classificados em três categorias: evolução natural da doença apesar da boa aplicação dos recursos disponíveis; imprevisibilidades, incapazes de serem antecipadas por qualquer equipe médica; erro médico, advindo de atitudes de negligência, imperícia e imprudência.

Na fase pós-hospitalar, novos cenários, novos personagens, novos encontros e desencontros da relação médico-paciente e novas motivações podem estimular atitudes pretendendo reparação de danos à saúde, que se entendam ocorridos por causa do ato hospitalar. Nesse aspecto, tudo se passaria como havendo um novo “ponto zero”.

Um documento por escrito adicional não serviria de justificativa contra infrações éticas porventura causadoras de eventos, e entendê-lo como uma forma de provocar contenção de iniciativas de denúncias não parece justificar sua aplicação. Acresce que consentimentos não necessariamente exigem informações as mais completas, bastaria uma explicação convincente.

É a boa comunicação esclarecedora e o testemunho das providências médicas adotadas para controle da situação clínica que contribuem mais expressivamente para ajustar o juízo do paciente/responsável legal às realidades dos atos médicos.

Entendemos que, com o passar do tempo, o uso do Consentimento Pós-informação por escrito provocará uma atrofia do diálogo.

Beira do leito sem diálogo não pode ser recomendada pela bioética!⁽⁴⁴⁾

AFORISMO DE PETER: UM FRÊMITO DE AUTORIDADE E UM SOPRO DE LIBERDADE

O aforismo de Peter (o francês Michel, 1824-1893) é emblemático para reflexões à luz da bioética.

“Donzela cardiopata não case, se casar não engravide, e se engravidar não amamente”⁽¹⁰⁾ é o retrato falado do paternalismo na área médica.

Peter assim se pronunciou depois de conhecer as três conseqüências possíveis de uma gestação complicada por cardiopatia: risco de vida para a mãe, parto prematuro ou abortamento e agravamento da cardiopatia.

O primeiro e o terceiro estágios do aforismo vão além do ato médico, propriamente dito. "Não case" tem forte apelo contra o livre-arbítrio da donzela, ao lhe recomendar o celibato. É manipulador dos hábitos de uma época em que os pais exerciam poder de veto ao pretendente e mãe solteira era moralmente repudiada; ademais, continha uma proibição da sexualidade, que se tornou inconcebível após todo o movimento feminista impulsionado pelo desenvolvimento dos métodos contraceptivos.

"Não amamente" representa um reforço à obediência, ameaçando com uma punitiva não amamentação, não somente a saúde do filho, como também a não realização da plena maternagem.

O aforismo de Peter, um professor da Faculdade de Medicina de Paris, é a expressão de cunho paternalista da Medicina baseada em evidências da época e nos faz enxergar como a falta de recursos médicos e o mau prognóstico das doenças impediam a aplicação de atitudes de autonomia.

Em resumo, paternalismo visando à não-maleficência é a explicação que a bioética pode oferecer para "se casar não engravide," em fase essencialmente pré-terapêutica da Cardiologia.

O Prêmio Capuron da Academia de Medicina de Paris que o aforismo proporcionou a Peter atesta a reflexão que ele assim procurava impedir "uma roleta russa com pente cheio".

A pigmaliónica inconformidade de médicos e pacientes com a censura cardiogênica à gravidez, uma observação aqui e acolá de gestações acontecidas à margem do aforismo, foi mo-

dificando a conduta.

De proibitiva, a orientação foi se tornando cada vez menos restritiva, retroalimentada por uma postura baseada em evidências cada vez mais otimistas e no suporte tecnológico.

Mulheres beneficiadas por uma comissurotomia mitral ou implante de prótese passaram a ter prognóstico gestacional semelhante à de normais. Mais recentemente, a valvotomia mitral por cateter-balão trouxe benefícios da Cardiologia para a obstetrícia e a neonatologia.

Há predomínio atual de atitudes de autonomia no âmbito do planejamento familiar em função da disponibilidade de beneficência. O grau de risco materno-fetal pode ser discutido de modo objetivo, sem subterfúgios ligados à união do casal e sem ameaças à realização da maternagem.

PARA TERMINAR

Assim como o eletrocardiograma analisa as variações da propagação dos estímulos elétricos no coração, a bioética aprecia as oscilações dos estímulos afetivos e morais ante a progressão da tecnociência.

Assim como o ecocardiograma avalia a contração cardíaca, a bioética acompanha como se faz a aplicação dos métodos disponíveis com respeito à dignidade.

A bioética contribui para que a "excitação-contracção" do conhecimento médico aconteça com a merecida valorização clínica em "ritmo sinusal" e com "contratilidade normal".

O impacto antiarrítmico e a antidiscinesia proporcionados pela bioética estimulam o cardiopata sentir o cardiologista em plantão permanente em seu coração e o cardiologista se realizar pela guarida vigilante valorizada pelo cardiopata.

TALKING TO THE HEART: AUSCULTATING THE BIOETHICS

MAX GRINBERG, CLÁUDIO COHEN

The Bioethics is an ethical insight about the life sciences, health and environment. It was first idealized after the book "Bioethics: a bridge to the future", written by Van Rensselaer Potter and published in 1971, and developed in various ways, such as the Principlist current, which is largely used due to its practical aspects.

The Bioethics goes far beyond human abstraction and reaches the real relation that exists between people whom are subjected to science and technology development.

The benefit of the Bioethics influence nowadays was a modification of the medical-legal concept of death — devaluating the heart and valorizing the brain — to satisfy practical reasons in getting viable organs to be transplanted. It was important for the understanding of the obligation in establishing a partnership among professionals from different areas, as medical, law and religious, that represented a positive feedback to a global bioethics concept supported by a Harvard University initiative.

The Bioethics reality has shown to be growing thanks to the science and technology advances, which if in a way led to a worldwide life expectancy increase, on the other hand added suffer in the struggle for health and environment damage. The Bioethics is useful in preserving the highest humanistic concepts — respect and dignity, therefore given the notion of civilization.

The outstanding mutant new world, now globalized, needs an active multidisciplinary forum in order to avoid wasting the multiple Bioethics values for the society benefit.

Key words: Bioethics, stem-cells, human rights, cardiovascular diseases, medical technology.

(Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2002;6:805-20)

RSCESP (72594)-1274

REFERÊNCIAS

1. Prieto HG. Desafios epistemológicos de la bioética en el siglo XXI. Annals of Sixth World Congress of Bioethics; 2002. p.142.
2. Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases. Part I. Circulation 2001;104:2753-64.
3. Potter VR. Bioethics: bridge to the future. New Jersey: Englewood Cliffs, Prentice-Hall; 1971.
4. Potter VR. Bioética como nova ciência ética que combina humildade, responsabilidade e uma competência interdisciplinar, intercultural e que potencializa o senso de humanidade. O Mundo da Saúde 1998;22:370-4.
5. Macklin R. Bioethics, vulnerability and protection. Annals of Sixth World Congress of Bioethics; 2002. p.58.
6. Mitka M. Emphasis on ethics increases at basic and clinical research interface. JAMA 2002;288:1577.
7. Segre M, Cohen C. Bioethics. 3ed. São Paulo: Edusp; 2002.
8. Feres F, Abizaid A, Sousa AGMR, Sousa JE. Redução da proliferação neo-intimal após o implante de stents revestidos com rapamicina. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2002;12:259-70.
9. Babapulle MN, Eisenberg MJ. Coated stents for the prevention of restenosis. Part I. Circulation 2002;106:2734-40.
10. Grinberg M. Epônimos em Cardiologia: homenagem e exemplo. São Paulo: Editora Roca; 1999.
11. Siqueira JE. Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. Bioética (CFM) 2000;8:55-64.
12. Guimarães R. Dicionário da mitologia grega.

- São Paulo: Editora Cultrix; 1986.
13. Vogel G. Stem cells: new excitement, persistent questions. *Science* 2000;290:1672-4.
 14. McLaren A. Ethical and social considerations of stem cell research. *Nature* 2001;414:129-31.
 15. Bjorson CRR, Rietza RL, Reynolds BA, Magli MC, Vescovi AL. Turning brain into blood. A hematopoietic fate adopted by adult neural stem cells in vivo. *Science* 1999;283:534.
 16. Jiang Y, Jahagirdar BN, Reinhardt RL, Schwartz RE, Keene CD, Ortiz-Gonzalez XR, et al. Pluripotency of mesenchymal stem cells derived from adult marrow. *Nature* 2002;418:41-9.
 17. Thomson JA, Eldor JI, Shapiro SS, Waknitz MA, Swiergiel JJ, Marshall VS, et al. Embryonic stem cell lines derived from human blastocysts. *Science* 1998;282:1145-8.
 18. Weissman IL. Translating stem and progenitor cell biology to the clinic: barriers and opportunities. *Science* 2000;287:1442-6.
 19. Wright DE, Wagers AJ, Gulati AP, Johnson FL, Weissman IL. Physiological migration of hematopoietic stem and progenitor cells. *Science* 2001;294:1933-6.
 20. Sureau C. Bioethics and the 21st century, the physician's point of view. *Presse Med* 2002;31:657-63.
 21. Savulescu J. The embryonic stem cell lottery and the cannibalization of human beings. *Annals of Sixth World Congress of Bioethics*; 2002. p.65.
 22. Neri D. Philosophical issues in stem cell research and use: an european perspective. *Annals of Sixth World Congress of Bioethics*; 2002. p.66.
 23. Barnard CN. The operation. A human cardiac transplant: an interim report of a successful operation performed at Groote Schuur Hospital, Cape Town. *S Afr Med J* 1967;41:1271-4.
 24. Rajput V, Bekes CE. Ethical issues in hospital medicine. *Med Clin North Am* 2002;86:869-86.
 25. Mann H. Research ethics committees and public dissemination of clinical trial results. *Lancet* 2002;360:406-8.
 26. Sass HM. Health literacy programs combating inequality and injustice. *Annals of Sixth World Congress of Bioethics*; 2002. p.90.
 27. Cohen C, Nosek L. Propostas para uma discussão de um modelo de ética. *Ide (SBPSP)* 1995;27:42-4.
 28. Schneider CE. The practice of autonomy and the practice of bioethics. *J Clin Ethics* 2002;13:72-7.
 29. Drought TS, Koenig BA. "Choice" in end-of-life decision making: researching fact or fiction? *Gerontologist* 2002;3:114-28.
 30. Gouveia R. Saúde Pública, suprema lei. São Paulo: Edições Mandacaru; 2000.
 31. Fast J. Linguagem corporal. São Paulo: Livraria José Olímpio; 1974.
 32. Drought TS, Koenig BA. "Choice" in end-of-life decision making: researching fact or fiction? *Gerontologist* 2002;42:114-28.
 33. DeMarco JP. Competence and paternalism. *Bioethics* 2002;16:231-45.
 34. Miranda Sá Jr LS. Ética do professor de Medicina. *Bioética (CFM)* 2002;10:49-84.
 35. Maineti JA. Bioethics in clinical trials. *Annals of Sixth World Congress of Bioethics*; 2002. p.80.
 36. Tri-Council Working Group on Ethics. Code of ethical conduct for research involving humans [final report]. Ottawa: The Medical Research Council of Canada, the Natural Sciences and Engineering Research Council of Canada, and the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada; 1997.
 37. Benson H, Friedman R. Harnessing the power of the placebo effect and renaming it "remembered wellness". *Ann Rev Med* 1996;47:193-9.
 38. Lapiere YD. Ethics and placebo. *J Psychiat Neurosci* 1998;23:9-11.
 39. Ridgway PF, Darzi AW. Placebos and standardising new surgical techniques. *Br Med J* 2002;325:560.
 40. Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde pública, bioética e equidade. *Bioética (CFM)* 1997;5:27-33.
 41. Fortes PAC. Como priorizar recursos escassos em países em desenvolvimento. *Annals of Sixth World Congress of Bioethics*; 2002. p.68.
 42. Alvarez AA. How rational should bioethics be? The value of empirical approaches. *Bioethics* 2001;15:501-19.
 43. Holm S. Critical analysis of principlism. *Annals of Sixth World Congress of Bioethics*; 2002. p.61.
 44. Grinberg M. Bioética: não chegue à beira do leito sem ela. *Cobinforme (Comissão de Bioética do HCMUSP e FMUSP)*; 2002.