

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 inseridas na publicação mensal *Bioethics Literature Review* (University Publishing Group, Frederick, Md. Estados Unidos).

Médicos e o corredor da morte.

Editorial

Lancet 1993; 341:209-10.

Em editorial, o *Lancet* defende o ponto de vista de que as organizações médicas devem ter posição clara quanto à pena de morte e quanto a não-participação dos médicos na sua execução.

Segundo o editorial, as organizações médicas devem ser persuadidas de que a pena de morte, que se contrapõe a dois itens da Declaração Universal dos Direitos Humanos, não tem mais lugar na sociedade civilizada.

A não-participação de médicos deve ser total e as diretrizes profissionais devem explicitar o fato. Em relação à tortura e à pena de morte, as organizações médicas não devem dar margem a qualquer ambigüidade.

Segundo a Anistia Internacional, o número de países que ainda mantêm a pena de morte (103) é maior que o de países que a aboliram, por legislação ou costume (83).

[No Brasil, a posição do Conselho Federal de Medicina em relação a tortura e a pena de morte é claríssima. O Código de Ética Médica, em vigor desde 1988, contém vários artigos a respeito da não-participação de médicos em torturas; além disso, apesar de no momento não existir a pena de morte no país, o código, prevenindo-se para uma eventual mudança da legislação, ressalta, enfaticamente, que os médicos estão proibidos de participar na execução da pena de morte.

Os artigos pertinentes do Código de Ética Médica são os seguintes:

"É vedado ao médico:

Art. 49: Participar da prática de tortura ou outras formas de procedimento degradantes, desumanas ou cruéis, ser conivente com tais práticas, ou não as denunciar quando delas tiver conhecimento.

Art. 50: Fornecer meios, instrumentos, substâncias, ou conhecimentos que facilitem a prática de tortura ou outras formas de procedimento degradantes, desumanas ou cruéis em relação a pessoa.

Art. 51: Alimentar compulsoriamente qualquer pessoa em greve de fome que for considerada capaz, física e mentalmente, de fazer juízo perfeito das possíveis conseqüências de sua atitude. Em tais casos, deve o médico fazê-la ciente das possíveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de perigo iminente de vida, tratá-la.

Art. 52: Usar qualquer processo que possa alterar a personalidade ou a consciência da pessoa, com a finalidade de diminuir sua resistência física ou mental em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 53: Desrespeitar o interesse e a integridade de paciente, ao exercer a profissão em qualquer instituição na qual o mesmo esteja recolhido independentemente de sua vontade.

Parágrafo único: Ocorrendo quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física e psíquica dos pacientes a ele confinados, o médico está obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 54: Fornecer meio, instrumento, substância ou conhecimentos, ou participar, de qualquer maneira, na execução da pena de morte".

Em dezembro de 1992, a Assembléia de Delegados da Associação Médica Americana aprovou, por esmagadora maioria, diretrizes que indicam que a participação de médicos em execuções determinadas pelo Estado é antiética. Por participação entende-se prescrição de tranqüilizantes ou outros medicamentos como parte da execução, vigilância dos sinais vitais do prisioneiro, estar presente ou observar a execução como médico, ou fornecer aconselhamento técnico. As diretrizes afirmam que, embora os médicos individualmente possam ter opiniões pessoais e morais divergentes quanto à pena de morte, eles não devem participar das execuções].

Questões não respondidas a respeito da criminalização das relações sexuais entre terapeuta e paciente.

R.J.S. Deaton, P.M.L. Illingworth, H.J. Bursztajn(Boston, Estados Unidos).

American Journal of Psychotherapy 1992; 48:526-31.

Os autores discutem quatro diferentes pontos de vista quanto às relações sexuais entre terapeutas e pacientes: filosófico, clínico, legal e empírico. Neste contexto, analisam as opções disponíveis para o terapeuta, o paciente e, eventualmente, os legisladores. Referem que vários Estados americanos já têm leis criminais a respeito de relações sexuais entre terapeutas e pacientes e que vários outros estão discutindo propostas semelhantes. Um dos aspectos mais críticos do problema é definir o que representa consentimento para relações sexuais no contexto da relação terapeuta-paciente. Pode existir consentimento genuíno? Em caso positivo, o que significa consentimento genuíno?

[A complexidade do assunto é ilustrada pelo fato de que em vários Conselhos Regionais (e no Conselho Federal, como instância recursal) existem processos éticos contra psiquiatras, instaurados devido a denúncias de pacientes que alegam terem sido constrangidas a ter relações sexuais com seus terapeutas (a maioria destes processos envolve denúncias de mulheres contra psiquiatras do sexo masculino). Os conselheiros que já participaram do julgamento (ou da apuração) desses processos sabem como muitas vezes é difícil distinguir entre consentimento e constrangimento. Por isso, é até compreensível a adoção de diretrizes que podem, à primeira vista, parecer muito radicais; um exemplo são as diretrizes recentemente adotadas em Ontário, Canadá: médicos cujos serviços incluem aconselhamento ou psicoterapia estão proibidos de ter relacionamento sexual com pacientes por toda a vida, enquanto os outros médicos estão proibidos de ter relacionamento íntimo com seus pacientes atuais e durante pelo menos um ano após o término do relacionamento profissional (ver pág. 209, nesta edição de Bioética); a respeito do mesmo assunto, ver artigo seguinte, de Gartell e cols.]

Contacto sexual médico-paciente: prevalência e problemas.

N.K. Gartell, N. Milken, W.H. Goodson e cols. (San Francisco, Estados Unidos).

Western Journal of Medicine 1992; 157:139-43.

Para documentar a aparente prevalência do contacto sexual médico-paciente, bem como estimar seu efeito sobre os pacientes, os autores enviaram questionário a 10 mil médicos de família, clínicos gerais, gineco-obstetras e cirurgiões. O estudo visava a responder às seguintes questões: Qual é a prevalência do contacto sexual médico-paciente? Qual é a opinião dos médicos a respeito do contacto sexual com pacientes?

Dos 1891 que responderam, 9% afirmaram ter tido contacto sexual com um ou mais pacientes; 23% dos médicos referiram ter tido pelo menos um paciente que relatava contacto sexual com outro médico, e 63% acreditavam que este tipo de contacto é "sempre prejudicial" ao paciente. Quase todos os que responderam eram contrários a contacto sexual com pacientes atuais.

Os médicos que responderam, ressaltaram que o assunto "relações sexuais médico-paciente" nunca foi abordado durante o seu treinamento. Os autores acreditam que programas educacionais preventivos poderiam ser utilizados nas escolas médicas e nas Residências Médicas como tentativa de minorar o problema.

Crítérios de necessidade-de-tratamento para internação compulsória: Impacto sobre a prática clínica.

R.D. Miller (Denver, Estados Unidos).

American Journal of Psychiatry 1992; 149:1380-84.

Tem havido considerável debate na literatura psiquiátrica sobre as diferenças entre critérios para internação compulsória forçada baseados em periculosidade e critérios baseados em necessidade de tratamento. Alguns estados americanos adotaram critérios clínicos, enquanto outros defendem, enfaticamente, que a Constituição exige a existência de periculosidade, caso uma pessoa vá ser submetida a perda de liberdade em virtude de internação compulsória. De acordo com este argumento, voltar a utilizar critérios clínicos para justificar internação compulsória

resultaria em aumento do número de internações inapropriadas. Muitos psiquiatras argumentam, por outro lado, que a utilização de critérios clínicos para internação compulsória resultará em seleção de uma população muito mais adequada, com base na necessidade de tratamento.

O autor avaliou as internações hospitalares em oito estados que adotam o critério de necessidade-de-tratamento como justificativa para internação compulsória e concluiu que os dados indicam que há poucos motivos para acreditar que a adoção deste critério resultará em aumento do número de internações, como prevêem seus opositores.

[O Dr. Ivan de Araújo Moura Fé, presidente do Conselho Federal de Medicina, comenta: "No Brasil, encontra-se em plena efervescência o movimento de desospitalização, que denuncia o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico e propõe um redirecionamento da assistência psiquiátrica, privilegiando formas não hospitalares de tratamento dos doentes mentais. Tal formulação parte da constatação que a hospitalização, mormente a compulsória, freqüentemente propicia a segregação e a discriminação dos pacientes psiquiátricos. Por outro lado, dentro da perspectiva do respeito aos direitos dos pacientes psiquiátricos, vai se consolidando a compreensão de que a intervenção do psiquiatra, a não ser em raras exceções, só está moralmente justificada se precedida do consentimento do paciente.

De todo modo, o que fica claro é que a prática sistemática da internação psiquiátrica feita à revelia da Vontade do paciente não mais pode ser aceita. É imprescindível que sejam estabelecidos mecanismos que assegurem o tratamento dos doentes mentais graves, mas garantam o respeito à sua liberdade e à sua cidadania".]

Decisões antecipadas - Leis a respeito de substitutos em decisões sobre atenção à saúde.

J.A. Menikoff, G.A. Sacks, M. Siegler (Chicago, Estados Unidos).

New England Journal of Medicine 1992; 327:1165-69.

A despeito de todos os cuidados para aumentar a autonomia dos pacientes, atualmente apenas uma pequena proporção deles utiliza instrumentos como as decisões antecipadas. De acordo com os autores, decisões antecipadas não são instrumentos que as pessoas assinam com facilidade. Os indivíduos podem temer que, redigindo decisões antecipadas, venham a receber menos tratamento do que desejariam, ou que sejam abandonados pelos seus médicos. Além disso, de acordo com a Patient Self Determination Act [ver pág. 157, nesta edição de *Bioética*. Eds.], solicita-se aos indivíduos que resolvam sobre decisões antecipadas em momento de grande tensão, imediatamente antes da internação em hospital.

Começando com uma discussão sobre testamentos em vida, e como eles diferem de testamentos comuns, os autores analisam como as leis estaduais podem "criar" substitutos para a tomada de decisões, com o objetivo de tornar o mundo dos testamentos em vida mais semelhante ao mundo dos testamentos comuns. Nestes casos, a responsabilidade pela tomada de decisões é transferida para a família e os amigos, em vez dos burocratas ou da justiça.. Citam como exemplo de lei deste tipo o *Health Care Surrogate Act* de Illinois. De acordo com os autores, "a importância de uma lei como a de Illinois para os médicos é que eles podem facilmente atender a pedidos de membros da família ou de amigos para suspender tratamentos que prolongam a vida, inclusive hidratação e nutrição artificial..." Além disso, a lei também imuniza os profissionais de saúde contra processos resultantes da execução de uma ordem dada por um substituto do paciente. Os autores acreditam que leis como essa podem ser verdadeiramente revolucionárias, porque retirarão a tomada de decisões da alçada judicial, retomando-a às famílias e a amigos de pacientes incapacitados, que tomarão as decisões após consultar os médicos. Os autores estão convencidos de que essas leis terão impacto muito maior no dia-a-dia da prática médica que todas as decisões antecipadas executadas até hoje.

Decisões éticas em unidades de terapia intensiva neonatal: a experiência holandesa.

P.J.J. Sauer (Rotterdam, Holanda). *Pediatrics* 1992; 90:729-32.

A medida que a moderna tecnologia torna-se cada vez mais capaz de manter recém-nascidos extremamente pequenos vivos, muitos neonatologistas estão se preocupando não apenas com o índice de sobrevivência de seus pacientes, mas também com a qualidade da sobrevivência além do período neonatal.

O autor apresenta sua impressão sobre as opiniões dos neonatologistas holandeses a respeito de assuntos como a qualidade de vida e continuação ou interrupção de tratamento. Analisando um relatório apresentado aos ministros da Saúde e da Justiça da Holanda sobre a prática da eutanásia e as atitudes dos médicos quando o tratamento é interrompido, o autor verificou que apenas duas páginas do extenso relatório são dedicadas ao tratamento de recém-nascidos.

Houve concordância entre o comitê que redigiu o relatório e médicos entrevistados pelo autor quanto à existência de circunstâncias nas quais a continuação do tratamento na unidade de terapia intensiva não atende aos melhores interesses de um recém-nascido; as decisões de não iniciar ou interromper o tratamento devem ser tomadas conjuntamente pelos médicos e pais, embora, segundo o autor, a responsabilidade primária deva ser do médico.

[Para uma discussão a respeito da administração de tratamentos fúteis ou prejudiciais a crianças, ver *Bioética* 1993; 1:101.]

Deveres dos pacientes

M.J. Meyer (Santa Clara, Estados Unidos).

Journal of Medicine and Philosophy 1992; 17:541-55.

Qualquer discussão a respeito dos direitos do paciente ou da autonomia do paciente deve levar em consideração os deveres do paciente. De acordo com o autor, o estímulo para se levarem em conta os deveres do paciente deriva da noção subjacente aos direitos do paciente: a idéia da autonomia.

O paciente autônomo e o profissional de saúde têm obrigações consigo mesmos e com os outros. Os deveres do paciente incluem, embora não se restrinjam a: dever de ser sincero quanto aos motivos que o levam a procurar assistência médica; dever de buscar informação sobre tratamentos disponíveis e seus possíveis efeitos adversos; e dever, para o paciente com doença infecciosa, de utilizar a informação disponível de forma apropriada, para impedir a transmissão da doença a outros.

Chamar a atenção do paciente para seus deveres acabará beneficiando-o, caso isto seja bem compreendido por ele.

O O paciente com doença incurável: proposte de critérios clínicos para suicídio assistido por médico.

T.E. Quill, C.K. Cassel, D.E. Meier (Rochester, Estados Unidos).

New England Journal of Medicine 1992; 327:1380-84.

Nos últimos anos tem havido aumento do número de pedidos para que médicos auxiliem pacientes competentes com doenças incuráveis que desejam se suicidar. Os autores propõem critérios clínicos para responder a estes pedidos de suicídio assistido por médico.

Segundo os autores, esta proposta representa o melhor ponto de equilíbrio entre uma resposta humana às solicitações de pacientes com doenças incuráveis em fases terminais e a necessidade de proteger indivíduos vulneráveis.

Como o suicídio assistido representa conduta extraordinária e irreversível, o médico deve certificar-se de que os seguintes requisitos são claramente satisfeitos antes de prosseguir:

- a) o paciente deve sofrer de doença incurável e associada com intenso e incontrolável sofrimento e o paciente deve conhecer a doença, o prognóstico e os tipos de tratamentos paliativos disponíveis como alternativas;
- b) o médico deve certificar-se de que o sofrimento do paciente e o seu desejo de suicidar-se não são devidos a tratamento paliativo inadequado;
- c) o paciente deve ter manifestado, clara e repetidamente, por sua livre vontade e iniciativa, o desejo de morrer, em vez de continuar sofrendo;
- d) o médico deve estar certo que o julgamento do paciente não está distorcido;
- e) o suicídio assistido por médico só pode ser levado a efeito no contexto de uma relação médico-paciente significativa;
- f) há necessidade de consultar outro médico experiente para garantir que a solicitação do paciente é voluntária e racional, que o diagnóstico e prognóstico são acurados e que as alternativas de tratamento paliativo foram adequadamente avaliadas; e
- g) deve haver documentação comprovando cada um dos requisitos citados.

[A participação de médicos em suicídio assistido é, como a eutanásia, assunto extremamente controverso. Um dos autores deste trabalho (Quill) publicou, recentemente, artigo onde relata sua participação no suicídio de uma paciente com doença incurável e extremo sofrimento (N Engl J Med 1991;324:691-4); o artigo despertou grande polêmica, com elogios e críticas à conduta do médico. A Associação Médica Americana (AMA) tem posição claramente contrária à participação de médicos em suicídio assistido. De acordo com o Conselho de Assuntos Éticos e Judiciais da AMA, os médicos não devem praticar a eutanásia nem participar no suicídio de pacientes (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. Daí não ser permitido, pelo menos por enquanto, a participação de médicos em eutanásia (ver Bioética 1993; 1:100-1).]

[] Nos genes ou nas estrelas? A competência de crianças para dar consentimento.

P. Alderson (Londres, Inglaterra).

Journal of Medical Ethics 1992; 18:119-24.

De acordo com a lei inglesa, crianças com menos de 16 anos de idade podem consentir ou recusar um tratamento médico "se a criança tem suficiente compreensão para tomar uma decisão informada". Embora seja preferível a participação dos pais, as crianças que, na opinião de seus médicos, são competentes podem dar consentimento legalmente válido, mesmo sem o conhecimento ou concordância dos pais.

A autora, após entrevistar 120 pacientes de oito a 15 anos de idade, admitidos em quatro hospitais de Londres para realização de cirurgia, seus pais, 70 médicos e outros profissionais de saúde, questiona o conceito de que a competência e compreensão das crianças dependem exclusivamente de sua própria natureza, controlada, implicitamente, pelos seus genes. Acredita que a competência é mais bem compreendida quando vista também em relação ao contexto social da criança, que inclui aspectos como classe social, renda familiar, o número de crianças na família, e a idade e educação dos pais.

[O direito de o paciente menor de idade consentir ou recusar tratamento é abordado, implicitamente, no atual Código de Ética Médica, no capítulo referente ao segredo profissional. Segundo o art. 103, é vedado ao médico: "Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente."

Embora eu tenha participado das discussões que lesaram à redução do Código, parece-me, hoje, que teria sido mais adequado (e enfático) incluir no capítulo que trata da relação do médico com pacientes e familiares uma afirmação explícita ressaltando o direito do paciente menor de idade considerado capaz de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas; a obrigação do médico de respeitar o sigilo profissional nestes casos seria um corolário natural. De qualquer forma, o espírito do art. 103 parece-me suficientemente claro, já que só haverá segredo em relação a determinado procedimento (por exemplo, prescrição de anticoncepcional para uma menor de idade) caso ele tenha sido realizado a pedido do menor e não seja de conhecimento dos pais.]

[] Contenção Física na prática médica: conceitos atuais.

W. Marks (Fredericksburg, Estados Unidos). *Archives of Internal Medicine* 1992; 152:2203-6.

Contenção física é freqüentemente utilizada na prática médica. O autor considera que pacientes são muitas vezes contidos sem ordem médica e por razões que não são suficientemente claras.

Calcula-se que em uma enfermaria de clínica médica de hospital que atende pacientes agudos, a contenção é utilizada em 7,4% a 17% dos pacientes; a despeito do uso freqüente de contenção, parece que não existe discussão a respeito nos atuais livros-texto.

O autor refere que existe abundante evidência quanto aos riscos de contenção física e pouca evidência de que a contenção é benéfica.

Após discutir os aspectos éticos e legais envolvidos no uso de contenção física, o autor conclui que a contenção é superutilizada em medicina e que são necessárias diretrizes para melhorar esta prática, potencialmente lesiva ao paciente.

[] Adaptando-se à era da AIDS: atitude dos médicos em hospitais americanos com programas de residência.

R.A. Hayward, J.L. Weissfeld (Ann Arbor, Estados Unidos).

Journal of General Internal Medicine 1993; 8:10-18.

Para avaliar as razões por que alguns residentes não querem tratar pacientes com AIDS, os autores enviaram um questionário a médicos residentes de vários programas de medicina interna nos Estados Unidos; 2917 responderam e suas respostas foram analisadas.

Os autores verificaram que médicos do sexo masculino, os de origem asiática e médicos com opiniões conservadoras eram os que menos desejavam tratar pacientes com AIDS. Outros fatores que influenciaram na disposição dos residentes de tratar pacientes infectados foram: aversão a homossexuais, um baixo sentimento de responsabilidade profissional, a percepção de que tratar pacientes com AIDS é uma futilidade. Os residentes que trataram de pacientes com AIDS durante a residência pretendem continuar a fazê-lo, a despeito de suas convicções pessoais.

O Profissionais de saúde infectados pelo HIV.

R. Gerbert, T. Blecker, M. Berlin, T.J. Coates. *Archives of Internal Medicine* 1993; 153:13-20.

Os autores levaram a efeito uma pesquisa telefônica com 1350 adultos, em 1991, para avaliar o que as pessoas pensam sobre os riscos de contrair AIDS em clínicas e hospitais e sobre profissionais de saúde infectados pelo HIV; os resultados foram comparados com os de estudo semelhante realizado em 1988.

A preocupação quanto à transmissão do HIV em clínicas e hospitais aumentou de 19% em 1988 para 38% em 1991 e quase 50% dos entrevistados acreditavam que podiam contrair o vírus de médicos infectados pelo HIV. Por outro lado, apenas 5% dos entrevistados acreditavam que médicos infectados pelo HIV deveriam ser proibidos de exercer a profissão; 37% referiram que mudariam de médico se soubessem que o seu médico era HIV positivo.

Os autores verificaram que pessoas que conheciam alguém com a doença tinham menos preocupação de contrai-la e davam maior apoio aos direitos dos profissionais de saúde.

[Para uma discussão a respeito dos direitos e deveres dos profissionais de saúde infectados pelo HIV, ver *Bioética* 1993; 1 :39-47.]

Quem tem medo do consentimento esclarecido?

D.D. Kerrigan, R.S. Thevasagayam, T.O. Woods e cols. (Oldham, Inglaterra).

British Medical Journal 1993; 306:298-300.

Os médicos ingleses relutam em adotar a forma de consentimento esclarecido utilizada nos Estados Unidos, onde os médicos explicam aos pacientes as possíveis complicações pós-operatórias, porque temem que isso representaria uma carga de informações indesejadas a respeito do que poderia ocorrer de errado, o que tomaria os pacientes muito ansiosos. O objetivo deste estudo foi verificar quem tem medo do consentimento esclarecido completo: os pacientes ingleses ou seus médicos?

Os autores verificaram não haver evidências objetivas indicando que o aumento de informação a respeito dos riscos de um procedimento tem efeito negativo sobre o nível de ansiedade dos pacientes. Além disso, esclarecer os pacientes de forma completa antes da cirurgia reduz a probabilidade de demandas judiciais posteriores, já que os pacientes foram adequadamente informados e a partir daí fizeram sua própria opção.

[No primeiro número desta revista, Paulo Fortes relata e comenta caso em que foi julgada improcedente a ação de reparação de danos impetrado por uma paciente contra um hospital de São Paulo. A queixosa acionou o hospital em virtude de ter sido submetida a cirurgia ortopédico com o objetivo de tornar congruente e articulada a cabeça do fêmur, em seu encaixe no quadril, mas cujos resultados não lhe foram favoráveis. A alegação da demandante baseou-se na ausência de informações suficientes fornecidas pelos médicos sobre os riscos da intervenção, criando uma expectativa de que a cirurgia preconizada produziria a cura da paciente. Ao julgar improcedente a ação de reparação, os juízes assim se manifestaram: "A alegada expectativa criada pelo Hospital no que concerne à cura, por si só não conduziria à acolhida da pretensão indenizatória, pois obviamente nenhum leigo pode ignorar os riscos decorrentes de qualquer cirurgia", não se questionando se houve ou não o consentimento prévio antes da execução do ato cirúrgico" (*Bioética* 1993; 1:91-2).

Fortes comenta que "a justiça brasileira parece ainda estar presa a noção do consentimento simples... diferindo da experiência internacional... e do conteúdo das normas éticas que regem a prática médica brasileira, as quais mantêm a noção do consentimento esclarecido".

Acredito que se pesquisa semelhante à de Kerrigan e *cols.* fosse efetuada no Brasil, os resultados quanto a *relutância* em informar *completamente* os pacientes seriam muito mais dramáticos que os verificados na Inglaterra.]

Fazendo os pacientes pagar pelas suas opções de estilo de vida.

R.L. Schwartz (Estados Unidos).

Cambridge Quarterly of Healthcare *Ethics* 1992; 4:393-400.

Os fumantes podem impor um terrível dano ao restante da sociedade. Os que optam pelo tabagismo têm maior probabilidade de contrair câncer, doenças cardíacas e um conjunto de outras doenças que requerem atenções médicas intensivas e dispendiosas. Em decorrência disto, todos pagam pelo seu vício, devido ao aumento das despesas com saúde, que se reflete em elevação do prêmio dos seguros, aumento dos impostos e menor disponibilidade de recursos para atender os não fumantes. As pessoas que dirigem seus automóveis sem cintos de segurança, expondo-se a maiores agravos em caso de acidente, bem como os alcoolistas, também oneram o custo da atenção à saúde. Descrevendo situações como estas, muitos defendem, nos Estados Unidos, o ponto de vista de que as pessoas responsáveis pelos seus próprios problemas de saúde não deveriam ter o mesmo acesso aos recursos da comunidade que aqueles cujas doenças não poderiam ter sido evitadas.

O autor, ao não concordar com a penalização dos que optam por estilos de vida considerados *politicamente* incorretos, lembra que existe um número extraordinariamente grande de outras condutas que podem ter conseqüências adversas para a saúde. Cita como exemplo os comilões, que acumulam gorduras e ao mais sujeitos à doença cardíaca, os que se expõem mais a acidentes de trânsito por serem motoristas profissionais, e até mesmo algumas opções sexuais (os que se absterem de sexo teriam risco menor que os homossexuais e mesmo os heterossexuais), esportivas (o boxe, o futebol americano e o alpinismo, por exemplo, trazem riscos bem conhecidos) e de local de residência (quem reside perto do seu local de trabalho, para lá se dirigindo a pé, teria risco menor de acidentes que os outros, que precisam se utilizar de veículos para chegar ao trabalho).

O autor questiona até que ponto todas as situações citadas são voluntárias e condena a postura moralista dos que pretendem punir pessoas que apresentam doenças resultantes de escolhas erradas. Conclui expondo os defeitos do sistema previdenciário americano e ressaltando o importante papel dos Comitês de Ética institucionais na educação, e não na penalização daqueles que supostamente seriam responsáveis pela crise da assistência médica nos Estados Unidos.