



---

**EDITORIAIS**

---

## *Dilemas éticos e legais em pacientes criticamente doentes*

### *Ethic and legal dilemmas concerning critically ill patients*

Délio José Kipper<sup>1</sup>, Jefferson Pedro Piva<sup>2</sup>

Associados ao desenvolvimento e ao avanço tecnológico da medicina contemporânea, surgem, na mesma proporção, dilemas e questionamentos envolvendo aplicabilidade, futilidade, importância e a relação custo-benefício, entre outros. Não oferecer ou retirar medidas de suporte vital são dilemas vividos diariamente por intensivistas e por algumas especialidades médicas. Em pelo menos quatro situações estes questionamentos têm sido mais frequentes: a) nos recém-nascidos extremamente prematuros, muito mal formados ou com severas lesões neurológicas; b) nos pacientes em estado vegetativo permanente; c) nos pacientes terminais e d) nos pacientes com morte encefálica, cujos órgãos não estão destinados à doação.

Na questão dos recém-nascidos, abrem-se questionamentos muito particulares em face de sua imaturidade neurológica, grande resistência à hipoxia e notável avanço da medicina e ciências biológicas, incluindo abordagens terapêuticas pré-natais.

O paciente terminal é definido como sendo aquele cuja condição é irreversível, independentemente de ser tratado ou não, apresentando uma alta probabilidade de morrer num período relativamente curto (p. ex.: 3 a 6 meses)<sup>1</sup>. Sua definição é baseada em critérios clínicos, com os quais se faz um prognóstico.

O estado vegetativo pode ser diagnosticado de acordo com os seguintes critérios: 1) nenhuma evidência de consciência de si mesmo ou do meio e uma total incapacidade de interagir com os outros; 2) nenhuma evidência de respostas comportamentais sustentadas, reproduzíveis, propositais ou voluntárias a estímulos visuais, auditivos, táteis ou nocivos; 3) nenhuma evidência de compreensão ou expressão verbal; 4) estado de acordar intermitente, manifestado pela presença de ciclos de dormir-acordar; 5) suficiente preservação das funções do hipotálamo e do tronco cerebral para permitir a sobrevivência com cuidados médicos e de enfermagem; 6) incontinência fecal e vesical; e 7) preservação variável de reflexos dos nervos cranianos

(pupilar, oculocefálico, corneal, vestibulo-ocular e de engasgo) e espinais<sup>2</sup>. Podem emitir lágrimas, sugar, eventualmente fixar o olhar e se virar para sons ou tossir. Isso depende da manutenção de funções autonômicas do hipotálamo e tronco cerebral<sup>2</sup>. Existe, porém, uma limitação biológica nesta definição: somente podemos inferir a presença ou ausência de experiências conscientes em outras pessoas.

A grande questão com a qual nos defrontamos frente aos pacientes terminais e em estado vegetativo permanente é a de decidir, junto com o paciente ou seu representante, qual conduta e estratégias a escolher nesta situação. Dependendo da escolha, poderemos ter como resultado a distanásia, que é a morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento; podendo ainda ser definido também como o prolongamento exagerado da morte de um paciente, sendo sinônimo de tratamento inútil. Trata-se de uma atitude médica que, visando salvar a vida de um paciente terminal, submete-o a grande sofrimento, não prolongando propriamente a vida, mas o processo de morrer<sup>3,4</sup>. No outro extremo encontra-se a eutanásia (morte serena, sem sofrimento), que é uma prática pela qual se busca abreviar, sem dor ou sofrimento, a vida de um doente reconhecidamente incurável<sup>5</sup>. Enquanto que a posição de equilíbrio seria a ortotanásia, que é definida como a morte no seu tempo certo, sem tratamento desproporcionado (distanásia) ou sem abreviação (eutanásia) do processo de morrer<sup>4</sup>.

Na medida em que a cura é impossível, deve-se objetivar, então, todas as medidas que visem ao conforto e ao alívio do sofrimento (o princípio da não maleficência passa a ter prioridade sobre a beneficência)<sup>6</sup>. Essa conduta somente será corretamente adotada, se for precedida de ampla discussão até obtenção do consenso dentro da equipe médica, e, também, de comum acordo com o paciente ou seu representante. A partir daí, abre-se uma ampla variedade de possíveis condutas e estratégias, tais como: a) decidir por ordens de não reanimação; b) optar pela recusa de oferecer medidas terapêuticas desproporcionais ou fúteis; c) evitar a distanásia, buscar a ortotanásia e refutar a eutanásia ativa ou o suicídio assistido.

---

1. Membro do Comitê de Ética da SBP.

2. Presidente do Departamento de Terapia Intensiva da SBP.

Alguns médicos utilizam as expressões “medidas ordinárias” para tratamentos aceitáveis ou padronizados e “medidas extraordinárias” para condutas novas ou experimentais<sup>7</sup>. A Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine entende que, em uma decisão de suspensão de medidas de suporte de vida, não existem diferenças morais intrínsecas entre as categorias de tratamento<sup>8</sup>. Entretanto, concordamos com aqueles que afirmam que a inutilidade e o sofrimento causado pela decisão de prolongar a vida é que as classifica em ordinárias e extraordinárias<sup>9</sup>.

Especialmente o público leigo vem tendo alguma dificuldade em relação ao aspecto ético e moral envolvendo pacientes em morte encefálica. A primeira consideração a ser feita refere-se à denominação: quando falamos em morte encefálica, estamos nos referindo a um corpo sem vida, melhor dito, a um cadáver. Esta situação não tem absolutamente nada de potencial reversibilidade. Seu significado é morte. O Conselho Federal de Medicina, em 08 de agosto de 1997, publicou a resolução CFM 1.480/97, na qual estão definidos, com extrema clareza, os critérios que devem ser adotados para ser realizado diagnóstico de morte cerebral em pacientes. Um dos considerandos desta resolução era o fato de a lei 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre transplantes, remeter ao Conselho Federal de Medicina a responsabilidade de definir tais critérios.

Apesar de tais avanços, ultimamente tem havido uma enorme dificuldade na compreensão desta resolução do CFM sobre morte encefálica. Alguns juristas ou advogados e mesmo alguns médicos entendiam que esta definição de morte encefálica aplicava-se apenas aos indivíduos que seriam candidatos a doação de órgãos. Assim, nos defrontávamos freqüentemente com a seguinte situação surrealista: um determinado indivíduo que apresentasse todos os critérios de morte encefálica exigidos pela resolução do CFM era considerado um cadáver no caso de ser candidato a doador de órgãos, devendo, inclusive, ser desligados os aparelhos logo após a retirada dos órgãos a serem doados. Entretanto, no caso deste mesmo indivíduo não vir a ser doador de órgãos, mudaria sua condição. Deixaria de ser considerado um cadáver, passando, então, por um ato administrativo (?), a ser considerado um ser ainda vivo e, portanto, objeto de cuidados e intervenções terapêuticas (!), sendo-lhe vedada a retirada de respiradores e de outros cuidados. Mas, por mais absurda que pareça esta versão, ela vinha ganhando forças e até um certo ar de legalidade. Nesta inimaginável situação, criava-se um dilema de ordem moral, desencadeado ou motivado (?) por um *cuidado legal* (?). Do ponto de vista clínico, tínhamos a convicção que este indivíduo estava morto, entretanto éramos solicitados a continuar a ventilar um cadáver, desrespeitando a dignidade de sua imagem, ocupando leitos e equipamentos que poderiam ser úteis a outros pacientes viáveis e, principalmente, impondo uma dor infrutífera aos familiares. Obviamente, tratava-se de um grosseiro erro de avaliação e interpretação.

Inconformes com esta interpretação, as UTIs do Hospital São Lucas da PUCRS realizaram uma consulta ao CFM, que gerou o parecer nº 12/98 do CFM, datado de 17/06/98, e publicado em carta ao editor neste número do *Jornal de Pediatria*, que responde objetivamente a tais questões. A nosso ver, estas questões já estavam respondidas, inclusive, no segundo considerando da Resolução CFM nº 1.480/97, onde diz: “*CONSIDERANDO que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial.*”

Neste parecer, é novamente enfatizado que o diagnóstico de morte (morte encefálica) é uma competência médica. Assim, após comprovada esta condição, o médico não só PODE como DEVE interromper toda e qualquer ação terapêutica. Entretanto, apesar desta obrigatoriedade, gostaríamos de ressaltar a sensibilidade com que foi construído o parecer do CFM: “*comunicar o fato à família, dando-lhe tempo até de questionar o diagnóstico... prolongar os cuidados passa a configurar injustificável obstinação terapêutica... No entanto, deverão ter os médicos a sensibilidade para que este seu poder (o de constatar o óbito) não venha a constituir-se em uma causa adicional de dor... e que devem encontrar no médico uma mensagem de alívio e solidariedade*”.

Concluimos dizendo que a responsabilidade primária dos médicos é a de aplicar o conhecimento médico para ajudar seus pacientes a identificar e usar os melhores benefícios que as ciências da saúde lhe colocam à disposição. Esses benefícios incluem o prolongamento da vida, alívio de sintomas, a restauração e manutenção de funções e, algumas vezes, a não oferta ou retirada de medidas de suporte vital.

### Referências bibliográficas

1. American College of Physicians Ethics Manual. Part 2: The Physician and Society; Research; Life-sustaining Treatment; Other Issues. *Ann Intern Med* 1989; 111: 327-335.
2. Royal College of Physicians. Vegetative-State Criteria. *J R Soc Med* 1996; 30: 119-21.
3. Kohrman MH, Spivack BS. Brain death in pediatric patient. Sensitivity and specificity of current criteria. *Pediatr Neurol* 1990; 6: 47-50.
4. Passini L. Distanásia: até quando investir sem agredir. *Bioética* 1996; 4: 34-38.
5. Aurélio Buarque de Holanda Ferreira. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro. Editora Nova Fronteira, 1975.
6. Piva JP, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. *Bioética* 1993; 1:129-139.
7. Garcia PCR. Caso Clínico. *Bioética* 1993; 1: 85-7.
8. Task Force on Ethics of the SCCM. Consensus report on the Ethics of forgoing live-sustaining treatments in the critically ill. *Crit Care Med* 1990; 18: 1435-9.
9. Faber-Langendoen K, Bartels D. Process of forgoing life-sustaining treatment in a university hospital. An empirical study. *Crit Care Med* 1992; 20: 570-7.