

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA

ISABELLA GOMES CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

Bioética, proteção e o fim da vida: o paciente como vítima e vetor de patógenos multirresistentes em UTIs.

Dissertação com vistas à obtenção do título de Mestre em
Ciências na área de Saúde Pública

Orientadores:
Prof. Dr. Fermin Roland Schramm
Prof. Dr. Sergio Rego

Rio de Janeiro
2007

ISABELLA GOMES CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

Bioética, proteção e o fim da vida:
o paciente como vítima e vetor de
patógenos multirresistentes em UTIs.

Aprovada em 29 de março de 2007

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fermin Roland Schramm

Prof. Dr. Sergio Rego

Prof. Dr. Rodrigo Siqueira-Baptista

Prof. Dr. Fernando Salgueiro Telles

Prof. Dra. Marlene Braz

Prof. Dr. Carlos Dimas Martins Ribeiro

A Marilena, Hugo (*in memoriam*)

e Pedro Paulo.

AGRADECIMENTOS

A todos os meus pacientes em fim de vida, que estão ou estiveram internados nas UTI em que trabalho, por me despertarem para um tema tão relevante, e a quem espero poder retribuir, contribuindo para a reflexão dos médicos e das equipes de saúde, sobre um cuidar mais humano, digno e eficiente;

Aos meus queridos orientadores Roland e Sergio, por todo o aconchego que me foi proporcionado, dentro de todo rigor com que este trabalho foi conduzido;

À querida Irmã Mathilde, pelo entusiasmo com o tema apresentado e por toda a compreensão que me foi dispensada, quando precisei ajustar minha carga horária no Hospital São Vicente de Paulo, a fim de poder cumprir todos os créditos do curso;

Aos colegas intensivistas do Hospital São Vicente de Paulo e do Hospital Vital, que, à beira do leito do paciente em fim de vida, muito me ajudaram a conduzir esta reflexão;

Aos meus colegas do Mestrado, em especial Miriam, Marlene, Sergio, Ciro e Liliana, com os quais pude dividir momentos de angústia e muita diversão, principalmente na preparação dos seminários;

À querida enfermeira Paula Angélica, pelo carinho de sempre e pelo empenho em cuidar do nosso setor, no Hospital São Vicente de Paulo, quando precisei me ausentar para as disciplinas do curso;

À Professora Doutora Carmen Lúcia Pessoa da Silva (Caluca) - a quem ainda aproveito para me desculpar, por não poder ter honrado com o compromisso do primeiro Mestrado ao qual ingressei (em 1998), no Hospital Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – por ter

me orientado com tanto carinho e presteza, na elaboração do meu primeiro projeto de dissertação;

À minha mãe Lena, pelo exemplo de força e de raça, por ter “segurado todas as minhas barras” e ter sempre me ajudado a manter o foco e seguir adiante (“Nada resiste ao esforço pessoal.”);

À memória de meu pai Hugo, onde busquei inspiração para o desenvolvimento do tema;

À minha irmã Daniella, a quem pude confiar o cuidado do meu bem mais precioso – Pedro! – no dia-a-dia sempre tão cheio de compromissos;

À prima Sônia, por também participar dos cuidados ao meu Pedro;

Ao meu amado filho Pedro Paulo, pela imensa compreensão demonstrada na singeleza dos seus 12 anos.

Sobre a morte e o morrer

Rubem Alves

O que é vida? Mais precisamente, o que é a vida de um ser humano? O que e quem a define?

Já tive medo da morte. Hoje não tenho mais. O que sinto é uma enorme tristeza. Concordo com Mário Quintana: "Morrer, que me importa? (...) O diabo é deixar de viver". A vida é tão boa! Não quero ir embora...

Eram 6h. Minha filha me acordou. Ela tinha três anos. Fez-me então a pergunta que eu nunca imaginara: "Papai, quando você morrer, você vai sentir saudades?". Emudeci. Não sabia o que dizer. Ela entendeu e veio em meu socorro: "Não chore, que eu vou te abraçar..." Ela, menina de três anos, sabia que a morte é onde mora a saudade.

Cecília Meireles sentia algo parecido: "E eu fico a imaginar se depois de muito navegar a algum lugar enfim se chega... O que será, talvez, até mais triste. Nem barcas, nem gaivotas. Apenas sobre humanas companhias... Com que tristeza o horizonte avisto, aproximado e sem recurso. Que pena a vida ser só isto...".

Da. Clara era uma velhinha de 95 anos, lá em Minas. Vivia uma religiosidade mansa, sem culpas ou medos. Na cama, cega, a filha lhe lia a Bíblia. De repente, ela fez um gesto, interrompendo a leitura. O que ela tinha a dizer era infinitamente mais importante. "Minha filha, sei que minha hora está chegando... Mas, que pena! A vida é tão boa...".

Mas tenho muito medo do morrer. O morrer pode vir acompanhado de dores, humilhações, aparelhos e tubos enfiados no meu corpo, contra a minha vontade, sem que eu nada possa fazer, porque já não sou mais dono de mim mesmo; solidão, ninguém tem coragem ou palavras para, de mãos dadas comigo, falar sobre a minha morte, medo de que a passagem seja demorada. Bom seria se, depois de anunciada, ela acontecesse de forma mansa e sem

dores, longe dos hospitais, em meio às pessoas que se ama, em meio a visões de beleza.

Mas a medicina não entende. Um amigo contou-me dos últimos dias do seu pai, já bem velho. As dores eram terríveis. Era-lhe insuportável a visão do sofrimento do pai. Dirigiu-se, então, ao médico: "O senhor não poderia aumentar a dose dos analgésicos, para que meu pai não sofra?". O médico olhou-o com olhar severo e disse: "O senhor está sugerindo que eu pratique a eutanásia?".

Há dores que fazem sentido, como as dores do parto: uma vida nova está nascendo. Mas há dores que não fazem sentido nenhum. Seu velho pai morreu sofrendo uma dor inútil. Qual foi o ganho humano? Que eu saiba, apenas a consciência apaziguada do médico, que dormiu em paz por haver feito aquilo que o costume mandava; costume a que freqüentemente se dá o nome de ética.

Um outro velhinho querido, 92 anos, cego, surdo, todos os esfíncteres sem controle, numa cama - de repente um acontecimento feliz! O coração parou. Ah, com certeza fora o seu anjo da guarda, que assim punha um fim à sua miséria! Mas o médico, movido pelos automatismos costumeiros, apressou-se a cumprir seu dever: debruçou-se sobre o velhinho e o fez respirar de novo. Sofreu inutilmente por mais dois dias antes de tocar de novo o acorde final.

Dir-me-ão que é dever dos médicos fazer todo o possível para que a vida continue. Eu também, da minha forma, luto pela vida. A literatura tem o poder de ressuscitar os mortos. Aprendi com Albert Schweitzer que a "reverência pela vida" é o supremo princípio ético do amor. Mas o que é vida? Mais precisamente, o que é a vida de um ser humano? O que e quem a define? O coração que continua a bater num corpo aparentemente morto? Ou serão os zigue-zagues nos vídeos dos monitores, que indicam a presença de ondas cerebrais?

Confesso que, na minha experiência de ser humano, nunca me encontrei com a vida sob a forma de batidas de coração ou ondas cerebrais. A vida humana não se define biologicamente. Permanecemos humanos enquanto existe em nós a esperança da beleza e da alegria. Morta a possibilidade de sentir alegria ou gozar a beleza, o corpo se transforma numa casca de cigarra vazia.

Muitos dos chamados "recursos heróicos" para manter vivo um paciente são, do meu ponto de vista, uma violência ao princípio da "reverência pela vida". Porque, se os médicos dessem ouvidos ao pedido que a vida está fazendo, eles a ouviriam dizer: "Liberta-me".

Comovi-me com o drama do jovem francês Vincent Humbert, de 22 anos, há três anos cego, surdo, mudo, tetraplégico, vítima de um acidente automobilístico. Comunicava-se por meio do único dedo que podia movimentar. E foi assim que escreveu um livro em que dizia: "Morri em 24 de setembro de 2000. Desde aquele dia, eu não vivo. Fazem-me viver. Para quem, para que, eu não sei...". Implorava que lhe dessem o direito de morrer. Como as autoridades, movidas pelo costume e pelas leis, se recusassem, sua mãe realizou seu desejo. A morte o libertou do sofrimento.

Dizem as escrituras sagradas: "Para tudo há o seu tempo. Há tempo para nascer e tempo para morrer". A morte e a vida não são contrárias. São irmãs. A "reverência pela vida" exige que sejamos sábios para permitir que a morte chegue quando a vida deseja ir. Cheguei a sugerir uma nova especialidade médica, simétrica à obstetrícia: a "morienterapia", o cuidado com os que estão morrendo. A missão da morienterapia seria cuidar da vida que se prepara para partir. Cuidar para que ela seja mansa, sem dores e cercada de amigos, longe de UTIs. Já encontrei a padroeira para essa nova especialidade: a "Pietà" de Michelangelo, com o Cristo morto nos seus braços. Nos braços daquela mãe o morrer deixa de causar medo.

*Texto publicado no jornal "Folha de São Paulo",
Caderno "Sinapse" do dia 12-10-03. fls 3*

(http://www.releituras.com/rubemalves_morte.asp, acessado em 06/11/2006)

RESUMO

A evolução da tecno-ciência, na área de terapia intensiva, vem possibilitando o aumento da sobrevivência de pacientes portadores de doenças incuráveis. Esses pacientes, quando se encontram em estágio terminal de doença e são submetidos ao vasto aparato tecnológico, disponível nas UTI, são capazes de permanecer vivos por longos períodos e acabam por apresentar um risco aumentado para infecção hospitalar. O tratamento de todas as complicações infecciosas decorrentes dessa assistência, não é capaz de promover a cura desses pacientes, mas tão somente de postergar a morte, quase sempre à custa de muita dor e muito sofrimento; além disso, favorece a emergência de patógenos cada vez mais resistentes aos antimicrobianos, que, pela possibilidade de transmissão cruzada, passam a representar um risco aos demais pacientes vulnerados e internados na mesma unidade e, ainda, um risco a futuros pacientes, já que o uso indiscriminado de antimicrobianos pode levar a um futuro sem opções terapêuticas. Surge, então, uma série de conflitos de natureza moral, que são abordados no presente estudo e analisados à luz das bioéticas principialista e da proteção. Concluímos que as decisões relacionadas ao fim da vida, em UTI, devem ser fruto de uma ponderação entre todos os princípios da bioética principialista, mas que, num momento em que a resistência aos antimicrobianos representa um sério problema de saúde pública mundial, cabe aos governantes a elaboração de medidas de proteção, no sentido de se evitar o uso fútil de antimicrobianos, nesses pacientes.

Palavras-chave: bioética, fim da vida, proteção, resistência, antimicrobianos.

E-mail: isabellaca@globo.com

ABSTRACT

The evolution of the techno-science, in the area of the intensive care, has been increasing the survival of the terminally ill patients. With intensive care, such patients can stay alive for long periods and can have an increased risk for hospitalar infections, as a consequence of such care. Treating all these infections doesn't heal these patients, but delays their death, almost always with a lot of pain and suffering ; besides that, it turns possible the emergence of antimicrobials resistant microorganisms, which, by the chance of cross-transmission, represent a great risk to the other vulnerable patients, admitted to the same unit and, still, a risk for future patients, because the abusive use of antimicrobials can lead to a future with no therapeutic options. Therefore, a serie of moral conflicts arise from it, which, at the present study, are analyzed within bioethics perspective, especially that one of principlialism and of protection's view. On conclude that the end of life decisions must be a weighed interpretation of the principles, but, as the resistance represents a global public health problem, the governors must provide protection measures in order to prevent the futil and abusive use of the antimicrobials.

Key-words: bioethics, end-of-life, resistance, antimicrobials.

E-mail: isabellaca@globo.com

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	01
2. MÉTODO	05
3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	06
3.1. O desenvolvimento da terapia intensiva e das UTI	06
3.2. Infecção hospitalar:	08
3.2.1. Um breve histórico sobre infecção hospitalar e a importância da lavagem das mãos para a sua prevenção	07
3.2.2. O problema da resistência aos antimicrobianos	10
3.2.3. A terapia intensiva, o paciente em fim de vida, com infecção hospitalar e o problema da disseminação de patógenos multirresistentes dentro da UTI: o paciente como vítima e vetor	11
3.3. Conflitos morais	14
3.3.1. Conflitos em terapia intensiva	14
3.3.2. Conflitos acerca do uso de antimicrobianos para o tratamento das complicações infecciosas no final da vida	23
4. BIOÉTICA	29
4.1. Definições	29
4.2. A bioética do fim da vida: a obstinação terapêutica e a distanásia, o cuidado, a eutanásia e a ortotanásia	32
4.3. As ferramentas da bioética	36
4.3.1. Ética principialista	36
4.3.2. bioética da proteção	38

5. O PACIENTE EM FIM DE VIDA COMO VÍTIMA E VETOR DE PATÓGENOS MULTIRRESISTENTES NAS UTI	41
5.1. Contribuições do princípalismo	41
5.2. Contribuições da bioética da proteção	50
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

1. INTRODUÇÃO

Há cerca de dez anos trabalhando como médica infectologista, responsável por algumas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em hospitais públicos e privados da cidade do Rio de Janeiro e atendendo a pacientes em terapia intensiva, pude presenciar o prolongamento de muitas vidas, através do uso de tecnologia de ponta, modernos conhecimentos científicos, tratamento com antimicrobianos de amplíssimo espectro, sem que o resultado final fosse vida, com qualidade.

A idéia de estarmos deixando de restabelecer a saúde¹ para prolongarmos a doença com muito sofrimento; o uso indiscriminado de antimicrobianos para o tratamento das complicações infecciosas advindas deste prolongamento, acarretando a seleção de bactérias resistentes a quase todas as drogas disponíveis e a ameaça de sua transmissão a indivíduos com chance de cura representam uma série de constatações que me motivaram a realizar este estudo.

Representam, também, questões morais² cada vez mais presentes dentro das unidades de terapia intensiva e as decisões tomadas, seja pelo médico assistente, seja por um consenso entre a equipe, por vezes até envolvendo a família, nem sempre correspondem à vontade do paciente moral³ em questão, incapaz de participar da tomada de decisão por condição física e/ou mental, e necessitam ser amplamente discutidas e eticamente fundamentadas.

¹ Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), a definição de saúde consiste em estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade (in: <http://www.who.int/about/definition/en/>)

² Entende-se por moral, “o conjunto de prescrições admitidas em uma época e numa sociedade determinadas, o esforço para se conformar a tais prescrições e a exortação para segui-las”. (Lalande, A., 1972. Vocabulaire technique et critique de la philosophie: 10^a edição. Paris: Presses Universitaires de France, p. 653-655).

³ Dentro das interrelações humanas, objeto da moral, o paciente moral é o destinatário de uma ação iniciada por um agente moral, sendo que o primeiro pode ser um outro ser humano, ou não, ao passo que o segundo é, necessariamente, um ser humano, a princípio cognitivamente competente e conhecedor das implicações de seus atos.

O objeto do presente estudo é a questão moral que se apresenta na decisão de tratar nova infecção em paciente considerado fora de possibilidade curativa, internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), já submetido a diversos tratamentos com antimicrobianos, que, por sua vez, se torna fonte de microorganismos multirresistentes para os demais pacientes internados na mesma unidade, muitos desses com expectativa de cura.

Com o desenvolvimento tecnológico da medicina, pacientes portadores de doenças incuráveis que antes morreriam, muitos em suas próprias casas, passaram a poder contar com recursos de terapia intensiva capazes de prorrogar suas vidas por períodos bastante longos. São recursos extremamente invasivos, que abrem as portas para inúmeras complicações infecciosas, sucessivos tratamentos com antimicrobianos e seleção de patógenos cada vez mais resistentes. Ademais, estes últimos passam a representar uma ameaça aos demais pacientes, dentro da UTI, já que os patógenos podem ser disseminados por falhas nas medidas de precaução de contato⁴, necessárias nesses casos.

Vários exemplos de casos podem ser retirados da prática clínica diária em unidades de terapia intensiva e podem contribuir para corroborar a relevância deste tema.

Caso 1: Maria das Dores, oitenta e três anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica grave, mal de Parkinson e estágio avançado de demência, entrou em coma e ficou internada na UTI, por cento e sessenta dias, dependente de ventilação mecânica e hemodiálise por todo o período, durante o qual teve pelo menos três episódios de pneumonia relacionada à ventilação mecânica (PAV) causadas por *Staphylococcus aureus* metilino-resistente (MRSA) e *Pseudomonas aeruginosa* somente sensível a polimixina B, além de infecção

⁴ Microorganismos resistentes aos antimicrobianos normalmente usados para o seu tratamento são chamados de multirresistentes. Os pacientes portadores desses microorganismos devem ficar em precaução de contato, a fim de se evitar a sua disseminação para os demais pacientes. Ou seja, sempre que é necessário entrar em contato com esse paciente ou com o meio ambiente que o cerca, a equipe assistencial precisa higienizar adequadamente as mãos, usar luvas e aventais próprios.

urinária relacionada ao cateter vesical por *Escherischia coli* produtora de B-lactamase de espectro estendido. As infecções foram todas tratadas com antimicrobianos de largo espectro e a paciente foi a óbito após seis meses de internação na UTI, mas ainda permanecia viva e dependente de suporte de vida no início da elaboração desse trabalho. Neste mesmo período, um paciente de cinquenta e três anos, vítima de infarto agudo do miocárdio, em ventilação mecânica, evoluiu precocemente com pneumonia também relacionada à ventilação mecânica por *Pseudomonas aeruginosa* somente sensível a polimixina B, evento não esperado em paciente relativamente jovem e sem uso prévio de antimicrobianos. Ou seja, embora não comprovada a relação causal, existe uma boa probabilidade de transmissão cruzada deste patógeno entre os dois pacientes, já que encontravam-se em leitos vizinhos. Considerando que a polimixina B é um antimicrobiano que não possui uma concentração ótima no tecido pulmonar, o tratamento foi ineficaz e o paciente também evoluiu para o óbito.

Através deste exemplo já podemos nos questionar: é correto prorrogar o sofrimento de um paciente por seis meses sem que se possa oferecer um resgate de sua qualidade de vida? Por outro lado, é justo expor um outro paciente, relativamente jovem e com grandes chances de recuperação, à possibilidade de contágio e infecção por um microorganismo de tão difícil tratamento?

Caso 2: Maria José, noventa e dois anos, portadora de insuficiência cardíaca congestiva e doença pulmonar obstrutiva crônica grave, passou os últimos trezentos e sete dias de sua vida internada na UTI, tendo algumas infecções por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente e *Stenotrophomonas maltophilia*, que foram tratadas com antimicrobianos de amplo espectro. Durante a internação chegou a pedir para que a deixássemos morrer em paz. Entretanto, como sua família era contra a suspensão das medidas de suporte e mostrava um comportamento hostil no relacionamento com a equipe assistencial, o tratamento foi mantido. Durante a sua internação, outros casos de pacientes com infecção pelas bactérias acima citadas também foram

registrados, o que nos leva novamente à hipótese de transmissão cruzada a partir desta paciente. Muitos desses pacientes tiveram sua internação na UTI prolongada por conta dessas complicações e alguns, sem diagnóstico de doença de base incurável, vieram a falecer.

Diante disso, o médico da UTI encontra-se confrontado com graves questões morais: é correto continuar tratando indefinidamente todas as complicações infecciosas deste tipo de paciente e prolongando, por vezes por períodos bastante longos, o seu sofrimento, mesmo sabendo que sua doença de base não tem cura, suas chances de sair totalmente recuperado da UTI são praticamente nulas e que este uso indiscriminado de antimicrobianos irá levar à seleção de patógenos cada vez mais resistentes, que poderão prejudicar outros pacientes? Como agir diante deste paciente “terminal”, agora colonizado por microorganismos multirresistentes, passíveis de disseminação, para doentes com chance de cura e para os quais uma infecção hospitalar pode ser fatal? O bem individual deve ter prioridade diante do bem coletivo? Como decidir, já que o próprio paciente, na maioria das vezes, não pode participar do processo de decisão? É realmente papel do médico decidir, sozinho, o que é o bem do seu paciente? Se esse paciente, em raro momento de lucidez, lhe pede para deixá-lo morrer, ou, até mesmo, se antes de ter sua doença agravada, manifesta a vontade, legítima, de não ser submetido aos recursos de terapia intensiva, deve ser respeitado? Até quando poderemos “nos dar ao luxo” de gastar opções terapêuticas cada vez mais escassas, para o tratamento de pacientes com mau prognóstico, impondo o risco de ausência de tratamento a gerações futuras de pacientes?

Para a resposta a essas questões é necessária uma abordagem do ponto de vista da bioética, já que, para resolver conflitos morais, é imprescindível que seus dados sejam analisados de maneira racional e, até onde for possível, imparcial, tendo bem claros os conceitos e tipos de argumentos em campo; o grau de competência moral dos atores envolvidos; as circunstâncias dos conflitos e as possíveis e prováveis conseqüências decorrentes de uma decisão (Schramm, 2005).

2. MÉTODO

O estudo foi iniciado por meio de revisão bibliográfica da literatura pertinente, através de livros, teses e artigos publicados em periódicos indexados em bancos de dados, existentes na Biblioteca Virtual de Saúde (Medline, Lilacs, Bioética, Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde, entre outros).

Com o auxílio do material disponível, foi realizada uma análise crítica, racional e a mais imparcial possível dos conflitos morais em questão, lançando-se mão das ferramentas da bioética principialista, proposta por Beauchamp e Childress, e da bioética da proteção, proposta por Schramm e Kottow. Foram etapas dessa análise: o delineamento do conflito moral; a identificação dos atores envolvidos; a análise dos riscos e benefícios para todos os atores e a análise do processo de decisão e da possibilidade de solução dos conflitos.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

3.1. O desenvolvimento da terapia intensiva e das UTI

Os cuidados de terapia intensiva surgiram da necessidade de pacientes com doenças agudas e graves, a ponto de representarem ameaça a sua própria vida, serem melhor atendidos se reunidos em uma mesma área, a fim de possibilitar a presteza nos cuidados assistenciais.

Já durante a Segunda Guerra Mundial, unidades de choque foram construídas a fim de possibilitar o restabelecimento dos soldados feridos em batalha. A escassez de mão-de-obra na área de enfermagem, após esta guerra, forçou o agrupamento de pacientes de pós-operatório em unidades de recuperação e o principal benefício deste tipo de atendimento logo resultou na disseminação desta unidade por todo o hospital, ainda na década de 60.

Em 1947, a Europa e os Estados Unidos foram assolados pela epidemia de poliomielite, o que obrigou as pesquisas a avançarem no tratamento da paralisia respiratória, uma séria consequência desta doença, responsável pela morte de muitos pacientes. Na Dinamarca, a ventilação manual de pacientes com paralisia respiratória passou a ser realizada com o auxílio de um tubo, colocado através da traquéia, o que levava à necessidade de cuidados intensivos de enfermagem, a fim de garantir a correta ventilação desses pacientes, além de monitoramento contínuo dos sinais vitais e da administração de medicamentos (Society of Critical Care Medicine, 2006).

Durante a década de 50, o desenvolvimento de equipamentos de ventilação mecânica levou à organização de unidades de terapia respiratória intensiva em muitos hospitais americanos e europeus. O cuidado e a monitorização destes pacientes mostrou ser ágil e eficaz se eles ficassem agrupados em um único local, sendo atendidos por uma única equipe e favorecendo a anteriormente mencionada presteza na assistência. Unidades gerais de terapia intensiva para pacientes muito graves, incluindo aqueles em

pós-operatório, foram desenvolvidas pelo mesmo motivo (Society of Critical Care Medicine, 2006).

A disponibilidade de cuidados intensivos, aliada aos novos métodos diagnósticos e terapêuticos desenvolvidos, pôde salvar muitas vidas, como no caso de pacientes com infarto agudo do miocárdio e outros graves distúrbios hemodinâmicos, passíveis de plena recuperação. Da mesma forma, estes procedimentos viabilizaram a maior sobrevivência de pessoas portadoras de doenças crônicas (mal de Alzheimer, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência renal crônica, câncer, etc...), muitas incuráveis que, por descompensação aguda, também passaram a ocupar os leitos de terapia intensiva (Siqueira, 2000). Estes pacientes passaram a representar um grupo especial dentro do grupo de risco para a aquisição de infecção hospitalar, já que, em sua maioria, permaneciam internados na UTI por longos intervalos de tempo, uma vez que dependiam da terapia intensiva para permanecerem vivos. Esta exposição prolongada aos procedimentos invasivos da UTI constitui um grande risco à aquisição de infecção hospitalar e à necessidade de tratamento com antimicrobianos.

3.2. Infecção hospitalar

É considerada infecção hospitalar aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou, após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares (Ministério da Saúde, 1998). Em outras palavras, é toda complicação infecciosa decorrente da assistência prestada em serviços de saúde e, quanto maior a complexidade dessa assistência, maior o risco para a sua aquisição. Portanto, os cuidados prestados em terapia intensiva, dentro da gama de cuidados prestados na área de saúde, representam um dos maiores riscos, já que, por serem bastante invasivos, rompem com as barreiras de defesa do corpo humano, em pacientes já debilitados pela doença que motivou a internação nessa unidade, e possibilitam a ocorrência desse tipo de infecção.

3.2.1 Um breve histórico sobre infecção hospitalar e a importância da lavagem das mãos para a sua prevenção

As primeiras noções de infecção hospitalar começaram a surgir no século XVIII, com a ocorrência da febre puerperal, complicação que se tornou bastante comum nas mulheres que haviam acabado de dar à luz, na época, e que surgia entre as primeiras vinte e quatro horas de pós-parto podendo ocorrer até onze dias depois (Rodrigues, 1997). Até então, apenas alguns textos de Hipócrates a apontavam como evento raro, mas a mudança para um perfil epidêmico aconteceu com o desenvolvimento de profissionais com concepções médicas obstétricas e a criação dos hospitais urbanos, onde a gestante recebia atendimento antes, durante e após o parto.

A noção de contágio acerca da febre puerperal já era apontada no século XVII, mas somente a partir do século XIX, com a publicação do trabalho “The contagiousness of puerperal fever”, por Oliver Wendell Holmes (Holmes, 1843), ficaram claras as suas formas de transmissão e prevenção. Entretanto, este trabalho foi recebido com hostilidade e indiferença pelos médicos da época.

Os grandes nomes da obstetrícia reiteradamente rejeitavam a doutrina do contágio para explicar a febre puerperal e lhe atribuíam, como causa, a determinação divina. Ao contrário, segundo os estudos de Holmes, ela poderia ser transmitida tanto por contágio (através do toque e do contato direto), como por “miasmas”⁵.

Para ilustrar a sua teoria, Holmes usou diversos relatos de caso; entre eles, o caso de um médico que realizou cinco partos logo após praticar uma autópsia de paciente morta por febre puerperal, quando retirara todo o

⁵ A teoria miasmática foi difundida no século XVIII, na Europa, por ocasião da migração da população rural para as áreas urbanas, o que promoveu uma intensa aglomeração de pessoas. As conseqüências dessa aglomeração se traduziam em grandes concentrações de lixo, de dejetos, de sujeira e de epidemias de doenças. Segundo essa teoria, o ambiente era o responsável pela produção de “miasmas”, ou seja, de emanações nocivas oriundas tanto do meio físico como do meio social, veiculadas pelo ar e capazes de causar doença (Costa, 2004).

conteúdo da cavidade abdominal com as próprias mãos. Todas as cinco gestantes apresentaram febre puerperal.

Entre as medidas propostas por Holmes para a sua prevenção, estavam: lavagem das mãos e troca das roupas após cada sessão de autópsia; aguardar vinte e quatro horas para atender uma gestante em trabalho de parto ou até mesmo evitar a participação ativa em necropsias. Caso o profissional tivesse dois casos de febre puerperal entre as suas pacientes, deveria afastar-se por período de tempo, a fim de livrar-se da possibilidade de contágio (Rodrigues, 1997).

Contudo, a importância da lavagem das mãos para a prevenção das infecções hospitalares somente foi epidemiologicamente comprovada no ano de 1846, no Hospital Geral de Viena. Lá, as gestantes eram divididas em duas clínicas: a primeira era destinada à formação dos estudantes de medicina, supervisionados por médicos e, a segunda era destinada à formação de obstetras, supervisionadas por parteiras.

Nesta época, Ignác Füllöp Semmelweis, médico assistente da Clínica Obstétrica, observou um aumento da mortalidade por febre puerperal na clínica exclusivamente assistida por médicos, onde a taxa do mês de julho de 1846 foi de 13,1%, subindo para 18,05% já em agosto. Por coincidência, um professor seu, patologista, acabou falecendo por sepse, a partir de um pequeno ferimento em um dos dedos da mão, causado pelo bisturi usado nas autópsias, o que levou Semmelweis à conclusão de que o falecimento fora causado pela introdução de “material cadavérico” na corrente sanguínea de seu professor e que o mesmo poderia estar acontecendo com as puérperas, uma vez que os médicos que as atendiam também transitavam livremente entre a clínica obstétrica e a sala de autópsias. Concluiu que a única forma deste “material cadavérico” ser transportado era através das mãos dos médicos e estudantes, passado às gestantes durante o toque e o parto, tornando então compulsório para todos os médicos, estudantes de Medicina e pessoal da enfermagem, a lavagem das mãos com solução clorada. Tal medida produziu resultados

imediatos, com a redução brusca da mortalidade materna para 1,89%, já em agosto de 1847 (Rodrigues, 1997).

Desde então ficou comprovada a importância da simples lavagem das mãos para a prevenção da transmissão cruzada dos microorganismos hospitalares, pela equipe assistencial, durante o cuidado dos pacientes. Um paciente portador de um microorganismo desses (muitos dos quais, resistentes a vários antimicrobianos) e todo o meio ambiente e os equipamentos que o cercam, dentro de uma UTI, tornam-se reservatórios e potenciais fontes do mesmo. O contato direto, principalmente através das mãos, é a maior causa de transmissão aos demais pacientes internados na mesma unidade, sendo responsável pela ocorrência de muitos surtos atualmente descritos pela literatura. As mãos devem ser higienizadas, mesmo se há o uso de luvas, após a prestação de cuidados a qualquer paciente e após o contato com qualquer material ou superfície potencialmente infectante. Entretanto, a rotina de cuidados, dentro de uma UTI, é extremamente corrida e geralmente é prestada por uma equipe multidisciplinar. Essa equipe é composta por médicos de diversas especialidades, equipe de enfermagem, nutrição, fisioterapia, laboratório, entre outras, além da equipe de higiene e limpeza, responsável pela higienização de todo o ambiente da UTI. São muitas mãos a tocar o paciente e o ambiente que o cerca, razão pela qual devem ser sempre rigorosamente higienizadas. Uma simples falha nesse processo, por mais treinada que seja toda a equipe, pode ser a responsável pela transmissão cruzada de microorganismos multirresistentes entre os pacientes ali internados.

3.2.2. O problema da resistência aos antimicrobianos

O problema da resistência aos antimicrobianos encontra-se em seu ápice e deve ser contextualizada (WHO, 2007). Até o início do século XX, as doenças infecciosas eram a principal causa de morte e a descoberta da penicilina (primeiro antimicrobiano de utilidade clínica), por Fleming em 1929 - marcando o início da era antibiótica - trouxe a falsa sensação de que não se morreria mais por esta causa.

O seu uso clínico, no tratamento de infecções, começou com grande sucesso em 1941 e foi amplamente disseminado durante a Segunda Guerra Mundial, em 1945. Entretanto, já em 1946, 5% dos estafilococos - poderosa bactéria causadora de sérias infecções - já era resistente a esta droga. Em 1949 (apenas 3 anos mais tarde), esta resistência já podia ser observada em 29% dos germes isolados nos hospitais, chegando a 80% nos hospitais americanos, em 1959. Na atualidade, a resistência bacteriana adquirida é descrita em grande parte das espécies de bactérias e muitas delas já não possuem antimicrobianos totalmente eficazes para o seu tratamento. A importância dos antimicrobianos na expansão do fenômeno da resistência reside no seu papel selecionador de exemplares resistentes, através da pressão seletiva resultante de seu largo uso clínico (humano e veterinário), industrial, comercial e experimental (Tavares, 2001).

O último relatório publicado pela Organização Mundial de Saúde, chama a atenção para a necessidade de controle da atual emergência de resistência, a fim de preservar a utilidade dos antibióticos já existentes. Sem esse controle, nos próximos 10 anos (e lá se vão 6 anos!), não contaremos com opções terapêuticas para alguns patógenos, já que o tempo para o desenvolvimento da resistência pode ser bem menor do que o tempo para o desenvolvimento de novas drogas (WHO, 2001).

3.2.3. A terapia intensiva, o paciente em fim de vida, com infecção hospitalar e o problema da disseminação de patógenos multirresistentes dentro da UTI: o paciente como vítima e vetor.

A realidade atual das unidades de terapia intensiva passou a envolver o cuidado de pacientes cada vez mais idosos e portadores de doenças crônico-degenerativas, que, por agravamento ou intercorrências agudas⁶, necessitam do vasto aparato tecnológico disponível, que os torna ainda mais vulneráveis à

⁶ São consideradas intercorrências agudas, descompensações do quadro clínico relacionado à doença de base ou, até mesmo, novas doenças que venham a acontecer em pacientes portadores de doenças crônicas, como, por exemplo, uma pneumonia, em paciente portador de câncer de pulmão.

ocorrência de complicações infecciosas decorrentes desse tipo de tratamento. Se o desenvolvimento de sistemas efetivos de suporte de vida viabilizou o tratamento e a cura de inúmeras doenças, por outro lado teve como conseqüência o prolongamento de vidas sem garantir a recuperação da qualidade de vida aceitável para o paciente (Fisher, 2004). São pacientes considerados “terminais” ou, melhor dito, *fora de possibilidade curativa*, mas que são mantidos vivos por inúmeros procedimentos invasivos, portas abertas à ocorrência de complicações infecciosas.

Microorganismos que normalmente vivem sem causar danos ao corpo humano (seja na pele, no trato gastro-intestinal ou nas vias respiratórias), devido à integridade do sistema imunológico, neste momento em que as defesas encontram-se reduzidas e o paciente é submetido a muitas invasões, passam a representar grave ameaça a estes pacientes “terminais”.

O enorme aparato tecnológico viabiliza o rápido diagnóstico, com acesso ao agente causador do processo infeccioso em atividade e o pronto tratamento com drogas antimicrobianas. O paciente tem sua infecção tratada; entretanto, não se livra dos equipamentos de suporte à vida, devido a sua doença de base incurável, e a possibilidade de novas complicações infecciosas não deixa de existir. São pneumonias relacionadas à ventilação mecânica, septicemias causadas por cateteres vasculares e infecções urinárias que ocorrem pela presença prolongada de cateteres urinários: um ciclo vicioso de infecções que, por mais eficazes que sejam as ações de prevenção desenvolvidas pela equipe de saúde, vão com freqüência ocorrer, já que o paciente, para manter-se vivo, depende do suporte tecnológico extremamente invasivo.

Esse vasto aparato tecnológico, junto ao uso contínuo de antimicrobianos para o tratamento destas infecções, não assegura a recuperação da qualidade de vida destes pacientes. Por conseqüência, este uso contínuo leva à seleção de microorganismos cada vez mais resistentes, que, em última instância, favorecem a ocorrência de infecções por patógenos para os quais não há mais opção terapêutica e que podem causar danos tanto

a este mesmo paciente em fim de vida, como aos demais pacientes internados na mesma unidade. Entre esses últimos, com frequência encontramos portadores de doenças para as quais ainda existe um tratamento eficaz - como é o caso do infarto agudo do miocárdio – e, até mesmo, pacientes em pós-operatório imediato, que internam na UTI somente por precaução (para uma vigilância mais rigorosa); para esses pacientes, espera-se uma internação breve; porém, uma infecção hospitalar, causada por um microorganismo multirresistente, pode agravar muito o quadro, aumentando o tempo de internação e podendo, inclusive, vir a ser fatal.

Esta ameaça se manifesta por falhas da equipe assistencial relacionadas à prevenção da transmissão cruzada, dentre as quais, a lavagem das mãos é a principal medida.

Por esta possibilidade de transmissão cruzada, o paciente, antes vítima, passa a representar um vetor (Francis *et al*, 2005) de microorganismos multirresistentes para os demais pacientes vulnerados⁷, internados na mesma unidade.

⁷ O termo vulnerado, neste sentido, é representado pelo paciente submetido a terapia intensiva, na maioria das vezes, inclusive, sob sedação, e sem autonomia ou capacidade para tomar decisões, sujeito às atitudes e decisões tomadas pela equipe assistencial. Ou ainda, segundo Kottow (2005): “Quando um ser humano sofre de alguma incapacidade – debilidade, enfermidade, deficiências físicas incapacitantes – deixa de ser meramente vulnerável e se converte em “vulnerado”, requerendo ações de proteção terapêutica.” (Kottow, 2005: 37). A vulnerabilidade é uma condição universal da espécie humanas, onde todos merecem igual proteção a fim de deter ameaças evitáveis; já a vulneração profunda – ou ainda, a suscetibilidade – refere-se a uma condição particular de privação de necessidades básicas (Kottow *apud* Ribeiro & Schramm, 2006). Em outras palavras, “se a vulnerabilidade constitui uma condição ontológica e existencial de qualquer humano enquanto ser vivo, a suscetibilidade depende das circunstâncias nas quais determinados indivíduos e grupos sociais se encontram, não pelo fato de serem seres vivos e, portanto, vulneráveis, mas sim, de fato, vulnerados”. (Ribeiro & Schramm, 2006: 1948).

3.3. Conflitos morais

3.3.1. Conflitos morais em terapia intensiva

As reflexões éticas sobre o processo de morrer e as questões relativas ao sofrimento e à qualidade de vida vêm crescendo dentro da comunidade médica. Entretanto, a atuação do médico, diante do paciente que morre, ainda tende à aplicação irrestrita de toda a ciência e a tecnologia disponíveis, a fim de manter seus sistemas orgânicos em funcionamento, o que pode representar uma nova “vitória” sobre a morte a cada momento, a despeito de todo o sofrimento causado (Siqueira-Batista & Schramm, 2004).

Lidar com o processo de morrer de um paciente em fim de vida, dentro das UTI, requer a consideração de interesses de todas as partes envolvidas, o que engloba os interesses do próprio paciente, ator principal desse cenário, acerca da proposta terapêutica que ainda lhe resta e os interesses da família e da equipe assistencial, principalmente quando esse paciente se encontra incapacitado para expressar a sua opinião (Fisher *et al*, 2000). Havendo conflito entre as partes envolvidas, é fundamental o conhecimento de ferramentas que viabilizem a sua discussão e solução.

Para uma análise bioética racional e o mais imparcial possível, que permita a solução dos conflitos morais, é etapa necessária e fundamental a identificação dos interesses de todos os atores, dentro da questão que se apresenta. Entretanto, há que se observar que nem todos os interesses envolvidos podem estar no mesmo patamar de relevância moral, como, por exemplo, o do paciente que manifesta o desejo de não mais passar pelos dolorosos procedimentos impostos pela terapia intensiva, quando confrontado com os desejos de seus familiares por mantê-lo vivo, já que, por exemplo, dependem da pensão recebida por ele para o seu sustento: um desejo autônomo sobre como conduzir a própria vida deve ser considerado mais moralmente defensável do que interesses financeiros de terceiros. Em suma, é preciso estarmos atentos e atribuir o peso moral adequado a todos os

argumentos envolvidos dentro do processo de decisão, o que é possível se adequadamente fundamentado por uma teoria ética. Um bom exemplo de fundamentação pode ser a ética discursiva de Karl-Otto Apel e Jürgen Habermas, que tem como princípio moral que todos os conflitos de interesse sejam resolvidos através de discursos práticos, ou seja, diálogos formadores de consenso entre todos os possíveis afetados por uma determinada ação (apud Maliandi, 2004). Além disso, o resultado desse consenso, para ser válido, deve obedecer à condição de que as possíveis conseqüências de sua prática geral possam ser aceitas de modo autônomo por todos os envolvidos. Uma norma moral somente pode ser tida como válida, se for fruto da discussão entre todos os envolvidos, com vistas ao entendimento mútuo, tendo como regras norteadoras “a universalidade - contra todas as discriminações, bairrismos, racismos e divisões - o respeito pelo outro, a sinceridade, a veracidade e o respeito pela verdade, que excluem qualquer manobra procurando distorcer o processo de diálogo e de busca do verdadeiro e do justo, e, finalmente, a renúncia a todas as formas de violência e de coação” (Guazzelli, 2006: 7).

Esse debate já se inicia com dificuldades, como a própria definição do fim da vida ou de, como se costuma dizer, “paciente terminal” e “paciente fora de possibilidade terapêutica”. Segundo a Declaração de Veneza, de 1983 (adotada pela Associação Médica Mundial), o paciente “terminal” é aquele que, na evolução de sua doença, não responde mais a nenhuma medida terapêutica conhecida e aplicada; sem condições, portanto, de cura ou de prolongamento da sobrevivência, necessitando apenas de cuidados que facultem o máximo de conforto e bem-estar na evolução de sua doença incurável. Uma crítica a essa definição está na própria utilização do termo, que podemos considerar demasiado genérico e impreciso já que todos os seres vivos podem ser considerados terminais, pois têm como fim certo a morte. Da mesma forma, quando se diz “deixa de responder a medida terapêutica” ou, como é amplamente usado no meio médico, “paciente fora de possibilidade terapêutica”, deixamos de considerar que os cuidados de conforto e de bem-estar também são terapêuticos. O termo ideal, e que será adotado nessa

dissertação, é “paciente fora de possibilidade curativa”, já que, mesmo portador de uma doença incurável, ainda lhe resta toda uma gama de cuidados com vistas ao conforto e à preservação da sua dignidade, também conhecidos como cuidados paliativos⁸.

Todavia, diante desse paciente considerado fora de possibilidade curativa, ainda é grande a aplicação irrestrita de todos os recursos de terapia intensiva. Para França (2000: 2) “ninguém discute hoje os benefícios que a tecnologia moderna vem trazendo na preservação, erradicação e cura das doenças e na reversibilidade da expectativa ante as condições mais adversas. O que se discute, no momento, é o mau uso desses recursos, com suas implicações éticas, legais e econômicas, evitando-se que ela se transforme num instrumento de exploração ou num mecanismo de sofrimento inútil e de resultados ineficazes”. Em outras palavras, a tecnologia existe e deve ser usada em prol do diagnóstico e do tratamento das doenças e a favor da vida; o que se deve evitar, a todo custo, é o seu uso para o prolongamento da dor e do sofrimento ou para interesses que não estejam de acordo com os melhores interesses do paciente em questão.

Com relação aos aspectos éticos da prática diária no atendimento a pacientes em fim de vida, dentro das UTI, alguns estudos foram publicados, onde se discutem a suspensão ou mesmo a não instituição de medidas de suporte à vida, que envolvem ventilação mecânica, desfibrilação cardíaca, drogas vasopressoras, cirurgias, antibióticos, nutrição, diálise e fluidos intravenosos.

Para Pijnenborg *et al* (1995), muito vem sendo publicado sobre estas decisões, a princípio por duas razões básicas: o aumento de doenças crônico-degenerativas em população idosa, junto ao aumento de tecnologias de

⁸ Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cuidados paliativos são uma abordagem que objetiva a melhoria na qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença incurável, através da prevenção e alívio de sofrimento, através da identificação precoce e avaliação impecável, tratamento de dor e outros problemas físicos, psicológicos e espirituais. (Acessado em 27/11/06: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>)

suporte à vida e a mudança do modelo de assistência de saúde, onde, atualmente, os médicos se vêem obrigados a tomar decisões, juntos de seus pacientes. É interessante ressaltar que este estudo foi publicado na Holanda, país em que, ao contrário do Brasil, este debate já se encontra em fase adiantada e onde, inclusive, a eutanásia já é legalmente permitida.

Em outro estudo realizado nos países nórdicos, a incidência de retirada ou não instituição das medidas de suporte à vida aumentou entre 50 e 90% nos últimos anos, decisão, esta, mediada por informações relacionadas ao prognóstico de sobrevida do paciente; à sua idade; sua função cognitiva anterior ao adoecimento; aos tratamentos fúteis e à má qualidade de vida esperada. Conforme os autores, conflitos surgem acerca destas decisões, pois estas envolvem a capacidade do médico de estabelecer um prognóstico de sobrevida acurado e a sua percepção pessoal sobre a qualidade de vida destes doentes – o que pode ser bom para o médico, pode não o ser para o paciente e vice-versa – além de discordâncias entre os interesses dos pacientes e seus familiares (Pettila *et al*, 2002:947).

Como os próprios pacientes geralmente são incapazes de participar destas decisões, a equipe de saúde tende a envolver os familiares mais próximos. Entretanto, para a equipe de saúde, conforme Arnold *et al* (2003), este envolvimento pode ser emocional demais, a ponto de nunca entender as decisões razoáveis a que são chamados a tomar, levando-os a manter um tratamento ineficaz e doloroso. Esse problema poderia ser amenizado com o compromisso da equipe em fornecer todas as informações necessárias ao esclarecimento da família, lançando mão da ajuda de outros profissionais, como psicólogos ou, até mesmo, bioeticistas. Em contrapartida, as próprias famílias queixam-se de médicos pouco acessíveis e autoritários em suas decisões.

Esse estudo traz à luz uma questão relevante: por que motivos os médicos considerariam os familiares “emocionais demais”? Não estariam sendo, esses médicos, “autoritários demais”? Afinal – poder-se-ia argumentar -

não se pode querer que a família, diante de um ser querido que se encontra prestes a morrer, possa ser capaz de tomar decisões completamente destituídas de emoção. Entretanto, há que se levar em consideração, que essa postura médica “autoritária e paternalista”, aparentemente fria, pode ser fruto de uma tentativa de auto-preservação, onde o esforço para que não haja um envolvimento emocional talvez seja necessário, diante do contato diário com a dor e a morte. Ou, ainda, fruto da necessidade de se manter imparcial, se chamado a tomar decisões, como, por exemplo, a quem priorizar diante de um recurso escasso. O primordial, nesses casos, é que o médico, como detentor do saber, esteja atento à sua relação com estes familiares; com as informações passadas sobre o real prognóstico e o plano terapêutico que ainda resta, sempre comprometido com o morrer digno do paciente em questão, onde a dor possa ser minimizada, os procedimentos invasivos desnecessários para o seu bem-estar possam ser dispensados e a família possa participar “mais de perto”, e não somente nos horários impostos para a visitação.

Corroborando essa idéia, Tallgren *et al* (2005) mostram que não é infreqüente a emergência de conflitos envolvendo médicos, os demais membros da equipe multidisciplinar, pacientes e seus familiares, e que o principal fator desencadeador destes conflitos é a informação insuficiente e a falha de comunicação entre as partes. Ainda segundo os autores, ter bem estabelecido os objetivos do tratamento é essencial para que haja consenso entre pacientes, familiares e a equipe.

Estudo realizado entre médicos intensivistas escandinavos sobre as questões éticas em terapia intensiva (Tallgren *et al*, 2005), mostrou que 65% dos médicos concordam que as metas e os métodos dos cuidados intensivos devam ser discutidos com as famílias ou os representantes legais dos pacientes. Com relação à interrupção das medidas de suporte à vida, 96% opinaram ser uma decisão médica, tomada após discussão com o restante da equipe e com os familiares (o que mais uma vez chama a atenção para o poder do médico, que acaba tendo a palavra final). Sobre a preferência por interromper tais medidas ou nem sequer chegar a instituí-las, 25% considerou

mais difícil não instituí-las do que suspendê-las; 31% mais difícil suspendê-las e 43% considerou ambas as decisões bastante difíceis. Para a solução de conflitos por falta de consenso, 33% dos médicos escolheu a decisão pela maioria dos envolvidos ou pelo diretor da UTI, o que poderia incorrer no problema de não se considerar os melhores interesses do paciente, já que o grupo definido como “maioria” ou, até mesmo, o diretor da UTI poderiam ter interesses próprios. Ainda, nesse estudo, foi consenso que se a decisão por interrupção ou não instituição fosse tomada, a meta passaria a ser o conforto e o bem-estar do paciente.

Em análise de conflitos associados às decisões por limitar o suporte à vida em UTI da Duke University Medical Center (Breen *et al*, 2001), foram encontradas as seguintes tomadas de decisão: em 64% dos pacientes optou-se por não instituir medidas de suporte à vida, em 28% elas foram suspensas e foram mantidas em apenas 8% dos casos. A maioria destes pacientes morreu (93%) – o que é evidente, já que 92% dos pacientes tiveram o suporte não iniciado ou retirado - e somente 7% recebeu alta ou foi transferida para outras instituições. Neste estudo, pelo menos um conflito sobre as decisões ocorreu em 78% dos casos. Em 48% deles, ocorreu entre a equipe de saúde e os familiares; em 48%, dentro da própria equipe e, em 24%, somente entre os entes familiares. Em 63% dos casos, o conflito mais relatado foi a decisão por não instituir ou suspender o tratamento, onde havia médicos a favor de um investimento mais agressivo (76% dos conflitos médicos/família), assim como famílias que ansiavam por continuar o tratamento mais agressivo (24% dos conflitos médicos/família). A não concordância sobre o tratamento entre a equipe e as famílias aconteceu em 33% dos casos. Outro problema freqüente aconteceu entre membros da equipe, que, a despeito de concordarem sobre a decisão de tratamento, discordaram sobre como discutir a situação com os familiares. O trabalho chegou à conclusão de que mesmo em face da ocorrência de inúmeros conflitos sobre as decisões de manter ou não o suporte à vida, estes devem ser encarados como eventos construtivos, onde as opções devem ser amadurecidas, até mesmo com o intuito de quebrar os padrões paternalistas de comportamento. Para os autores, cabe aos médicos o esforço

para determinar se o conflito, de fato, repousa sobre diferenças de opinião acerca do tratamento de suporte ou se é causado por falhas de comunicação, conflitos pessoais ou até mesmo questões emocionais e sociais. Manter a família ciente sobre a resposta do paciente ao tratamento e quais opções terapêuticas ainda restam podem reduzir as chances de a família não aceitar a opção de limitar o tratamento.

Contudo, esse esforço para a interpretação e a solução do conflito pode ser grande demais para o médico sozinho e talvez seja necessária a ajuda de outros profissionais, como o psicólogo ou, até mesmo, a formação de um grupo intra-hospitalar, composto por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e bioeticistas, que centralizasse esse tipo de reflexão bioética.

Na literatura brasileira, encontramos poucos artigos que discutem os conflitos acerca da não instituição ou suspensão de tratamento em terapia intensiva. Um estudo transversal realizado com os médicos participantes do Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva, em 2000 (Belo Horizonte, Minas Gerais), avaliou oitenta e dois questionários respondidos por profissionais que atuavam em UTI de adultos. Destes, 78% trabalhavam em UTIs privadas e 54,9%, em públicas; 86% dos médicos que responderam os questionários trabalhavam em cidades com mais de duzentos e cinquenta mil habitantes. Entre os médicos, 94% já haviam participado de discussões sobre a retirada ou a recusa de tratamento, o que demonstra ser este problema bastante freqüente nas UTIs; em 29,5% dos questionários, a decisão era de responsabilidade exclusiva do médico – considerando que o ideal é envolver o paciente e seus familiares nessa discussão, esse número é razoavelmente alto, refletindo ainda um comportamento autoritário do médico – e em apenas 31,6% envolviam a equipe multidisciplinar. Diante de um paciente com mau prognóstico e chances quase nulas de recuperação, mesmo com vagas disponíveis na UTI, 69,5% dos médicos participantes nunca ou raramente internariam esse doente numa UTI. Estratificando-se estes médicos por faixa de idade, 53,8% dos profissionais com idade inferior a trinta anos não internariam um paciente com mau prognóstico, 65,8% dos com idade entre trinta e quarenta anos também não o

fariam, assim como 88,4% dos médicos com idade acima de quarenta anos. Pôde se observar uma tendência dos profissionais com mais idade a não internar em UTI um paciente com prognóstico reservado ($p=0,043$). Com relação ao tempo de atuação dos médicos em terapia intensiva, observou-se que os profissionais com menos de dez anos de trabalho nesse setor apresentavam maior tendência a internar pacientes com prognóstico reservado. Fatores como sexo, religião e percentagem de tempo dedicado à UTI também foram avaliados; porém, nenhum deles mostrou significância estatística. O estudo mostrou ainda que a sedação e a analgesia são as medicações menos comumente recusadas ou suspensas e os métodos dialíticos constituem a terapêutica mais comumente recusada ou suspensa. Quando admitidos à UTI, o bem-estar do indivíduo foi o fator que mais influenciou quando o médico admitiu o paciente, mesmo sabendo ter ele um mau prognóstico. O estudo concluiu que a maioria dos médicos intensivistas já enfrentara, durante a sua vida profissional, dilemas éticos a respeito da retirada ou da suspensão de um tratamento considerado fútil ou inútil e que este tema deve ser mais estudado no ambiente da terapia intensiva (Moritz *et al*, 2001).

Em artigo publicado em periódico do Hospital Albert Einstein, Laselva ressalta que, diante do prolongamento do sofrimento, sem perspectiva de cura, é essencial discernir entre “doente grave” e “doente fora de possibilidade curativa”, e que a tomada de decisão médica deve ser baseada em princípios estabelecidos da ética clínica: autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e veracidade. Diz, ainda, que cabe à medicina intensiva favorecer a morte digna, não prolongando o processo da morte, compreendendo e direcionando as necessidades da família, auxiliando o processo de aceitação. Chama a atenção para a avaliação da aplicação do cuidado intensivo, levando em consideração a distribuição eqüitativa de recursos, onde os custos exercem profunda influência sobre as decisões de tratamento, considerando a responsabilidade legal e moral sobre o resultado destas decisões. Segundo a autora, é fundamental a participação da família no processo de decisão e, para isso, ela deve estar ciente sobre o estado de doença de seu familiar e o seu

prognóstico, chamando a atenção para os procedimentos fúteis⁹, que devem ser abolidos dentro das UTI (Laselva, 2004).

Como podemos observar, as principais questões morais em terapia intensiva são as relacionadas à interrupção ou, até mesmo, ao não início de uma medida terapêutica, para os pacientes fora de possibilidade curativa. Este tema ainda é bastante controverso dentro da classe médica e podemos ver também que é grande a utilização de todos os recursos disponíveis para postergar a morte, trazendo à tona questões relacionadas ao “fazer o bem” e “não fazer o mal”; ao comportamento paternalista da corporação médica, que se julga detentora do poder de decisão e pouco envolve o próprio paciente e seus familiares nessa discussão. Não seria o momento, inclusive, para já revermos as indicações de internação desse paciente na UTI, envolvendo o próprio paciente e a sua família nessa discussão?

Há, também, as questões relacionadas à justiça e à equidade, uma vez que os custos envolvidos são altíssimos, para um tratamento incapaz de recuperar a saúde do paciente em questão, e que poderiam, quem sabe, ser melhor direcionados para o tratamento de doenças de melhor prognóstico.

Nesse sentido, Engelhardt Jr. (2005) chama atenção para o direcionamento de recursos para a postergação da morte, que além de estarem sendo aplicados em tratamentos ineficazes, deixam de ser investidos em opções que realmente poderiam ter melhores resultados, com, por exemplo, os tratamentos paliativos e uma medicina preventiva eficiente. Defende a transferência do poder de decisão do Estado, para os indivíduos da sociedade, desde que capazes de “jogar prudentemente com a vida, a morte e o sofrimento”. Em sua opinião, essa medida propiciaria a formação de indivíduos mais cuidadosos no uso dos recursos de assistência à saúde, já que estariam

⁹ Entenda por tratamento fútil aquele que “não proporciona mais nenhum benefício fisiológico ou quando é improfícuo, tornando-se, assim, opcional, já que pode ser usado como cuidado paliativo” (Beauchamp e Childress, 2002: 236).

usando recursos, de certa forma, seus – como no exemplo de Cingapura¹⁰ - além de serem levados a reconhecer a inevitável finitude humana, diante da qual serão obrigados a desenvolver “uma visão e uma política de prudência na exposição a riscos”. Entretanto, ainda segundo o autor, mais do que a participação financeira, o indispensável é que os indivíduos se interessem por criar abordagens próprias para todos os riscos inerentes à condição humana.

3.3.2. Conflitos morais acerca do uso de antimicrobianos para o tratamento das complicações infecciosas no final da vida.

Em análise de publicações sobre a prevalência do uso de antimicrobianos entre pacientes idosos em fase terminal de doença, foram encontrados percentuais variando entre 29 e 100% dos pacientes estudados, chamando atenção para a possibilidade de o médico julgar correto continuar tentando corrigir uma condição teoricamente reversível (a infecção pode, de fato, ser tratada), mesmo em face do processo irreversível da morte (Marcus *et al*, 2001).

Isso mostra que, mesmo quando a morte é um fim certo e próximo, muitos médicos ainda não conseguem deixar de tratar uma infecção neste paciente, por considerá-la uma complicação passível de cura: têm-se um agente causador identificado para o qual, na maior parte das vezes, há um tratamento eficaz. Em outras palavras, embora, intuitivamente, seja moralmente defensável tratar uma doença passível de cura, há que se lembrar que o paciente em questão também é portador de uma doença de base incurável, em fase terminal, e que, portanto, corre o grande risco de sequer vir a ter alta da UTI. Logo se transformará num reservatório vivo de microorganismos multirresistentes, passando a representar uma séria ameaça aos demais pacientes da unidade.

¹⁰ Engelhardt Jr. (2005), em seu texto “A bioética do risco; enfrentando a finitude humana”, cita o exemplo da Cingapura, onde os cidadãos são obrigados, pelo Estado, a economizar até 40% dos seus ganhos, direcionando 6% a 8% para uma poupança médica, com vistas ao custeio futuro de despesas com assistência médica.

Com isso, o fim da vida é transformado num percurso longo e sofrido: a rotina de cuidados diários dentro de uma unidade de terapia intensiva implica freqüentes e dolorosas aspirações de vias aéreas, para manter a ventilação mecânica funcionando; coletas de sangue para controle laboratorial; mobilizações no leito na tentativa, nem sempre frutífera, de prevenção de úlceras de pressão¹¹, além do confinamento em locais fechados e o distanciamento da família!

A falta de protocolos a serem aplicados e treinamentos inadequados dos médicos sobre as decisões de fim de vida e as incertezas sobre o curso da doença de base podem justificar este uso indiscriminado de antimicrobianos, que pode chegar a 53% dos pacientes nesta situação (Evers *et al*, 2002).

Segundo Marcus *et al* (2001), a maior parte da literatura que fala sobre ética no fim da vida, geralmente tem como foco principal a ressuscitação cárdio-pulmonar e o uso de alta tecnologia. Muito pouco se fala sobre as questões éticas acerca do uso de antimicrobianos, nestes pacientes.

Na atual era de resistência amplamente disseminada, o tratamento ótimo do indivíduo requer, com freqüência, a administração de antimicrobianos de 2ª ou 3ª geração. Esta prática aumenta o perigo para os outros pacientes (os quais podem, inclusive, ter um melhor prognóstico), uma vez que o meio ambiente que os cerca fica infestado por microorganismos altamente resistentes (Shleas *et al*, 1997 e Wenzel *et al*, 2000).

Em termos éticos, julgando “fazer o bem”, colocamo-nos obstinadamente na luta contra a morte, através do tratamento dessas infecções. Todavia, nos esquecemos de que esta luta é inglória, pois, no máximo, conseguimos melhorar as condições clínicas do paciente e o benefício maior – a sua cura – não é alcançado; além disso, podemos estar contribuindo para o tratamento

¹¹ O paciente mantido em uma mesma posição, por longos períodos, tende a apresentar morte do tecido sob pressão, que se não for adequadamente tratada, evolui para a formação de grandes e profundas feridas.

ineficaz de muitos pacientes vulnerados e com chances de sair totalmente recuperados das UTI, acabando-se por “fazer algum mal” que poderia ser evitado.

Marcus *et al* (2001) e Janssens *et al* (2004) discutiram o tratamento de infecções em pacientes no fim da vida tendo como referência a ética principialista de Beauchamp e Childress, e seus quatro princípios: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Segundo os autores, é necessário levar em consideração a vontade do paciente de ter sua infecção tratada e, na impossibilidade deste (por incapacidade física e/ou mental), levar em consideração as opiniões de todas as partes envolvidas (médicos, familiares); questionar se este tratamento é benéfico (já que pode aliviar sintomas, muitas vezes dolorosos, por exemplo) ou não (pois prorroga um sofrimento muito grande); e, ainda, se é justo dispor de antibióticos de última geração para o tratamento de pacientes incuráveis, quando um futuro sem opções terapêuticas disponíveis se faz tão próximo. Ou seja, outros pacientes podem vir a morrer pela total ausência de antimicrobianos eficazes para o tratamento das suas infecções.

Com relação à autonomia, há uma séria barreira a ser transposta, já que a maioria destes pacientes apresenta demência na fase final da vida ou encontra-se sedado devido à necessidade de ventilação mecânica. Uma solução seria a emissão de um documento, elaborado pelo paciente enquanto ainda mentalmente capaz, onde os seus desejos seriam expressos e posteriormente assegurados, já que estudos apontam para a estabilidade da opinião dos idosos acerca das questões de fim de vida (Bosshard *et al*, 2003 e Sullivan *et al*, 1998). Mas como comparar a opinião de um paciente lúcido com a opinião deste mesmo paciente, agora sedado ou demente? Eis uma questão de difícil solução, já que é impossível comparar as duas opiniões.

Uma outra opção seria extrapolar os desejos dos pacientes a partir de informações indiretas, através de discussões com familiares próximos e conhecimento sobre a sua filosofia de vida (Janssens *et al*, 2004), o que

também seria problemático, pela possibilidade de tomadas de decisão movidas por um conflito de interesses entre paciente e família. Entretanto, um recente estudo francês sugeriu que cerca de 90% dos indivíduos prefeririam designar um ente familiar próximo para participar das decisões médicas, caso viessem a ficar doentes demais para decidirem pessoalmente (*Azoulay et al*, 2003).

Ainda segundo Janssens *et al* (2004), para a maioria dos pacientes os aspectos benéficos seriam aqueles relacionados ao alívio dos sintomas das infecções, como, por exemplo, os sintomas da pneumonia, já que a secreção abundante em vias aéreas e a sensação de sufocamento podem representar sofrimento significativo. Ainda não se sabe se este alívio repousaria sobre o início da administração de antimicrobianos ou apenas do tratamento sintomático. Portanto, o princípio da não-maleficência torna-se, sob esta ótica, crucial. O uso de antimicrobianos deveria ser criteriosamente analisado e, caso realmente necessário, deveria evitar ao máximo “fazer o mal”: os efeitos tóxicos deveriam ser evitados e os pacientes deveriam ser rigorosamente monitorados quanto à ocorrência de efeitos colaterais, que poderiam piorar o desconforto. A própria aspiração de secreções, indicada para alívio da falta de ar e da sensação de sufocamento, poderia ser interpretada como um mal por ser dolorosa, se realizada sem critério. Referindo-se ao princípio da justiça, os autores perguntam-se se teriam o direito de considerar os custos do tratamento quando um paciente em fim de vida adquire pneumonia ou, ainda, se é justo pensar em resistência aos antimicrobianos, nestas situações, já que este pensamento levaria à possibilidade de se deixar de oferecer um tratamento com estas drogas. Finalizam seu raciocínio afirmando que todos os questionamentos são pertinentes, mas que a idade, sozinha, não deve nunca ser o único critério para a decisão, devendo-se levar em consideração a expectativa de vida restante.

Em suma, os autores parecem enfatizar o caráter benéfico do tratamento de suporte ao fim da vida, que visa controlar os sintomas e garantir o conforto desses pacientes. Entretanto, não se aprofundam na discussão bioética sobre

o início de antibióticos no tratamento das infecções, apesar de considerarem este tema bastante relevante, dado o problema atual da resistência.

Nesse sentido, Prendergast *et al* (1995) ressaltam o princípio da justiça e a necessidade de não se ignorar uma preocupação social maior: o uso excessivo de antibióticos representa uma genuína ameaça à saúde pública, já que a resistência rapidamente progride entre os microorganismos, podendo representar uma ausência de opções de tratamento para futuros pacientes.

Este problema também é abordado por Ford *et al* (2005), em seu artigo sobre tratamento antimicrobiano em pacientes de fim de vida, candidatos à assistência do tipo *hospice*¹². Para os autores, a responsabilidade dos médicos para com seus pacientes é estendida a futuros pacientes, já que o uso indiscriminado de antimicrobianos afeta não somente o indivíduo, mas também os demais hospitalizados na mesma instituição.

Os profissionais de saúde pública manifestam preocupação relacionada à excessiva prescrição de antimicrobianos, que pode resultar em bactérias resistentes, grave ameaça a futuros pacientes, particularmente à luz da evidência de que os antibióticos podem não ser efetivos para o tratamento de infecção em pacientes “terminais” (Centers for Bioethics, Minnesota, 2005)

Sobre a decisão de tratar infecção nestes pacientes, Marcus *et al* (2001) argumentam que, nos casos em que a qualidade de vida é tão pobre a ponto de a própria vida “não valer mais a pena de ser vivida”, qualquer tratamento que a prorrogue, não importa o quão simples o seja, oferece mais prejuízos do que benefícios. Nesse sentido, os antimicrobianos podem prolongar o sofrimento e deve-se pensar em substituí-los por medidas paliativas de conforto, como a sedação, por exemplo (Aronheim *et al*, 1996).

¹² *Hospices* são locais projetados e organizados para acolherem pessoas com doenças avançadas e que têm suas vidas ameaçadas por esta doença, podendo vir a morrer em um tempo não muito distante. (Floriani, 2004: 22).

Mas como definir uma vida que “não vale a pena de ser vivida”, se o próprio paciente, na maioria das vezes, não pode opinar? Na medida em que esse paciente avança em seu processo de morte, dentro da UTI, torna-se bastante claro para a equipe assistencial que o sofrimento envolvido excede o benefício de se prorrogar a sua vida. É imprescindível que isso seja discutido com a família, de forma clara e acolhedora, e que a decisão seja fruto de um consenso. Não cabe ao médico, sozinho, decidir se aquela situação pela qual passa o seu paciente “fora de possibilidade curativa” é válida ou não.

4. BIOÉTICA

4.1. Definições

Para que seja possível a identificação e a discussão ética sobre as questões envolvidas no tratamento das infecções em pacientes no final da vida e suas implicações sobre os demais pacientes internados na mesma unidade, antes de mais nada, é necessário dizer o que entendemos por bioética e quais ferramentas serão utilizadas para a argumentação proposta pelo presente estudo e delimitar seu âmbito de aplicação.

A bioética pode ser distinguida da ética médica tradicional, que era fundamentada pelo princípio moral absoluto da sacralidade da vida, através do qual o homem reconhecia estar sujeito a normas supostamente ditadas por uma ordem transcendente, via de regra identificada por algum deus ou Deus, e a ele era vetado interferir na ordem natural dos acontecimentos. No âmbito da medicina isso era expresso através dos conceitos de “saudável”, que era tudo o que acontecia conforme a natureza, e “doente” tudo o que era contrário à ordem natural. Entretanto, na medida em que o avanço técnico e científico progredia, foi se conseguindo um controle cada vez maior sobre os fenômenos e processos naturais, os quais passavam, então, a fornecer as bases empíricas e objetivas para as indicações normativas da prática clínica. Entretanto, o apogeu da “revolução terapêutica” - que ocorreu no final da década de 60 e princípio da década de 70 - trouxe à tona problemas totalmente novos, relacionados aos avanços tecnológicos e científicos, indicados pelo termo “paradigma biotecnocientífico” (Schramm, 1996), o que transformou profundamente os mais antigos procedimentos. Tais avanços tornaram cada vez mais tênue o limite entre o “natural” e o “artificial”, ampliando as noções de “saúde” para além dos limites fisiológicos tradicionais e a ordem natural deixou de ser o paradigma consensual para fundamentar as normas morais, tendo que lançar mão de um outro paradigma: o paradigma bioético. Questões tradicionais, como o aborto e a eutanásia, além dos novos escândalos relativos à experimentação clínica e os problemas oriundos da impossibilidade de se

generalizar novas tecnologias¹³, por exemplo, engendraram-se num amplo movimento cultural assentado nas exigências concretas da prática clínica, e a nova reflexão sobre tais problemas assumiu o nome de *bioética*. Este movimento desenvolveu-se de forma acentuada nos Estados Unidos da década de 70, alastrando-se já na década de 80 pelos países europeus e, na década de 90, tornou-se um fenômeno mundial e planetário, culminando com a criação da International Association of Bioethics (Mori, 1994).

O termo “bioética” foi um neologismo introduzido por Van Renssalaer Potter, oncologista, em 1970 e difundido em seu livro *Bioethics. Bridge to the Future*, publicado em 1971. Nele, Potter chamava a atenção para a transformação da relação homem/natureza, onde o homem passaria a agir tal qual um câncer e que urgia a necessidade de se rever essa relação através da bioética, uma nova ciência baseada na interface entre biologia e valores capazes de garantir a sobrevivência da espécie humana, a qual, além do âmbito descritivo tradicional, passava a incluir indagações sobre normas e valores, a fim de garantir a qualidade da vida (Mori, 1994).

Em 1971, com a fundação do Kennedy Institute for Study of Human Reproduction and Bioethics, na Georgetown University de Washington, o termo *bioética* passou a ser interpretado como a ética aplicada à reflexão dos problemas morais relacionados ao campo médico e biológico (Mori, 1994).

Para Schramm, a bioética é “a ética aplicada ao comportamento dos agentes morais que envolvem pacientes morais, do ponto de vista do útil e do prejudicial, do justo e do injusto, ocupando-se dos atos humanos que podem afetar de maneira significativa a qualidade de vida dos pacientes morais” (Schramm, 2002: 14). Ainda, segundo o autor, como não há referências morais

¹³ No final da década de 60, quando a hemodiálise ainda era um recurso escasso nos Estados Unidos, muitas instituições selecionavam os receptores através de comitês internos, que se valiam de critérios médicos e sociais, incluindo a capacidade para pagar. Portanto, os pacientes que recebiam a diálise eram, em sua maioria, do sexo masculino, brancos e com o segundo grau completo, estando mais de 40% empregados. Isso só veio a melhorar em 1972, com a implementação do End-Stage Renal Disease Programme, do Medicare, que veio a garantir o acesso praticamente universal ao procedimento (Beauchamp & Childress, 2002).

aceitas por todos os membros de todas as comunidades legítimas de uma sociedade, a bioética vem auxiliar a compreensão das interações humanas nas diferentes comunidades e a solução dos conflitos oriundos destas interações, levando em consideração todas as esferas distintas da moralidade (individual e coletiva), o pluralismo moral e a prioridade dada ao exercício da autonomia pessoal, diante de situações que afetem, de forma irreversível e significativa, a qualidade do viver e do morrer de um indivíduo moralmente competente (Schramm, 2003).

Quando nos deparamos com incertezas ou questionamentos acerca da moralidade de um ato, é necessário que a reflexão envolva a justificação moral, onde as decisões devem ser argumentadas através das diversas ferramentas disponíveis na teoria ética.

Para Beauchamp e Childress (2002), é preciso tornar explícitos os fundamentos subjacentes à crença moral, já que nem todas as razões são boas e nem todas as boas razões são suficientes para uma justificação, principalmente porque uma boa razão pode ser boa para o agente, mas não há garantias de que assim o seja para o paciente moral em questão.

A teoria ética é fundamentada através de diversos métodos de justificação, tendo como os mais influentes o dedutivismo (onde os julgamentos morais são fundamentados por diretrizes gerais a partir das quais se avalia o caso particular por inferência dedutiva), o indutivismo (onde a experiência em casos individuais estabelece, por generalização, diretrizes de ação, isto é, por inferência indutiva) e o coerentismo, concepção de justificação preferida por Beauchamp e Childress (2002), que se move entre as duas concepções anteriores, buscando um equilíbrio reflexivo¹⁴. Este tem por meta comparar,

¹⁴ O termo “equilíbrio reflexivo” foi introduzido por John Rawls em seu livro Teoria da Justiça (1972), no qual um indivíduo supostamente dotado de razão e senso de justiça chega a um acordo consigo mesmo quanto à concepção de justiça política que lhe pareça mais razoável e com maiores chances de ser publicamente aceita (equilíbrio reflexivo restrito) ou faz uma avaliação cuidadosa das principais concepções de justiça e a força dos argumentos que as sustentam, chegando a um equilíbrio (equilíbrio reflexivo amplo). Rouanet, L.P. In: <http://geocities.yahoo.com.br/eticaejustica/rawlsehabermas.pdf>

restringir e ajustar os juízos ponderados¹⁵, a fim de que se tornem coerentes com as premissas da teoria. O único modelo relevante para a teoria moral é aquele que mais se aproxima da coerência, que podemos considerar condição para a construção do consenso ou, pelo menos, de um acordo entre posições inicialmente conflitantes. Entretanto, frente a um dilema, nenhum dos métodos acima descritos pode, a rigor, ser usado para a sua solução, visto que um dilema ocorre quando há, ao mesmo tempo, evidências de que um ato seja moralmente correto e moralmente errado ou, ainda, quando um agente acredita que, por razões morais, deve e não deve realizar um ato. Um verdadeiro dilema não possui uma solução moralmente correta, sem que se transgrida um outro dever moral (Beauchamp & Childress, 2002).

4.2. A bioética do fim da vida: a obstinação terapêutica e a distanásia, o cuidado, a eutanásia e a ortotanásia

Dentro da diversidade de objetos de que se ocupa a bioética, é o fim da vida o foco do presente estudo, onde pretendemos analisar ações e relações morais que envolvem o paciente fora de possibilidade curativa, internado em UTI. Esse paciente, como qualquer outro paciente submetido à terapia intensiva, dispõe de todo o arsenal tecnológico da medicina moderna, suscitando problemas relacionados à obstinação terapêutica e à distanásia.

“Uma vida que não vale a pena ser vivida, não deve ser protelada por meio de uma luta inclemente contra a morte” (Siqueira-Batista & Schramm, 2004: 861). Entretanto, ainda é muito difícil para o médico intensivista entender isso, já que foi formado para salvar vidas a qualquer custo. Nesse cenário, os conceitos de obstinação terapêutica e distanásia se fundem, já que ambos

¹⁵ Juízos ponderados são convicções morais nas quais temos a maior confiança e acreditamos terem o menor grau de tendenciosidade. Ainda: “normas auto-evidentes ou intuições plausíveis, que geralmente têm uma história plena de experiência moral que está subjacente em nossa convicção de que são confiáveis; não são, simplesmente, uma questão de intuição individual. Qualquer certeza moral associada com essas normas deriva provavelmente de crenças adquiridas, testadas e modificadas com o tempo à luz dos propósitos visados pelas normas. A coerência entre essas normas iniciais é essencial para a sua aceitabilidade, e a incoerência é uma razão forte para rejeitar uma ou mais proposições “fundamentais”, porém falíveis” (Beauchamp e Childress, 2002: 41).

implicam na manutenção da vida “por meio de tratamentos desproporcionais, levando a um processo de morrer prolongado e com sofrimento físico ou psicológico, isto é, de um aprofundamento das características que tornam, de fato, a morte uma espécie de *hipermorte*” (Siqueira-Batista & Schramm, 2005: 114).

O próprio cuidar e a assistência prestada no final da vida merecem, aqui, algumas ponderações, já que estão intimamente relacionados à qualidade que esse fim pode e deve ter.

Segundo Gracia (2000), o juízo de qualidade é um juízo de valor, que consiste na realização dos valores positivos de todo o tipo e na prevenção de todos os valores negativos. Para o autor, não há qualidade possível sem que se busque a excelência e a promoção da excelência é o objetivo fundamental da ética.

A excelência, na prestação de cuidados no fim da vida, deve ser sempre perseguida, mas infelizmente ainda estamos distantes disso. Os artigos publicados sobre esse assunto nos falam que a qualidade ainda é insatisfatória, tanto para pacientes, como para familiares. Ainda encontramos pacientes padecendo com dor, uma imensa gama de cuidados não paliativos ainda sendo prestada e muitos familiares ainda se queixando sobre a pobre comunicação com a equipe envolvida (Singer & Bowman, 2002).

A busca por essa excelência levou o Comitê de Cuidados no Fim da Vida do Instituto de Medicina americano a realizar o estudo “Approaching death: improving care at the end of life”, em 1997. Nele, foram discutidas as questões necessárias para aliviar o sofrimento, respeitar a dignidade pessoal e oferecer oportunidades para as pessoas encontrarem um significado na conclusão da vida, além de identificar e limitar os tratamentos considerados fúteis. O seu objetivo principal foi propor medidas para que, na ausência de medidas curativas, os pacientes não mais precisassem temer um processo de morte marcado pela negligência e por um tratamento inconsistente com os

seus desejos, que lhes proporcionasse dor ou outros danos preveníveis, além de terem respeitadas as suas preferências com relação às questões físicas, emocionais, espirituais e práticas.

Em outros países, como a Austrália (desde 1997), Holanda (desde 2001), Suíça e Bélgica (desde 2002), o debate sobre os cuidados do fim da vida já se encontra em fase mais adiantada e práticas como a eutanásia e a ortotanásia já são legalmente permitidas.

A eutanásia tem como significado principal a “boa morte” e consiste no “emprego ou abstenção de procedimentos que permitem apressar ou provocar o óbito de um doente incurável, a fim de livrá-lo dos extremos sofrimentos que o assaltam” (Lepargneur, 1999: 43). Nesse sentido, é denominada como ortotanásia, pois trata da conduta correta a ser tomada diante do paciente, portador de doença incurável, que se encontra em processo de morte.

O termo eutanásia foi proposto por Francis Bacon (1623), em sua obra “*Historia vitae et mortis*”, para definir o “tratamento adequado de doenças incuráveis” (Goldim, 2004). A sua caracterização pode ser feita sob duas perspectivas básicas: a qualificação do ato em si e o consentimento do enfermo.

Quando se deseja provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins humanitários (através de uma injeção letal, por exemplo), o que se pratica é a eutanásia ativa; entretanto, quando a morte é conseqüência da não adoção de medidas que garantiriam a sua sobrevivência (como a não entubação para ventilação mecânica), o praticado seria a eutanásia passiva. Há, ainda, a eutanásia de duplo efeito, que é aquela em que a morte é acelerada, quando uma medida que visa aliviar o sofrimento do paciente, acaba levando ao êxito letal (como no caso da injeção de morfina para aliviar a dor, causando depressão respiratória e óbito) (Neukamp *apud* Siqueira-Batista & Schramm, 2005).

Com relação à participação do enfermo na decisão do ato, a eutanásia é classificada como voluntária (quando acontece em resposta à sua vontade expressa e pode ser encarada como o mesmo que suicídio assistido), involuntária (quando ocorre contrariando a sua vontade) e não voluntária (quando a morte acontece sem que se conheça a vontade do paciente, como no caso de pacientes sedados, em terapia intensiva) (Neukamp *apud* Siqueira-Batista & Schramm, 2005).

Entretanto, segundo Siqueira-Batista e Schramm (2005), o tema eutanásia ainda é capaz de gerar repulsa por grande parte da sociedade, já que está incorretamente relacionado ao período nazista do Terceiro Reich, onde existiu um programa para extermínio de vidas “que não valiam a pena ser vividas”, levando à morte mais de cem mil pessoas, entre ciganos, negros e judeus, até ser extinto em 1943. De fato, o programa nazista de “eutanásia” em nada se assemelhava à “morte piedosa”, já que não se destinava a apressar a morte de enfermos incuráveis com o intuito de aliviar-lhes o sofrimento, razão pela qual o termo eutanásia é, de fato, utilizado de maneira imprópria. Esse entendimento possibilitou a retomada das discussões sobre o tema, nas décadas de 60 e 70, contribuindo para o “nascimento” da bioética do fim da vida, isto é, o conjunto de reflexões éticas acerca do prolongamento da vida de pacientes incuráveis e trazendo argumentos para a aprovação de normas ou leis autorizando a eutanásia.

No Brasil, desde 2004, com a elaboração da Política Nacional de Humanização, o Ministério da Saúde vem promovendo ações visando a atenção integral ao fim da vida, que devem ser fruto da “integração das ações curativas, reabilitadoras, preventivas, em benefício da qualidade de vida do sujeito em sua rede de apoio” (Rego & Palácios, 2006).

A novidade mais recente no debate brasileiro sobre os cuidados do fim da vida foi a aprovação, em novembro de 2006, pelo Conselho Federal de Medicina, de uma resolução (resolução CFM nº1805/2006, publicada no Diário Oficial da União em 28/11/2006, seção I, página 169) onde o médico passa a

poder limitar ou até mesmo suspender procedimentos e tratamentos de prolongamento de vida de pacientes em fase final de doença grave e incurável, desde que leve em consideração a vontade do paciente em questão ou, na impossibilidade deste, de seu representante legal (CFM, 2006). Na inexistência deste, cabe ao médico tomar as decisões que melhor atendam ao benefício do paciente. Essa resolução traz o conceito de ortotanásia, que significa a morte em seu tempo certo, talvez um equilíbrio entre a eutanásia, aceleração do processo de morrer, e a distanásia, o seu postergar através de tratamentos desproporcionais (Siqueira-Batista & Schramm, 2005; Goldim, 2005).

Num momento em que a própria morte, que antes do desenvolvimento tecnológico, era interpretada como uma consequência natural do processo de viver (e, até mesmo, como uma vontade de Deus), mas que agora passa a integrar o grande rol das decisões médicas (em tese, um paciente pode ser mantido vivo por tanto tempo quanto o médico ou a equipe médica quiserem, através de um prolongamento interminável do processo de morrer), a publicação de uma resolução desse porte vem embasar um final de vida mais humano, menos tecnologizado, onde o bem-estar do paciente passa a ser o foco principal. É o “ponta-pé” inicial para uma regulamentação, inclusive legal, da ortotanásia e do morrer com dignidade.

4.3. As ferramentas da bioética

4.3.1. Ética principialista

A reflexão ética principialista nasceu da preocupação norte-americana com o desenvolvimento de determinadas pesquisas envolvendo seres humanos, onde o método utilizado ia de encontro a todas as premissas básicas do comportamento moral.

Exemplos famosos podem ser citados, como a injeção de células cancerosas vivas em idosos doentes, realizada no Hospital Israelita de Doenças Crônicas de Nova Iorque, em 1963, ou mesmo a injeção de vírus da

hepatite em crianças portadoras de retardo mental, realizada no Hospital Estatal de Willowbrook (1950 a 1970), também em Nova Iorque. Outro caso de grande destaque na mídia, descoberto apenas em 1972, foi a pesquisa sobre o curso natural da sífilis, realizada em cerca de quatrocentos negros sífilíticos do Alabama, deixados sem tratamento apesar da penicilina já estar disponível para uso clínico desde 1942. Todos esses escândalos pressionaram o governo norte-americano, que ordenou a constituição da Comissão Nacional para a Proteção dos Seres Humanos nas Pesquisas Biomédicas e Comportamentais, cuja principal atribuição era identificar “os princípios éticos básicos que deveriam nortear a experimentação em seres humanos nas ciências do comportamento e na biomedicina” (Beauchamp & Childress, 2002: 10). O fruto deste trabalho ficou conhecido como Relatório Belmont, publicado em 1978 e que, em resumo, definiu três princípios gerais sobre os quais as pesquisas em seres humanos deveriam se fundamentar: o respeito pelas pessoas (autonomia), a beneficência e a justiça.

No final de 1977, diante da inexistência de qualquer teoria ética que pudesse ser aplicada ao campo da prática clínica e assistencial, Beauchamp e Childress desenvolveram a ética principialista, que refletia a sua busca por juízos ponderados. Essa busca levou-os à conclusão de que os princípios morais do Relatório de Belmont eram centrais à ética biomédica e consistiam em diretrizes gerais, que deixavam um espaço considerável para um julgamento em casos específicos e que proporcionavam uma orientação substantiva para o desenvolvimento de regras e políticas mais detalhadas. Aos três grupos de princípios somou-se um quarto, com a inclusão da não-maleficência, e todos eles derivavam de juízos ponderados baseados na moralidade comum e na tradição médica. Foram assim definidos:

1. Respeito à autonomia, considerando como autônoma a pessoa capaz de aceitar racionalmente um desejo ou preferência, identificar-se com ele ou de repudiá-lo, independentemente de qualquer manipulação de seus desejos por terceiros.
2. Não-maleficência, obrigação de não infligir dano intencionalmente ou *primum non nocere* (em primeiro lugar, não causar dano).

3. Beneficência, princípio que determina que o agente moral tem de tomar atitudes positivas para ajudar os outros e não apenas abster-se de realizar atos nocivos ou *bonum facere* (fazer o bem).
4. Justiça, que consiste no igual tratamento que deve ser prestado aos pacientes morais, a despeito de todas as suas diferenças, a menos que alguma característica, em especial, seja relevante para justificar um tratamento diferente.

(Beauchamp & Childress, 2002)

Os cuidados prestados ao paciente em fim da vida, fora de possibilidade curativa e vítima de infecção hospitalar, serão eticamente abordados através da ética principialista. Entretanto, essa teoria, por ter em foco somente as questões relacionadas à interação entre indivíduos (como por exemplo, a relação médico-paciente), não é suficiente (Schramm & Kottow, 2001) para analisar a moralidade da prática clínica e seus efeitos sobre a resistência aos antimicrobianos como um problema de saúde pública: o uso indiscriminado destas drogas e a conseqüente seleção de cepas multirresistentes, além de representar um risco fatal para outros seres humanos vulnerados e internados na mesma unidade, podem levar à ausência de opções terapêuticas num futuro próximo. Vale lembrar que nos últimos quarenta anos, somente duas novas classes de antibióticos foram desenvolvidas (Brown, 2006) e que, portanto, estamos em ritmo contrário ao desenvolvimento da resistência bacteriana, que é maior a cada dia. Isso torna cada vez mais relevante a discussão acerca das medidas de prevenção da resistência e o tratamento indiscriminado das infecções hospitalares no fim da vida se encaixa nesse debate. Portanto, esse tratamento também será discutido sob a ótica da bioética da proteção, introduzida a seguir.

4.3.2. Bioética da proteção

Como mais uma ferramenta para fundamentar eticamente esta discussão, pretendemos utilizar a perspectiva da bioética da proteção, teoria desenvolvida por Schramm e Kottow, que tem suas raízes filosóficas na própria

origem da palavra ética, cujo sentido mais antigo é o de guarita, refúgio e proteção (Schramm & Kottow, 2001).

Para Schramm, essa perspectiva, além de se ocupar em descrever e compreender os conflitos de interesses e de valores resultantes das práticas humanas, e preocupar-se em resolvê-los, propondo ferramentas para a sua solução racional (ou cogente) e razoável (ou aceitável por qualquer agente racional e disposto ao diálogo), fornece os meios capazes de proteger suficientemente os envolvidos em tais conflitos, garantindo cada projeto de vida (Schramm, 2005).

A bioética da proteção atribui prioridade léxica ao *princípio da proteção* e visa garantir todas as necessidades essenciais, que devem ser satisfeitas para que o afetado, mesmo que vulnerado, possa atender às suas necessidades e a os seus interesses legítimos. Visa amparar e proteger todos os tipos de vida, não somente no sentido beneficente de Beauchamp e Childress, mas, também, através de uma ética de responsabilidade social, pela qual o Estado deve assumir obrigações sanitárias, com a adoção de medidas coletivas de prevenção e promoção da saúde. O princípio da proteção oferece a possibilidade de uma avaliação ética das ações destinadas a atender às necessidades sanitárias inadiáveis (Schramm & Kottow, 2001).

Segundo Kottow (2005), a bioética da proteção ancora-se no compromisso do Estado com a provisão de programas de saúde pública relacionados à prevenção, à higiene e à educação; pretende, também, evitar as limitações da ética principialista, que não dá conta dos problemas biomédicos do ponto de vista da coletividade nem das necessidades de sociedades onde há graus variados de vulnerabilidade entre grupos populacionais.

Ainda segundo o autor, para o desenvolvimento de programas de saúde pública, eticamente fundamentados pela bioética da proteção, são essenciais os seguintes quesitos: a existência de uma ameaça à saúde pública grave o suficiente para justificar um programa central de prevenção; as medidas

propostas, dentro de uma política sanitária, devem ser as melhores e mais eficazes possíveis, mesmo que destinadas a populações pobres e sem recursos próprios; e os riscos inerentes devem ser aleatórios para todos os indivíduos ou grupos sociais a quem estas medidas se destinam.

Com estes dados, torna-se possível uma análise detalhada dos riscos e benefícios propostos pela ação sanitária em questão, o que garante ao Estado condições suficientes para poder intervir legitimamente na vida dos cidadãos, possibilitando, inclusive, um limite à autonomia pessoal a favor de um bem comum, sempre que necessário e devidamente justificado (Schramm, 2005).

Diante do descrito acima, podemos concluir que o problema da resistência aos antimicrobianos é uma grave ameaça à saúde pública, e que, portanto, muitas medidas de prevenção já se encontram em andamento e são, em princípio, eticamente defensáveis, como a obrigatoriedade da constituição de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em todos os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde (Portaria do Ministério da Saúde nº 2616, de 12 de maio de 1998) e a elaboração de um grupo de trabalho para propor as medidas para uma política nacional de uso de antimicrobianos (RDC nº92 de 11 de maio de 2001, ANVISA). A proposta de limitação à autonomia do paciente em fim de vida, no que tange ao tratamento de todas as complicações infecciosas advindas do tratamento de suporte à vida, poderia ser considerada como eticamente razoável.

5. O PACIENTE EM FIM DE VIDA COMO VÍTIMA E VETOR DE PATÓGENOS MULTIRRESISTENTES NAS UTI

“A consequência mais importante, mais profunda e mais inquietante (para muitos, a mais assustadora) dos progressos da ciência, não é a revolução industrial e técnica, mas a angustiante revisão que a ciência impõe ao humano sobre as concepções mais profundamente enraizadas que ele tem de si e de sua relação com o universo.”

(Jacques Monod)

5.1. Contribuições do princípalismo

A aplicação da ética princípalista à questão do tratamento de infecção hospitalar em paciente fora de possibilidade curativa, internado em UTI, possibilita uma reflexão profunda sobre as questões éticas envolvidas.

A ética princípalista de Beauchamp e Childress é baseada num conjunto de princípios considerados não absolutos, ou seja, capazes de admitir exceções dentro do contexto em que estejam inseridos, desde que haja boas razões para tanto. São princípios morais válidos somente *prima facie*¹⁶, usados para a análise e compreensão de conflitos de interesses e valores vigentes em sociedades democráticas e pluralistas (Schramm, 2005d).

Este conjunto de princípios é formado basicamente por quatro princípios norteadores: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, já definidos no capítulo de introdução às ferramentas da bioética.

Os princípios de beneficência e não maleficência estão intimamente relacionados aos dois princípios da ética hipocrática *bonum facere* e *primum non nocere*, onde se trata dos deveres profissionais da tradicional ética médica, dentro da relação médico-paciente. Entretanto, segundo Schramm, “devem ser re-interpretados e contextualizados à luz das novas fronteiras alcançadas pela prática médica no que tange ao começo e fim da vida; à nova concepção de saúde entendida não só como “ausência de doença”, mas como “qualidade de

¹⁶ Princípios *prima facie* são “obrigações que devem ser cumpridas desde que não entrem em conflito com outras obrigações de força igual ou maior em circunstâncias particulares” (Schramm, 2005d: 25).

vida” e legitimada pela própria Organização Mundial da Saúde (OMS); à emergência de uma “idade de direitos” e à percepção social emergente de que as novas fronteiras da medicina e da biologia podem implicar não só benefícios e bem-estar, mas também riscos e abusos.” (Schramm, 2005d: 25)

Segundo Beauchamp e Childress, o princípio da beneficência refere-se à obrigação moral de agir em benefício do outro e aplica-se, dentro do presente estudo, ao comportamento da equipe assistencial diante do paciente “terminal”. Este debate já começa com uma importante limitação, já que o paciente em questão, na maioria das vezes, encontra-se incapaz de opinar sobre o que considera benéfico ou não, e o que pode ser benéfico para os agentes morais, pode não refletir a opinião do paciente moral. Pode ser que o paciente em fim de vida preferisse ter uma morte mais rápida e tranqüila no aconchego do seu lar, próximo à sua família. Contudo, essa autonomia para escolher encontra-se tolhida e podemos estar impondo, a este paciente, um tratamento nunca desejado. Outra possibilidade é a de que esse paciente esteja de acordo com a obstinação terapêutica, onde se lançaria mão de todos os recursos disponíveis para mantê-lo vivo. Neste sentido, torna-se claro o sentido *prima facie* dos princípios: a beneficência pode ou não deixar de ser absoluta à medida em que um ato, aparentemente benéfico, como o de salvar uma vida, pode ou não deixar de sê-lo se vai contra à vontade do paciente em questão.

Segundo a teoria dos estranhos morais de Engelhardt, cada pessoa tem a sua concepção moral legítima baseada em princípios e hierarquias de sua comunidade moral e não nos cabe impor estilos de vida e concepções sobre o bem e o mal (Engelhardt, 1998; Schramm, 1998).

Manter a vida de um paciente sem possibilidade de cura, através do tratamento das complicações infecciosas decorrentes da assistência prestada na UTI, pode ser considerado benéfico, pois vai ao encontro do princípio da sacralidade da vida, que assegura o valor moral da existência humana e está expresso em nosso ordenamento jurídico público (Diniz, 2006).

Essa prática é a mais encontrada na realidade atual das UTI, onde trabalham médicos treinados para utilizar o conhecimento técnico, acima de tudo, para não deixar morrer, incorrendo no problema da obstinação terapêutica. Segundo Diniz, essa obstinação é resultado do “*ethos* irrefletido das carreiras biomédicas”, onde a morte é sempre associada ao fracasso e deve ser evitada a qualquer custo (Diniz, 2006: 1742).

Diante do exposto, fica claro que é muito difícil, senão impossível, julgar ações como benéficas, se destinadas a pacientes vulnerados e incapacitados para escolher. Por melhores que sejam as intenções médicas, por mais que se queira fazer o bem, é exatamente a definição de bem o principal obstáculo a essa questão, pois não existe mais um consenso universal sobre o que é, ou deveria ser, o bem. Por isso é tão importante a análise do conflito à luz de todos os princípios, buscando uma ponderação entre eles e a melhor solução possível para esse conflito.

A obstinação mencionada pode deixar de ser benéfica na medida em que impõe ao paciente um sofrimento tremendo e transforma o seu morrer num processo longo e doloroso, e, por isso, vai de encontro ao princípio bioético da não maleficência, que tem como objetivo principal o não causar dano evitável, acima de tudo (*primum non nocere*).

O diagnóstico e o tratamento de cada nova complicação infecciosa, decorrente da assistência, implicam uma série de procedimentos que vão desde o prolongamento da internação em unidade fechada, onde o paciente fica isolado do convívio com seus entes familiares e onde, muitas vezes, passa o período final de sua existência sem sequer rever a luz do sol (vide o exemplo verídico citado, da paciente que passou os últimos trezentos e sete dias de sua vida dentro da UTI e recebia, no início, visitas diárias de seus parentes, que foram se tornando cada vez menos freqüentes, com o passar do tempo) até a rotina diária exaustiva de aspirações de vias aéreas, punções para a coleta de sangue para exames laboratoriais: uma gama de procedimentos capazes, somente, de postergar a morte, com muito sofrimento e malefício.

Considerando que os princípios não são absolutos e que cabe uma ponderação entre eles, podemos salientar a prioridade da não-maleficência frente à beneficência, nesse caso. Em outras palavras, fornecer o tratamento (em princípio um ato beneficente) pode ser desumano e cruel (logo um ato maleficente), pois a dor pode ser tão forte e as restrições físicas tão penosas, que superam supostos benefícios, como uma pequena prolongação da vida.

Outro ponto importante a ser abordado, dentro da discussão sobre os aspectos benéficos e maléficos é a interrupção ou a não instituição de um tratamento.

Tomemos como exemplo um caso relatado por Beauchamp e Childress (2002: 218). “[u]m homem idoso sofria de vários problemas médicos graves, incluindo câncer, sem qualquer chance razoável de recuperação. Em coma e incapaz de se comunicar, ele era mantido vivo por antibióticos, que combatiam a infecção, e por uma cânula intravenosa, que fornecia nutrição e hidratação. Não havia evidências que indicassem que ele houvesse manifestado, quando capaz, seus desejos acerca de tratamentos de suporte de vida, e ele não tinha parentes que pudessem servir como decisores substitutos. A equipe rapidamente entrou em acordo sobre uma ordem de “não reanimação”, uma ordem assinada para que não se tente a reanimação cardiorrespiratória do paciente, caso ocorra uma parada cardíaca e/ou respiratória. No caso de uma parada cardíaca, deveria ser permitido que o paciente morresse. A equipe estava confortável com essa decisão, em primeiro lugar, em função da condição geral do paciente e de seu prognóstico, e, também, porque a não reanimação poderia ser vista antes como uma abstenção do tratamento, do que como uma interrupção dele. Alguns profissionais da área de saúde julgaram que todos os tratamentos médicos, incluindo a nutrição, a hidratação e os antibióticos, deveriam ser suspensos, pois eram “excessivos” ou “heróicos”. Outros, talvez a maioria, consideravam errado parar com os tratamentos já iniciados”.

Dentro do exposto, encontramos um paradoxo: porque a maioria dos profissionais julga eticamente correto não reanimar o paciente e errado suspender as medidas de suporte de vida (hidratação, nutrição e antibióticos)? As duas medidas teriam a mesma consequência - a morte do paciente - e, portanto, essa distinção não pode ser moralmente defensável de um ponto de vista consequencialista¹⁷. Além disso, tal distinção pode levar a um prolongamento excessivo do tratamento, que pode não ser mais benéfico ou desejável para o paciente. Dentro da ética principialista, a distinção entre a abstenção e a interrupção é moralmente irrelevante, já que não é justificável considerar as decisões sobre a reanimação cardiorrespiratória como diferentes das decisões sobre outras tecnologias de suporte à vida. E, considerando que o atual momento de resistência aos antibióticos é realmente grave, a decisão por suspender o seu uso (aqui considerado como fútil) não seria tão defensável quanto à não reanimação?

Segundo Beauchamp e Childress, a decisão sobre a abstenção ou a interrupção de um tratamento deve repousar sobre a ponderação entre vantagens e desvantagens. Caso não haja uma esperança razoável de benefícios, toda a dor, o custo e outras inconveniências, serão excessivos e deve-se optar por não tratar ou interromper o tratamento; caso haja uma esperança razoável de benefícios, mesmo diante das inconveniências, o tratamento é opcional.

Contudo, mais uma vez entra em questão a vontade do paciente, suas representações de bem e mal e a questão da autonomia, um outro princípio bioético, que parece aqui assumir uma prioridade lexical, mas que será contra-argumentado pela bioética da proteção, discutida mais adiante.

O princípio da autonomia surgiu formalmente como princípio moral com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, embora tenha suas

¹⁷ Consequencialismo é uma teoria ética normativa que assume, como critério de avaliação moral das ações humanas, a bondade das consequências que tais ações produzem, ou seja, “um conjunto de teorias morais que, em síntese, afirma que uma ação moralmente correta é aquela que produz bons resultados” (Ferreira & Schramm, 2000: 663).

raízes na cultura renascentista e, sobretudo, iluminista (Schramm, 1998). Foi apropriado pela bioética com o sentido de garantir ao paciente o direito de decidir sobre as questões essenciais relacionadas à sua vida e às suas preferências pessoais, direito, esse, que deve ser respeitado *prima facie* pelo prestador de cuidados de saúde.

Entretanto, a grande maioria desses pacientes encontra-se sedada ou possui grave déficit cognitivo devido à demência (doença comum no final da vida) e, portanto, encontra-se incapaz de agir racionalmente e tomar decisões acerca do seu próprio tratamento.

Dada essa incapacidade, Beauchamp e Childress apontam para a existência de modelos de decisão substituta, onde decisores substitutos tomariam as decisões por pacientes não autônomos. Tal papel pode ser assumido pelo médico assistente ou por um ente familiar, que podem, inclusive, recorrer a um tribunal para a tomada de decisão, quando não houver consenso entre as partes envolvidas. O fundamental, sobre essas decisões, é a necessidade de critérios justificados para definir os benefícios e os males, a fim de que não haja julgamentos arbitrários ligados a preferências pessoais e ao valor social do paciente (o valor da sua vida para outros indivíduos), risco, esse, que se corre quando é necessário recorrer a um tribunal, isento de qualquer ligação com o paciente em questão. Os tribunais tendem a tomar decisões tendo em vista aquilo que o próprio paciente teria escolhido, evitando julgamentos com enfoque sobre a qualidade de vida. Entretanto, tais julgamentos não se baseiam no valor social de indivíduos, mas sobre aquela vida para a pessoa que terá de vivê-la.

A decisão substituta se baseia em três modelos. No modelo do julgamento substituto, o decisor deve se colocar no lugar do paciente incapaz, tomando a decisão que ele tomaria. Para tanto, é imperativo que o decisor tenha uma intimidade suficientemente profunda e relevante, a fim de que o seu julgamento reflita, de fato, os objetivos e as opiniões do paciente. Tal modelo de decisão só pode ser considerado apropriado caso o substituto possa

responder com segurança à questão “O que desejaria o paciente nesta circunstância?”, mantendo forte conexão com os desejos do paciente. Entretanto, as decisões substitutas carecem de acurácia sobre as preferências do paciente e, segundo os autores, tal modelo de julgamento deve ser abandonado em ética (Beauchamp & Childress, 2002).

O segundo modelo é o da pura autonomia, onde se torna possível respeitar decisões autônomas prévias de pacientes agora incapazes, que tomaram decisões sobre si mesmos enquanto ainda eram capazes. Tais decisões devem ser realmente conhecidas, devendo-se fugir das conjecturas, e podem ser expressas através do assim chamado *Living Bill*, “documento escrito deixado pelo paciente; por uma diretriz dada oralmente a um membro da família, a um amigo ou a um profissional; pelo poder estável de um procurador; pelas convicções do paciente acerca de tratamentos médicos ministrados a outros; por suas crenças e seus dogmas religiosos, ou pelo padrão de conduta consistente do paciente com referência a decisões anteriores quanto a seu próprio tratamento médico” (Beauchamp & Childress, 2002: 200-201).

Contudo, esse modelo traz em si uma série de problemas. Primeiro vai de encontro à própria teoria principialista, que prega a ponderação entre os quatro princípios bioéticos, onde nenhum deles é absoluto. Nesse sentido, o modelo da pura autonomia somente deve ser aplicado a pacientes que já foram autônomos e que expressaram uma decisão autônoma prévia. Em segundo lugar, quando há diretrizes antecipadas registradas em documento, redigido pelo próprio paciente enquanto ainda capaz, corre-se o risco de não se relatar adequadamente todas as condições em que o tratamento seria recusado, como por exemplo: paciente deixa uma diretriz registrada para não ser reanimado, em caso de parada cardiorrespiratória por doença incurável, mas é admitido na emergência do hospital em parada cardiorrespiratória decorrente de uma intercorrência passível de tratamento, como um traumatismo crânio-encefálico, e acaba não sendo reanimado pela equipe de plantão. Um outro problema ocorre quando a decisão fica a cargo de um parente ou procurador, que podem

não interpretar adequadamente os julgamentos autônomos prévios do paciente.

Quando não se conhecem os desejos do paciente, enquanto ainda sujeito autônomo, nem as várias situações concretas em que tais desejos podem se expressar – e que podem implicar em decisões significativamente diferentes - deve-se apelar para o terceiro modelo, que é o dos melhores interesses. Sob esta perspectiva, o decisor substituto deve determinar o maior benefício entre as opções possíveis, “atribuindo diferentes pesos aos interesses que o paciente tem em cada opção e subtraindo os riscos e os custos inerentes a cada uma” (Beauchamp & Childress, 2002: 204). Todas as alternativas de tratamento são avaliadas, com o intuito de proteger o bem-estar e promover a qualidade de vida do paciente, levando em consideração a dor, o sofrimento físico, a perda de funções e a possibilidade de restabelecimento.

Na prática, o melhor modelo de decisão a ser adotado é aquele que leva em consideração tanto as diretrizes de ação realizadas autonomamente, quanto o julgamento substituto e os melhores interesses. Em situações de conflito, as diretrizes passam a ser a prioridade e, quando a pessoa anteriormente capaz não deixou dados confiáveis acerca dos seus desejos, os decisores substitutos devem aderir sempre aos melhores interesses do paciente, o que, mesmo assim, não é isento de dificuldades de interpretação sobre tais interesses.

Por fim, chegamos ao princípio da justiça, que é o que mais se distancia da ética médica tradicional, mas foi introduzido na bioética devido à necessidade de se garantir o mesmo acesso aos riscos e aos benefícios envolvidos em decisões (oportunidade eqüitativa), além de decidir o quê e a quem priorizar no acesso a bens considerados finitos e escassos. E dentro desse princípio também conseguimos inserir a questão do uso de antimicrobianos em pacientes em fim de vida, já que a multirresistência é um problema de saúde pública mundial. É justo tratarmos todas as infecções hospitalares desses pacientes, quando não se consegue restituir-lhe uma

qualidade de vida aceitável, quando não se consegue assegurar-lhe um tratamento benéfico e quando o uso indiscriminado dos antimicrobianos pode representar um futuro próximo sem opções terapêuticas para outros pacientes com perspectivas de cura? E como o problema da resistência e da falta de opções terapêuticas se faz tão presente, como ser imparcial nessa decisão?

Através do exposto, percebemos que a tomada de decisão, fundamentada pelo modelo principialista, é fruto de uma inter-relação entre as normas gerais e os juízos particulares, onde os princípios *prima facie* são integrados entre si e se torna relevante considerar a casuística. Nenhum deles deve ter um peso maior do que o outro; entretanto, em situações de conflito, o princípio considerado mais cogente deve ser o escolhido, desde que devidamente justificado, trazendo à luz todas as razões que motivaram tal escolha. Caso isso não seja possível, encontrar-nos-iam em situação de dilema moral. Também é fundamental que esta escolha tenha um objetivo moral que possa ser, de fato, plenamente alcançado e que fique clara a inexistência de outras opções moralmente mais defensáveis. Nesse caso, o agente moral deve fazer de tudo para minimizar os efeitos negativos dessa escolha e deve, acima de tudo, agir da forma mais imparcial possível frente a todos os envolvidos no conflito em questão (Schramm, 2005d).

O modelo principialista, contudo, não é suficiente para o debate sobre o tratamento das infecções hospitalares no fim da vida, já que é bastante focado nas relações médico-paciente, na autonomia do indivíduo e não dá conta das questões relacionadas à coletividade e ao impacto da transmissão dos patógenos multirresistentes.

Sob esta ótica, discutiremos, a seguir, o princípio da proteção, que surge como uma nova ferramenta para as discussões bioéticas e que vai servir para fundamentar essa questão.

5.2. Contribuições da bioética da proteção

Até agora, discutimos as possíveis conseqüências da postergação da morte sobre o paciente em fim de vida, dentro da UTI: suas implicações benéficas e malélicas, o impacto sobre o exercício da autonomia do paciente moral e seus aspectos justos ou não.

Entretanto, como já foi mencionado, este mesmo paciente moral, em fim de vida, submetido a diversos tratamentos com antimicrobianos, passa a atuar como reservatório e fonte de microorganismos multirresistentes, que podem vir a causar complicações infecciosas em pacientes com possibilidade de cura. Além disso, esse uso exagerado de antimicrobianos pode representar um futuro sem opções terapêuticas para as gerações que estão por vir, caso a velocidade da inovação em biomedicina seja inferior à velocidade da resistência dos microorganismos aos tratamentos antimicrobianos. Nesse tipo de situação, até que ponto uma autonomia individual deve ser respeitada em detrimento da salvaguarda do bem coletivo?

Essa é uma discussão bastante difícil e que até o momento não foi conduzida dentro das comunidades médicas, mas que é, sim, uma angústia presente no dia-a-dia dos profissionais envolvidos em cuidados de fim de vida, dentro das UTI.

Não há, dentro da literatura científica, um único artigo que reflita profundamente sobre as questões bioéticas acerca do uso de antimicrobianos no fim da vida de pacientes críticos, sob a ótica da sua ineficiência em resgatar uma qualidade de vida aceitável para o paciente moral, já que este é vítima de doença de base incurável, que o faz depender do aparato tecnológico de suporte à vida. O antimicrobiano somente é capaz de controlar um processo infeccioso, até que a seleção de patógenos cada vez mais resistentes coloque este mesmo paciente num ciclo vicioso de infecções.

Com isso, estamos criando verdadeiros reservatórios vivos de patógenos perigosos para a comunidade, principalmente para os demais pacientes internados na mesma unidade. Estes, também, encontram-se em estado de vulneração por sua condição de doença, grave o suficiente para motivar a internação na UTI. Muitos se encontram, inclusive, sedados, à completa mercê das decisões médicas e de suas conseqüências, sem qualquer poder de argumentação. São, com freqüência, expostos ao risco de transmissão cruzada e, como são submetidos a diversos procedimentos invasivos, podem vir a adquirir infecções hospitalares por estes microorganismos de difícil tratamento.

Alguns podem apontar para a questão da falha das ações de prevenção de transmissão cruzada, ou seja, o problema não existiria se toda a equipe assistencial aderisse com precisão a rotinas de prevenção bem definidas. Se todos realizassem a adequada higienização das mãos e respeitassem rigorosamente as medidas de isolamento destes pacientes, dentre outras medidas cabíveis, eles chegariam ao êxito letal sem representar uma ameaça aos demais indivíduos vulnerados. Isso é, em tese, possível. Entretanto, muitos estudos já apontam para a ineficácia dessas medidas, ratificando o uso indiscriminado de antimicrobianos e a pobre adesão às medidas de isolamento pela equipe de saúde, foco da argumentação aqui exposta (Aboelela *et al*, 2006; Boyce *et al*, 2004; Boyce, 2001).

Resumindo, a realidade atual das nossas UTI nos mostra a disseminação destes patógenos, muitas vezes implicados em verdadeiros surtos, que dizem vidas e, muitas dessas, sem doenças de base incuráveis.

Mas como conduzir essa reflexão? Na tentativa de fundamentar essa questão, usamos a bioética da proteção, uma ferramenta proposta para tentar solucionar os conflitos que emergem das práticas humanas, que podem, inclusive, ter conseqüências irreversíveis sobre outros seres vivos, principalmente sobre os indivíduos e populações de vulnerados. O seu foco principal é a solução dos conflitos de interesses que advém dessas práticas e,

para tanto, deve prover a sua compreensão, da forma mais racional e imparcial possível, além de propor as ferramentas mais adequadas para a definição dos comportamentos considerados corretos ou não, a fim de proteger todos os envolvidos no conflito em questão quando isso for possível, mas que, no caso contrário, deverá priorizar os mais afetados (Schramm, 2005a: 123-124).

A bioética da proteção foi inicialmente pensada com o intuito de solucionar conflitos morais relacionados à saúde e qualidade de vida de indivíduos e populações que encontravam-se vulnerados acerca de seus direitos humanos, devido às suas condições especiais de vida ou de saúde, ao ponto de não poderem realizar suas potencialidades e projetos de vida moralmente legítimos. Visava conferir, aos indivíduos e populações de vulnerados, uma possibilidade de viver dignamente e realizar seus projetos de vida considerados legítimos (Schramm, 2005b).

Sendo assim, pode ser aplicada tanto às questões de relação interpessoal (médico-paciente), como às questões de saúde pública, que surgem das relações entre formuladores de políticas públicas de saúde, a gestão de tais políticas, sua efetividade, e usuários do sistema. Com efeito, segundo Schramm, é razoável exigir de um Estado, que se pretenda moralmente legítimo e pragmaticamente eficiente, medidas protetoras capazes de dar conta, *prima facie*, da fragilidade da vida – não só diante de antigas ameaças (como doenças, moléstias e incapacidades), mas também antecipando possíveis e prováveis soluções à vulneração das pessoas e aos efeitos daninhos emergentes dos avanços tecnológicos e científicos (Schramm, 2005c: 26-27).

A resistência aos antimicrobianos é um problema sanitário inadiável e as políticas de proteção de saúde pública aparecem como propostas para a discussão desta questão: a legitimidade das ações sanitárias e a inevitável restrição da autonomia individual constituem características dos atos protetores, onde a garantia da justiça sanitária prevalece (ou tem uma prioridade léxica) sobre o respeito da autonomia individual, ou seja, sobre o

direito do paciente em fim de vida de ter todas as suas infecções tratadas quando isso implicar prejuízos ou falta de tratamento para outros necessitados.

Samore e Lipsitch, em artigo publicado em 2002, relatam que o crescimento da resistência aos antimicrobianos alerta para a necessidade de redução do uso desnecessário dessas drogas. Segundo os autores, os mecanismos de resistência dos principais patógenos relacionados a infecções em terapia intensiva (MRSA, *Enterococcus* resistente à vancomicina, *Pseudomonas* sp., por exemplo) aparecem e se disseminam em grandes populações submetidas a condições de pressão de seleção pelo uso de antibióticos. A aquisição desses patógenos resistentes se dá, geralmente, através de transmissão cruzada e o tratamento com antibióticos promove a disseminação desses organismos. Em outras palavras, o uso de antibióticos por alguns pacientes pode aumentar o risco de colonização ou infecção com microorganismos resistentes em pacientes que não receberam antibióticos (Lipsitch & Samore, 2002). Tratando todas as complicações infecciosas do paciente em fim de vida, estamos incrementando o risco de transmissão cruzada de microorganismos resistentes para os demais pacientes vulnerados, internados na mesma UTI.

E essa é a atual realidade de um sem número de UTI espalhadas pelo mundo. Ainda não existe nenhuma política pública de saúde, mesmo nos países onde a eutanásia e a ortotanásia já são legalizadas, que desestimule o uso indiscriminado de antibióticos para o tratamento das infecções do fim da vida. Já vimos, anteriormente, que muitos médicos ainda resistem a não tratar uma infecção, mesmo diante da iminência da morte. Muitos, inclusive, julgam moralmente mais defensável não reanimar esses pacientes, do que interromper ou não iniciar um tratamento, o que pode ser visto como um contra-senso, já que – pelo menos de um ponto de vista consequencialista – o resultado final das duas ações seria a mesma: a morte. Além disso, o não reanimar pode também ser interpretado como um não iniciar uma medida terapêutica, que faz parte da rotina em muitos outros casos.

Um outro exemplo de contra-senso encontrado e já bastante difundido dentro das UTI, e que poderia, talvez, ser extrapolado para esta discussão, é a autorização para a realização de terapia substitutiva renal (hemodiálise) nesses pacientes, concedida pelos familiares.

Muitos pacientes em fim de vida têm acesso a todo o suporte tecnológico da UTI, usam os antibióticos de mais amplo espectro para o tratamento das suas infecções; todavia, diante da indicação de hemodiálise, podem ter esse tratamento recusado pela família. Em outras palavras, deve-se manter todo o suporte à vida, “gastar” opções de antimicrobianos (incrementando a resistência) e negar um outro tratamento que também é crucial para a manutenção dessa vida?

Não seria este o momento de o Estado passar a intervir, nessas situações, elaborando políticas sanitárias que fundamentassem a solução desse conflito, no fim da vida, através da inserção do problema da resistência aos antimicrobianos nesse debate? Em outras palavras, diante de pacientes considerados “terminais” ou “fora de possibilidade curativa”, não seria o momento de termos políticas sanitárias que, além de estimular os cuidados paliativos visando o conforto e a preservação da dignidade humana, ainda regulamentassem o não tratamento das infecções hospitalares, nesses casos?

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços tecnológicos e científicos, aplicados ao campo das ciências da vida e da saúde, vêm trazendo à tona uma série de novas questões e conflitos morais. A bioética surge como uma ferramenta para a sua resolução, onde o objetivo principal é a busca por soluções as mais racionais e imparciais possíveis, levando em conta os melhores interesses de todos os seres envolvidos.

O desenvolvimento da tecnologia de terapia intensiva garantiu aos médicos o “poder” de postergar a morte de vítimas de doenças incuráveis, muitas vezes à custa de um incalculável sofrimento, indicado – como vimos - pelos termos distanásia e obstinação terapêutica. Por outro lado, o uso indiscriminado de antimicrobianos nos colocou diante de um grave problema de saúde pública, que é a resistência e a potencial ausência de opções terapêuticas num futuro bastante próximo devido a sua obsolescência acelerada frente à capacidade de resistência dos microorganismos.

Os dois problemas, aliados, configuram um grave conflito moral: o paciente em fim de vida, internado em UTI, se vê cada vez mais distante da possibilidade de morrer em paz e com dignidade, e passa a atuar, ao mesmo tempo, como vítima e vetor de microorganismos multirresistentes. Nós, médicos, não restituímos a sua saúde, prolongamos o seu sofrimento e ainda passamos a oferecer sérios riscos à coletividade e, até mesmo, por não compreender a magnitude do problema da resistência aos antibióticos. Assim sendo, surge a pergunta: até quando devemos tratar todas as infecções hospitalares do paciente em fim de vida?

Em minha opinião, muitos conflitos poderiam mesmo ser evitados se houvesse um maior investimento na construção de uma relação médico-paciente baseada em ética, informação e confiança. Para tanto, torna-se crucial que o médico se coloque, de fato, ao lado de seu paciente e de seus familiares, provendo-os com informação adequada sobre o prognóstico da doença em

curso e conhecendo os seus desejos acerca de todo o plano terapêutico proposto. Com o paciente e seus familiares verdadeiramente acolhidos e devidamente informados, torna-se muito mais fácil a abordagem das questões relacionadas ao fim da vida, começando pela própria indicação de internação em UTI e culminando com a opção pela terapêutica paliativa.

O problema da resistência e a transmissão cruzada de patógenos multirresistentes, nesse sentido, poderia até ser minimizado, já que a redução da quantidade de prescrições de antimicrobianos considerados fúteis, tornaria o seu uso mais racional.

Ainda como forma de minimizar o problema da transmissão cruzada a pacientes com possibilidade de cura, uma possibilidade seria a criação de uma UTI restrita ao atendimento a pacientes em fim de vida, para onde seriam transferidos aqueles doentes que houvessem optado por esse tipo de tratamento, que seriam cuidados por uma equipe restrita ao setor.

Mas, diante de relações enfraquecidas pela carência de informações adequadas e pela postura ainda bastante paternalista de vários médicos, além da inexistência de unidades específicas, na grande maioria dos hospitais, é freqüente a existência de conflitos relacionados ao fim da vida, em UTI.

Na tentativa de melhor refletir sobre essa questão, o presente estudo lançou mão de dois modelos bioéticos: o principialista e o da proteção.

Dentro da análise principialista, é imprescindível que se reflita sobre os aspectos benéficos desse prolongamento da vida e sobre a dificuldade de se caracterizar cada ato como benéfico para o paciente moral, já que o próprio encontra-se incapaz de opinar. Contudo, todas as decisões tomadas pela equipe médica devem sempre buscar preservar os melhores interesses do paciente.

Diante dessa obstinação por manter a vida, também deve-se levar em conta os aspectos não benéficos, já que, com freqüência, há muito sofrimento envolvido que pode ser evitado agindo-se corretamente. O respeito à autonomia do paciente deve ter um peso importante nas decisões; todavia, na maioria das vezes, isso não é possível, a menos que o paciente tenha deixado sua vontade registrada antes da internação na UTI. As decisões, na ausência de diretrizes avançadas, devem ser fruto de um consenso entre as demais partes envolvidas, após análise a mais racional e imparcial possível. O princípio de justiça soma-se a essa discussão, no que tange à escassez de um recurso terapêutico - no caso, os antimicrobianos - usado indiscriminadamente para um tratamento considerado fútil em determinadas situações e não em outras.

Em suma, as decisões sobre o tratamento a ser instituído no fim da vida, devem ser fruto de uma ponderação entre todos os princípios nas situações concretas. Contudo, o princípio da não-maleficência pode assumir uma prioridade lexical sobre os demais e o objetivo final passa a ser não causar danos e garantir o conforto e a dignidade da vida humana.

Como o modelo principialista não é capaz de resolver as questões morais relacionadas ao problema da resistência aos antimicrobianos e da transmissão desses patógenos, houve a necessidade de se fazer uma abordagem sob a ótica da bioética da proteção, que visa garantir os melhores interesses de todos os pacientes morais vulnerados envolvidos e que, em determinadas situações, implica soluções compensatórias baseadas no princípio de equidade e, eventualmente, em ações afirmativas que priorizem o interesse dos mais vulnerados.

A idéia de Engelhardt Jr. de passar o poder de decisão do Estado para o indivíduo, em minha opinião, é bastante interessante, pois levaria esse mesmo indivíduo a reconhecer e melhor aceitar as questões da finitude humana. Contudo, o desenvolvimento desse tipo de consciência requereria um tempo precioso, considerando que o problema da resistência é uma urgência de saúde pública. Sendo assim, medidas de controle propostas pelo Estado me

parecem, de fato, necessárias e suficientemente razoáveis, e o presente estudo, fundamentado pela bioética da proteção, traz à tona a necessidade de se refletir sobre a elaboração de uma política sanitária, que limite a autonomia individual – no caso, o paciente “terminal” com o direito de ter todas as suas infecções hospitalares tratadas – em prol de um bem maior e coletivo.

Como no Brasil já existe um grupo de trabalho formado para a proposta de medidas para a elaboração de uma política nacional de uso de antimicrobianos, talvez seja esse o momento de inserir, em sua agenda, esse tipo de reflexão, aproveitando a recente publicação da resolução do CFM, a favor da ortotanásia. Quem sabe a questão da resistência não seja um reforço importante na luta pela legalização da ortotanásia em nosso país?

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Aboelela, S. W., Saiman, I., Stone, P., Lowy, F. D., Quiros, D., Larson, E. Effectiveness of barrier precautions and surveillance cultures to control transmission of multidrug-resistant organisms: a systematic review of the literature. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* 2006; 34 (8): 484-94.

Ahronheim, J. C., Morrison, R. S., Baskin, S. A. Treatment of the dying in the acute care hospital: advanced dementia and metastatic disease. *Arch. Intern. Med.* 1996; 156: 2094-100.

Arnold, R. M., Kellum, J. Moral justifications for surrogate decision making in the intensive care unit: implications and limitations. *Critical Care Medicine* 2003; 31 (5): s347-353.

Associação Médica Mundial. Declaração de Veneza, 1983. disponível em 26/11/2006: <<http://www.wma.net/e/policy/i2.htm>>

Azoulay, E. Opinions about surrogate designation: a population survey in france. *Crit. Care Méd.* 2003; 31: 1711-14.

Beauchamp, T. L., Childress, J. F. In: Beauchamp & Childress. *Princípios de Ética Biomédica*. São Paulo: Edições Loyola; 2002.

Bosshard, G., Wettstein, A., Bar, W. How stable is the attitude of aged people towards life-extending measures? Results of a 3 years follow-up in nursing home residents. *Z. Geront. Geriatr.* 2003; 36: 124-29.

Boyce, J. M. Consequences of inaction: importance of infection control practices. *Clin. Infect. Dis.* 2001; 33 (suppl 3): s133-7.

Boyce, J. M., Havill, N. L., Kohan, C., Dumigan, D. G., Ligi, C. E. Do infection control measures work for methicillin-resistant staphylococcus aureus? *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* 2004; 25 (5): 395-401.

Breen, C. M., Abernethy, A. P., Abbott, K., Tulsky, J. Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in intensive care units. *J. Gen. Intern. Méd.* 2001; 16: 283-289.

Brown, E. D. Antibiotics stops “ping-pong” match. *Nature* 2006; 441: 293-4.

Center for Bioethics, University of Minnesota, EUA. End of life care: an ethical review. 2005; disponível em 13/01/07:
http://www.bioethics.umn.edu/publications/bo/end_of_life.pdf

CFM (Conselho Federal de Medicina). Resolução nº 1805 de 28 de novembro de 2006. brasil: Conselho Federal de Medicina, 2006. disponível em 31/03/2007: < http://www.infectologia.org.br/anexos/resol%20cfm%201805-06_a%20%c3%a9tica%20e%20os%20pacientes%20terminais.pdf>

Costa, M. C. L. Teorias médicas e gestão urbana: a seca de 1877-79 em fortaleza. *Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos* 2004; 11(1): 57-74. Disponível em 03/02/07: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11n1/03.pdf>

Dimas, C. D. M., Schramm, F. R. Atenção médica, transplante de órgãos e tecidos e políticas de focalização. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22 (9): 1945-53.

Diniz, D. Quando a morte é um ato de cuidado: a obstinação terapêutica em crianças. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22 (8): 1741-1748.

Engelhardt Jr., H. T. In: Schramm, Rego, Braz e Palácios organizadores. *A bioética do risco: enfrentando a finitude humana*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ e Editora Fiocruz; 2005. p.133-147.

Evers, B. S. M. M., Purohit, D., Perl, D., Khan, K., Marin, D. Palliative and aggressive end-of-life care for patients with dementia. *Psychiatric Services* 2002; 53: 609-613.

Ferreira, A. L., Schramm, F. R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34 (6): 659-65.

Fisher, M., Raper, R. F. Commentary: delay in stopping treatment can become unreasonable and unfair. *British Medical Journal* 2000; 320: 1268.

Fisher, M. Ethical issues in the intensive care unit. *current opinion in critical care* 2004; 10: 292-98.

Floriani, C. A. Cuidador do idoso com câncer avançado: uma abordagem bioética. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de mestre em Ciências na área de Saúde Pública, 2004. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Ford, P., Fraser, T. G., Davis, M. P., Kodish, E. Anti-infective therapy at the end of life: ethical decision making in hospice eligible patients. *Bioethics* 2005; 19 (4): 379-392.

França, G. V. O paciente que vai morrer: direito à verdade. resumo de trabalho apresentado no iii congresso brasileiro de bioética e i congresso de bioética do conesul, porto alegre, 2 a 4 de julho de 2000. Disponível em 26/11/2006: <http://www.portalmedico.org.br/regional/crmpb/artigos/paciente_morte.htm>

Francis, L. P., Battin, M., Jacobson, J. A., Smith, C. B., Botkin, J. How infectious diseases got left out – and what this omission might have meant for bioethics. *Bioethics* 2005; 19 (4): 307-322.

Goldim, J. R. Eutanásia. 2004. Disponível em 02/05/05:
<<http://www.bioetica.ufrgs.br/eutanasi.htm>>

Goldim, J. R. Futilidade. 2000. Disponível em 26/11/2006:
<<http://www.ufrgs.br/bioetica/futilida.htm>>

Gracia, D. Calidad y excelência en el cuidado de la salud. in: bioética y cuidado de la salud. equidad, calidad, derechos (fernando solas stepke, editor) serie publicaciones, programa regional de bioética división de salud y desarrollo humano, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 2000. Disponível em 26/11/2006:
<<http://www.paho.org/spanish/bio/cuidado.pdf>>

Guazzelli, I. A especificidade do fato moral em habermas. o uso moral da razão prática. 2006. Disponível em 17/02/2007:
< <http://www.sedes.org.br/centros/habermas.htm>>

Holmes, O. W. The contagiousness of the puerperal fever. 1843. Disponível em 25/11/2006 em Bartleby.com – Great Books Online (série Harvard Classics):
<<http://www.bartleby.com/38/5/1.html>>

Institute of Medicine, Committee on Care at the End of Life. Approaching death: improving care at the end of life. 1997. Disponível em 26/11/2006:
<<http://www.nap.edu/readingroom/books/approaching>>

Janssens, J. P., Krause, K. H. Pneumonia in the very old. The Lancet Infectious Diseases 2004; 4: 112-24.

Kottow, M. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: Schramm, Rego, Braz e Palácios organizadores. A bioética do risco: enfrentando a finitude humana. Rio de Janeiro: Editora UFRJ e Editora Fiocruz; 2005. p.29-44.

Krombauer, L. G. Ética discursiva - teoria do agir comunicativo. 2007.
Disponível em 07/01/07:

<http://www.humanas.unisinos.br/info/etica/eticadiscurso.doc>>

Laselva, C. R. O paciente terminal: vale à pena investir no tratamento? *Einstein* 2004; 2(2): 131-2.

Lepargneur, H. Bioética da eutanásia: argumentos éticos em torno da eutanásia. *Bioética* 1999; 7: 41-48.

Lipsitch, M., Samore, M. H. Antimicrobial use and antimicrobial resistance: a population perspective. *Emerging Infectious Diseases* 2002; 8 (4): 347-54.

Maliandi, R. Fundamentación, conflictividad y convergencia. In: Ricardo Maliandi. *Ética: conceptos y problemas*. Buenos Aires: Editora Biblos, 2004. p.147-190.

Marcus E. L., Clarfield, A. M., Moses, A. E. Ethical issues relating to use of antimicrobial therapy in older adults. *Clin. Infect. Dis.* 2001; 33: 1697- 1705.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1998. Brasil: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em 31/03/2007:

<<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showact.php?id=482>>

Mori, M.A bioética: sua natureza e sua história. *Humanidades* 1994; 9 (4): 332-41.

Moritz, R. D., Dantas, A., Matos, J. D., Machado, F. O. O comportamento do medico intensivista brasileiro diante da decisão de recusar ou suspender um tratamento. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 2001; 13(1): 21-28.

O'hare, D. G. Principles of medical ethics in supportive care: a reflection. *Support Care Cancer* 2004, 12: 86-90.

Pettila, V., Ala-kokko, T., Varpula, T., Laurila, J. On what are our end-of-life decisions based? *Acta Anaesthesiol. Scand.* 2002; 46: 947-954.

Pijnenborg, I., Van der maas, P. J., Kardaun, J. W. P. F., Glerum, J. J., Van delden, J. J. M., Looman, C. W. N. Withdrawal or withholding of treatment at the end of life: results of a nationwide study. *Archives of Internal Medicine* 1995; 155 (3): 286-292.

Prendergast, T. J. Futility and the common cold. *Chest* 1995; 107: 836-844.

Rego, S., Palácios, M. A finitude humana e a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22:8.

Rodrigues, E. A. C. Histórico das infecções hospitalares. In: Rodrigues, Mendonça, Amarante, Alves Filho, Grinbaum e Richtmann organizadores. *Infecções Hospitalares Prevenção e Controle*. São Paulo: Editora Sarvier, 1997. p. 3-27.

Schramm, F. R. Paradigma biotecnocientífico e paradigma bioético. In: Oda organizador. *Biosafety of Transgenic Organisms in Human Health Organisms*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996. p. 109-127.

Schramm, F. R. A autonomia difícil. *Bioética* 1998; 6 (1): 27-37.

Schramm, F. R. Bioética para quê? *Revista Camiliana de Saúde* 2002; 1(2): 14-21.

Schramm, F. R., Kottow, M. Princípios bioéticos em salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17 (4): 949-956.

Schramm, F. R. Bioética de la protección, vulnerabilidad y amenaza desde una perspectiva laica. *Diálogo Político* 2003; 1(1): 33-48.

Schramm, F. R. Información y manipulación: como proteger los seres vivos vulnerados? La propuesta de la bioética de la protección. *Revista Brasileira de Bioética* 2005; 1(1): 18-27.

Schramm, F. R. Bioética da proteção: justificativa e finalidade. In: Siqueira-Batista e Batista organizadores. *Intrós Ensaios de Filosofia, Saúde e Cultura*. Rio de Janeiro: Papel Virtual Editores, 2005a. p. 121-130.

Schramm, F. R. Bioética sin universalidad? Justificación de una bioética latinoamericana y carybeña de protección. In: Garrafa, Kottow e Saada organizadores. *Estatuto Epistemológico de la Bioética*. México: Editora Redbioética, 2005b. p. 171-185.

Schramm, F. R. A moralidade da biotecnociência: a bioética da proteção pode dar conta do impacto real e potencial das biotecnologias sobre a vida e/ou a qualidade de vida das pessoas humanas? In: Schramm, Rego, Braz e Palácios organizadores. *A bioética do risco: enfrentando a finitude humana*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ e Editora Fiocruz; 2005c. p.15-28.

Schramm, F. R. Os princípios da bioética. In: Segre organizador. *A questão ética e a saúde humana*. São Paulo: Editora Atheneu, 2005d. p. 17-30.

Shleas, D. M., Gerding, D. N., John, J. F. *et al.* Society for Healthcare Epidemiology of America and Infectious Diseases Society of America Joint Committee on Prevention of Antimicrobial Resistance: guidelines for the prevention of antimicrobial resistance in hospitals. *Clin. Infect. Dis.* 1997; 25: 584-599.

Singer, P., Bowman, K. Quality of end-of-life care: a global perspective. *BMC Palliative Care* 2002; 1: 4. Disponível em 26/11/2006:
<<http://www.biomedcentral.com/1472-684x/1/4>>

Siqueira, J. E. Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. *Bioética* 2000; 8: 62-63.

Siqueira-Batista, R., Schramm, F. R. A filosofia de platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da saúde pública. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20 (3): 855-865.

Siqueira-Batista, R., Schramm, F. R. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(1): 111-119.

Society of Critical Care Medicine. History of critical care. 2006. Disponível em 10/12/05:

<http://www.sccm.org/patient_family_resources/history_critical_care/index.asp>

Sullivan, M., Ormel, J., Kempen, G., Tymstra, T. Beliefs concerning death, dying and hastening death among older, functionally impaired dutch adults: a one-year longitudinal study. *J. Am. Geriatri. Soc.* 1998; 46: 1251-57.

Tallgren, M., Klepstad, P., Petersson, J., Skram, U., Hynninen, M. Ethical issues in intensive care – a survey among scandinavian intensivists. *Acta Anaesthesiol. Scand.* 2005; 49: 1092-1100.

Tavares, W. Resistência aos antimicrobianos. In: Walter Tavares. *Manual de Antibióticos e Quimioterápicos Antiinfeciosos*. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2001. p. 55-7.

Wenzel, R. P., Edmond, M. B. Managing antibiotic resistance. *New England Journal of Medicine* 2000; 343(26): 1961-1963.

WHO (World Health Organization). WHO global strategy for containment of antimicrobial resistance. 2001. Disponível em 10/12/05:

<http://www.who.int/drugresistance/who_global_strategy_english.pdf >

WHO (World Health Organization). Antimicrobial resistance. 2007. Disponível em 31/03/2007: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/>>