

Recusa de assistência médica – caso clínico fatal de toxicod dependente VIH-positiva e algumas reflexões *Refusal of medical assistance – Case report of fatality in an HIV- infected drug user and some reflections*

Fernando Guimarães*, J. Ignacio Martin**

Resumo

Os Autores apresentam o caso de uma toxicod dependente infectada pelo VIH que chegou ao Serviço de Urgência em situação irreversível de choque séptico. Esta jovem tivera consultas esporádicas no hospital e deslocava-se diariamente ao centro de atendimento a toxicod dependentes local, integrada em programa de substituição com metadona. Apesar de todas as insistências e da compreensão da sua doença, recusou o acompanhamento médico, inviabilizando eventual tratamento, excepto na fase final do referido evento. Na discussão do caso, os AA. reflectem sobre a recusa de assistência médica e a problemática da toxicod dependência numa perspectiva essencialmente ética e social.

Palavras chave: Recusa de assistência médica; toxicod dependência; infecção VIH; perspectiva ética e social.

Abstract

The Authors report the case of a female HIV-infected drug user who presented to the Emergency Room with irreversible septic shock. This young woman had been an irregular outpatient and attended a local center for drug rehabilitation on a daily basis, as part of a methadone maintenance program. In spite of all medical recommendations given, and her complete understanding of the illness, she failed to attend scheduled appointments and complementary diagnostic tests, compromising any further treatment, until the final event. The AA.s reflect on the refusal of medical assistance and the problem of drug abuse, from an ethical and social perspective.

Key words: Refusal of medical assistance; drug abuse; HIV infection; ethical and social perspective.

Em Janeiro de 2000, R., de 23 anos de idade, foi enviada à Consulta de Medicina Interna do hospital pelo Centro de Atendimento a Toxicod dependentes (CAT) local, onde tomava metadona segundo programa de substituição. Apresentava nesta altura, resultado serológico positivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) tipo 1. Era toxicod dependente desde os 14 anos de idade, com uso de heroína intravenosa há mais de cinco anos, admitindo partilha de dispositivos utilizados na sua preparação.

Negava história de transfusões, icterícia, hepatites ou doenças venéreas; contudo, análises previamente executadas mostravam anticorpos contra o Vírus da Hepatite C e imunização natural contra o Vírus da Hepatite B, e aumento dos valores das aminotransferases cerca de 1.5 vezes acima do limite superior de

referência. Usava contraceptivo injectável trimestral; fumava 10 cigarros por dia.

Abandonara a escola sem concluir o 7º ano. Trabalhava como ajudante de mecânico de automóveis. Tinha um filho de cinco anos de idade. Uma irmã era também toxicod dependente.

Na consulta apresentava ansiedade, perspiração das mãos, sequelas cutâneas não recentes de injeções intravenosas nos antebraços, sendo o restante exame normal, e o estado geral bom. Foi aconselhada sobre as múltiplas implicações da sua infecção pelo VIH. Fez Reacção de Mantoux de 5 U e foram-lhe pedidos exames analíticos, incluindo estudo das subpopulações linfocitárias e carga vírica, radiografia do tórax, e consulta de Ginecologia. Não voltou a ter contacto com a instituição, faltando a três convocatórias consecutivas, a última formulada simultaneamente ao CAT por telefone.

Em Dezembro de 2001 veio novamente à Consulta, enviada por aquela instituição. Estava desempregada. Perdera 15 kg de peso, tinha aspecto emagrecido, discretas telangiectasias malares, possível candidíase versus leucoplasia pilosa da língua, e queimaduras de

*Assistente Graduado.

**Interno do Internato Complementar.

Serviço de Medicina Interna do Hospital S. Pedro, Vila Real.

Recebido para publicação a 05.06.03

Aceite para publicação a 17.11.04

cigarro no tórax e no abdómen, por adormecer em frente à televisão a fumar. Foi alertada para o perigo desse hábito, e de novo pacientemente aconselhada sobre a sua situação, revelando adequada compreensão da mesma e vontade de saber o estadiamento da infecção. Voltou a faltar ao mesmo conjunto de exames, consultas, e novos agendamentos de consulta. A pedido do CAT foi posteriormente marcada nova consulta para Dezembro de 2002, à qual não compareceu.

Às 22h16m de 5 de Janeiro de 2003 R. foi conduzida ao Serviço de Urgência (SU) do hospital, por prostração e dispneia nos dois últimos dias; queixava-se também de disfagia, dores abdominais, vômitos, tosse com expectoração, por vezes hemoptóica, há cerca de 1 mês. Fora aconselhada repetidamente no CAT, onde se mantinha em programa de metadona, a vir ao hospital, mas recusara. Residia agora com o companheiro, também toxicod dependente e infectado pelo VIH, numa caravana com péssimas condições de higiene.

Estava lúcida, cianosada, desidratada, com sinais de má perfusão periférica. A pressão arterial não era mensurável, a temperatura era de 32,8° C, a frequência respiratória 40 ciclos/m e estava taquicárdica. Apresentava candidíase orofaríngea exuberante, tiragem supraclavicular e intercostal, a auscultação do tórax não evidenciava sopros cardíacos, e havia diminuição do murmúrio vesicular na base direita. Tinha hepatoesplenomegalia ligeira e pequenas poliadenopatias generalizadas.

A radiografia mostrava opacidade pulmonar bilateral extensa de tipo interstício-alveolar, com broncograma aéreo (Fig. 1). A contagem de leucócitos era 27.900/mm³, com 71% de neutrófilos, 17,8% de linfócitos, 10% de monócitos; apresentava insuficiência renal, marcada elevação da LDH, hipalbuminemia, hipoxemia e grave acidose metabólica (Quadros 1 e 2).

Apesar da pronta abordagem, com soro fisiológico em perfusão intravenosa rápida, bicarbonato de sódio a 1.4% I.V., aquecimento com cobertor eléctrico, oxigénio por máscara com fi O₂ 50% e instituição de Ceftriaxone, Claritromicina e Fluconazol, a jovem veio a falecer duas horas depois da admissão.

Discussão

Numa perspectiva meramente clínica, o caso é simples: uma jovem toxicod dependente com más condi-



FIG. 1

ções sociais, não aderente a assistência médica para a sua infecção pelo VIH, adoece de modo subagudo com pneumonia e acaba por recorrer ao SU do hospital já em fase de sépsis com falência multiorgânica irreversível. Em rigor, atendendo a que não fez estudos laboratoriais das subpopulações linfocitárias nem de carga vírica do VIH, apenas o facto de ela apresentar candidíase orofaríngea nos permite admitir que poderia ter imunodepressão avançada. Este episódio final, com dificuldade respiratória, infiltrado pulmonar interstício-alveolar bilateral extenso, LDH elevada e hipoxemia, evoca a possibilidade de pneumonia por *Pneumocystis carinii*. Contudo, poderia tratar-se de uma pneumonia pneumocócica, tuberculosa, vírica, ou outra. O desfecho rápido e o facto de não se ter efectuado autópsia nem colheita de espécimes para estabelecimento de diagnóstico etiológico da sépsis e estadiamento da infecção VIH tornam inútil discussão adicional nesta vertente.

São deveres do doente zelar pelo seu estado de saúde, colaborar com os profissionais e respeitar as regras de funcionamento das instituições de saúde.¹ Contudo, pode o médico ou a instituição obrigar o paciente seropositivo ou com qualquer outra doença a submeter-se a tratamento? Julgamos que apenas quando, pela natureza da doença ou distúrbio psiquiátrico ou de comportamento, existe um risco grave para a sociedade, ou para o próprio, quando este for ou se encontrar manifestamente incompetente para tomar decisões,^{2,3} ou em determinadas situações de emergência.^{4,5} O doente pode recusar-se a ter seguimento ou tratamento médico, por muito severa que seja a sua situação, e, em respeito pela sua autonomia, a vontade do médico ou profissional de saúde não

QUADRO I

| | |
|---|---------|
| Leucócitos (por mm ³) | 27.900 |
| Neutrófilos | 71.4% |
| Linfócitos | 17.8% |
| Monócitos | 10.1% |
| Eosinófilos | 0.1% |
| Basófilos | 0.5% |
| Hemoglobina (gr/dl) | 12.2 |
| Plaquetas (por mm ³) | 304.000 |
| Tempo de Protrombina (seg.) | 16.7 |
| Tempo de Tromboplastina Parcial act. (seg.) | 80.2 |

QUADRO II

| | |
|--|-------|
| Glicose (mg / dl) | 189 |
| Ureia (mg/dl) | 149 |
| Creatinina (mg/dl) | 2.5 |
| Sódio (mmol/l) | 131 |
| Potássio (mmol/l) | 4.8 |
| TGO/AST (U/L) | 143 |
| TGP/ALT (U/L) | 19 |
| Fosfatase Alcalina (U/L) | 256 |
| GGT (U/L) | 105 |
| Amilase (U/L) | 456 |
| LDH (U/L) | 1632 |
| Proteínas (g/dl) | 8.4 |
| Albumina (g/dl) | 2.0 |
| Bilirrubina total (mg/dl) | 0.8 |
| Gasimetria arterial (fi O ₂ 21%): | |
| Ph | 7.02 |
| pO ₂ (mmHg) | 60.1 |
| pCO ₂ (mmHg) | 23.5 |
| Sat. O ₂ (%) | 74.2 |
| HCO ₃ (mmol/l) | 5.7 |
| EB (mmol/l) | -25.4 |

pode sobrepor-se àquela decisão. Autonomia pressupõe, no entanto, intencionalidade, compreensão da situação e ausência de factores exógenos coercivos que influenciem a decisão.^{5,6} O médico tem o dever de tentar sondar profundamente as causas da recusa do paciente, informá-lo, tranquilizá-lo e esclarecer-

lhe as dúvidas, crenças ou medos infundados, em suma, ganhar a sua confiança. Pode consegui-lo por vezes agendando nova consulta para data próxima, demonstrando a sua preocupação e disponibilidade.⁷ Esta estratégia de acordo com o princípio da beneficência não pode deixar de respeitar a preferência do doente devidamente informado.^{5,7}

No caso reportado, a infecção pelo VIH não configurava situação de emergência, a doente faltou voluntariamente às consultas e exames, e nunca foi inventariado comportamento intencional revestindo perigo para outrem. Não havia, pois, indicação para impor de modo coercivo o acompanhamento médico. Tanto a nível do hospital como no CAT, a equipa assistencial tentou convencer a paciente, sem sucesso. Nunca foi notada hostilidade ou desconfiança relativamente aos profissionais, e nas duas consultas a que compareceu, mostrou-se correcta e atenta.

A recusa de tratamento ou assistência médica, ou a reiterada não cooperação com a mesma, podem ter muitas causas, desde razões de ordem económica (p. ex. não poder custear encargos relativos à consulta e aos exames complementares e à medicação) ao desinteresse ou desleixo; à perda de auto-estima associada a depressão; à incapacidade intelectual transitória ou permanente (efeito de drogas ou álcool, psicose, encefalopatia, demência); à não aceitação ou compreensão da doença ou à não percepção da importância das consultas; à desconfiança ou falta de empatia na relação com o médico ou a instituição; ao receio de quebra da confidencialidade; até à recusa pura e simples, por parte de uma pessoa aparentemente competente, contra o seu próprio interesse, isto é, a recusa enigmática.^{7,8}

No caso de toxicodependentes infectados pelo VIH podem coexistir muitas destas razões. A abordagem é especialmente complicada em relação aos consumidores activos de drogas ilícitas e/ou álcool, os que não têm apoio familiar ou social, ou os que recusam qualquer tipo de ajuda. Não surpreendem, pois, as significativas taxas de abandono da consulta^{9,10} e do internamento.^{10,11} Acresce que neste segmento da população infectada pelo VIH existe elevada prevalência (cerca de 50%) de algum tipo de problema psicológico ou psiquiátrico.^{12,13}

É importante ver a infecção pelo VIH nestes pacientes – como também as hepatites ou complicações associadas ao consumo, desde as *overdoses* e infecções de partes moles e sistémicas aos acidentes e marginalidade – como um problema subsidiário

da toxicodependência. Esta perspectiva põe ênfase na necessidade de uma estratégia prioritária para a reabilitação. Apesar do aumento da oferta e da diversificação de programas de desintoxicação e reabilitação, em muitos casos o acesso é limitado e/ou os resultados decepcionantes a prazo. A integração destes adictos mal sucedidos em programas de substituição por metadona ou buprenorfina,^{14,15,16} os programas de troca de seringas,¹⁷ centros de tratamento integrado,¹⁸ o apoio de equipas de rua e outras iniciativas de solidariedade social, permitem reduzir os riscos e os custos para os próprios e a comunidade.^{19,20} Contudo, apesar dos esforços mais ou menos conjugados de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, e outras pessoas envolvidas nesta problemática, alguns destes toxicodependentes não conseguem uma vida integrada na sociedade, habitação e alimento seguros, emprego ou ocupação satisfatórios, por vezes mesmo a motivação ou os meios para frequentar as consultas necessárias.

O caso apresentado é em vários aspectos exemplar desta problemática: faz-nos reflectir sobre os motivos do insucesso perante a recusa de assistência médica (e tudo o que lhe está subjacente) e sobre a urgente necessidade de soluções mais ajustadas e centradas no paciente individual com dependência de drogas, para melhor atingir os objectivos da nossa prática. Tal reflexão aprofundada ultrapassa o âmbito deste artigo. ■

Bibliografia

1. Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Direcção Geral da Saúde. 2002.
2. Barreto J. Doença psíquica. In Archer L, Biscaia J, Osswald W Eds. Bioética, Verbo, Lisboa. 1996.
3. World Psychiatric Association: Declaration of Madrid, 1996; <http://www.wpanet.org/madrid.htm>.
4. Medical College of Georgia. Informed consent and confidentiality, 2000; <http://www.mcg.edu/gpi/Ethics/ph2syllabus/lessons/lesson3.htm>.
5. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics, 4th Ed. 1994, Oxford University Press.
6. Roque Cabral. Ética e Religião. In Archer L, Biscaia J, Osswald W Eds. Bioética. Verbo, Lisboa. 1996.
7. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Recusa competente de tratamento. In Ética Clínica. Uma Abordagem Prática de Decisões Éticas em Medicina Clínica, 4^a Ed. 1999, McGraw-Hill, Lisboa.
8. Layon AJ, Franklin C. Enigmatic refusals: the difference between a potential problem and one in a patient under our care. *Chest* 2004; 126 (2): 337-339.
9. Poças J. A Problemática da Infecção HIV nos doentes toxicodependentes. *Rev Port Doenças Infecciosas* 2000; 23 (3): 102-108.
10. Gonçalves Pereira J, Bentes de Jesus M. Toxicodependentes internados numa enfermaria de Medicina Interna: relato de uma experiência. *Medicina Interna (Portugal)* 2004; 11 (2): 75-81.
11. Anis AH, Sun H, Guh DP *et al.* Leaving hospital against medical advice among HIV-positive patients. *CAMJ* 2002; 167 (6): 633-637.
12. O' Connor PG, Selwyn PA, Schottenfeld RS. Medical care for injection-drug users with Human Immunodeficiency Virus infection. *N Engl J Med* 1994; 331 (7): 450-459.
13. Rabkin JG, Johnson J, Shu-Hsing L *et al.* Psychopathology in male and female HIV-positive and negative injecting drug users: longitudinal course over 3 years. *AIDS* 1997; 11: 507-515.
14. MacGowan RJ, Brackbill RM, Rugg DL *et al.* Sex, drugs and HIV counselling and testing: a prospective study of behaviour-change among methadone-maintenance clients in New England. *AIDS* 1997; 11: 229-235.
15. Langendam MW, Van Brussel GHA, Coutinho RA *et al.* Methadone maintenance treatment modalities in relation to incidence of HIV: results of the Amsterdam cohort study. *AIDS* 1999; 13: 1711-1716.
16. Moatti JP, Carrieri MP, Spire B *et al.* Adherence to HAART in French HIV infected IDU: the contribution of buprenorphine drug maintenance therapy. *AIDS* 2000; 14: 151-155.
17. Bluthenthal RN, Kral AH, Gee L *et al.* Effect of syringe exchange use on high-risk injection drug users: a cohort study. *AIDS* 2000; 14: 605-611.
18. Sarmiento Castro R, Sousa Barros A, Gonzalez J *et al.* Tuberculose em doentes com SIDA. Tratamento completo sob observação directa. *Rev Port Pneumol* 2001; VII (2): 289-296.
19. Woods JW, Guldish JR, Sorensen JL *et al.* Changes in HIV-related risk behaviours following drug abuse treatment. *AIDS* 1999; 13: 2151-2155.
20. French MT, McGeary K, Chitwood DD *et al.* Chronic illicit drug use, health services utilization and cost of medical care. *Soc Sci Med* 2000; 50 (12): 1703-1712.