

# ATUALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

---

Gabriel Oselka

*Esta Secção apresenta resumos de artigos recentemente publicados sobre bioética, alguns dos quais acompanhados de comentário 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., EUA).*

## ■ Opção obrigatória-um plano para aumentar o envolvimento da comunidade na doação de órgãos

(Mandated choice-a plan to increase public commitment to organ donation)

A. Spital (Rochester, EUA).

*Journal of the American Medical Association 1995; 273: 504-6.*

O objetivo deste estudo foi avaliar a opção obrigatória, um sistema que exige dos adultos competentes uma decisão prospectiva sobre se desejam ou não ser doadores de órgãos ao morrerem. De acordo com esse programa, seria exigido que todos os adultos competentes decidissem e registrassem prospectivamente se eles desejam ou não tornar-se doadores de órgãos ao morrer, decisão essa que não poderia ser mudada pelos familiares. Esse objetivo poderia ser conseguido mediante a pergunta sobre uma possível doação de órgãos quando a pessoa tirasse pela primeira vez ou renovasse sua carteira de motorista, ou nos formulários de imposto de renda. Para obter a carteira de motorista ou para que os formulários de imposto de renda fossem aceitos, a questão teria que ser respondida. Uma eventual mudança de opinião poderia ser facilmente comunicada, a qualquer momento, por escrito.

Para o estudo, foi entrevistada por telefone, uma amostra representativa de 1002 adultos, com idades a partir de 18 anos, escolhidos aleatoriamente. Embora a maioria dos entrevistados já tivesse pensado, pelo menos um pouco, a respeito de doação de órgãos, somente 25% avaliaram o assunto com cuidado. Na análise geral, 30% haviam decidido doar seus órgãos, mas 58% ainda estavam indecisos e somente 38% tinham comunicado seu desejo a um membro da família. Apesar disso, a vasta maioria, 82%, acredita que o melhor modo de obter o consentimento para doação de órgãos é que cada adulto decida por si mesmo, ao invés de deixar a decisão para a família. Se o sistema de opção obrigatória fosse adotado, 63% concordariam com a doação, 24% não concordariam e 13% estavam indecisos.

A conclusão do autor é que, hoje, somente uma pequena parte do público americano está comprometido com a doação de órgãos e relativamente poucas pessoas consideraram cuidadosamente o assunto e comunicaram suas opções a respeito a um familiar. Assim, a difícil questão do consentimento para a doação é deixada para a família. Apesar disso, a maior parte das pessoas acredita que idealmente todos os adultos deveriam responder essa questão por si mesmos, em contraste com a atual conduta, que é centrada na família. Esse desejo de autodeterminação seria respeitado pela opção de escolha obrigatória. Se a opção obrigatória se tornasse lei, parece que a maioria dos adultos escolheriam a doação, aumentando, assim, o número de doadores, o que é hoje uma necessidade premente.

*[Embora a implantação de um programa do tipo opção obrigatória em nosso meio envolva, evidentemente, problemas logísticos extremamente complexos (especialmente quanto à garantia de que o desejo do optante seja respeitado), O atrativo deste programa é que há claramente um respeito muito maior à autodeterminação da pessoa do que nas propostas que envolvem a doação presumida, como as que atualmente estão em tramitação no Congresso Nacional. Para outros comentários a respeito de doação presumida, ver a seção Bioética e Direito, nesta edição de Bioética.]*

## ■ O aperfeiçoamento genético pode ser proibido ?

(Can human genetic enhancement be prohibited?).

W. Gardner (Pittsburg, EUA) .

*Journal of Medicine and Philosophy 1995, 20: 65-84.*

Neste artigo, o autor procura rediscutir as proibições do emprego da engenharia genética, levando em consideração o papel que a competição pode ter como incentivo para o uso do aperfeiçoamento genético. Se o aperfeiçoamento genético é possível, argumenta o autor, é provável que haverá demanda por ele, na medida em que pais e nações competem para produzir crianças saudáveis e trabalhadores competentes. A proibição de realizar procedimentos que levem ao aperfeiçoamento genético seria instável, haja vista que se a proibição fosse desrespeitada por alguns, outros estariam em desvantagem se continuassem a respeitá-la, tornando provável sua não sustentação.

[Na medida em que vão surgindo novos e cada vez mais sofisticados métodos de manipulação gênica, é inevitável que problemas como os levantados pelo autor passem a ocupar o centro das discussões bioéticas nas décadas futuras. Se for possível, será ético que os pais escolham o sexo dos seus filhos, a cor dos olhos e tantas outras características físicas? Será lícito que nações embarquem em programas que deliberadamente procurem privilegiar certas características consideradas desejáveis em detrimento de outras ?

Os interesses e as paixões envolvidos serão imensos e é certo que a discussão será das mais complexas e apaixonantes.]

#### ■ **Conduta sexual inadequada na prática da obstetrícia e ginecologia. Considerações éticas**

(Sexual misconduct in the practice of obstetrics and gynecology: ethical considerations)

*Comitê de Ética do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas  
International Journal of Gynecology & Obstetrics 1995; 48: 239 - 42.*

O Comitê de ética do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas apresenta as seguintes considerações:

1- Contato sexual ou relacionamento romântico entre um médico e um paciente que está sendo por ele/a tratado é sempre antiético;

2- Contato sexual ou relacionamento romântico entre um médico e um ex-paciente também pode ser antiético. Os possíveis riscos para ambas as partes devem ser cuidadosamente considerados;

3- A solicitação do médico ou do paciente de ter um acompanhante presente durante um exame físico deve ser respeitada, independentemente do sexo do médico. A presença de uma terceira pessoa durante o exame pode trazer benefícios para o paciente e o médico, independentemente do sexo do acompanhante;

4- O exame do paciente deve ser realizado com o mínimo de contato físico necessário para obter os dados indispensáveis para o diagnóstico e o tratamento;

5- Os médicos devem evitar inferências sexuais e observações sexualmente provocantes;

6-É importante que os médicos estejam atentos para o aparecimento de indicações precoces de que o limite entre os sentimentos sexuais normais e uma conduta inadequada não está sendo respeitado. Alguns exemplos: privilegiar a marcação de consultas, ver a paciente fora dos horários normais do consultório ou fora do consultório, levar a paciente para casa;

7-Os médicos envolvidos com educação médica devem trabalhar ativamente para incluir como parte do currículo básico informações a respeito da vulnerabilidade tanto do médico como do paciente;

8- Médicos que têm conhecimento de casos de conduta sexual inadequada por qualquer profissional de saúde têm a obrigação de relatar essas situações às autoridades apropriadas.

O Comitê conclui que uma conduta sexual inadequada por parte de médicos é um abuso do poder profissional e uma violação da confiança do paciente. Ela coloca em risco o bem-estar dos pacientes e traz um imenso potencial de dano. A proibição ética quanto à conduta sexual inadequada de médicos é antiga e poderosa e a sua aplicação à medicina contemporânea é essencial.

[O crescente número de queixas de pacientes que têm chegado aos Conselhos de Medicina acerca do assédio sexual de médicos é o melhor atestado de que este é um problema importante também em nosso meio, e deve ser enfrentado com coragem e determinação].

#### ■ **Incentivos econômicos para a doação de órgãos. Aspectos éticos de contratos futuros para a doação de órgãos de cadáveres.**

(Financial incentives for organ procurement. Ethical aspects of future contracts for cadaveric organs)

*Conselho de Assuntos Éticos e Judiciais da Associação Médica Americana.  
Archives of Internal Medicine 1995; 155: 581 - 9.*

O Conselho aborda o uso de incentivos econômicos para encorajar a doação de órgãos de cadáveres. Aqueles que propõem incentivos econômicos argumentam que os incentivos para a doação aumentariam o suprimento de órgãos

e estenderiam o controle dos indivíduos sobre seus próprios corpos. Embora o Conselho acredite que um mercado aberto e não regulado de doação de órgãos levaria a abusos éticos muito graves, outras formas de incentivos econômicos podem ser eticamente permissíveis.

Para muitos, a idéia de qualquer tipo de incentivo para doação é inerentemente desagradável e sujeita a graves abusos éticos. Muitos temem que os incentivos econômicos para doação prejudicariam o altruísmo na sociedade, seriam coercitivos para os pobres, prejudicariam a qualidade do suprimento de órgãos e desumanizariam a sociedade na medida em que seres humanos e seus órgãos fossem vistos como meros objetos. Embora estas preocupações sejam importantes, o Conselho não acredita que elas justifiquem a proibição de todas as formas de incentivos econômicos.

Talvez a forma mais promissora de incentivo econômico para a doação de órgãos seja o pagamento de uma quantia modesta para a doação de órgãos de cadáveres, quando os mesmos fossem retirados. De acordo com esse plano, um adulto poderia concordar, enquanto ainda competente, em doar órgãos após a morte. Uma agência estatal concordaria em dar alguma remuneração financeira à família do doador. Assim, de acordo com esse contrato, chamado contrato futuro, o benefício financeiro para a doação iria para a família após a morte de doador, quando da retirada dos órgãos, mas a ação de doar seria feita pelo doador competente enquanto ainda vivo. Depois de discutir extensamente os argumentos favoráveis e contrários, o Conselho apresenta as seguintes propostas:

1 - Não devem ser permitidos incentivos para a doação de órgãos de doadores vivos;

2 - Seria adequado oferecer incentivos econômicos ao futuro doador, e não à sua família ou qualquer outra pessoa.

Ao tomar a decisão de doar o possível doador deve ser um adulto competente e para ser doador não pode ter cometido suicídio;

3- Qualquer incentivo deve ser de valor moderado e corresponder a menor quantia que se pode razoavelmente esperar venha a encorajar a doação de órgãos. O incentivo deve ser administrado por uma agência estatal, o que permitiria um controle completo sobre o incentivo econômico a ser oferecido;

4- O pagamento de qualquer incentivo somente deveria ocorrer após os órgãos retirados terem sido julgados medicamente adequados para transplante;

5- Os incentivos não devem interferir na alocação dos órgãos doados aos possíveis receptores. A distribuição dos órgãos para o transplante deve ser determinada apenas por critérios éticos apropriados, relacionados à necessidade médica.

*[O Dr. Volnei Garrafa, da Universidade de Brasília, comenta: a comercialização do corpo humano tem origem muito complexa. Em termos morais, deriva da tendência deste século XX de mercantilizar qualquer coisa: não somente os produtos mas também a natureza, o conhecimento, os sentimentos, o próprio corpo. Em termos científicos, deriva das descobertas que tornaram possíveis a troca e a utilização de partes do corpo, assim como do fato de que alguns campos de pesquisa e atuação foram privilegiados em detrimento de outros (xenotransplantes ou peças de substituição mecânica, de acordo com o caso, já poderiam ter resolvido o problema da escassez de órgãos para transplantes, por exemplo). Em termos econômicos, origina-se no flagrante desequilíbrio entre o excesso de demanda e a insuficiência da oferta (como é evidente na questão do sangue e, outra vez, dos órgãos para transplantes).*

*Algumas entidades internacionais, como a American Medical Association, através do seu Conselho de Assuntos Éticos e Judiciais, vêm desde o início dos anos 90 trabalhando argumentos no sentido de coincidir o bem com o útil (ou o benefício com a utilidade). Ou seja, o que é benéfico para uma pessoa fisicamente necessitada (receber um rim) é útil para outra economicamente necessitada (receber um "incentivo" financeiro). De qualquer modo, em todas as situações, invariavelmente, é sempre uma pessoa com poder de compra que adquire o órgão, e uma pessoa pobre quem o vende.*

*A compra e venda de órgãos para transplantes surgiu na Índia nos anos 80, e lentamente começa a ampliar suas fronteiras. Enquanto o tema é rechaçado na Europa, nos Estados Unidos a simpatia para com a questão cresce, possivelmente devido à arraigada cultura capitalista norte-americana. No Brasil, existe uma oferta estatística suficiente de órgãos, devida, principalmente, ao elevado número de acidentes fatais de trânsito. A inexistência de um sistema nacional de captação, seleção e distribuição destes órgãos, no entanto, não deve justificar a introdução de "incentivos financeiros" para facilitar a captação dos mesmos, seja de pessoas vivas, mortas ou que venham a falecer. Nossa cultura se contrapõe frontalmente a isso.*

*A tendência brasileira (o latino, em geral) é direcionada à reafirmação da idéia de que o corpo é res non*

*commerciabilis. Ou seja, que o homem e a mulher, suas funções e suas partes, não podem ser mercantilizadas: a) seja por razões de princípio; b) seja porque isso pressupõe uma diferença educacional ou econômica (mesmo quando a compra-venda tenha a aparência de um contrato estipulado entre "iguais"), ou mesmo o aumento da desigualdade que empurra os mais frágeis em direção à expropriação física do corpo, em qualquer situação.]*

■ **Conversa de elevador. Um estudo observacional de comentários inadequados em ambiente público**

(Elevator talk: observational study of inappropriate comments in public space)

*P.A. Ubel e cols. (Filadélfia, EUA).  
American Journal of Medicine 1995; 99: 190.*

O sigilo profissional é respeitado rigorosamente ?

Embora os profissionais de saúde tenham jurado manter o sigilo de seus pacientes, violações de privacidade são provavelmente muito comuns. Tem sido observado, por exemplo, que os médicos não respeitam o sigilo profissional quando estão em ambientes públicos, como elevadores de hospitais, restaurantes e mesmo eventos sociais.

Neste estudo, os autores procuraram determinar o tipo e frequência de comentários inadequados feitos por funcionários de hospitais enquanto viajam em elevadores. Observadores tomaram elevadores em cinco hospitais, procurando ouvir comentários que poderiam ser feitos por funcionários e que fossem considerados inadequados. Todos os comentários possivelmente inadequados foram revistos pelos pesquisadores e classificados de acordo com quatro critérios. No total, foram avaliadas 259 viagens de elevadores. Os observadores ouviram 39 comentários considerados inadequados. Comentários inadequados mais freqüentes representavam violações de sigilo profissional, seguidos por observações não-profissionais nas quais os médicos conversavam entre si de forma a levantar dúvidas sobre sua capacidade ou desejo de prover atendimento de alta qualidade aos seus pacientes. Os observadores também ouviram comentários depreciativos sobre a qualidade do atendimento prestado no hospital, bem como comentários depreciativos sobre pacientes. Médicos estavam envolvidos em 15 dos comentários, enfermeiras em 10 e outros funcionários do hospital nos restantes.

*[Este interessante artigo chama a atenção para um problema bem conhecido mas inexplicavelmente pouco valorizado. É comum que médicos comentem a respeito de seus pacientes com outros colegas, esquecendo-se que o seu dever de manter o sigilo aplica-se também a outros profissionais de saúde, a não ser que estes estejam diretamente envolvidos na atenção ao paciente em questão.]*

■ **O Grupo holandês favorece o distanciamento de médicos da eutanásia.**

(Dutch group favors distancing doctors from euthanasia).

American Medical News 1995; 11 September: 7.

A Real Associação Médica holandesa endureceu sua política a respeito da eutanásia, indicando que seria melhor que os candidatos a morte piedosa dessem fim a terminassem a suas próprias vidas, ao invés de depender de um médico. Embora essa mudança de orientação não deva ser obrigatoriamente seguida pelos médicos, as diretrizes do grupo têm tido muita influência nas políticas adotadas pelo governo holandês; assim, essa redefinição poderia mudar a prática da eutanásia na Holanda. A mudança de política representa o reconhecimento de que a eutanásia continua sendo problemática para os médicos, cuja primeira responsabilidade é de curar.

De acordo com Roelof Mulder, porta-voz da Associação, " a responsabilidade de solicitar a eutanásia é dos pacientes e eles deveriam ser responsáveis por levar a efeito a prática tanto quanto possível, se fisicamente capazes ". As novas diretrizes favorecem o suicídio assistido por médico, ou seja, é o paciente quem pratica o ato, freqüentemente por uma superdosagem de drogas fornecidas por um médico. De acordo com Mulder, a nova ênfase na responsabilidade dos pacientes pretende aliviar o estresse emocional que os médicos experimentam quando praticam a eutanásia.

*[Para nós, é surpreendente a importância que ultimamente vem ganhando a discussão a respeito do suicídio assistido por médicos. Muito recentemente, o Conselho de Assuntos Éticos e Judiciais da Associação Médica Americana considerou eticamente inaceitável a participação de um médico em suicídio assistido ou eutanásia (ver Bioética, 1993; 1:100-1), e a discussão na Holanda era tradicionalmente centrada na participação dos médicos na eutanásia, e não no suicídio assistido. Agora, as diretrizes da Real Associação Médica Holandesa e duas recentes decisões de tribunais americanos colocam o suicídio assistido por médico no centro das discussões sempre acaloradas e apaixonadas a respeito do papel e participação dos médicos em procedimentos que abreviam a vida de pacientes considerados incuráveis. De acordo com matéria publicada no jornal "Folha de São*

Paulo" em abril de 1996: " Um tribunal federal de apelação de Nova York (Costa Leste dos EUA) autorizou médicos dos Estados de New York, Vermont Connecticut a ajudar pacientes a cometer suicídio.

Segundo os três juízes que tomaram a decisão, prescrever remédios a pacientes terminais é a mesma coisa que desligar um aparelho que mantém alguém vivo.

'Os médicos não se tornarão assassinos ao receitar um medicamento que acelera a morte, ' afirmaram os três juízes.

Pelo texto, apenas o médico pode prescrever drogas que acelerem a morte de pacientes, desde que estes estejam mentalmente lúcidos e possam tomar os medicamentos sozinhos.

Há dois meses, um tribunal federal de apelação de San Francisco (Califórnia) aprovou sentença permitindo que os médicos pratiquem o suicídio assistido.

'Que interesse tem o Estado em prolongar a agonia de alguém?,' argumentou um dos juízes.

'O Estado tem o dever de cuidar da vida dos mais frágeis', disse a secretária da Justiça de Nova York, Dennis Vacco. 'Ao abrir esta porta, o tribunal também nos conduz àquela dos abusos impossíveis de serem detectados a tempo. '

Ela anunciou que vai apelar contra a decisão na Suprema Corte. A igreja Católica também criticou a medida dos juízes. "

As discussões a respeito da eutanásia e, principalmente, do suicídio assistido são ainda incipientes em nosso país. Acreditamos que o citado documento do Conselho de Assuntos Éticos e Judiciais da Associação Americana é muito ponderado e adequado à nossa realidade. As principais conclusões do Conselho são:

1. O princípio de autonomia dos pacientes competentes exige dos médicos o devido respeito às suas decisões de renunciar a tratamentos que prolonguem a vida. Entendem-se como tais aqueles que servem para prolongar a vida sem reverter a condição médica de base. Exemplos de tratamentos que prolongam a vida: ventilação mecânica, diálise renal, quimioterapia, antibióticos, hidratação e nutrição artificiais;

2. Inexiste diferença ética entre não iniciar ou suspender tratamentos que prolonguem a vida;

3. Os médicos tem a obrigação de aliviar a dor e o sofrimento e de promover a dignidade e autonomia dos pacientes terminais que estão sob seus cuidados. Isso inclui a administração de tratamento paliativo (como a analgesia, por exemplo), ainda que esse tratamento possa vir a apressar a morte;

4. Os médicos não devem praticar a eutanásia nem participar de suicídio assistido. Apoio, consolo, respeito à autonomia do paciente, boa comunicação e controle adequado da dor podem reduzir, de forma dramática, a demanda de eutanásia e suicídio assistido. Embora em algumas circunstâncias se reconheça que a morte é certa e grande é o sofrimento, os riscos do envolvimento de médicos em intervenções que causem a morte do paciente são muito grandes para a sociedade. Daí não ser permitido, pelo menos por enquanto, a participação de médicos em eutanásia ou suicídio assistido.]