

Atualização Bibliográfica

Gabriel Oselka

Esta Secção apresenta resumos de artigos sobre bioética recentemente publicados, alguns dos quais são acompanhados de um conteúdo editorial. Esses resumos são elaborados a partir de artigos originais ou de matérias inseridas na publicação mensal Bioethics Literature Review (University Publishing Group, Frederick, Md. Estados Unidos).

[A discussão a respeito do suicídio assistido ganhou ainda mais força nos Estados Unidos a partir de março de 1996, quando um Tribunal Federal de São Francisco derrubou, por 8 votos a 3, uma lei do Estado de Washington que tornava o suicídio assistido um crime. Na sua decisão, o Tribunal argumentou que os indivíduos têm o direito de escolher o momento e a forma de sua própria morte, um direito que não poderia ser suplantado pelo interesse do Estado em preservar a vida ou impedir o suicídio, desde que o indivíduo estivesse mentalmente competente e com uma doença terminal. A controvérsia torna-se ainda mais acirrada a partir de um estudo publicado no final de junho na revista Lancet, pelo eticista Ezequiel J. Emanuel, que analisou, pela primeira vez com base científica, o ponto de vista de pacientes americanos com câncer a respeito da eutanásia e suicídio assistido. O autor concluiu que, ao contrário do que se acredita habitualmente, os pacientes com dor muito intensa aprovam a eutanásia ou o suicídio assistido menos freqüentemente que outros pacientes com câncer. A conclusão de Emanuel é que existe uma divergência significativa entre o ponto de vista do público a respeito do suicídio assistido em tese e a forma como os pacientes com câncer reagem quando confrontados com dor muito intensa e doença terminal. De acordo com Emanuel, "nossos dados indicam que os pacientes com câncer, que têm dor, estão realmente interessados em se livrar da dor, e não em morrer". O estudo também verificou que pacientes com depressão são os que com mais freqüência contemplan a possibilidade de eutanásia ou suicídio assistido.]

Delegados da Associação Médica Americana criticam assistência em suicídios

(AMA delegates assail assistance in suicides)

Washington Post, 26 June 1996, A3

Em junho de 1996, a Assembléia dos Delegados da Associação Médica Americana (AMA) resolveu, por maioria esmagadora, reafirmar a forte oposição da AMA ao suicídio assistido e sugeriu a intensificação de esforços para preparar médicos capazes de prover alívio da dor e atender a outras necessidades dos pacientes que estão perto do fim de suas vidas. Por votação praticamente unânime, os 430 delegados presentes recomendaram que a organização lute nas Assembléias Legislativas Estaduais e nos Tribunais de Justiça contra iniciativas que legalizariam o suicídio assistido por médico. Os que apoiaram essa posição argumentaram que os advogados do suicídio assistido por médico não conseguiram fazer uma clara distinção entre o direito do paciente de recusar tratamento médico que prolonga a vida, sistema que a AMA apóia, e a intervenção ativa por parte do médico para terminar uma vida. De acordo com os relatos publicados, somente um médico defendeu mudança na posição da AMA, durante uma discussão de vinte minutos antes da votação. Este único delegado que apresentou voto contrário afirmou que muitos médicos apóiam seu ponto de vista, mas não têm suficiente coragem para falar sobre esse assunto, por medo de serem estigmatizados da mesma forma que o dr. Kevorkian. Ele sugeriu que é uma desonestidade intelectual da AMA manter uma posição de purismo ético e, por outro lado, se omitir quando o suicídio assistido por médico é praticado à beira do leito.

Dever de revelar o risco de doença

(Duty to disclose risk of disease)

B.T. McNamara (Chicago, Estados Unidos).

Infectious Diseases in Clinical Practice 1996; 5: 29-32.

No contexto das atuais discussões a respeito de consentimentos esclarecidos e da obrigação dos médicos revelarem informação a respeito da doença ao paciente, pode-se afirmar que o direito do paciente saber é limitado de alguma forma pelo julgamento do médico se este conhecimento for prejudicial à capacidade de o paciente participar nas decisões a respeito do futuro tratamento de uma doença? De acordo com o autor, esta é uma questão central no debate atualmente em curso entre médicos, eticistas, juristas e representantes do público. Este

artigo discute o pensamento legal vigente e decisões judiciais que se referem ao assunto. Por exemplo, em relação à revelação, quando se considera um determinado risco de evolução de uma doença suficientemente especulativo de forma a não tornar obrigatória a revelação? Por um lado, uma Corte do Estado de Illinois concluiu que quando um determinado risco é especulativo, a revelação não seria obrigatória, mas sugeriu, também, que quando a percentagem de associação fosse superior a 70% o médico seria obrigado a revelar uma doença grave, independentemente do risco psicológico. Entretanto, a Suprema Corte do Estado de Kansas decidiu que a revelação não está relacionada à percentagem ou probabilidade de uma determinada evolução, mas à prática dos médicos na comunidade na qual a revelação é efetuada.

[Talvez já não devêssemos, mas continuamos a nos surpreender com a diversidade de situações médicas que são levadas à Justiça americana e com a facilidade, aparente pelo menos, com que os tribunais daquele país tomam decisões relacionadas à prática médica. Que um juiz estabeleça um critério de probabilidade acima do qual uma revelação obrigatoriamente tenha de ser feita independentemente do risco psicológico que esta traga ao paciente é no mínimo discutível. O Código de Ética Médica hoje vigente no Brasil privilegia de forma clara a autonomia do paciente, ou seja, o seu direito de participar das decisões que dizem respeito à sua vida e bem-estar. Obviamente, isto só é possível conhecendo a sua doença e os fatos a ela relativos. Entretanto, o Código de Ética Médica afirma que embora a regra absolutamente geral seja que os médicos devem sempre informar os seus pacientes a respeito da sua doença e da sua possível evolução, faz a ressalva de que isso não deve ocorrer quando a revelação puder causar danos ao paciente (art. 59 - Código de Ética Médica).]

As pessoas podem ser responsabilizadas por suas doenças?

(Could we hold people responsible for their own adverse health?)

J. Harris (Manchester, Reino Unido).

Journal of Contemporary Health Law and Policy 1995; 13:147-53.

Segundo o autor, é muito atraente o ponto de vista de que as pessoas deveriam ser responsáveis pela sua própria saúde e que a assistência médica deveria ser priorizada com base nesta responsabilização. Partindo do princípio de que é razoável e justo responsabilizar as pessoas pelas próprias doenças e priorizar a assistência médica a partir disso, seria possível implementar uma política de saúde com tais premissas, de forma ética, e seríamos capazes de arcar com os custos de fazê-lo? Para responder a essa pergunta o autor reviu alguns argumentos que defendem a idéia de que é ético e razoável, em princípio, responsabilizar total ou parcialmente os indivíduos pelas suas doenças. O autor passa a analisar, então, os tipos de instituições sociais que seriam necessárias a fim de implementar uma política de priorização com base na responsabilidade pessoal de cada um. O problema fundamental, ressalta ele, é que é claro que qualquer lista que se pretenda séria de indivíduos que têm responsabilidade sobre suas doenças deveria incluir uma elevada proporção de toda a população; por exemplo, as pessoas que praticam esportes radicais, as que têm profissões perigosas ou mesmo pessoas que vivem em cidades industriais.

[Na medida em que mesmo nos países industrializados os recursos alocados para a saúde vão se tornando insuficientes para resolver todos os problemas, surgem vez por outra propostas como essa. Os candidatos mais óbvios aos últimos lugares na lista de prioridades seriam os alcoolistas e os fumantes, com doença hepática ou pulmonar, respectivamente. Entretanto, como bem salienta Harris, a implementação coerente de uma política como essa forçosamente levaria a uma discussão sem fim a respeito do que representa risco evitável e o que é risco inevitável. Por exemplo, se é possível, pelo menos em tese, instar as pessoas a deixarem de fumar, de beber ou de praticarem esportes radicais, certamente é complicado estimular ou exigir que todos os habitantes de Cubatão ou de São Paulo se mudem para áreas menos poluídas ou que operários que trabalham em andaimes elevados ou mineiros, que trabalham em condições insalubres, deixem suas ocupações e procurem profissões menos arriscadas.]

"Dêem-me crianças ou morrerei!" Novas tecnologias de reprodução e danos à criança

("Give me children or I shall die!" New reproductive technologies and harm to children)

C.B. Cohen

Hastings Center Report 1996; 26: 19-27

Seria errado utilizar técnicas de reprodução assistida para gerar crianças se houvesse um risco significativo de que as mesmas tivessem grave comprometimento ou doença como consequência do uso dessas técnicas? Neste artigo o autor aborda essa questão salientando que alguns advogados da liberdade de procriação argumentam que

mesmo que as crianças nascessem com alguma doença grave atribuível à técnica utilizada isto não seria razão, a não ser em casos raros, de restringir sua utilização. Alguns argumentam que as crianças somente seriam prejudicadas se elas tivessem, devido a essas técnicas, doenças tão graves que a vida seria pior que a não-existência. Somente nesses casos se poderia dizer que elas teriam sofrido dano considerável. De acordo com o autor, essa surpreendente afirmação levanta questões intrigantes. O que significa dano considerável? Analisando esta questão, diz o autor, é necessário considerar a possibilidade de que existem padrões diferentes de dano considerável que seriam aplicáveis a crianças: quando seus pais estivessem pensando em concebê-las e após a concepção e nascimento. Deve ser criado um padrão de dano considerável aplicável a crianças que vão ser concebidas, diferente de um padrão que se aplica as já nascidas. Além disso, salienta o autor, é preciso levar em conta a preocupação que decisões de não conceber crianças porque elas poderiam ter defeitos congênitos graves desvaloriza a vida daquelas que estão vivas e que nasceram com esses defeitos.

[Felizmente, esse espinhoso problema até agora não se colocou concretamente. Ao contrário, resultados de estudos recentemente divulgados mostram que as crianças nascidas com a utilização de técnicas de reprodução assistida têm um desempenho intelectual superior ao de crianças de mesma idade e condição socioeconômica comparável. A explicação para isso, naturalmente, não está nas técnicas de reprodução assistida, mas talvez no fato de que essas crianças, por terem sido intensamente desejadas, receberam uma estimulação maior ou de qualidade melhor do que as crianças com as quais elas foram comparadas.]

Amarrados e amordaçados: Associação Médica Americana - regras antiéticas do seguro-saúde comprometem a comunicação

(Bound and gagged: AMA - unethical managed care rules stifle communications)

American Medical News, 5 february 1996, 1.

A Associação Médica Americana (AMA) urgiu as MCOs (Managed Care Organizations - organizações com políticas de assistência à saúde que oferecem planos de assistência de certa forma semelhantes aos oferecidos pelas empresas de seguro-saúde brasileiras) a interromperem imediatamente a prática de inclusão de uma cláusula de "mordaça" em contratos com médicos. As cláusulas de mordaça impedem que os médicos informem completamente seus pacientes a respeito dos detalhes dos contratos. Algumas cláusulas estipulam que os médicos não podem discutir opções terapêuticas que não são cobertas pelo plano, outras proíbem o encaminhamento a médico que não faz parte do plano, mesmo que esse encaminhamento seja de interesse do paciente. Outras, ainda, proíbem os médicos de discutirem sua relação financeira com o plano, especialmente quando há incentivos para que os médicos ofereçam menos cuidados aos seus pacientes. O Conselho de Assuntos Éticos e Judiciais da AMA declarou que essas cláusulas são antiéticas e prejudiciais aos pacientes e solicitou que os membros da AMA não as obedecessem, porque prejudicam a qualidade do consentimento informado.

[De acordo com Schlesinger e cols. (American Journal of Psychiatry 1996; 153:256-60), desde a década de 80 houve uma mudança dramática na prática médica nos Estados Unidos. Antes disso, os médicos tinham controle quase completo nas decisões a respeito do tratamento de seus pacientes, incluindo a forma de tratá-los durante uma internação hospitalar. As circunstâncias mudaram e limitaram a independência do médico. Seguradoras e outros tipos de organizações introduziram o sistema de pré-pagamento e os autores salientam que enquanto em 1980 menos de 10% dos planos de saúde americanos incorporavam algum tipo de auditoria, em 1990 a quase totalidade (95%) dos americanos tinham planos de seguro-saúde que incorporavam algum tipo de revisão clínica. Por causa disso, a autonomia dos pacientes foi comprometida, direta e indiretamente. Se, por um lado, alguns observadores salientam que estas restrições representam uma ameaça à capacidade dos médicos de atuarem como agentes de defesa de seus pacientes, outros argumentam que essas mudanças forçaram os profissionais de saúde a responderem ao interesse da sociedade na contenção de custos. Para tentar avaliar o que realmente está acontecendo, Schlesinger e cols. enviaram um questionário a 2.500 psiquiatras que praticam medicina hospitalar, perguntando-lhes se os hospitais ou as seguradoras de alguma forma os pressionaram a mudar suas práticas ou procuraram desencorajar a admissão de certo tipo de paciente. Mais de 3/4 dos que responderam relataram que tinham sido pressionados pelas seguradoras para darem altas precoces; 2/3 indicaram que os hospitais limitam o tempo de permanência, e aproximadamente 50% indicaram terem sido desencorajados de admitir pacientes com doença grave e pacientes sem qualquer tipo de seguro privado. A gravidade da situação atual pode ser também ilustrada por um caso relatado por Frieden (Internal Medicine News, 15 January 1996, 49), qual seja: uma paciente de 35 anos procurou tratamento devido a vários sintomas. Seus médicos, pertencentes a uma organização de seguro-saúde, solicitaram vários exames e sugeriram diferentes diagnósticos durante um período de 11 semanas, antes de encaminharem a paciente a um gastroenterologista, que diagnosticou um carcinoma de reto, que tinha perfurado o cólon. A paciente morreu seis meses depois. Um tribunal de júri da Califórnia determinou o pagamento de 2,9 milhões de dólares à família da paciente. Isso ocorreu porque o advogado da família argumentou que os incentivos financeiros oferecidos pelo seguro-saúde aos médicos da

paciente os encorajaram a não encaminhar a paciente a um especialista, o que acabou causando sua morte. É costume se afirmar no Brasil que em termos de assistência médica sempre estamos correndo atrás do que os americanos fazem. Certamente não é para nós motivo de orgulho constatar que neste campo particular os americanos só agora estão tendo que encarar práticas que no Brasil já são comuns desde que as medicinas de grupo e os seguros-saúde foram criados durante o regime militar.]

Uma obrigação de prover serviços de aborto: o que acontece quando os médicos recusam?

(An obligation to provide abortion services: what happens when physicians refuse?)

C. Meyers, R. D. Woods (Bakersfield, Estados Unidos).

Journal of Medical Ethics 1996; 22: 115-20.

A facilidade de acesso a serviços que praticam o abortamento nos Estados Unidos está diminuindo, em parte porque, agora, muitos estados possuem uma legislação que torna fácil aos médicos se recusarem a realizar abortamentos desde que assinem uma declaração escrita dizendo que têm uma objeção moral, ética ou religiosa a respeito. Neste artigo, os autores apresentam uma crítica à legislação vigente na Califórnia e procuram analisar o assunto de forma mais geral, discutindo quanto é apropriado para os médicos declararem uma objeção de consciência à realização do aborto. Argumentam que a lei da Califórnia é falha, porque não leva em conta as obrigações morais dos médicos de proverem serviços e porque simplifica o processo de tomada de decisões morais a ponto de transformá-la em uma banalidade. Os autores argumentam que os médicos têm uma obrigação importante de prover serviços, incluindo serviços de abortamento, e por isso cabe-lhes o ônus da prova de justificar a isenção desse dever. Nos casos em que o médico deseja ser isentado do seu dever, ele ou ela deveriam mostrar de que forma a obrigação de realizar abortos representaria uma grave ameaça às suas crenças religiosas ou morais fundamentais .

[Na medida em que aumenta no país a discussão a respeito dos projetos de lei ora em tramitação no Congresso Nacional, que descriminalizam o aborto em algumas situações além das hoje previstas em lei, discute-se também quais seriam as obrigações dos médicos na realização de abortos, considerando-se que eles se tornassem mais comuns. Por um lado, tal conjectura seria inócua se pessoas desprovidas de recursos concretamente não tivessem onde realizar os abortos eventualmente permitidos pela nova legislação; por outro lado, pelo menos no momento atual, leis semelhantes às existentes nos Estados Unidos e Inglaterra, que aceitam por parte dos médicos justificativas de ordem moral, religiosa ou ética para não praticarem o aborto, mesmo quando empregados em serviços públicos, parecem-nos pragmaticamente inevitáveis e justificáveis do ponto de vista ético e moral.]