

Folha de Informação rubricada sob nº _____ do processo nº _____

(a) _____

Parecer CoBi 005/08 – “Parecer sobre Internação Involuntária de paciente com tuberculose em tratamento irregular”

Parecer CoBi nº : 005/08

Título: Internação Involuntária de paciente com tuberculose em tratamento irregular.

Solicitante : SEAP -Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes HIV/AIDS – Casa da AIDS, através do Núcleo Especialidade em Direito – NUDI, solicita orientação nos procedimentos adequados, para determinar internação involuntária da paciente com tuberculose em tratamento, a fim de proteger a saúde de terceiros e a sua própria.

Ementa: Paciente portadora de HIV/AIDS e tuberculose apresentando quadro de insuficiência respiratória se recusa terminantemente a ser internada para tratamento. É proposto pelo SEAP CASA da AIDS do HC-FMUSP a internação involuntária.

Expediente avulso, Memº CAIDS. 266/2008 e GD nº 221-15099-2008, encaminhado pelo SEAP – Serviços de Extensão ao Atendimento de Pacientes HIV/AIDS – Casa da AIDS, onde é apresentado o caso de uma paciente em tratamento irregular de tuberculose há alguns anos com condições clínicas desfavoráveis e o potencial problema de Saúde Pública que representa; a médica do SEAP mantém contato com o plantão controlador do HC-FMUSP para o encaminhamento ao PSM de onde seria transferida para o Hospital de Campos de Jordão.

A paciente recusou terminantemente a transferência.

Sob o olhar da equipe médica, ao recusar o tratamento a paciente estaria colocando em risco a saúde de terceiros, assim sendo, a equipe médica buscou dispositivo legal que permitisse a internação involuntária.

Complementando o quadro informativo da paciente, a proponente Dra. Célia Torrens Wunsch, médica do SEAP, compareceu à reunião da Comissão de Bioética datada de 25/09/2008 a convite do Presidente da Comissão, para elucidar o assunto.

Foi esclarecido que:

“Trata-se de uma paciente lúcida, maior, capaz, com HIV/AIDS e Tuberculose, em tratamento irregular há mais de 05 anos. Comparece esporadicamente na UBS – Unidade Básica de Saúde e também no SEAP. Serviços de Extensão ao atendimento de pacientes HIV/AIDS – Casa da Aids”.

O ex-parceiro, que tem sido sua convivência social, está no momento em tratamento quimioterápico e apreensivo, pela fragilidade de seu estado, temendo contrair a tuberculose pelo convívio com a paciente.

Debilitada pelo quadro, compareceu ao SEAP para ser atendida pela equipe médica, com diagnóstico de insuficiência respiratória.

Relata também que exame executado, “teste de escarro” naquele momento era negativo.

Sempre que vai às consultas, é atendida rapidamente para evitar contágios com os outros pacientes, não é oferecida máscara para não ser estigmatizada”

Diante da consulta apresentada e os relatos pela expositora, é necessário fazer algumas considerações relacionadas ao caso em análise e a possíveis cenários envolvendo outros pacientes e situações

A paciente, por ser maior de idade e capaz, tem autonomia para tomar decisões e é responsável por sua vida.

Várias razões podem levar a não aderência ao tratamento contra a tuberculose, desde os eventuais efeitos adversos da medicação até a falta de motivação para tratar-se.

Não está claro porque a paciente não quer se tratar; como também não há registros se em algum momento a paciente teve oportunidade de explicar a recusa ao tratamento.

Pelo princípio da autonomia é reservado ao paciente o direito de escolher se tratar cotidianamente, esporadicamente ou mesmo negar qualquer tipo de tratamento.

Observa-se que o artigo 35º da Lei Estadual de nº 10.241 de 17/03/99 - Lei de Direitos dos Usuários da Saúde: “O paciente tem direito a uma morte digna e serena, podendo optar ele próprio (desde que lúcido), a família ou responsável, por local ou acompanhamento e ainda se quer ou não o uso de **tratamento doloroso** ou extraordinário para prolongar sua vida”.

A Constituição do Estado de São Paulo em seu artigo 219 diz: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado”.

O artigo 196 da Constituição Federal diz: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Portanto todos os cidadãos têm direito a saúde e aos serviços relacionados.

A saúde da paciente apresentava pelo menos três agravos: A tuberculose e a insuficiência respiratória, ambos relatados pela médica expositora, e a AIDS.

Quanto à tuberculose o teste de baciloscopia foi negativo naquele momento, mas a gravidade da paciente pelo quadro respiratório lhe impossibilitava a alta. Uma vez resolvida a insuficiência respiratória no atendimento de emergência do Pronto Socorro do HC-FMUSP, a equipe médica passou a considerar e propôs à paciente uma internação prolongada em Hospital fora da cidade de São Paulo (Campos de Jordão) para realizar tratamento contra a tuberculose.

Diante da recusa da paciente a internar-se, a equipe do SEAP Casa da AIDS, por acreditar que a paciente não tem feito o tratamento adequadamente, sugere a internação involuntária, alegando que a paciente representa risco à saúde pública.

O Código de Ética Médica em seu artigo 56 diz: Ao médico é vedado: desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida. Neste caso não há esta condição.

Resta então a alegação da equipe médica de que a paciente oferece risco à saúde pública por estar com tuberculose.

Ao que tudo indica, a paciente mora sozinha em seu apartamento e tem uma vida social restrita. Além disso, a paciente não apresenta bacilos ao exame de escarro. Portanto, não se apresenta motivação para a internação involuntária do ponto de vista de risco à saúde pública.

Diante deste caso concreto, e à luz da bioética, a paciente no momento em que se propôs à internação, apresentava capacidade para exercer sua autonomia e não aceitar a indicação da equipe médica, sem comprometer com sua decisão a saúde ou o bem estar de terceiros, pois os dados clínicos apresentados são insuficientes, para possível propositura de internação involuntária, considerando ainda o teste de baciloscopia negativo, portanto não apresentando risco a saúde coletiva.

A situação apresentada é aparentemente de solução direta, qual seja, não proceder à internação involuntária. Mas como seria se a paciente fosse bacilífera?

Em que circunstâncias seria lícito lançar mão do isolamento de paciente bacilífero com tuberculose pela internação involuntária? Quando se justifica o cerceamento da liberdade de um cidadão em nome da saúde coletiva?

No caso da tuberculose, com franca expansão da incidência de casos nos últimos anos, tem sido propostas algumas estratégias para o controle da transmissão da doença.

Assim, por exemplo, foi publicado em 19 de setembro de 2008, em periódico oficial do Center for Disease Control, CDC, Estados Unidos, sediado em Atlanta (**1º**) um artigo informando que as autoridades federais daquele país criaram um controle de passageiros que não podem embarcar em aviões por serem portadores de doença infecciosa com risco de transmissão para os passageiros. Este ato foi denominado de Do Not Board list (a idéia se traduz como “lista dos que não podem embarcar”).

Esta lista é organizada pelo CDC e por um departamento de segurança (Department of Homeland Security) a partir da solicitação de inclusão na lista de pessoas identificadas pelos serviços de saúde daquele país. Os critérios para incluir cidadãos nesta lista que restringe o uso de transponte aéreo nos EUA são os seguintes: 1) a pessoa é portadora de doença transmissível que represente uma séria ameaça à saúde pública; 2) a pessoa não está consciente das consequências de sua doença para a saúde de terceiros ou demonstra não

estar disposta a aderir ao tratamento ou às recomendações de comportamento para evitar a propagação da doença; 3) a pessoa tem possibilidades de fazer uso de transporte aéreo.

Pessoas com suspeita ou confirmação de tuberculose pulmonar estão explicitamente citadas neste artigo como um exemplo de aplicação desta regra de impedimento para viajar de avião. Também está explícito no artigo que para uma pessoa com tuberculose pulmonar sofrer a ação deste ato restritivo, critérios clínicos e laboratoriais do potencial de transmissão do caso devem ser cuidadosamente avaliados. Ou seja, é necessário afirmar e comprovar que a pessoa com tuberculose pulmonar de fato está em estágio de transmissão da doença a partir de avaliação microbiológica comprovada (presença da micobactéria em microscopia e /ou cultura de escarro).

Está claro que uma medida de exceção como esta, de impedir o livre trânsito de cidadãos com base em potencial de transmissão de uma doença infecciosa, só pode ser tomada quando há evidências cabais e confirmadas objetivamente por métodos de referência da condição do indivíduo de produzir novas infecções em outros cidadãos em circunstâncias de convívio incidental, como o é estar num ambiente fechado de uma aeronave sob circulação de ar em sistema hermético.

Em outro artigo, publicado pelo Jornal Brasileiro de Pneumologia em 2008, os autores relatam a boa experiência que se obtém, quanto à adesão ao tratamento da tuberculose pelo pacientes, quando este tratamento é feito em domicílio sob supervisão da equipe de saúde **(2º)** Esta experiência mostra uma outra atitude frente a casos tuberculose que tem potencial de baixa aderência ao tratamento, atitude esta viável, menos onerosa, mais adequada e menos traumática que a internação involuntária, que impõe uma ruptura completa da autonomia do cidadão que passaria à condição de prisioneiro.

É de conhecimento de todos que o Ministério da Saúde disponibiliza a todos os cidadãos brasileiros tratamento para a tuberculose, tão eficaz, que executado regularmente e aceito pelos pacientes, são liberados por alta de cura **(3º)**

Se a Tuberculose não tratada pode torna-se uma epidemia e aos portadores é reservado o direito de se tratar ou não, cabe ao Estado /União ampliar a discussão do tema com a sociedade civil em todos os segmentos estabelecendo diretrizes para as pessoas que não queiram se tratar. Evitando a propagação da doença e estigmatização aos portadores.

Torna-se necessário estender a discussão do tema à sociedade civil em todos os segmentos, construindo novas medidas de conduta, evitando a qualquer custo a internação involuntária.

Cabe aos dirigentes públicos proteger a saúde coletiva, em algumas circunstâncias a decisão por internação involuntária, pode-se concretizar, com amparo legal, mas não podendo deixar de considerar sempre o respaldo ético. Que as análises para viabilizar este caminho, sejam feitas caso a caso, não sendo tomada uma conduta generalista.

O importante é tomar decisões prudentes pois em nome do bem comum a humanidade já cometeu inúmeras atrocidades.

Em suas diversas áreas, humanas, físicas e jurídicas, o Estado não dispõe de recursos logísticos para acolher a internação, viabilizada através de imposição judicial, dos portadores da doença em questão.

Para buscar esta alternativa, há de se esgotar todos os meios disponíveis na conquista da aceitação voluntária do tratamento pelo paciente.

É relatado que, em média, 9% dos tratamentos no Estado de São Paulo, de um universo de 17.000 novos casos de pacientes por ano*, são considerados casos sem informação sobre o desfecho **(4º)**

Considerando os efeitos negativos de uma internação involuntária, a Comissão de Bioética é pautada por tomada de decisões prudentes, a viabilidade deste recurso será somente em casos extremos, quando esgotadas todas as possibilidades que nas diversas instâncias foram experimentadas.

Portanto, para este caso, a Comissão de Bioética não considera a internação involuntária um recurso que deva ser sugerido para o tratamento da tuberculose.

Nota Bibliográficas:

1º (**MMWR**, volume 57, número 37, páginas 1009 a 1012, texto anexado ao final deste parecer e acessado em 26/11/2008 no link <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5737a1.htm>)

2º (Maciel et al., Directly observed therapy using home-based supervisors for treating tuberculosis in Vitória, Brazil. Jornal Brasileiro de Pneumologia, volume 34, número 7, páginas 506-513).

3º (Manual Técnico para o Controle da Tuberculose – Ministério da Saúde – Cadernos de Atenção Básica nº 6 - Brasília DF

4º (Rev. Saúde Pública 2007;41(Supl.1):121 – Dados de Tuberculose do Estado de São Paulo.). www.scielo.br/pdf/rsp/v41/s1/carta/pdf

Sra. Vita Aguiar de Oliveira

Relatora

Membro da CoBi

Prof. Dr. Raymundo S. A. Neto

Revisor

Membro da CoBi

Aprovado em sessão de 27.11.2008, da CoBi

/vcn