

ATUALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Esta secção resumos de artigos sobre bioética recentemente publicados, alguns dos quais são acompanhados de um 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. Estados Unidos).

Custo da ressuscitação cardíaca calculado em 150 000 dólares por sobrevivente.

(Cost of heart revival put at \$150 000 per survivor.)

New York Times (21 de março de 1993):27.

Médicos da Duke University avaliaram a evolução de 146 pacientes que receberam reanimação cardiopulmonar (RCP) em uma enfermaria clínica ou cirúrgica de 1988 a 1991. Os médicos verificaram que a maioria dos pacientes jamais recuperou a capacidade de respirar por conta própria e passou seus últimos dias em respiradores em unidades de terapia intensiva. Embora 84 dos 146 pacientes (56%) submetidos a RCP tenham sido ressuscitados, somente sete (5%) apresentaram recuperação suficiente para receber, finalmente, alta hospitalar. O custo total de salvar a vida destes 84 pacientes foi de 1,1 milhão de dólares; entretanto, quando o custo foi medido em termos dos que tiveram alta hospitalar foi de 150 mil dólares para cada um dos sete.

Nos Estados Unidos, tenta-se RCP em cerca de um terço dos pacientes que morrem em hospitais. Muitos destes pacientes são idosos ou têm doenças terminais, como câncer ou insuficiência cardíaca. Um dos pesquisadores da Duke University, Christopher O' Connor, salientou que a RCP desencadeia uma avalanche médica e concitou os médicos a discutirem com seus pacientes como gostariam de ser tratados em caso de parada cardíaca. Nestes casos, diz O' Connor, os médicos deveriam ter os custos em mente e "o custo da RCP deveria ser levado em consideração quando o médico aconselha um paciente sobre solicitá-la ou não". Em estudo semelhante a respeito de prolongamento de vida em pacientes com câncer, publicado em fevereiro no *Journal of the American Medical Association*, pesquisadores relataram que tratamentos muito caros geralmente acrescentaram pouco ao tempo de sobrevivência. Entre os 150 pacientes do estudo, aqueles que estiveram internados em unidades de terapia intensiva por outras razões que não recuperação pós-operatória tiveram custos hospitalares de 82 845 a 189 339 dólares por cada ano de vida ganho.

[Os dois estudos citados pelo jornal americano enfatizam, uma vez mais, a grande preocupação que existe, mesmo nos países desenvolvidos, com os custos crescentes da assistência médica. Embora esse tipo de análise (custo-benefício) possa parecer, à primeira vista, eticamente repugnante, não há como dele fugir em situações onde recursos escassos devem ser alocados prioritariamente a quem mais possa deles se beneficiar. Trata-se de discussão que, paradoxalmente, ainda é incipiente no Brasil, mas que, inevitavelmente, ganhará força nos próximos anos.]

Aceitando a morte sem nutrição ou hidratação artificiais.

(Accepting death without artificial nutrition or hydration.)

R.J. Sullivan, Jr. (Durham, Estados Unidos). *Journal of General Internal Medicine* 1993; 8:220-4.

A partir da experiência de pacientes conscientes e orientados que aceitaram a morte sem nutrição e hidratação, o autor efetuou revisão da literatura sobre os efeitos da retirada de alimentos e água e examinou os efeitos físicos e emocionais da desidratação e fome. A questão levantada era se a alimentação por sonda oferece alívio que suplanta o desconforto e o risco médico envolvidos. Utilizando relatos de casos clínicos e a revisão da literatura, o autor conclui que a desidratação e a fome prolongadas não induzem dor e trazem desconforto limitado, decorrente da secura da boca, que pode ser controlado. O autor conclui que para pessoas com doenças que trazem sofrimento intolerável e para as que não têm esperança de voltar a ter uma vida com interação dignificante com outras pessoas, a retirada de fluidos e alimentos pode ser cogitada, sem a preocupação de que isso contribua para o sofrimento do paciente.

[Em artigo resumido em edição anterior desta revista *Bioética* 1993; 1:99) Von Preyss-Friedman e cols. comentam que os problemas relativos à hidratação e nutrição artificiais estão entre os mais controversos da prática médica e que alguns médicos e administradores hospitalares acreditam que o direito do paciente de opinar sobre tratamentos que prolonguem a vida não se aplica à hidratação e nutrição artificiais, pois consideram que esses procedimentos fazem parte dos cuidados básicos devidos aos seres humanos e não representam intervenção médica. Entretanto, a partir da resposta de clínicos e geriatras a um questionário por eles enviado, os autores concluíram que a maioria

dos médicos consultados desejaria, em certas circunstâncias, limitar a alimentação por sonda de pacientes asilados, portadores de doenças crônicas. Nessas decisões, a escolha do paciente parece ser o fator preponderante.

A experiência de enfermeiras no cuidado de lactantes anencefálicos que são possíveis doadores de órgãos.

(Nurses' experience caring for anencephalic infants who are potential organ donors.)

L. Van Cleve.

Journal of Pediatric Nursing 1993; 8:79-84.

O uso de lactentes anencefálicos como doadores de órgãos sempre foi controverso. Enquanto alguns vêem estas crianças como doadoras em potencial de órgãos saudáveis, já que elas sobrevivem apenas poucos dias ou semanas depois do nascimento, outros notam que lactantes anencefálicos não estão mortos de acordo com as atuais definições legais, porque ainda têm tronco cerebral funcional. Neste artigo é discutido um estudo que explora alguns dos dilemas éticos vividos por enfermeiras que cuidam de crianças anencefálicas doadoras de órgãos. O estudo descritivo de 75 enfermeiras que cuidaram diretamente de crianças anencefálicas revelou um problema ético: a maioria se perguntava se o programa permitia que os lactantes tivessem qualquer dignidade como pessoas. Outras preocupações referiam-se às experiências de dor das crianças, confusão sobre a interpretação dos sinais de morte cerebral e confusão sobre a resposta fisiológica das crianças.

_ Anencefalia - transplante de órgãos?

(Anencephaly—organ transplantation?)

PA. Byrne, J.C. Evers, R.G. Nilges (Oregon,

Estados Unidos).

Issues in Law & Medicine 1993; 9:23-4.

Os autores analisam o caso de uma criança anencefálica de Ft. Lauderdale, Flórida, cujos pais solicitaram à Justiça autorização para a retirada de alguns de seus órgãos vitais, não comprometidos, com finalidade de transplante. A petição dos pais solicitava uma determinação judicial no sentido de que crianças anencefálicas sejam consideradas legalmente mortas para o objetivo de transplante. O tribunal rejeitou a petição e a negativa foi sustentada pela Suprema Corte da Flórida. Assim, a Corte rejeitou uma expansão da lei vigente naquele Estado, que incluiria anencefalia na definição legal de morte.

Os autores procuram demonstrar que as tentativas de declarar morta uma criança com anencefalia representam mais um passo na progressiva aceitação de algo menos que a morte legal para o objetivo de angariar órgãos transplantáveis.

[Os dois artigos precedentes mostram que na Europa e nos Estados Unidos a discussão a respeito da utilização precoce, para transplante, de órgãos de crianças com anencefalia está longe de ter interesse apenas acadêmico, como poderia parecer à primeira vista no Brasil. Muitas famílias de crianças anencefálicas, reconhecendo a inevitabilidade da morte e querendo dar alguma finalidade à existência da criança, insistem na retirada precoce de órgãos, o que obviamente melhoraria as perspectivas de sucesso dos transplantes. Como demonstra a decisão da Supremo Corte da Flórida, por enquanto essas demandas não têm sido atendidas.]

_ As leis contra o suicídio assistido são inconstitucionais?

(Are laws against assisted suicide unconstitutional?)

Y. Kamisar.

Hastings Center Report 1993; 23:32-41.

Devido às atividades do Dr. Jack Kevorkian, os deputados do Estado de Michigan aprovaram legislação que torna o suicídio assistido um crime punível com pena de prisão de até quatro anos. A legislação proíbe qualquer pessoa que conheça a intenção de outra de cometer suicídio de "prover intencionalmente os meios físicos" ou "participar intencionalmente em um ato físico". Depois que a legislação foi sancionada pelo governador, a União Americana para as Liberdades Cívicas entrou com processo na Justiça, em nome de dois pacientes com câncer que estão em estado crítico, questionando a constitucionalidade da lei. Segundo a União, a lei proíbe que um profissional de

saúde, familiar ou amigo ajude uma pessoa competente e com doença terminal que deseja apressar sua morte e viola o "direito à garantia de privacidade" da Constituição Estadual. O autor, que acredita que o processo chegará até a Suprema Corte, discute o "direito de cometer suicídio" e as diferenças entre suicídio assistido e eutanásia voluntária ativa.

A conclusão do autor é que qualquer Estado que proíba o suicídio assistido poderá fazê-lo com base em justificativas que vão muito além da doutrina religiosa e da moralidade e que "essas justificativas são suficientemente persuasivas para sustentar a constitucionalidade". Finalmente, o autor questiona se "em um ambiente onde o suicídio é considerado a coisa racional a ser feita, ou pelo menos uma opção razoável", passará a ser considerado não razoável não recorrer a ele?

[Independente da constitucionalidade ou não do suicídio assistido, o Conselho de Assuntos Éticos e Judiciais da Associação Médica Americana considera eticamente inaceitável a participação de médico em suicídio assistido ou eutanásia. Segundo o Conselho, 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 de pacientes são muito grandes para a sociedade. Dai não ser permitido, pelo menos por enquanto, a participação de médicos em eutanásia ou suicídio assistidos (ver Bioética 1993; 1 100-1.)]

_Tribunal da Califórnia apóia acordos com mãe de aluguel.

(California Court backs surrogate mother pacts.)

Wall Street Journal (21 de maio de 1993):B1.

Por decisão majoritária (seis votos contra um) no caso Johnson vs. Calvert [ver Bioética 1993; 1:100] a Suprema Corte da Califórnia transformou-se no primeiro tribunal superior de um Estado a endossar acordos de doação de útero, ao manter a validade de um contrato entre uma mulher e um casal que lhe pagou dez mil dólares para que gestasse um embrião originário de óvulo e esperma seus. Os juizes adotaram a interessante teoria legal que a intenção das pessoas deve ter papel importante na decisão judicial de reconhecer quais são os pais da criança. De acordo com a decisão majoritária, embora a lei tradicionalmente reconheça "tanto a consangüinidade genética quanto o ato de dar à luz como os meios de estabelecer a relação entre a mãe e a criança, quando os dois meios não coincidem na mesma mulher, aquela que pretendeu procriar a criança - isto é, aquela que pretendeu gerar uma criança que deseja criar como se fosse sua - é a mãe natural". A Corte deu ganho de causa ao casal Calvert, que havia contratado a Sra. Johnson, uma mãe solteira, para gestar seu filho, porque a Sra. Calvert havia se submetido a uma histerectomia. No contrato, a Sra. Johnson concordava em ceder a criança aos Calverts, mas após alguns meses de gestação alegou que havia estabelecido vínculos com a criança e entrou na Justiça com ação onde pedia para também ser reconhecida como mãe.

Durante o julgamento, os Calverts, além de questionar as reais motivações da Sra. Johnson, argumentaram que os genes são essenciais para a identidade. Ao dar ganho de causa aos Calverts, a Corte também descartou as preocupações quanto à exploração de mulheres pobres nos casos de doação temporária de útero. Segundo o Juiz que escreveu o voto majoritário, não há provas que os contratos se aproveitem de mulheres pobres "em grau maior que as dificuldades econômicas em geral as exploram, induzindo-as a aceitarem empregos sub-remunerados ou indesejáveis".

[No Brasil ainda não existem normas legais que definam a maternidade em caso semelhante. Entretanto, como salientamos em outra seção desta edição de Bioética (ver pág. 101), a Resolução Nº 1358/92 do Conselho Federal de Medicina determina que "a doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial", o que proíbe, liminarmente, contratos como o estabelecido entre o casal Calvert e a Sra. Johnson. Apesar disso, e devido ao grande interesse despertado pelos casos polêmicos de reprodução assistida que chegam aos meios de comunicação de massa, achamos interessante apresentar a argumentação legal que levou a Corte Supremo da Califórnia a negar o reconhecimento de maternidade solicitado pela mãe de aluguel.]

_ A ética da triagem sorológica não-vinculada para o vírus da imunodeficiência humana (HIV)

(The ethics of blind HIV surveillance testing)

R. Bayer (Nova York, Estados Unidos). American Journal of Public Health 1993; 83:496-7.

O autor analisa os aspectos éticos e legais envolvidos na utilização de testes não-vinculados para avaliar a soroprevalência do HIV; neste tipo de teste, verifica-se a presença de anticorpos contra o HIV em amostras de sangue colhidas para outras finalidades e despojadas de todas as formas de identificação pessoal.

Ao contrário de muitos críticos dos testes não vinculados, que acreditam que é antiético sonegar informações

médicas de indivíduos infectados, o autor acredita que esse tipo de teste oferece uma oportunidade de avaliar a evolução do HIV e instituir programas de educação e prevenção para grupos com índices elevados de infecção. Bayer sustenta que a utilização de testes não-vinculados é não apenas eticamente permissível, mas "uma responsabilidade ética das pessoas responsáveis pela saúde pública".

[A grande vantagem teórica dos testes anônimos não-vinculados é permitir a análise da prevalência da infecção pelo HIV sem os vieses encontrados em estudos onde o consentimento prévio dos participantes é exigido: pessoas pertencentes a grupos com alto risco de infecção pelo HIV frequentemente se recusam a participar, a respeito de todas as garantias de que o sigilo será vigorosamente respeitado e os resultados permanecerão permanentemente não-vinculados. Concordamos inteiramente com a opinião de Bayer e acreditamos que a contradição desta posição com alguns artigos do Código de Ética Médica como, por exemplo, o art. 56: "É vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida, e o art. 123: É vedado ao médico realizar pesquisa em ser humano sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido, sobre a natureza e conseqüências da pesquisa", que claramente privilegiam a autonomia da pessoa é apenas aparente. De fato, o art. 1º do Código (e não é primeiro por acaso) afirma que "A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da **coletividade** (grifo nosso) e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza."

Recentemente, travou-se acirrado debate na Grã-Bretanha a respeito da realização ou não de sorologia para o HIV, não-vinculada, em amostras de sangue de cordão que haviam sido colhidas durante um grande estudo de abrangência nacional que analisou a incidência de algumas doenças congênitas, como o hipotireoidismo. A decisão do Ministério da Saúde foi favorável à realização dos testes, o que permitiu uma avaliação inédita, pela extensão e confiabilidade, da prevalência da infecção pelo HIV naquele país.

Um interessante artigo a respeito dos aspectos legais da realização de exames laboratoriais sem consentimento do paciente foi publicado em *Medicine and Law* 1993; 12:521-33]

_ Genética e justiça na atenção a Saúde: um relatório da força-tarefa do Projeto Genoma.

(Genetics and just health care: a Genome task force report.)

T.H. Murray (Bethesda, Estados Unidos). *Kennedy Institute of Ethics Journal* 1993; 3:327-31.

O Projeto Genoma Humano dos Estados Unidos constituiu uma força-tarefa sobre informação genética e seguros, com o objetivo, entre outros, de identificar as questões que serão levantadas devido aos efeitos do aumento da disponibilidade de informações genéticas sobre o financiamento da assistência à saúde e sobre os seguros de vida e de incapacidade.

O relatório da força-tarefa, elaborado após dois anos de discussões, indica que a capacidade de prever o aparecimento de doenças por meio da utilização de estudos genéticos deve aumentar muito no futuro imediato. Nas reuniões iniciais, os membros da força-tarefa dedicaram longo tempo à discussão sobre a diferença entre discriminação genética "justa" e "injusta". Os representantes das seguradoras insistiam que as companhias de seguro tinham o direito "e possivelmente até mesmo a obrigação, de evitar o que a indústria chama de seleção adversa. isto é, vender uma apólice a alguém que provavelmente receberá indenizações superiores aos prêmios". Embora todos os membros da força-tarefa concordassem que a assim chamada discriminação "injusta" era indesejável e deveria ser eliminada, logo tornou-se claro que o que as seguradoras consideravam como discriminação "justa" traria como conseqüência que muitas pessoas que necessitam atenção à saúde teriam dificuldade em consegui-la. De acordo com o conceito de discriminação "justa" das seguradoras, seria aceitável negar seguro saúde a pessoas com doença genética sintomática, bem como a pessoas que tivessem risco substancialmente maior de desenvolver doença. Tornou-se, portanto, difícil aceitar a "discriminação justa", porque ela resultaria em comprometimento ao acesso à atenção à saúde.

As recomendações mais importantes do relatório são: informações sobre condições de saúde pregressas, atuais, ou futuros, incluindo informação genética não devem ser utilizadas para negar cobertura de seguro saúde a ninguém; o custo da cobertura do seguro saúde de famílias e indivíduos não deve ser influenciado por informações, incluindo informação genética, sobre as condições de saúde pregressas, atuais ou futuros; a participação e o acesso a serviços básicos de saúde não devem ser condicionados à revelação de informações, incluindo informação genética, sobre as condições de saúde pregressas, atuais ou futuras, de indivíduos e famílias. Além disso, o relatório concita as seguradoras a adotarem uma moratória na utilização de testes genéticos para a emissão de apólices de seguro.

[Com o mapeamento do genoma humano caminhando aceleradamente, não parece muito doenças que só vão se manifestar clinicamente na vida adulta. Por isso - e porque a história das empresas de seguro saúde em todo o mundo mostra uma grande tendência a tentar aumentar as isenções de cobertura para certas doenças - o relatório

da força-tarefa do Projeto Genoma é muito interessante e atual.]

_ Influência do sexo do médico sobre a satisfação do usuário.

(Influence of the doctor's Gender in the satisfaction of the users.)

L.A. Lopez-Fernandez, J. de Dios Luna (Granada, Espanha)

Medical Care 1993; 9: 795-800.

Para avaliar a relação médico-paciente e o grau de satisfação dos pacientes com instituições que prestam cuidados primários de saúde, os autores estudaram a relação entre o sexo do médico, o sexo do paciente, e o tipo de centro de saúde envolvido. A análise envolveu 86 médicos e 860 pacientes de áreas urbanas da Andaluzia, Espanha. Os autores concluíram que "houve maior grau de satisfação com médicas que trabalhavam em centros de saúde".

[Se os dados puderem ser extrapolados para o Brasil temos, finalmente, uma boa notícia para os usuários do nosso sistema de saúde, já que como se sabe, tem aumentado, e muito, a proporção de mulheres entre os que ingressam nas escolas médicas brasileiras nos últimos anos.