

I CONSENSO BRASILEIRO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PEDIATRIA E NEONATOLOGIA

DILEMAS ÉTICOS NO SUPORTE VENTILATÓRIO

JUANG HORNG JYH
HM “Dr. CARMINO CARICCHIO” – TATUAPÉ/AMIB/SBP

“A ética não é uma etiqueta que a gente põe e tira, é uma luz que a gente projeta para segui-la com os nossos pés, do modo que pudermos, com acertos e erros, sempre e sem hipocrisia”.

Herbert de Souza

A aplicação dos avanços Tecnológicos na Medicina, principalmente no tocante à Medicina Intensiva, resultou em impactos importantes quanto à sobrevida do homem frente às doenças que antes eram consideradas letais. Um notório exemplo é a nossa capacidade em viabilizar a sobrevivência de bebês cada vez mais extremamente prematuros. Entretanto, somos sempre indagados com respeito a esta maior sobrevivência, se ela também tem significado na real melhora da qualidade de sobrevida?

Este fato vem gerando dilemas que partem de uma questão técnico-científica para uma questão ético-profissional.

Dentro da Medicina Intensiva, principalmente nos setores pediátricos e neonatais, a requisição de ventilação mecânica por insuficiências respiratórias é frequente. Entretanto, tem acarretado dúvidas em algumas situações, se o seu emprego não estaria apenas prolongando o sofrimento destes pequenos pacientes. Esta questão, muitas vezes difícil de ser respondida, se naquele momento estaríamos praticando medicina intensiva ou apenas, cuidados paliativos.

Com relação à reanimação neonatal, o trabalho desenvolvido no Hospital Johns Hopkins e publicado em 1993, por Allen e colaboradores, mostrou que a relação dos recém-nascidos (RN) com a idade gestacional (IG): 29 RN com IG 22 semanas, não houve sobrevida; houve apenas 15% de sobrevida dos RN com IG 23 semanas, mas somente 2% mostraram Ultra Som de crânio normal; os RN com IG 24 semanas tiveram 56% sobrevida.

Baseado nos estudos realizados por Tyson e colaboradores (1996), Sanders e colaboradores (1998) e, Sauve e colaboradores (1998), muitos neonatologistas têm adotado seguintes condutas: a) IG < 23 semanas, não reanimar, apenas confortar; b) IG entre 23 – 25 semanas, avaliar racionalmente cada situação juntamente com a equipe, pais e o comitê de bioética; c) IG > 25 semanas, reanimar sempre.

Na prática médica, os principais fatores determinantes da necessidade de reanimar são: a) os médicos foram treinados para salvar vidas; b) solicitação da família para “fazer tudo”; c) conflitos com os pais, colegas, administração e consigo mesmo; d) medo de constrangimentos legais.

Assim, com os avanços tecnológicos, estas situações de dilemas éticos são cada vez mais frequentes, não somente frente a uma reanimação cárdio-pulmonar, mas também diante de diversos procedimentos, tais como com relação à ventilação mecânica: quando deve ser indicada ou não, ou mesmo quando se deve suspendê-la. Torna-se importante então, a busca de um embasamento não somente ético-profissional, mas também, o Bioético para auxiliar na tomada de tais decisões e evitar os aspectos puramente emocionais.

Os valores e os princípios éticos são as normas de regulação do comportamento humano. A ética é um importante instrumento para o convívio social. Existe, entretanto, o PLURALISMO ÉTICO, pois há diferentes visões do que é “bom” para o convívio social. Muitas vezes, a conotação sobre o que é o certo, o justo e o correto, pode variar de acordo com as diferentes culturas, religiões e até mesmo, o momento político-social. Assim, devemos buscar harmonizar os interesses individuais com os do coletivo, procurar a “boa vida”, isto é, o bom relacionamento no convívio social.

Bioética é uma palavra de origem grega: *bio* (vida) e *ethike* (ética), que pode ser definida como sendo o estudo sistemático das dimensões morais, incluindo visão moral, decisões, condutas e políticas das ciências da vida e dos cuidados da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar. Devendo contar com a participação de profissionais de área biológicas, exatas e humanas, além de representantes da comunidade e religiosos. A Bioética busca promover uma reflexão crítica do comportamento humano, interpretando, discutindo, problematizando e investigando os valores, princípios e o comportamento moral, à procura do “bem-estar no campo das ciências da vida e dos cuidados da saúde”. Assim, o “Pensar Ético”, deve ser resultante das condições sócio-históricas do momento vivido e da confluência da visão ética tradicional com o progresso científico.

Na prática médica, os profissionais médicos têm que tomar decisões sobre casos práticos e urgentes, baseando nos princípios morais. Ou seja, o médico deve atuar, guiado pela beneficência e não maleficência; já o paciente, pela autonomia e a sociedade, pela justiça. Desta feita, a Ética poderá vigiar a tecnologia, buscando e discutindo a racionalidade tecnológica, isto é, proporcionar o correto curso das ações e a correta aplicação da tecnologia, com responsabilidade.

Devemos ter cuidado, quando ao invocar o Juramento de Hipócrates: **“Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém”**; pois isto poderá nos levar a cometer o chamado paternalismo ético e conseqüente violação do respeito à autonomia através de uma ação de caráter beneficente ou não maleficente, mas que por outro lado, pode estar contrariando a vontade da própria pessoa autônoma, justificando exclusivamente pelo bem estar desta pessoa que está sendo coagida.

Com relação ao Código de Ética Médica, segundo Hipócrates (430 a.C): “O médico deve tentar a cura daqueles que podem ser curados, diminuir a morbidade de doenças onde é possível e, assegurar o conforto do paciente quando a doença evoluir. E quando o paciente estiver prestes a morrer, o médico é obrigado a reconhecer isto e aliviar o processo de morte”. Assim, também caberá ao médico não permitir que problemas decorrentes de recursos limitados conflitem com o tratamento, sendo as decisões tomadas em base médica e não econômica. Fatos já previstos pelo nosso Código de Ética Médica, onde podemos destacar os seguintes artigos:

- Artigo 5º: O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.
- Artigo 8º: O médico não pode em qualquer circunstância e sob qualquer pretexto renunciar à sua liberdade profissional, evitando que restrições ou imposições prejudiquem a eficácia e correção do seu trabalho.
- Artigo 16: Nenhuma disposição estatutária ou regimental poderá limitar a escolha por parte do médico dos meios a serem postos em prática para o diagnóstico e tratamento, salvo quanto em benefício de pacientes.

Podemos então, aferir que é moralmente aceitável, frente aos recursos finitos, não indicar suporte avançado de vida a pacientes sem prognóstico. E lembrar ainda, os seguintes artigos do Código de Ética Médica:

- **Artigo 42:** É vedado ao médico praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do país.

- **Artigo 46:** É vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de morte.

- **Artigo 48:** É vedado ao médico exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar.

- **Artigo 66:** É vedado ao médico utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal.

- **Artigo 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.

Parágrafo Único: Caso o paciente não tenha condições de dar seu livre consentimento, a pesquisa só poderá ser realizada, em seu próprio benefício, após expressa autorização de seu responsável legal.

- **Artigo 124:** É vedado ao médico usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informado da situação e das possíveis conseqüências.

- **Artigo 127:** É vedado ao médico realizar pesquisa médica em ser humano sem submeter o protocolo à aprovação e acompanhamento de comissão isenta de qualquer dependência em relação ao pesquisador.

- **Artigo 129:** É vedado ao médico executar ou participar de pesquisa médica em que haja necessidade de suspender ou deixar de usar terapêutica consagrada e, com isso, prejudicar o paciente.

- **Artigo 130:** É vedado ao médico realizar experiência com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em pacientes com afecção incurável ou terminal sem que haja esperança razoável de utilidade dos mesmos, não lhe impondo sofrimentos adicionais.

Os Princípios Éticos que devem ser aplicados na Assistência na Terminalidade da Vida:

- Fazer o bem, isto é, agir em favor do melhor interesse do paciente.
- A beneficência não necessariamente deve implicar em utilizar os conhecimentos científicos para preservar a vida a qualquer custo.
- Evitar a Distanásia, ou seja, “Fazer tudo” em favor do paciente terminal, deve significar oferecer cuidados paliativos. Ao se evitar a **Distanásia e a Obstinação Terapêutica**, estaremos, na verdade, proporcionando uma morte com mais dignidade e menos sofrimento. Devemos estar aptos a

reconhecer e a aceitar as limitações da ciência e daquilo que o desenvolvimento tecnológico atual nos oferece.

Partindo de todo o exposto acima, podemos aplicar os seguintes princípios éticos com relação à terapêutica de VENTILAÇÃO MECÂNICA (VM) na população pediátrica e neonatal:

- Com relação à indicação de Ventilação Mecânica, não existem diferenças éticas quanto à questão de se retirar o suporte ventilatório com relação a sua não indicação. Entretanto, o ato de se retirar uma VM é considerado uma decisão mais difícil de ser feita, tanto para o médico como para os familiares da criança.
- Discussões sobre a decisão de retirada do aparelho de ventilação mecânica são mais frequentes do que sobre decisões de se iniciar uma ventilação mecânica, pois podemos decidir pela interrupção de tratamento, após uma melhor reavaliação do paciente, do que simplesmente em não indicá-lo de imediato. Nas situações de emergências, como nas paradas cardíaco-respiratórias (PCR), a ventilação mecânica pode ser usada, e na evolução se decidirá por sua continuidade ou não. Assim, damos ao paciente o benefício da dúvida, pois é eticamente mais aceitável a interrupção da manobra de reanimação do que a sua não iniciação.
- Com relação aos doentes terminais, quando se é um adulto, este pode decidir como quer ser tratado; já no caso de crianças e, quando os procedimentos forem nitidamente ineficazes, o médico pode legalmente não indicá-los, mesmo contrariando o desejo dos pais. Entretanto, sempre é mister manter o bom relacionamento médico-paciente, contar sempre com o apoio de toda a equipe multiprofissional, que devem falar a mesma linguagem.
- A aplicação de suporte ventilatório, sem possibilidade de reverter a doença ou melhorar a qualidade de vida do doente, pode estar apenas acarretando distanásia, pois a instituição de VM por si só, já é um sofrimento. Um motivo para recorrermos ao uso de sedativos e analgésicos.
- Devemos estar em alerta contra os excessos terapêuticos que podem decorrer de uma formação profissional inadequada ou de uma postura preventiva contra supostos processos judiciais. Lembrar que não existem regras fixas de conduta, mas sim, Princípios Éticos para nortear as ações. E que dentro destes Princípios Éticos devem ser considerados os princípios culturais, morais e religiosos.
- Em circunstâncias de Terminalidade da Vida, devemos considerar caso a caso, fazer discussões abertas com a equipe multiprofissional, os familiares e comitês de ética profissional e de Bioética para tomar Decisões Equilibradas e evitar as chamadas “obstinações terapêuticas”.

DEFINIÇÕES:

- **EUTANÁSIA:** Grego “boa morte” ou “morte apropriada”.
Termo utilizado por Francis Bacon (1623) para o “tratamento adequado às doenças incuráveis”. Hoje significa provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins misericordiosos.
- **DISTANÁSIA:** Prolongamento artificial da vida, sem a perspectiva de cura ou melhora, o que torna o morrer desnecessariamente mais doloroso, lento, sofrido e oneroso.

BIBLIOGRAFIA:

Allen MC, Donohue PK, Dusman AE: The limit of viability: Neonatal outcome of infants born at 22 to 25 weeks' gestation. *N Engl J Med* 329:1597-1601, 1993.

Althabe M, Cardigni G, Vassallo JC, Allende D, Berrueta M, Codermatz M, Córdoba J, Castellano S, Jabornisky R, Marrone Y, Orsi MC, Rodriguez G, Varón J, Schnitzler E, Tamusch H, Torres JM, Vega L. Dying in the intensive care unit: Collaborative multicenter study about forgoing life-sustaining treatment in Argentine pediatric intensive care units. *Pediatr Crit Care Med* 4(2):164-9, 2003

Jain L, Ferre C, Vidyasagar D, Nath S, Sheftel D. Cardiopulmonary resuscitation of apparently stillborn infants: Survival and long-term outcome. *J Pediatr* 118:778-82, 1991

Randolph AG; Zollo MB; Egger MJ; Guyatt GH; Nelson RM; Stidham GL: Variability in physician opinion on limiting pediatric life support. *Pediatrics* 103(4):e46, 1999 Apr

Sanders MR, Donohue PK, Oberdorf MA, et al: Impact of perception of viability on resource allocation in the neonatal intensive care unit. *J Perinatol* 18:347-351, 1998.

Sauve RS, Robertson C, Etches P, et al: Before viability: A geographically based outcome study of infants weighing 500 grams or less at birth. *Pediatrics* 101:438-45, 1998.

Singh J; Lantos J; Meadow W: End-of-life after birth: death and dying in a neonatal intensive care unit. *Pediatrics* 114(6):1620-6, 2004

Tyson JE, Younes N, Verter J, et al: Viability, morbidity and resource use among newborns of 501 to 800 g birth weight. *JAMA* 276:1645-51, 1996.

Encyclopedia of Bioethics, 2ª ed., vol. 1, Introdução, p. XXI, W. T. Reich, 1995

Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1246/88, de 08 de Janeiro de 1988