

ATUALIDADES

Marco Segre

A Seção Atualidades objetiva pôr o leitor em contato com situações questionáveis, singulares e até mesmo humorísticas, sob o enfoque ético. Os relatos desta Seção serão sucintos e diretos. Igualmente, serão noticiados cursos, seminários, simpósios e congressos, no Brasil e no mundo, concernentes à Bioética.

Aborto e abandono

Um anônimo publica na revista *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* um relato de sua pungente angústia, e a de sua namorada, quando ela engravidou (isto, há 20 anos). Ele tinha 19 anos e estava "loucamente apaixonado", e ela há muito pouco ultrapassara a barreira jurídica dos 18 anos. Comprovada a gravidez, decidiram-se pelo aborto (que era legal, no estado em que viviam). O relato traz à luz todas as hesitações do casal, embora ele fosse racional e declaradamente a favor da interrupção da gravidez indesejada, e ela "estranhamente calma" e "obediente". É referida a extraordinária dificuldade em achar um profissional médico que se dispusesse a realizar a prática, tendo sido obrigado a "baixar" gradativamente o nível das clínicas visitadas, finalmente beirando os limites da clandestinidade. O autor destaca o enorme "abandono" do casal, não tendo sua parceira sequer se sentido à vontade para contar o fato à própria mãe, que, inclusive, a repreendeu quando soube que o aborto fôra realizado. O autor dá ênfase ao gigantesco sentimento de culpa que o abateu, desde quando esperou sua namorada na ante-sala da clínica de abortos (onde, assinala, só estavam presentes pessoas de classes muito pouco favorecidas) e ouviu, à distância, algumas explicações dadas à parceira, chegando a fantasiar que se estaria até tramando a sua morte. Não pode ele esquecer as lágrimas da parceira, retornando para casa logo após o aborto. Atribuía, àquela altura, toda a responsabilidade pela gravidez a si mesmo, "impulsionado por sua paixão e por seus hormônios".

Conclui essa reflexão com uma constatação amarga: poderia ter sido pior, para ele e o seu "primeiro amor". Mas que diferença no tratamento que ele recebeu e o que é dado a pessoas financeiramente em boas condições e que não precisam esconder-se para interromper uma gravidez! Que falta de apoio psicológico mais efetivo, ainda mais tendo em conta que sua namorada apenas saía da menoridade legal! Lembra o autor que em 1998 comemorou-se os 25 anos de legalização do aborto _ *Roe v. Wade* _ pela Corte Suprema dos Estados Unidos. Conclui o seu relato com o registro de que há quem pense "que essas situações devem ser mesmo difíceis", mas, acrescenta, "os que assim pensam são desorientados ou simplesmente cruéis".

[Até parece ser "brasileira" esta triste história! Em que pese os sentimentos de culpa serem de índole pessoal, não cabendo responsabilidade, por eles, ao sistema, é alarmante a falta de infra-estrutura para dar apoio sanitário, psicológico e social a situações como esta. Por mais que procuremos ser "progressistas", está ainda presente o espírito trazido magistralmente pelo ator Fernandel, ao cinema de mais de 30 anos atrás: representando um médico, assistindo a uma parturiente, dizia-lhe soturnamente, diante de suas queixas de dor: já que comeste a maçã, trata de cuspir o caroço!]

Anonymous. First choice. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 1999;8:413-5.

O paciente parcial

É bastante sutil, e extremamente atual, o artigo de Greaves sobre o "paciente parcial". Discorre ele sobre o *managed care*, sistema pré-pago de prestação de assistência médica, quando o profissional de saúde e o usuário devem obedecer normas visando à prevenção de determinadas patologias, com o fim de "baratear" o custo assistencial. Esse sistema, bastante em voga nos EUA, tende a ser introduzido no Brasil, "premiando" o médico quando o seu "controle sobre a saúde do usuário" signifique menores gastos para os financiadores e "castigando" o usuário quando as despesas ultrapassem um teto contratual, mormente se as medidas de prevenção houverem sido desobedecidas.

O paciente parcial, isto é o paciente "sob controle", situa-se numa "zona cinzenta" em que não é considerado plenamente são; muitos aceitam essa situação, até porque consideram não existir outra alternativa, e entendem ter passado a desempenhar um papel social, já sancionado pelo sistema assistencial. Uma importante decorrência desse novo "papel social" é a ambigüidade, tensão e mal-estar.

Os usuários habitam um "mundo de limites imprecisos", não estando claramente doentes nem totalmente são. Por um lado, a medicina os considera anormais, embora se sintam bem e normais durante a maior parte do tempo. O mais importante é que esse novo papel do usuário é extremamente angustiante. Ainda que se justifique essa forma de medicina como sendo preventiva da doença e da dor, ela, na verdade, está criando outra forma de sofrimento. Esta reflexão não pretende invalidar todo o estilo *managed care*: visa, isto sim, a estimular a análise de novas formas de prevenção que não impliquem em maiores dificuldades para o sucesso da medicina como um todo.

[É importante esse enfoque das implicações éticas da nova forma assistencial, managed care. Reconhece-se que toda prática assistencial tem custos, e que esses custos devem ser assumidos por alguém, seja ele "o convênio", o Estado ou o próprio usuário; é porém inegável a violência que sentimos diante dessa forma de se tratar a vida e a saúde humanas como mercadoria. Talvez sejamos os últimos românticos, herdeiros do espírito de uma constituição progressista, em que saúde era vista como dever do Estado e direito do cidadão, mas a "rendição" às regras de um "mundo globalizado" nos causa perplexidade.]

Por essa razão, acolhemos com interesse artigos como o de Greaves, que apontam para a iatrogenia da surveillance medicine.

Conforme se vê, rola por terra a tão somente pragmática (e não ideológica) autonomia dos americanos do Norte, quando se trata de impor normas de vida aos usuários de serviços de saúde, para que tenham o direito de receber os cuidados necessários à sua preservação.

Greaves D. The creation of partial patients. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 2000;9:23-27.

Qual o preço do potencial reprodutivo?

Recentemente, uma peleja jurídica surgiu entre o Emmanuel Hospital, em Portland, Oregon, e Robert Eubanks Jr., que alega ter deixado seu esperma

depositado no laboratório da instituição, material esse posteriormente perdido. O júri avaliou em 1,25 milhão de dólares a indenização a ser paga. O autor do processo adoeceu da moléstia de Hodgkin, e ia iniciar uma quimioterapia. Sabedor da possibilidade de tornar-se estéril por conta do tratamento (era estudante de Medicina), tendo somente 25 anos, depositou o esperma, por três vezes, no laboratório do hospital, visando a uma procriação futura.

Anos depois, tendo superado a moléstia, pretendeu constituir família, mas havia se tornado efetivamente estéril.

Procurando o hospital, soube que o seu sêmen fôra perdido. Daí o processo, e daí a indenização, que estava três quartos de milhão abaixo do que Eubanks e seus advogados teriam achado "razoável".

Essa pendência demonstra a enorme diferença que se faz, em termos financeiros, entre o sêmen de um "doador anônimo", ao qual é pago no máximo 50 dólares, com relação ao esperma considerado insubstituível, cuja perda põe em jogo as possibilidades de uma pessoa procriar.

É incerto se o caso criará precedente jurídico, mas sabe-se já existir um processo do casal Scarsdale, de Nova York, contra o Mt. Sinai Medical Center, requerendo indenização de 70 milhões de dólares pelo fato de a instituição ter utilizado o esperma do marido, armazenado, sem prévia autorização.

O autor conclui propondo que os hospitais invistam maiores cuidados para proteger-se financeiramente no exercício do que denomina atividades mundanas.

[Não me surpreende esse tipo de demanda. A idéia de "poder ter filhos genéticos" tem enorme força na nossa cultura. Portanto, a perda dessa capacidade, ainda mais em país como os Estados Unidos, em que a querela indenizatória é quase a norma, só pode mesmo ser ressarcida em milhões de dólares].

Woolfrey J. What price reproductive potential? Hastings Cent Rep 1998;28:47.

Aids

No segundo caso já documentado, um médico infectado pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) positivo, "quase certamente" contaminou um paciente por ocasião de uma cirurgia. Um ortopedista francês realizou intervenções em um paciente, em 1992 e 1993. Feriu-se durante o ato, perfurando suas luvas mais de uma vez. O cirurgião acredita ter-se contaminado através de um paciente, em 1983, não tendo a infecção sido diagnosticada até 1994. O Ministério da Saúde Pública da França contactou 5.000 pessoas já operadas pelo médico, desde 1983; das 966 que responderam, e foram testadas, apenas uma foi positiva.

Na França, onde os cirurgiões têm a permissão de exigir de seus pacientes testes relativos ao HIV, antes de cirurgias profundas, esse caso reabriu polêmica quanto ao direito de os pacientes também cobrarem de seus médicos a realização de exames referentes à infecção pelo HIV.

[A infecção pelo HIV, entre outros malefícios para a humanidade, veio minar irreparavelmente a confiança entre as pessoas. Amantes, namorados, pais e filhos, amigos e, agora, mesmo médicos e pacientes, tornam-se inimigos potenciais por força do medo que uns e outros têm de ser infectados pelo vírus. Já não bastassem os males decorrentes do cada um por si, que desde sempre vem imperando!]

Davis D.S. Legal trends in bioethics.: J Clin Ethics 1997;8:104.