

Ética Médica e Planejamento Familiar no Brasil

** Professor Titular de Obstetrícia, Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), São Paulo-SP.*

*** Professora Assistente Doutora, Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP, São Paulo-SP.*

** Anibal Faúndes*

*** Ellen Hardy*

Os autores discorrem sobre os princípios éticos básicos, entre os quais se destaca o princípio da autonomia ou liberdade individual, inerentes à prescrição de métodos de planejamento familiar. Alertam quanto ao autoritarismo médico, quanto ao necessário repasse de informações aos indivíduos que serão alvo do processo e, particularmente, quanto ao efetivo conhecimento e aquiescência dos mesmos à realização do método selecionado.

UNITERMOS _ Ética, autoritarismo, conhecimento pleno dos indivíduos, direito de escolha

tema da ética médica pode ser encarado desde a ótica do que estabelecem as leis e regulamentos, particularmente o Código de Ética Médica, aprovado pelo Conselho Federal de Medicina em 1988. Sem negar a importância e validade desse código e do respeito à lei, fundamentais para o convívio social, pretendemos focar o tema da ética em planejamento familiar sem restringir-nos à letra do código ou da lei, mas sim analisando as situações mais freqüentes enfrentadas pelo médico, sob uma perspectiva ética mais geral e abrangente.

A ética médica tem sido até agora discutida e analisada sob um enfoque quase que exclusivamente endógeno. Nós, médicos, observamos nossa conduta e a julgamos a partir de nosso ponto de vista, partindo do princípio de que o principal objetivo do médico é manter e recuperar a saúde das pessoas. Acreditamos que, do ponto de vista dos interesses da sociedade em geral, nossas ações serão éticas desde que procuremos honestamente, sempre, servir o que julgamos sejam os melhores interesses dos "pacientes". Raras vezes lembramos ou percebemos que pode haver uma diferença entre o que acreditamos que os pacientes precisam e o que elas ou eles desejam como perspectivas pessoais.

Essa atitude de que "sabemos o que é melhor para nossos pacientes" é reforçada pela conduta passiva adotada pela maioria das pessoas que aceitam as decisões médicas, já que partem do princípio de que possuímos o saber e o paciente não tem condições de avaliar o que poderia ser melhor para si mesmo.

Isto pode ser verdadeiro e justificável muitas vezes, particularmente em situações de emergência: frente a um infarto agudo do miocárdio, uma placenta prévia sangrando, um abdome agudo, por exemplo. Mas não é necessariamente certo em muitas outras circunstâncias, como o caso de um paciente que tenha câncer avançado e não é consultado se prefere um tratamento paliativo à uma cirurgia radical, que lhe proporcionará uma péssima qualidade do curto período de vida que ainda lhe reste.

Também costuma haver grande diferença entre o que o médico considera efeitos secundários sem maior importância de uma terapia e o que o paciente avalia como intolerável. Esta diferença é menos notada quando o tratamento tem por objetivo curar uma doença em que os efeitos do procedimento terapêutico confundem-se com os sintomas da própria doença: a dor do pós-operatório de uma colecistite aguda será muito menor que a dor provocada pela doença; bem como entende-se como esperada uma hemorragia moderada após prostatectomia.

Esta situação, entretanto, é bastante diferente no caso de uma mulher que solicita anticoncepção. Ela não está doente, não apresenta sintomas nem dor. Qualquer problema que derive do uso do método é novo e não será visto como próprio de "doença" que não existia, e será tolerado ou não, dependendo de sua gravidade, da forma como interfira nas rotinas diárias e na qualidade de vida da mulher, e sobretudo do seu nível de motivação para não engravidar.

Assim, no caso da anticoncepção é mais fácil perceber a diferença entre a perspectiva do médico e a da mulher, no tocante à qualidade do atendimento, e a imposição do ponto de vista médico acaba tendo ainda menor justificativa ética.

Princípios éticos básicos

Diversos autores propõem alguns princípios éticos básicos, entre os quais se destaca o princípio da autonomia ou liberdade individual, ou seja, todo indivíduo tem plena liberdade de decisão e de ação, desde que esta não interfira com os direitos de outras pessoas (Macklin, 1989; Cohen e Segre, 1994; Isaacs, 1995).

Também se dá importância ao princípio do utilitarismo ou da beneficência, que indicam que ações e política moralmente corretas são aquelas que resultam em maior benefício para cada indivíduo e para o maior número de pessoas numa sociedade.

Estes princípios têm aplicação direta na discussão das condutas éticas em planejamento familiar, tema que, apesar de objeto de múltiplas controvérsias, raras vezes é abordado sob um ponto de vista desapassionado, como pretendemos que seja esta proposta.

Com este objetivo, é importante começar definindo que entendemos por planejamento familiar a livre opção de cada indivíduo ter filhos no número e na oportunidade que julgue mais apropriada. Assim enfocado, o planejamento familiar apresenta estreita relação com o princípio da autonomia ou liberdade individual, entretanto requer certa tolerância das crenças e condutas dos outros.

Neste ponto estamos apenas concordando com a Constituição da República Federativa do Brasil, que no parágrafo 7º do artigo 226 cita que "fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal...(sendo) vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas".

Tradicionalmente, o principal problema ético encontrado na prática do planejamento familiar é a possibilidade que o médico tem de impor este ou aquele método, seja por ação direta seja por omissão de informar e oferecer métodos que a mulher ou o homem poderiam preferir àquele que o médico recomenda.

Visando facilitar a compreensão dos possíveis problemas éticos enfrentados pelo médico neste campo, propomos uma classificação dos diferentes métodos anticoncepcionais, de acordo com as possibilidades de imposição por parte do profissional de saúde, em prejuízo da liberdade individual do(a) cliente.

Classificação dos métodos segundo possibilidade de imposição

1. Início e interrupção de uso controlados pelo indivíduo.
2. Início de uso controlado pelo médico; interrupção controlada pelo indivíduo.
3. Início e interrupção de uso controlados pelo médico.
4. Início de uso controlado pelo médico; interrupção impossível ou muito duvidosa.

A seguir, discutiremos quais métodos correspondem a cada um dos grupos acima listados e analisaremos as possíveis formas em que a prática médica incorra em deslizamentos éticos, não respeitando a liberdade individual de seus clientes.

1. Métodos com início e interrupção de uso controlados pelo indivíduo

Neste grupo inclui-se o condom e, no Brasil, os métodos hormonais orais e injetáveis. Quanto a estes últimos, o grande problema é o uso inadequado, tanto no sentido do não respeito aos fatores de risco para uso quanto no de tomar as pílulas ou as injeções de forma equivocada (Costa e cols, 1990; Petta e cols, 1994). Frente às evidências da grande proporção de mulheres com patologias ou hábitos que elevam o risco de complicações cardiovasculares durante o uso da pílula, cabe questionar até onde o médico não falha, na sua obrigação ética de proteger a saúde de suas pacientes, ao atender uma mulher com essas patologias e não se preocupar em verificar se a mesma está usando este tipo de método (uma em cada cinco mulheres unidas em idade fértil o usam) e, em caso positivo, a orientar e oferecer alternativas. Inversamente, é obrigação ética de quem prescreve ou controla o uso destes métodos verificar se a mulher não representa uma dessas patologias ou condições que aumentam o risco a níveis inaceitáveis. Lamentavelmente, é freqüente o médico esquecer esta obrigação (Faúndes e cols, 1986).

Quanto ao condom, o problema deste método é que é um método controlado pelo homem e, em nosso meio, há uma evidente falta de poder da mulher para negociar seu uso. O médico, em geral, não tem uma responsabilidade ética direta. Parece-nos, apenas, que é obrigação ética do médico estimular o uso do condom e a responsabilidade masculina, tanto na procriação quanto na prevenção da transmissão de doenças. O enorme aumento na proporção de mulheres de baixo risco, infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) por meio de relações heterossexuais com um parceiro contaminado, demonstra a necessidade dessa atitude do médico com seus pacientes.

2. Início de uso controlado pelo médico _ interrupção controlada pelo indivíduo

Neste grupo encontram-se o diafragma e os métodos naturais, em que a medição do tamanho do diafragma e a orientação sobre como bem utilizar estes métodos é responsabilidade do médico ou de outro profissional de saúde. Mas após ter recebido as instruções e a prescrição, no caso do diafragma, é a mulher que determina a interrupção do uso.

A obrigação ética do médico limita-se a não ignorar que estes métodos existem e não deixar de prestar a informação correta, apenas por comodidade. Não há dúvida que é mais demorado e tedioso ensinar a usar o diafragma ou métodos naturais, mas essa não deve ser a razão para o não oferecimento destes métodos como alternativa. Também não é ético exagerar suas limitações para evitar que a mulher os solicite, dando muito mais trabalho que a prescrição de uma pílula, por exemplo.

3. Início e interrupção de uso controlados pelo médico

Neste grupo incluem-se o dispositivo intra-uterino (DIU) e os implantes: a mulher, teoricamente, decide a inserção e a remoção, mas depende do médico para ambos. Estes métodos oferecem maiores possibilidades de abuso que os anteriores, com os conseqüentes problemas éticos.

É possível realizar a inserção sem o conhecimento da mulher, como, por exemplo, no pós-parto imediato, intracessárea e no pós-aborto, o que de fato parece ter acontecido com freqüência em países com políticas demográficas explicitamente controlistas.

Outro problema ético deriva da negativa de remoção quando de solicitação pela mulher. Isto pode acontecer com a melhor das intenções, caso o médico julgue, de seu ponto de vista, não existir uma melhor alternativa anticoncepcional, que a mulher precisa evitar a gravidez ou que a moléstia relatada pela mulher como motivo para a remoção não é importante ou não é atribuível ao método (Hardy e cols, 1991).

Nesse caso, as boas intenções não justificam a imposição, pelo médico, da continuidade de uso de um método que a mulher já não quer mais utilizar. Como a remoção requer condições técnicas e treinamento específico, sobretudo no caso dos implantes, a negativa do médico em realizá-la é uma forma de ferir o princípio ético da liberdade individual que sobrepõe-se à concepção teórica do que seria melhor para a mulher, do ponto de vista médico.

A obrigação ética é prestar informações corretas à paciente, sem omitir ou distorcer quaisquer dados. Se após esses informes a mulher insistir em que não quer o método, só cabe ao médico aceitar esta decisão e oferecer alternativas, ainda que, na nossa sua opinião, elas não sejam tão boas como o método que, nesse momento, a mulher está deixando de usar.

Outro princípio, eticamente muito importante, é que antes de inserir um destes métodos a mulher tem o direito a receber, e o médico a obrigação de repassar, informações completas e corretas sobre a efetividade e os efeitos secundários que poderão ocorrer durante seu uso, sem omitir ou minimizar o que quer que seja. Além disso deve, ainda, oferecer outras alternativas anticoncepcionais, de forma que a escolha da mulher seja efetivamente livre. Obviamente, o médico poderá inserir um destes métodos caso a mulher o solicite.

Infelizmente, não é esta a atitude habitual do médico. Estudos efetuados entre usuárias de implantes têm demonstrado, por exemplo, claras diferenças entre clínicas no tocante a informação que as usuárias declararam ter recebido sobre os efeitos secundários esperados, principalmente alterações menstruais (Hardy e cols, 1990). Assim mesmo, estudos realizados em outros países têm mostrado a dificuldade de algumas mulheres obterem a retirada dos implantes (Hardy e cols, 1991).

4. Início de uso controlado pelo médico _ interrupção impossível ou muito duvidosa

Neste grupo encontram-se a ligadura tubária e a vasectomia, casos em que o indivíduo decide a cirurgia e o médico a realiza. Estes métodos devem ser sempre colocados como irreversíveis, porque sua reversibilidade é, no mínimo, duvidosa, cara e não acessível à maioria da população.

Tanto na ligadura tubária como nos métodos constantes do grupo anterior existem diversas possibilidades de abuso, que atropelam o princípio ético da liberdade individual. São os casos em que o método é realizado sem o conhecimento ou solicitação da mulher, raros, mas acontecem (Hardy e cols, 1996). Mais freqüentemente a ligadura é realizada sem a necessária informação completa sobre o método e/ou acesso a alternativas anticoncepcionais que a mulher poderia ter escolhido se fosse corretamente informada (Costa e cols, 1990).

Também não é ético fazer ligadura em momentos de estresse físico ou psíquico, nos quais a mulher não tem plenas

condições de refletir sobre o significado de uma decisão que afetará o resto de sua vida. Geralmente, é o caso de uma decisão tomada no curso do trabalho de parto, no meio de uma cesárea ou logo após um aborto, provocado ou espontâneo.

Para a mulher a principal consequência negativa deste tipo de conduta é o arrependimento, anos mais tarde, de ter-se laqueado. Estudos realizados com mulheres que vão se consultar em ambulatório de esterilidade solicitando reversão de ligadura, comparando-as com mulheres "ligadas" que nunca fizeram essa solicitação, pareadas por tempo desde a esterilização, mostram que a falta de informação sobre a cirurgia e o desconhecimento sobre outros métodos anticoncepcionais estão entre os fatores mais importantes, presentes no momento da ligadura, que se associam ao arrependimento posterior.

Esse mesmo estudo mostrou que quanto menor foi a participação da mulher na decisão de laquear-se, maior o risco de arrependimento, que chega a ser 10 vezes maior entre aquelas laqueadas sem seu conhecimento.

Outro assunto de questionamento ético poucas vezes lembrado é a conduta do médico que recomenda ou aceita fazer uma cesárea sem outra indicação que a de aproveitar a laparotomia para praticar uma ligadura. Esta prática é extraordinariamente freqüente, representando 40% do total de cesáreas praticadas em mulheres de nível sócio-econômico médio-baixo e baixo do estado de São Paulo (Hardy e cols, 1993).

Os médicos que a realizam parecem não entender que estão violando princípios básicos, como o de não causar riscos desnecessários. As evidências do maior risco materno e fetal do parto cesáreo sobre o parto vaginal, quando não há nenhuma indicação para a via abdominal de parturição, são atualmente incontestáveis (Costa, 1991).

Desta forma, parece-nos ser obrigação ética do médico nunca realizar a ligadura tubária ou vasectomia sem o pleno conhecimento e consentimento do indivíduo, ou decidir pela ligadura em situações temporárias de estresse físico ou psicológico (pós-parto, cesárea, pós-aborto) da mulher e, principalmente, não fazer cesárea somente para disfarçar uma laqueadura (Costa e cols, 1990).

Comentários Finais

Muitas, se não todas as observações anteriores, parecem ser demasiado óbvias para merecer publicação em revista dirigida aos médicos. Com raras exceções, que sempre existem, os médicos tentam beneficiar e evitar prejuízos para seus pacientes.

Como dissemos no início, o problema é que nos atribuímos a capacidade de saber o que nossos pacientes querem, ou ainda pior, achamos que sabemos melhor que a própria pessoa que atendemos o que ele (ou ela) deveria querer, e não nos preocupamos em averiguar qual é sua preferência.

Acreditamos que nosso "saber médico" está acima dos desejos de pessoas que carecem desse conhecimento. Assim sendo, muitas vezes não nos preocupamos em transmitir esse saber, para permitir uma escolha informada, porque acreditamos que a pessoa não tem capacidade para entender, outras vezes porque não temos tempo a perder, quando a escolha nos parece óbvia.

O conceito dos direitos de escolha de cada indivíduo, e a consciência de que ao realizarmos uma prescrição sem antes consultarmos a opinião das pessoas que sofrerão seu efeito é um desrespeito à sua liberdade, é novo para a maioria de nós. Esse direito de escolha é particularmente válido no caso do planejamento familiar. Portanto, faz-se necessário lembrarmos que ao desconsiderá-lo estamos violando o princípio ético básico da autonomia e liberdade individual.

Faúndes A, Díaz J, Díaz MM, Pinotti JA. Freqüência e adequação no uso de métodos contraceptivos por mulheres de Campinas. Rev Paul Med 1986;104:44-6.

Abstract _ *Medical Ethics and Family Planning in Brazil*

The authors write about the basic ethic principles inherent to the prescription of family planning methods, among which the autonomy or individual freedom principle is emphasized. They alert to the medical authoritarianism, the necessity of retransmitting information to individuals who will be the targets of the process, and particularly to their effective knowledge and consent to the execution of the method selected.

Bibliografia

Cohen C, Segre M. Breve discurso sobre valores, moral, eticidade e ética. Bioética 1994;2:19-24.

Costa CFF. Via de parto e mortalidade materna. In: Faúndes A, Cecatti JG; editores. Morte materna uma tragédia evitável. 2 ed. Campinas: UNICAMP, 1991: 217.

Costa SH, Martin IR, Freitas SRS, Pinto CS. Family planning among low-income women in Rio de Janeiro: 1984-1985. *Int Fam Planning Perspectives* 1990;16:16-28.

Hardy E, Báez C, Faúndes A, Alvarez F, Brache V. Implantes anticonceptivos NORPLANT®: opinión de mujeres dominicanas que usaron el metodo. *Acta Medica Dominicana* 1990;12:1-6.

Hardy E, Bahamondes L, Osis MJ, Costa RG, Faúndes A. Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. *Contraception* 1996;54:159-62.

Hardy E, Faúndes A, Alvarez F, Mora C, Souza TR. La extracción de los implantes anticoncepcionales sub-dérmicos: el punto de vista de la usuária. *Revista Iberoamericana de Fertilidad* 1991;9:43-9.

Hardy E, Osis MJ, Faúndes A, Alves G, Pinotti JA. A laqueadura tubária precoce e durante a cesárea: dimensões atuais e fatores que a determinam. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia* 1993;4:70-6.

Isaacs SL. Incentives, population policy and reproductive rights: ethical issues. *Stud Fam Plann* 1995;26:363-7.

Macklin R. Liberty, utility and justice: an ethical approach to unwanted pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 1989;3(suppl):37-49.

Petta CA, Faúndes A, Pastene L, Pinotti JA. User's awareness of factors associated with complications during pill use. *Adv Contracept* 1994;10:257-64.

Endereço para correspondência:

Anibal Faúndes

Universidade Estadual de Campinas

Departamento de Tocoginecologia

Faculdade de Ciências Médicas

Caixa Postal 1170

13083-970 Campinas - SP