

ATUALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Gabriel Oselka

Esta seção apresenta 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 incensas na publicação mensal Bioethics Literature Review (University Publishing Group, Frederick, Md. Estados Unidos).

Atitudes dos médicos em relação à alimentação por sonda de pacientes asilados, portadores de doenças crônicas.

S.M. VonPreyss-Friedman, R.F. Uhlmann, D.C. Cain *Journal of General Internal Medicine* 1992; 7:46-51.

Os problemas relativos à hidratação e nutrição artificiais estão entre os mais controvertidos da prática médica. Com efeito, embora se aceite, de modo geral, que os pacientes tenham direito a recusar tratamentos que prolonguem a vida, não se conhece o quanto possa influir a sua preferência na decisão tomada pelos médicos no que diz respeito à nutrição e hidratação. 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 devido aos seres humanos e não representam intervenção médica. Levando em consideração alguns casos hipotéticos, os autores enviaram questionários a geriatras e clínicos americanos para constatar a influência da preferência dos pacientes, bem como de idade, expectativas de sobrevivência, e estado físico e cognitivo nas decisões relativas à hidratação e alimentação artificiais.

Os resultados indicam que as decisões dos médicos foram influenciadas, preferencialmente, pelos pacientes, em seguida pela família, pela expectativa de sobrevivência e estado cognitivo dos pacientes. Quando pacientes e familiares tinham a mesma opinião, os médicos com eles concordavam em 87 a 95% das decisões. Porém, quando pacientes e familiares discordavam, o percentual de concordância entre médicos e pacientes era de apenas 43 a 55%. Implicações de ordem legal e de custo estavam significativamente associadas a frequências maiores e menores de alimentação por sonda, respectivamente.

Os autores concluem que a maioria dos médicos consultados desejaria, em certas circunstâncias, limitar a alimentação por sonda de pacientes asilados. A escolha do paciente parece ser o fator preponderante nessas decisões, mas ela se torna menos respeitada quando paciente e familiares não concordam entre si.

Diferenças na alocação de recursos hospitalares a recém-nascidos doentes de acordo com a cobertura securitária.

P.A. Brouerman, S. Egerter, T. Bennett, J. Showstack (San Francisco, Estados Unidos).

Journal of the American Medical Association 1991; 266:3300-8.

Os autores avaliaram se os cuidados hospitalares dispensados a recém-nascidos eram influenciados pelo nível de cobertura que lhes dava o seguro-saúde. Analisaram-se dados computadorizados referentes à alta hospitalar de todos os recém-nascidos de alguns hospitais da Califórnia, comparando-se o tipo de cobertura securitário com os custos da hospitalização.

Verificou-se que os recém-nascidos que não tinham seguro recebiam menos serviços hospitalares, em comparação com recém-nascidos semelhantes e que tinham diferentes tipos de seguro-saúde. As características clínicas dos recém-nascidos não explicam as diferenças entre os dois grupos, o que indica que existem desigualdades básicas no atendimento e sugere a necessidade de mudança imediata de política.

[Um estudo assim seria extremamente importante em nosso meio, especialmente neste momento, em que

muitos hospitais públicos se transformam em Fundações e sofrem críticas veementemente por eles contestadas de que os pacientes com algum tipo de convênio recebem tratamento preferencial.]

Respostas emocionais ao aborto terapêutico.

J.A. Rosenfeld (Johnson City, Estados Unidos). American Family Physician 1992; 45:137-40.

Difícil a resposta emocional da mulher e de sua família face à decisão de realizar um aborto, como em casos de gravidez indesejada ou de anomalias fetais. mais antigos sobre o assunto são apenas descritivos, freqüentemente não controlados e foram realizados em locais onde o aborto era ilegal. Daí serem discutíveis as conclusões desses estudos.

Neste trabalho, o autor faz uma revisão da literatura que trata da resposta emocional de mulheres ao aborto e verifica que certas tendências são dignas de observação. Uma das conclusões é que mulheres saudáveis, que se submetem a um aborto legal durante o primeiro trimestre de gestação apresentam, habitualmente, efeitos emocionais positivos, com poucas conseqüências emocionais graves ou negativas. Entretanto, o autor continua advertindo ser difícil, por vários fatores, a resposta emocional da mulher e de sua família ao aborto.

A atitude frente à morte influencia a doação de Órgão em unidade de terapia intensiva.

M.A. Perez- San Gregorio, A. Nunez - Roldán, J.M. Dominguez-Roldán e cols. (Seuilha, Espanha).

Transplantation Proceedings 1992; 24:24.

O medo da morte influencia a decisão do indivíduo de se tornar um doador de órgão?

Os autores verificaram que o medo de morrer interfere na doação. Outros estudos já haviam demonstrado que os doadores são menos preocupados com a morte e com sua própria integridade pessoal do que os não doadores. Além disso, os autores verificaram que os doadores, mais que os não doadores, aceitam melhor sua mortalidade e mostram menos interesse nos ritos tradicionais de sepultamento. Na amostra estudada constataram que o medo da morte era maior no grupo de pessoas não desejosas de doar seus órgãos. Essa relutância, acreditam, deve ter relação com o tratamento dado aos cadáveres na cultura ocidental e pode também ser influenciada pelo dogma católico da ressurreição final.

A utilização de genes para definir a maternidade: a solução da Califórnia.

G. J. Annas.

New England Journal of Medicine 1992; 326:417-20.

Tribunal Superior da Califórnia confirmou, em fins de 1991, decisão de primeira instância estabelecendo que são os genes os determinantes da maternidade. Crispina e Mark Calvert haviam contratado com a Sra. Johnson, a um custo de 10 mil dólares, a gestação de um embrião originário de óvulo e esperma seus, obrigando-se a última a lhe entregar a criança resultante dessa gestação. Posteriormente, a Sra. Johnson solicitou à Justiça declaração de ser ela também mãe da criança, com direito a visitá-la. O Juiz indeferiu o pedido, concluindo que apenas a Sra. Calvert devia ser considerada a mãe.

Na apelação, o Tribunal Superior, concordando com a sentença do Juiz, decidiu ainda que a "mãe natural" não é a que nutre a criança no útero dando à luz, mas a mãe infértil, cujo óvulo foi em outra implantado. Decidiu, mais, que a maternidade deve ser determinada por exames de sangue, à semelhança do que já acontece com a paternidade, conforme lei existente na Califórnia.

[Embora o assunto já tenha sido até tema de novela, ainda não existem, no Brasil, normas legais que definam a maternidade em caso semelhante. Apenas, e ao contrário do que acontece nos Estados Unidos, a Resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 1358/92 determina que "a doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial".]

Decisões no final da vida.

Conselho de Assuntos Éticos e Judiciais da Associação Médica Americana.

Journal of the American Medical Association 1992; 267:2229-33.

Este artigo retrata a posição do Conselho em decisões de se iniciarem ou suspenderem tratamentos que prolonguem a vida de pacientes em estado de intermitente consciência e considerados aptos a tomar decisões competentes. Envolve, também, a eventual participação de médicos no suicídio de paciente (suicídio assistido). As principais conclusões do Conselho são:

- 1) O princípio da 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 prolongam a vida.
- 3) Os médicos têm 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 de paciente são muito grandes para a sociedade. Dai não ser permitido, pelo menos por enquanto, a participação de médicos em eutanásia ou suicídio assistido.

[Qual a atitude dos médicos ante a não administração de tratamentos que prolonguem a vida? Inquérito envolvendo 600 intensivistas americanos (Critical Care Medicine 1992, 20:320-6) revelou que 56% dos médicos não se sentem perturbados por não iniciar ou suspender o tratamento, enquanto 26% se sentiam mais incomodados em suspendê-lo do que em não iniciá-lo.]

Ética e a administração de tratamentos fúteis ou prejudiciais às crianças.

L. J. Nelson, R. M. Nelson (Milwaukee, Estados Unidos).

Critical Care Medicine 1992; 20:427.

Os autores analisam os conflitos que surgem quando médicos e pais não concordam com o tratamento a ser administrado a uma criança. Segundo eles, a solução ideal seria um acordo eticamente defensível entre ambos quanto às opções de tratamento.

O conflito pode tornar-se de difícil solução se houver discordância em se continuar o tratamento de criança em estado crítico. Acreditam os autores ser eticamente justificável e legalmente admissível em alguns casos, que um médico se recuse a continuar o tratamento da criança, embora contrariando a opinião dos pais, já que a continuidade caracterizaria uma restrição imprópria à atuação do médico. Os valores morais da prática pediátrica não podem ser ditados exclusivamente pelos pais. A recusa do médico a continuar o tratamento pode ter por fulcro a avaliação de que é contrário aos interesses da criança, por ser fútil ou causar-lhe um desconforto desproporcional ao eventual benefício. Entretanto, o médico só deve concluir pela não continuidade do tratamento após esgotar todas as tentativas para compatibilizar seus valores com os da família da criança, tendo em vista a solução do conflito referido.

Acrescentam ainda que, nessas circunstâncias, a recusa do médico em continuar o tratamento é, também, legalmente justificável.

[Recentemente, a Justiça inglesa resolveu, pela primeira vez, um caso de conflito entre médico e pais de uma criança em torno da administração de tratamentos que prolongam a vida. Tratava-se de uma criança microcefálica, com cegueira cortical e paralisia cerebral grave, e alimentada por sonda nasogástrica. O pediatra decidiu que, se as condições da paciente piorassem, ela não deveria ser submetida a ventilação mecânica; a mãe recorreu à justiça contra a decisão médica.]

Um dos três juízes, Lord Donaldson, afirmou que o assunto fundamental a decidir nesse caso era se a Justiça, ao exercer seu poder de proteção aos interesses das crianças, poderia alguma vez exigir que um médico adotasse tratamento clínico que, segundo o seu julgamento, fosse contrário àqueles mesmos interesses.

Ao recusar o pedido da mãe, Lord Donaldson afirma em sua sentença que uma ordem judicial exigindo que os médicos adotassem medidas para prolongar a vida era, neste caso, "inteiramente inconsistente com a lei". Afirma, além disso, que tal decisão não levaria em conta "a triste realidade da vida": podem os responsáveis pela saúde pública não dispor de recursos suficientes para tratar todos os pacientes da forma como gostariam, tendo, por isso, de fazer opções. Outro juiz, Lord Balcombe, afirmou que se a Justiça ordenasse aos médicos que colocassem a criança em ventilação mecânica o resultado poderia ser a negação do recurso a uma outra, com muito maior probabilidade de vir a dela se beneficiar. (British Medical Journal 1992; 304:1589-90.)

Futilidade médica. Quem decide?

N.S. Jecker, R.A. Peariman (Seattle, Estados Unidos). Archives of Internal Medicine 1992; 152:1140 - 44.

O conceito de futilidade não é novo em medicina, tendo suas raízes na antigüidade. Hipócrates, no século quinto antes de Cristo, já o reconhecia. Apesar disso, continua o debate a respeito de seu significado e de suas implicações éticas, especialmente nos últimos anos, quando os médicos procuram estabelecer limites à utilização de medidas que prolonguem a vida de pacientes gravemente enfermos, como, por ex., os que estão em coma irreversível e dependentes de ventilação mecânica.

O conceito de futilidade médica já recebeu muitas, e diferentes definições. Assim, tratamento médico fútil seria aquele que: a) não consegue o seu objetivo imediato; b) é inútil ou ineficaz; c) não é capaz de oferecer uma qualidade de vida mínima ou pelo menos algum benefício médico; d) não é capaz de alcançar os objetivos do paciente; e) não oferece uma razoável probabilidade de sobrevivência.

Tendo em vista essas controvérsias, os autores sugerem uma conceituação de futilidade que leva em conta aspectos quantitativos e qualitativos. A futilidade quantitativa invoca a probabilidade de que um determinado objetivo seja alcançado e envolve o julgamento de que essa probabilidade desça abaixo de um patamar considerado mínimo. Segundo os autores, o julgamento da futilidade quantitativa de um tratamento depende exclusivamente dos médicos. A qualitativa analisa não apenas a natureza do objetivo médico a ser alcançado, mas também o julgamento de que as características desse objetivo fiquem abaixo de um certo nível mínimo. Esse julgamento envolve conceitos como benefício para o paciente e qualidade de vida. O julgamento quanto à futilidade qualitativa de um tratamento depende ora dos médicos, ora dos pacientes ou de seus responsáveis.

Concluem os autores que tanto o julgamento quantitativo como o qualitativo devem refletir padrões profissionais e comunitárias abrangentes.

[Para outra discussão sobre futilidade médica, ver New England Journal of Medicine. 1992; 326:1560-3.]