

ATUALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Gabriel Oselka

Esta Secção apresenta resumos de artigos sobre Bioética recentemente publicados, alguns dos quais são acompanhados de um conteúdo 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)

Aspectos práticos do suicídio assistido por médico

(Practical issues in physician _ assisted suicide)

*M. A. Drickamer, M. A. Lee, L. Ganzini (Estados Unidos)
Annals of Internal Medicine 1997; 126: 146-51*

Até hoje, o debate a respeito do suicídio assistido por médicos tem se concentrado nas considerações morais e legais que dizem respeito a este assunto. Por outro lado, analisar os efeitos concretos que essa legalização teria na prática representa uma importante perspectiva que não foi, até agora, adequadamente considerada. Neste artigo os autores refletem sobre as informações disponíveis na literatura e oferecem sua "perspectiva a respeito de alguns aspectos práticos que precisarão ser enfrentados pelos médicos", e sugerem áreas de pesquisa que deveriam ser exploradas se o suicídio assistido por médico for legalizado.

Os autores argumentam que, por exemplo, "se o suicídio assistido por médico for legalizado, os médicos necessitarão ter conhecimentos suficientes para compreender a motivação dos pacientes na requisição desse tipo de suicídio, para avaliar o estado mental dos mesmos, bem como diagnosticar e tratar depressão, maximizar as intervenções paliativas e avaliar as pressões externas que o paciente eventualmente esteja sofrendo. Eles serão solicitados a prognosticar não somente a respeito da expectativa de vida, mas também a respeito do início do declínio da capacidade cognitiva e funcional".

[Como salientamos na edição anterior desta revista, a discussão a respeito do suicídio assistido ganhou ainda mais força nos Estados Unidos a partir de 1996, quando um tribunal federal de São Francisco derrubou por 8 votos a 3 uma lei do estado de Washington que tornava o suicídio assistido um crime. Na sua decisão, o tribunal argumentou que os indivíduos têm o direito de escolher o momento e a forma de sua própria morte, um direito que não poderia ser suplantado pelo interesse do Estado em preservar a vida ou impedir o suicídio, desde que o indivíduo estivesse mentalmente competente e com uma doença terminal.]

Pacientes com depressão grave têm competência para dar consentimento para pesquisa?

(Are severely depressed patients competent to consent to research?)

*C. Elliott (Montreal, Canadá)
Archives of General Psychiatry 1997; 54: 113-16*

O que é depressão? "A maioria das avaliações de competência têm como base a capacidade intelectual e de raciocínio, mas a depressão é primariamente uma alteração do humor. De acordo com o pensamento convencional, a depressão tem a ver primariamente com desespero, culpa e falta de motivação, enquanto a competência refere-se à capacidade de raciocinar, de deliberar, de comparar e avaliar. Frequentemente, estas últimas capacidades são aquelas que a depressão deixa intactas".

Neste artigo o autor contesta essa avaliação de competência e argumenta "que a depressão pode diminuir a competência do paciente de consentir na participação em uma pesquisa. De forma mais crítica pode diminuir a capacidade de a pessoa avaliar riscos e benefícios. Pode-se dizer de forma simplificada que se uma pessoa está deprimida, ele ou ela pode perceber que um protocolo tem riscos mas simplesmente não se importar com os mesmos. Esse tipo de comprometimento intelectual pode ter para o paciente a mesma importância que a compreensão intelectual que a maior parte das avaliações de competência enfatizam. Se o meu argumento está correto, os Comitês de Ética deveriam tomar cuidados especiais quando permitissem que pesquisadores envolvam pacientes deprimidos em protocolos de pesquisa."

[A Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que estabeleceu normas de pesquisa envolvendo seres humanos, afirma que "em pesquisas envolvendo crianças e adolescentes, portadores de perturbação ou doença mental e sujeitos em situação de substancial diminuição em sua capacidade de consentimento, deverá haver

justificação clara da escolha do sujeito de pesquisa, especificada no protocolo, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e cumprir as exigências do consentimento livre e esclarecido através dos representantes legais dos referidos sujeitos, sem suspensão do direito de informação do indivíduo, no limite de sua capacidade".

É evidente, portanto, uma preocupação internacional quanto à qualidade do consentimento esclarecido dado por pacientes com perturbação ou doença mental, particularmente pacientes com depressão. Por outro lado, um problema talvez ainda mais delicado é o levantado por alguns autores, que afirmam que o consentimento esclarecido dado por pacientes não para pesquisas mas para a realização de qualquer procedimento médico ou cirúrgico freqüentemente não tem valor, porque a própria doença interferiria com a capacidade de decisão desses pacientes, fundamentalmente porque no momento da decisão esses pacientes poderiam estar deprimidos sem que os médicos se apercebessem desse fato.

P. S. Appelbaum e T. Grisso compararam doentes hospitalizados com pessoas não-doentes em relação à capacidade de fornecer um consentimento informado válido. Os autores concluíram "que os pacientes hospitalizados não diferiram dos pacientes do grupo-controle em três tipos de testes desenvolvidos para avaliar a competência para a tomada de decisões."

Preferências dos pacientes para a revelação de risco e para sua participação na tomada de decisão quanto a procedimentos médicos invasivos

(Preferences for risk disclosure and role in decision making for invasive medical procedures)

*D. J. Mazur, D.H. Hickam (Portland, Estados Unidos)
Journal of General Internal Medicine 1997; 12: 114-7*

Neste estudo, os autores avaliaram o papel que o paciente deseja ter no processo da tomada de decisão quanto a aceitar ou rejeitar uma intervenção médica invasiva e se este papel na tomada de decisão tem algo a ver com a escolha de termos qualitativos (verbais) ou quantitativos (numéricos) que eles preferem quando discutem a probabilidade de riscos com seus médicos. Os autores verificaram que "de 467 pacientes, 318 (68%) preferiam tomadas de decisão compartilhadas; 100 (21,4%) preferiam que o médico tomasse as decisões e 49 (10,5%) preferiam tomar a decisão. Em termos de revelação de risco, 436 (93,4%) preferiam que o médico lhes revelasse a informação relacionada ao risco. Desses, 42,7% preferiam que a revelação sobre a probabilidade de eventos adversos fosse qualitativa (verbal); 35,7% preferiam que a probabilidade fosse revelada em termos quantitativos (numéricos) e 9,8% preferiam a revelação em termos tanto quantitativos quanto qualitativos."

[É muito provável que se um estudo semelhante fosse levado a efeito no Brasil, os resultados seriam diferentes. Aspectos culturais e socioeconômicos certamente contribuem para delinear as preferências dos pacientes quanto a esse aspecto tão importante da sua relação com os médicos.]

Risco de processo contra profissionais de saúde por tratamento inadequado da dor

(Health care providers' liability for inappropriate pain management)

*R.S. Shapiro (Estados Unidos)
Journal of Law, Medicine & Ethics 1996; 24: 360-4*

Decisões em dois processos recentes sugerem que o tratamento adequado da dor está começando a tornar-se um elemento considerado como padrão nos cuidados que os profissionais de saúde devem oferecer.

Um júri do estado da Carolina do Norte recomendou o pagamento de 15 milhões de dólares para a família de um paciente cujos últimos dias de vida foram intoleráveis devido ao tratamento inadequado da dor e a Suprema Corte do estado da Geórgia enfatizou que o paciente tem não apenas o direito de exigir a interrupção de um tratamento médico que ele não deseja, mas também de receber, na mesma ocasião, medicação para controlar a dor. Além disso, nos próximos anos normas para o tratamento da dor elaboradas por diferentes instituições científicas, mudanças na legislação e o reconhecimento cada vez maior por parte dos profissionais e do público a respeito da importância do controle da dor provavelmente aumentarão a probabilidade de processos contra profissionais de saúde que não tratam a dor de forma adequada.

Em outro artigo, publicado no mesmo número da revista, S. H. Johnson (*Journal of Law, Medicine & Ethics* 1996, 24:319-27) apresenta os resultados de um questionário realizado com médicos do estado da Califórnia, no qual 69% dos que responderam afirmaram que o receio de ação disciplinar torna os médicos mais cautelosos no uso de opiáceos no tratamento da dor e cerca de 30% referiram que os seus próprios pacientes estão recebendo tratamento inadequado para a dor. Uma revisão das pesquisas existentes na literatura a respeito do subtratamento da dor conclui que "os dados disponíveis sugerem que o processo de decisão dos médicos a respeito do uso de opiáceos continua a ser indevidamente influenciado por regulamentos e pelo medo dos reguladores."

[Não conhecemos estudos semelhantes em nosso meio, mas acreditamos que é provável que muitos pacientes brasileiros não recebam tratamento adequado para dor crônica ou para a dor devida a processos neoplásicos, que por vezes é intolerável. Mas, no caso brasileiro, o tratamento inadequado, em nossa opinião, se deve muito mais a um receio _ que hoje se sabe ser de modo geral infundado _ de que o uso de opiáceos poderia levar o paciente a se tornar dependente dessas drogas do que propriamente a um medo de eventuais processos judiciais.]

É melhor fazer as coisas às claras do que às escondidas: os hospitais precisam obter consentimento para utilizar pacientes recém-falecidos para ensinar técnicas de reanimação

(Better to lay it out on the table than do it behind the curtain: hospitals need to obtain consent before using newly deceased patients to teach resuscitation procedures)

A. J. Kerns (*Estados Unidos*)

Journal of Contemporary Health Law and Policy 1997; 13: 581-612

Muitos hospitais americanos utilizam a prática de ensinar técnicas de reanimação para estudantes de medicina em pacientes recém-falecidos, sem antes obter o consentimento da família. Neste artigo o autor salienta que esse procedimento apresenta problemas éticos e legais e conclui que embora a prática seja cientificamente justificável é moralmente errado enganar a família dos pacientes a fim de ensinar técnicas de reanimação.

O autor conclui que obter o consentimento da família antes de treinar práticas de entubação garantirá que os hospitais e os médicos continuem cumprindo sua obrigação de treinar estudantes, ao mesmo tempo que cumprem sua obrigação de respeitar a vontade da família de seus pacientes.

[A utilização de pacientes recém-falecidos com finalidades de ensino é prática corrente também no Brasil, e da mesma forma que os Estados Unidos o assunto merece uma discussão detalhada e cuidadosa. Um problema correlato é a freqüente solicitação que os Serviços de Verificação de Óbitos recebem para autorizar a utilização de peças anatômicas _ órgãos, tecidos e partes de cadáveres ali necropsiados _ com finalidade de ensino e pesquisa, sem a prévia autorização da família. O Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) do município de São Paulo (vinculado por lei à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo _ FMUSP), preocupado com o número crescente de demandas dessa natureza, solicitou à Comissão de Bioética do Hospital das Clínicas e da FMUSP um parecer a respeito dos aspectos éticos envolvidos nesses procedimentos. A Comissão de Bioética foi de parecer que os pedidos de peças anatômicas ao SVO:

- 1. Para fins de ensino, deverão previamente passar pelo crivo da Comissão de Ensino de Graduação e de Pós-Graduação da FMUSP ou das respectivas Comissões da instituição de ensino superior solicitante;*
- 2. Para fins de pesquisa científica, deverão, inicialmente, passar pelo SVO para apreciação dos aspectos técnicos quanto à retirada das peças e, posteriormente, pela Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa da FMUSP. Quando se tratar de solicitação de outras instituições, as mesmas deverão ser previamente aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, devidamente reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. A Comissão de Bioética entendeu, além disso, que os familiares devem ser informados quanto aos procedimentos adotados pelo SVO. Nesse sentido, o Prof. Carlos Augusto Pasqualucci _ Vice-Diretor do SVO da Capital _ elaborou um documento de informação aos familiares, que reproduzimos na íntegra:*

Informação aos familiares

O Serviço de Verificação de Óbitos tem como finalidade executar as autópsias nos casos de morte natural (por doença).

A autópsia (ou necrópsia) é um ato médico que tem os seguintes objetivos:

- 1. esclarecer ou confirmar a causa da morte sempre que possível, permitindo o preenchimento da Declaração de Óbito;*
- 2. estabelecer qual a doença básica que foi responsável pelo óbito;*
- 3. diagnosticar as demais doenças que eventualmente estejam presentes;*
- 4. reunir as informações obtidas, nas autópsias, para contribuir no estabelecimento de programas de saúde pública, ensino e pesquisa científica, úteis para a população.*

A autópsia consiste no exame de cada um dos principais órgãos do corpo.

Como consequência da autópsia, um ou mais órgãos poderão, eventualmente, ficar retidos com os seguintes objetivos:

- a. complementar o exame, numa etapa posterior, para permitir que as conclusões obtidas, através da autópsia, sejam as melhores possíveis;*
- b. possibilitar a pesquisa científica naqueles casos em que o estudo trará benefícios para a população em geral e, portanto, também para os parentes e amigos da pessoa autopsiada;*
- c. permitir o ensino para que haja uma melhoria cada vez maior do atendimento médico à população (incluindo os familiares e amigos).*

Finalmente, esclarecemos que todos os procedimentos utilizados para a realização da autópsia, inclusive aqueles citados acima, são feitos de tal forma que não haja nenhuma mutilação externa, ou seja, o corpo é liberado para a família devidamente vestido sem apresentar sinal visível de que a autópsia tenha sido realizada.]