

*Clinica Médica*

## ERRADICAÇÃO DO HELICOBACTER PYLORI NÃO TRAZ BENEFÍCIO PARA PACIENTES COM DISPEPSIA NÃO-ULCEROSA

Talley et al. relatam que a cura da infecção pelo *H. pylori* não aliviou sintomas em pacientes com dispepsia não-ulcerosa. Foram abalisados pacientes norte-americanos portadores do *H. pylori* com dispepsia não-ulcerosa, em estudo randomizado, duplo-cego e placebo-controlado. Os critérios de inclusão foram queixa principal de dor e/ou desconforto no abdômen superior, com duração mínima de três dias na semana anterior à randomização e endoscopia digestiva alta normal. Os critérios de exclusão foram: sintomas predominantemente de pirose ou da síndrome do intestino irritável; história de úlcera péptica ou de refluxo gastro-esofágico (endoscopia ou pHmetria de 24 horas); medicação anti- $H_2$ , pró-cinética ou prostaglandina nos sete dias anteriores à inclusão; medicação com inibidor de bomba protônica, antibiótico, bismuto nos 30 dias anteriores à inclusão.

O diagnóstico de infecção pelo *H. pylori* foi realizado com o teste da C-uréia<sup>13</sup>; fragmentos de biópsia obtidos durante endoscopia foram examinados para diagnóstico histológico de gastrite ativa ou crônica. Os pacientes foram randomizados para receberem duas vezes ao dia, durante 14 dias: omeprazol 20 mg, 1000 mg de amoxicilina

e 500 mg de claritromicina (170 pacientes) ou placebos de mesma aparência que os medicamentos (167 pacientes).

Os pacientes retornaram 4 e 6 semanas e 3, 6, 9 e 12 meses após o final da medicação. Se após 12 meses o teste respiratório e/ou a análise histológica fossem positivos, o paciente foi considerado *H. pylori* positivo; com ambos negativos, o paciente foi considerado livre da bactéria. Os sintomas de dispepsia e a qualidade de vida foram avaliados durante o período do estudo.

A erradicação do *H. pylori* foi de 90% no grupo tratado e de 2% no grupo placebo, após 4 a 6 semanas. Aos 12 meses o tratamento foi considerado bem sucedido em relação à sintomatologia em 46% dos pacientes do grupo tratado e em 50% dos pacientes do grupo placebo, isto é, não houve diferença entre os dois grupos. Não houve também diferença em relação à sintomatologia entre os pacientes *H. pylori* positivos (49% com alívio dos sintomas) e negativos (48% com alívio dos sintomas). O sucesso no tratamento dos sintomas também não foi diferente quando os pacientes foram estratificados de acordo com o tipo de dispepsia (úlcerasímile, refluxosímile ou dismotilidade-símile). Não houve ainda correlação entre sucesso no tratamento dos sintomas e melhora histológica da gastrite crônica.

### Comentário

*É consensual a importância do H. pylori na gênese da gastrite e da úlcera péptica, assim como a necessidade de erradicar a bactéria nos portadores destas duas doenças. A dispepsia dita funcional pode ser classificada, dependendo da sintomatologia predominante nos tipos: refluxo gastroesofágico, úlcera péptica, dismotilidade ou "essencial". O trabalho agora resumido re-*

*força consenso de 1994, realizado no National Institute Health (USA), que não recomendou o tratamento do H. pylori em pacientes com dispepsia não-ulcerosa.*

**DURVAL ROSA BORGES**

### Referência

Talley NJ, Vakil N, Ballard ED, Fennerty MB. Absence of benefit of eradicating Helicobacter pylori in patients with nonulcer dyspepsia. N Engl J Med 1999; 341:1106-11.

*Clinica Cirúrgica*

## INCIDÊNCIA DE TROMBOSE PÓS-OPERATÓRIA APÓS CIRURGIA GÁSTRICA PARA OBESIDADE DURANTE 16 ANOS

No Departamento de Cirurgia do Instituto Karolinska, Suécia, foram estudados retrospectivamente 328 doentes operados por obesidade, entre setembro de 1977 e dezembro de 1993. Foram avaliadas 253 mulheres e 75 homens, com idade média de 38 anos e índice de massa corpórea em média de 44 Kg/m<sup>2</sup>.

Foram considerados a duração do ato operatório, o uso de anestesia epidural e a ocorrência de alguns fatores de risco: níveis elevados de ácidos graxos, hipercolesterolemia e diabetes. Foram estudadas as trombozes sintomáticas.

Os resultados encontrados mostraram que o tempo operatório médio foi de 128 minutos, 77% receberam anestesia epidural e a média da permanência hospitalar foi 12,3 dias.

Esta longa permanência se deveu ao fato de que a maioria dos doentes estava participando de estudos científicos diferentes peri-operatórios. A incidência de tromboembolismo foi de 2,4%.

Quatro doentes apresentam embolia pulmonar, que foi fatal em um deles. Três doentes apresentaram trombose venosa profunda nas veias das pernas e um doente apresentou trombose no braço, secundária ao catéter venoso central. Nenhum desses doentes apresentava aumento dos ácidos graxos, diabetes ou aumento do colesterol. Duzentos e noventa e oito receberam dextran-70 para profilaxia, sete receberam heparina e em 23 não foi realizada profilaxia. No grupo de doentes onde não foi diagnosticada trombose, 31% apresentavam aumento dos ácidos graxos, 2% apresentavam aumento do colesterol e 9% apresentavam diabetes.

Os autores concluíram que os obesos apresentam risco moderado de desenvolver trombose pós-operatória, quando uma profilaxia efetiva é usada. O aumento dos ácidos graxos, a hipercolesterolemia, e o diabetes não se apresentaram como fator de risco extra nestes doentes. A profilaxia da trombose deve ser empregada em todos os obesos operados, independente da idade e o cirurgião deve investigar prontamente qualquer sinal sugestivo de tromboembolismo.

#### **Comentário**

*A embolia pulmonar é uma complicação freqüente e temida após qualquer ato operatório, tendo sido a responsável por três mortes que ocorreram após cirurgias bariátricas realizadas no Departamento de Cirurgia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Neste grupo chama atenção a trombose de veias dos membros superiores de duas doentes, sendo que em nenhuma foi*

*realizada punção venosa para cateterismo de veia central. Uma possível causa seria o estiramento dos membros superiores durante o ato operatório, embora este não tenha sido longo, durando em média de 120 a 150 minutos.*

*Pôde ser notado que o grande coxim adiposo da região dorsal, freqüente nos obesos mórbidos, representaria um fator de risco para o estiramento dos braços, quando o doente permanece em decúbito dorsal, submetido à anestesia geral.*

*O grupo de cirurgia para obesidade deve tomar cuidados especiais para evitar que os ombros permaneçam em posição inadequada durante o ato operatório e além da profilaxia rotineira com heparina de baixo peso molecular, estimulando a deambulação precoce.*

**PEDRO LUIZ SQUILACCI LEME  
FRANCISCO CESAR MARTINS RODRIGUES  
CARLOS ALBERTO MALHEIROS**

#### **Referência**

Eriksson S, Backman L, Ljungstrom KG. The Incidence of clinical postoperative thromboses afters gastric surgery for obesity during 16. *Obes Surg* 1997; 7:332-5.

#### ***Economia da Saúde***

## **GASTO, ACESSO E CONDIÇÕES DE SAÚDE: TENDÊNCIAS NOS PAÍSES DA OCDE**

Em interessante artigo, Anderson & Poullier comparam os níveis de gasto em saúde, de acesso a serviços e as condições

de saúde dos países da OCDE. Em 1997 os EUA continuaram sendo o líder de gasto *per capita* em saúde: nada menos que US\$ 3.925 (13,5% do PIB), enquanto a média observada nos países da OCDE foi de US\$ 1.728 *per capita*, o qual representou 7,5% do PIB desses países. De 1990 a 1997 o gasto *per capita* em saúde norte-americano cresceu a uma taxa de mais de 4% ao ano, bem superior à dos países da OCDE (3,8% anual).

Paralelamente a isso, é nos EUA que se encontram os menores tempos de permanência nas internações hospitalares (hoje fortemente controlados através dos esquemas de *managed care*), aliados, entretanto, aos maiores custos de internação por dia.

Note-se que, em que pese o nível de gasto exibido pelos EUA, seus indicadores sanitários estão abaixo da média dos países da OCDE: a mortalidade infantil é de 7,8 por mil, contra 5,8 por mil na média desses países; por sua vez, a expectativa de vida ao nascer de homens norte-americanos é de 72,7 anos e a das mulheres é de 79,4, enquanto na OCDE estas se situam, respectivamente, em 74,0 e 80,3 anos de vida. Outra diferença: é nos EUA que se encontra a menor porcentagem de população coberta por algum esquema público de proteção à saúde.

#### **Comentário**

*O sistema de saúde norte-americano é, sem dúvida, o caso paradigmático do modelo de sistema de saúde baseado no seguro-saúde privado, tão ardorosamente defendido, a partir dos anos oitenta, por importantes atores sociais enquanto a panacéia para a reorganização da atenção da saúde.*

*Entretanto, como mostram os dados apresentados no artigo resenhado, os argumentos nos quais se sustentam essas propos-*

tas perdem força à luz dos problemas hoje enfrentados pelo sistema de saúde daquele país. No mercado da saúde atuam agentes com um poder de estabelecer preços que se afasta em muito do que ensinam os manuais de economia acerca dos mercados concorrenciais. Por outro lado, a liberdade de escolha é regida, fundamentalmente, pelo bolso do consumidor, o que determina profundas diferenças no acesso à atenção à saúde. Dessa forma, trata-se do sistema que exhibe um maior gasto per capita dentre os países da OCDE e, ao mesmo tempo, taxas de cobertura e indicadores sanitários fortemente insatisfatórios. Uma vez que o Estado só cuida dos pobres (através do Programa MEDICAID), e dos aposentados (através do MEDICARE), estão fora do sistema de saúde as pessoas não suficientemente pobres para serem beneficiários do MEDICAID mas não suficientemente ricas para poderem adquirir individualmente um seguro privado de saúde e/ou empregadas em firmas de pequeno porte (bares, p.ex.), sem capacidade para oferecer aos seus funcionários planos de saúde abrangentes.

**MARIA ALÍCIA DOMINGUEZ UGA**

Referência

Anderson G, Poullier JP. Health spending, access and outcomes: trends in industrialized countries. *Health Aff* 1999; 18: 178-92.

*Ginecologia*

## TABAGISMO E CLIMATÉRIO

O tabagismo é uma das preocupações da sociedade moderna devido aos

efeitos deletérios que acarreta na população. O hábito do tabagismo em mulheres jovens vem aumentando progressivamente, não havendo controle eficaz dos órgãos de saúde pública para regular e coibir tal prática. As entidades governamentais não têm desenvolvido programas específicos e regulares em escolas e nos meios de comunicação com a finalidade de prevenir a população para os diversos efeitos nocivos do cigarro.

A composição do cigarro é feita de aerossóis e substâncias químicas, sendo os principais metabólitos: nicotina, cotidina, carboxihemoglobina, tiocinato, cádmio, cobre, ferro, níquel, chumbo, benzopirina, arsênico, N-nitrosomonocotina, beta-nafilamina, arabinase, polonium 210, benzina e amônia. Os gases são: monóxido de carbono, acetaldeído, metanol e óxidos de nitrogênio.

A nicotina aumenta a incidência de recém-natos de baixo-peso, natimortos, abortos espontâneos e placenta prévia, por mecanismos de reação placentária à hipóxia causada pelo monóxido de carbono. Há maior risco de infertilidade, com redução dos níveis séricos de hormônio luteinizante, vasopressina, hormônio antidiurético, prolactina e aumento dos níveis de catecolaminas, androgênios adrenais e cortisol.

O mecanismo da carcinogênese do tabagismo envolve três fases: inalação, promoção e progressão dos vários metabólitos aos órgãos alvos. A ação carcinogênica dos metabólitos do cigarro envolve diversos órgãos: pulmões, laringe, cavidade oral, esôfago, pâncreas, bexiga, rins e estômago.

O tabagismo aumenta o risco para osteoporose, reduzindo a massa óssea precocemente e aumentando sua perda

no adulto jovem. Aumenta ainda a incidência de maior resistência à insulina, assim como maior incidência de problemas cardiovasculares, tromboembólicos, doença pulmonar obstrutiva e bronquite crônica (inclusive nos familiares de tabagistas de mais de um maço/dia, os fumantes passivos).

Fonseca et al., estudando 240 mulheres climatéricas, sendo 140 fumantes e 100 não fumantes, observaram quanto ao perfil clínico e laboratorial, que as mulheres fumantes tiveram menopausa antecipada em três anos, assim como maior sintomatologia climatérica, maiores níveis plasmáticos de colesterol total, LDL-colesterol, triglicérides e maior perda óssea. Straten et al., citam ainda outros efeitos relacionados ao tabagismo como: enrugamento e perda da gordura facial, mudanças de coloração e perda do brilho da pele, unhas amareladas, cicatrizações mais lentas, psoríase, halitose e estomatite nicotínica, doença vascular periférica aterosclerótica, doença de Raynaud entre outras.

### Comentário

*A divulgação dos efeitos adversos decorrentes do tabagismo pode ser uma ferramenta valiosa ao alcance dos médicos para estimular a parada do vício.*

**ANGELA MAGGIO DA FONSECA  
PAULO AUGUSTO DE ALMEIDA JUNQUEIRA  
JOSEFINA ODETE MASSABKI POLAK**

Referências

1. Massabki JOP et al. Tabagismo. *Rev. Ginec Obstet*, 9(4):264-8, 1998.
2. Fonseca AM et al. Menopausa e tabagismo. *Rev. Ginec. Obstet.* 10(1):21-5, 1999.
3. Vander Straten M, Carrasco D, Paterson MS, McCrary MI, Meyer DJ, Tying SK et al. Tobacco use skin disease. *South Med J* 2001; 94:621-34.

Medicina Baseada em Evidências

## TRAQUEOSTOMIA CIRÚRGICA OU PERCUTÂNEA EM PACIENTES GRAVES

A traqueostomia é um procedimento freqüentemente realizado em pacientes necessitando de ventilação mecânica prolongada. A traqueostomia nestes pacientes apresenta diversas vantagens quando comparada com o tubo orotraqueal, incluindo maior conforto do paciente, facilidade de remoção de secreções da árvore traqueobrônquica e manutenção segura da via aérea. A traqueostomia percutânea, utilizando os mesmos princípios da técnica de Seldinger para acesso vascular, vem ganhando popularidade crescente, substituindo em muitos serviços a traqueostomia aberta, realizada no centro cirúrgico. Entretanto, os benefícios de uma técnica sobre a outra ainda não foram completamente estabelecidos. A traqueostomia percutânea teoricamente apresentaria menor taxa de infecção e de sangramento. Por outro lado, algumas complicações graves já observadas com a técnica percutânea são extremamente raras pela via cirúrgica, incluindo inserção paratraqueal, pneumotórax, laceração traqueal, fístula traqueoesofágica, hemorragia grave e perda da via aérea.

Em maio de 2001, Freeman e colaboradores realizaram um estudo pros-

pectivo em 80 pacientes com indicação de traqueostomia eletiva. Estes foram randomizados em dois grupos, traqueostomia cirúrgica, realizada no centro cirúrgico ou percutânea, realizada na unidade de terapia intensiva. Os grupos eram semelhantes quanto a idade, sexo, gravidade da condição clínica e diagnóstico principal. A duração da traqueostomia percutânea,  $20 \pm 2$  minutos, foi significativamente menor do que a cirúrgica,  $41 \pm 4$  minutos ( $p < 0,0001$ ). Não houve diferença entre a traqueostomia percutânea e a cirúrgica com relação ao tempo de internação na terapia intensiva ( $25 \pm 3$  e  $28 \pm 3$  dias) ou no hospital ( $47 \pm 4$  e  $44 \pm 4$  dias, respectivamente). Com relação à mortalidade, houve uma tendência a redução da mortalidade com a traqueostomia percutânea (22% versus 45%,  $p = 0,06$ ). Os custos da traqueostomia percutânea (US\$  $1569 \pm 157$ ) foram significativamente menores do que a cirúrgica (US\$  $3172 \pm 114$ ,  $p < 0,0001$ ).

### Comentário

*Este estudo demonstra que a via percutânea é uma técnica rápida, segura e econômica para realizar a traqueostomia em condições eletivas. Estes resultados foram obtidos em pacientes com anatomia cervical favorável e com o sistema de coagulação intacto. As complicações a longo prazo da traqueostomia percutânea são pouco conhecidas, como por exemplo a ocorrência de fístula entre a traquéia e a artéria inominada ou de estenose subglótica. A traqueostomia cirúrgica ainda é a preferencial para pacientes com distúrbios de coagulação, anatomia cervical desfavorável ou com traumas faciais. Baseado neste estudo, a via per-*

*cutânea, sob visualização broncoscópica, poderia ser considerada como de eleição para traqueostomias eletivas em pacientes portadores de condições clínicas e anatômicas favoráveis, necessitando suporte ventilatório prolongado. A familiaridade com esta técnica deve ser estimulada nas unidades de terapia intensiva cirúrgica.*

**LUIZ FRANCISCO POLI DE FIGUEIREDO**

### Referência

Freeman BD, Isabella K, Cobb JP, Boyle Wa 3rd, Schmil RE Jr, Kolleff MH et al. A prospective, randomized study compare percutaneous with surgical tracheostomy in critically ill patients. *Crit Care Med* 2001; 29: 926-30.

### Obstetrícia

## ESTUDO PROSPECTIVO MULTICÊNTRICO DA EVOLUÇÃO DA GRAVIDEZ EM MULHERES COM CARDIOPATIA

Os riscos maternos e neonatais associados à gravidez em mulheres com doença cardíaca que recebem atenção pré-natal adequada ainda não foram bem definidos. Os autores seguiram prospectivamente 562 gestantes cardiopatas e analisaram a evolução de 599 gestações que não terminaram em aborto (espontâneo ou induzido); 75% das pacientes apresentavam cardiopatia congênita, 22% tinham patologias ad-

quiridas e 4% tinham arritmias isoladas. Complicações cardio-circulatórias (edema agudo dos pulmões, arritmia, acidente vascular cerebral embólico ou morte de causa cardíaca) ocorreram em 13% das gestações. Não houve associação do tipo de parto com a ocorrência de complicações cardiológicas no período periparto. Os fatores significativamente relacionados à presença de complicações cardíacas maternas foram: a presença de eventos cardíacos prévios à gravidez ou arritmia, limitação funcional moderada ou grave (Classe Funcional III ou IV) ou cianose (saturação de oxigênio < 90%), obstrução do coração esquerdo (área valvar mitral < 2 cm<sup>2</sup>, área valvar aórtica < 1,5 cm<sup>2</sup> ou gradiente de fluxo de via de saída de VE > 30 mmHg pela ecocardiografia) e disfunção ventricular esquerda (fração de ejeção < 40%). A ocorrência de complicações cardíacas foi de 5% quando não havia nenhum desses fatores preditivos, 27% na presença de um fator e 75% quando havia mais de um fator preditivo (nenhuma paciente apresentou mais de três fatores de risco). As três mortes maternas de origem cardíaca ocorreram em pacientes com um ou mais dos preditores de risco. Assim, a probabilidade de ocorrência de eventos cardíacos pode ser determinada utilizando-se um índice de risco que leva em consideração esses preditores. Complicações neonatais foram encontradas em 20% das gestações e foram associadas a classe funcional III ou IV ou cianose, obstrução de coração esquerdo, anticoagulação, tabagismo e gestações múltiplas. Concluiu-se que a gravidez em mulheres cardiopatas está asso-

ciada a um número significativo de complicações cardíacas e neonatais, mesmo em pacientes que recebem seguimento obstétrico e clínico adequados. O risco cardíaco materno pode ser estimado por um índice que leva em consideração a classe funcional ou cianose, a presença de eventos cardíacos prévios ou arritmia, obstrução ao fluxo de coração esquerdo e disfunção ventricular.

#### Comentário

*A cardiopatia materna é uma das mais importantes causas de mortalidade materna em nosso meio, e mesmo nos países desenvolvidos continua sendo responsável por uma taxa considerável de morbidade e mortalidade, tanto materna quanto perinatal. Tradicionalmente, as complicações têm sido relacionadas não somente à gravidade da patologia cardíaca, mas também a condições sub-ótimas de atendimento pré e perinatal. Neste estudo canadense, multicêntrico e prospectivo, as pacientes foram assistidas seguindo protocolos bem estabelecidos e uniformes em centros de referência, e foram identificados os fatores preditivos de complicações cardiológicas maternas bem como os envolvidos nas complicações neonatais. Uma vez delimitados esses fatores, os autores definiram um escore capaz de estimar a probabilidade de ocorrência de eventos cardiológicos. A importância do trabalho reside na definição das situações que envolvem maior risco materno, o que é valioso tanto no atendimento dessas mulheres no ciclo gravídico-puerperal quanto no aconselhamento pré-concepcional.*

MARIA RITA BORTOLLOTTO

#### Referência

Siu SC, Sermer M, Colman JM, Alvarez AN, Mercier LA, Morton BC et al. Prospective multicenter study of pregnancy outcomes in women with heart disease. *Circulation* 2001; 104: 515-21.

#### Pediatria

## HIRSUTISMO: UM DESAFIO TERAPÊUTICO ENTRE AS ADOLESCENTES. SUA ASSOCIAÇÃO AO DIABETES TIPO 1

O hiperandrogenismo ovariano funcional, denominação que hoje substitui a síndrome dos ovários policísticos (SOP) pode vir associada ao quadro de resistência à insulina no diabetes tipo 2. A resistência à insulina caracteriza-se por um aumento da concentração de insulina circulante que vai estimular a produção de andrógenos ovarianos e das supra-renais.

O diabetes mellitus (DM) tipo I é uma doença caracterizada por um agressão auto-imune sobre o sistema endócrino de pâncreas, resultando numa abolição da secreção de insulina. No entanto, sob insulino-terapia, também o paciente tipo I pode desenvolver o quadro de resistência à insulina, especialmente se ele for obeso. Na insulino-terapia em doses supra-fisiológicas, pode estar presente um certo grau de hiperinsulinismo com o quadro de resistência à insulina.

Escobar-Morreale e cols. estudaram

85 mulheres portadoras de DM tipo I com sinais e sintomas de hiperandrogenismo. A SOP foi definida pela presença de distúrbio menstrual e sinais de hiperandrogenismo. Trinta e três destas pacientes (38,8%) apresentaram quadro de hiperandrogenismo sendo que 17 apresentaram SOP e 16 tinham hirsutismo sem distúrbios menstruais. As pacientes com diabetes tipo I apresentaram níveis elevados de testosterona e androstenediona. Este trabalho salienta o fato de que mulheres portadoras de DM tipo I têm alta prevalência de distúrbios hiperandrogênicos incluindo o hiperandrogenismo ovariano funcional e o hirsutismo.

Deve-se estar atento para o fato de que a SOP tem começo na adolescência, no período da menarca, onde os níveis de LH ou o hiperinsulinismo podem estar presentes com dificuldades de se estabelecer um padrão menstrual regular. A puberdade precoce pode estar precedendo a SOP. O Hiperandrogenismo aqui se exterioriza com hirsutismo, e manifestações pilo-sebáceas e acne, podendo estar associado a alterações das supra-renais.

#### **Comentário**

*Neste trabalho, os autores chamam a atenção para o fato, já conhecido, da associação: hiperandrogenismo e intolerância à glicose. A SOP tem sido associada à resistência à insulina como o que acontece no DM tipo 2. O tipo I é uma doença associada a processo autoimune com abolição da produção de insulina endógena. No obeso já se descreve resistência à insulina no DM tipo I. Este hiperinsulinismo pode determinar a secreção de andrógenos na supra-renal e ovário da mesma maneira que ocorre no DM tipo 2.*

*Portanto, esta é uma possibilidade a ser considerada, ou seja, DM tipo I iniciando-se ao hiperandrogenismo e SOP.*

**NUVARTE SETIAN**

#### Referência

Escobar-Morreale HF, Roldan B, Barrio R, Alonso M, Sancho J, dela Calle H et al. High prevalence of the polycystic ovary syndrome and hirsutism in women with type I diabetes mellitus. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85:4182-7.

#### *Saúde Pública*

## **TÁTICA DA INDÚSTRIA DO TABACO CONTRA AS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA**

A indústria de tabaco vem apresentando várias táticas para fazer frente às medidas que governos de vários países têm posto em ação para regulamentação do uso do fumo. Entre essas táticas se incluem campanhas subliminares dirigidas ao público, a compra de opinião de cientistas ou especialistas de diferentes áreas para gerar controvérsias em relação a resultados confirmados, o financiamento de partidos políticos, a contratação de grupos de pressão para atuar na formulação de políticas, o uso de grupos e indústrias conexas para influir contra as medidas da luta anti-tabagica e várias outras medidas. Tornaram-se conhecidos documentos internos da indústria do tabaco que eram secretos, e que mostram claramente a conspiração de mais de 50 anos visando ações para se

oporem às medidas de restrição do consumo de cigarros, estabelecer a confiança dos fumantes e também a defesa da isenção de responsabilidades para as empresas e seus produtos.

São feitas várias recomendações que, na opinião dos autores, deveriam figurar no "Convênio Marco da OMS, para a luta Anti-Tabágica".

#### **Comentário**

*Estão aumentando as ações contra as indústrias produtoras de cigarro, visando a obtenção de ressarcimento, sob a forma de pagamentos de altas quantias de dinheiro, por parte de ex-fumantes que apresentam doenças nas quais o fumo é um importante fator de risco ou, em alguns casos, a própria causa, como o enfisema pulmonar.*

*Essas demandas contra as indústrias, que começaram nos Estados Unidos, estão hoje se estendendo para outros países, inclusive o Brasil. A indústria do tabaco vem se defendendo e, desta maneira, estabelece várias táticas ou estratégias e que os autores do trabalho descrevem muito bem, incluindo entre e outros a "Manipulação do Consentimento", "Fabricação de Dúvidas", "Proteção dos Direitos Empresariais", "Tráfico de Influências" e "Abertura de Mercados por Meio de Sanções Comerciais e Corrupção".*

*Os autores comentam que o futuro da indústria do tabaco está nos países em desenvolvimento e que, entre 1986 e 1996, as exportações de cigarros pelos Estados Unidos aumentaram 260% e que atualmente a Philip Morris obtém mais lucros vendendo cigarros ao exterior em relação aos Estados Unidos.*

*Ainda que numerosos trabalhos venham sendo publicados sobre essa ques-*

*tão da luta da indústria contra a conscientização da população sobre os efeitos nocivos do tabaco e das medidas de saúde pública que vêm sendo estabelecidas, o presente trabalho merece ser lido pela maneira clara e contundente como expõe as táticas empregadas.*

**RUY LAURENTI**

Referência

Táctica de la industria tabaquera contra las políticas de salud pública. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Re copilación de artículos n. 4: 19-27, 2001.

*Bioética*

## O SUICÍDIO ASSISTIDO E O PACIENTE TERMINAL

No Estado do Oregon/EUA, o suicídio assistido por médicos é legalmente reconhecido desde 1995, com a promulgação do Oregon Dath With Dignity Act. A lei permite que os médicos possam assistir

seus pacientes em fase terminal, prescrevendo doses letais de medicação quando da demanda de pacientes competentes para decidir. Estudo recente de casos de decisões judiciais enfoca a possibilidade de se estar formando jurisprudência que valida a possibilidade de estender a prática para pacientes aos quais falte a capacidade decisio-  
nal, quer tenham ou não expressado sua escolha pelo procedimento antes de tornarem-se incapazes.

### Comentário

*O tema do suicídio assistido retomou à discussão devido à aprovação da lei holandesa que o permite quando o paciente tiver uma doença incurável e estiver com dores insuportáveis; quando o paciente tiver pedido, voluntariamente, para morrer; depois que um segundo médico tiver emitido sua opinião sobre o caso.*

*O estudo mostra que o assunto é bastante polêmico, havendo notória divisão a favor ou contra sua liberação. Isto se deve, em parte, a ser a sociedade contemporânea moralmente pluralista, carecendo de parâmetros e critérios objetivos para definir os*

*limites e as exigências éticas. Os defensores das correntes que privilegiam o princípio da autonomia individual entendem que a decisão cabe à pessoa capaz. Os contrários fundamentam-se na moral hipocrática de que o médico não pode, mesmo por demanda autônoma do paciente, realizar uma ação maleficiente que leve à morte.*

*Infelizmente, esse confronto, como um efeito colateral, tem resultado na ocorrência de práticas distanásicas sobre os pacientes terminais, ampliando e prolongando seu sofrimento de forma indesejável. Cabe romper o temor sobre a discussão do processo do morrer, evitado pela sociedade brasileira, que tem dificultado a assistência aos pacientes terminais, que sem possibilidades de cura, requerem que suas necessidades físicas, mentais, sociais e espirituais sejam consideradas por parte das instituições e dos profissionais de saúde.*

**PAULO ANTONIO FORTES**

Referência

Walker RM. Physician-assisted suicide: the legal slippery slope. Cancer Control 2001; 8: 25-31.