

Dilemas Bioéticos na Prática da Anestesia

Bioethical Dilemmas in Anesthesia

José Abelardo Garcia de Meneses¹

RESUMO

Meneses JAG - Dilemas Bioéticos na Prática da Anestesia

Justificativa e Objetivos - As relações da sociedade humana com o universo e a aplicação de novos conceitos éticos estudados por filósofos, fundamentalmente para acompanhar a evolução das ciências biomédicas, originaram a Bioética. O objetivo é tratar dos avanços nas relações humanas entre médicos e pacientes, propostos pelos princípios bioéticos em adição aos tradicionais princípios hipocráticos, aqui discutidos no particular da prática desta ciência fascinante a Anestesiologia. O presente trabalho visa estimular e aprofundar as discussões bioéticas na área da Anestesiologia.

Conteúdo - São discutidos os limites entre o ato médico benevolente e não-maleficente, indissociavelmente comprometido com o bem-estar do paciente, os benefícios da conduta médica paternalista, visando à preservação da saúde e da vida, e do outro lado, o respeito à autonomia do cidadão-doente, potencial paciente, e o seu direito ao consentimento livre, renovável, revogável e plenamente esclarecido para quaisquer atos médicos.

Conclusões - Com base no quanto é apresentado no presente trabalho o anesthesiologista deve sempre decidir beneficentemente em defesa da saúde do indivíduo e da sacralidade da vida, entendendo os limites entre a **autonomia** do paciente e o direito do médico aplicar tratamento arbitrário à revelia da vontade daquele, em obediência aos princípios da **beneficência** e da **não-maleficência**, disponibilizando os benefícios da ciência médica (**justiça**) em favor da vida, posto que, em anestesia muitas vezes, há um limite incompreensivelmente tênue entre vida e morte.

UNITERMOS - ANESTESIOLOGIA; BIOÉTICA

SUMMARY

Meneses JAG - Bioethical Dilemmas in Anesthesia

Background and Objectives - Relations of human society with the universe and the application of ethical concepts studied by philosophers to follow the evolution of biomedical sciences gave birth to Bioethics. The aim is to deal with advances in physician-patients relationships proposed by bioethical principles in addition to traditional Hippocratic principles. This study aimed at encouraging and deepening bioethical discussions in anesthesiology.

Content - The essay discusses limits between benevolent and non-maleficent medical acts deeply involved with patients well-being, the benefits of a paternalist medical approach aimed at preserving health and life and the respect for ill people, potential patients, and their right to free, renewable, revocable and thoroughly informed consent for any medical act.

Conclusions - Based on what is here presented, the anesthesiologist should always decide beneficially to protect individual health and the sacred right of life, understanding the limits between patients' autonomy and the physician's right to administer arbitrary treatment regardless of patients' will, in compliance with beneficence and non-maleficence principles by making available the benefits of medical science (justice) in favor of life since very often in anesthesia there is an unintelligibly subtle limit between life and death.

KEY WORDS - ANESTHESIOLOGY; BIOETHICAL

INTRODUÇÃO

A partir do feito de William Morton, no Hospital Geral de Massachusetts, Boston (EUA), em 16 de outubro de 1846, a perspectiva dos pacientes que necessitavam de procedimentos cirúrgicos ganhou um grande aliado, a anestesia.

Embora compartilhe a sua prática com outros profissionais de saúde, notadamente médicos e dentistas, estes nos limites de sua competência¹⁻³, a anestesia foi elevada ao status de ciência independente, contemporaneamente denominada Anestesiologia. Ratificam este entendimento os significativos avanços experimentados pela Anestesiologia, como o volume crescente do arsenal terapêutico; o desenvolvimento de novas técnicas para a sua aplicação; o desenvolvimento de equipamentos de administração de agentes inalatórios e venosos; e a introdução na prática clínica de sofisticados monitores.

Noutro passo, pode-se entender que o conhecimento científico na Medicina não deve se dissociar das tradições hipocráticas: manutenção da saudável relação médico-paciente, compromisso com a vida, segredo profissional e

* Recebido da (Received from) Disciplina Bioética, conceito 10,0 (dez), do Curso de Pós-Graduação em Medicina e Saúde (CPgMS) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (FAMED-UFBA), dezembro/2000

1. Aluno especial da disciplina MED-733 "Bioética" do Curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da UFBA; Diretor do Sindicato dos Médicos no Estado da Bahia - SINDIMED (1998-2001)
Conselheiro do CFM (1994-1999);
Conselheiro do CREMEB (1998-2003)
Membro da Sociedade Brasileira de Bioética
Presidente da Comissão de Sindicância de Processo Administrativo/SBA (2000-2001)
Membro da Comissão de Estatuto, Regulamentos e Regimentos/SBA (1996-1998/1999-2001).

Apresentado (Submitted) em 15 de janeiro de 2001
Aceito (Accepted) para publicação em 12 de abril de 2001

Correspondência para (Mail to):
Dr. José Abelardo Garcia de Meneses
R. Martins de Almeida, 60 - Jardim Apipema
40155-060 Salvador, BA
E-mail: abelardo@e-net.com.br

© Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2001

respeito ao direito do paciente ao consentimento livre e esclarecido ¹.

O objetivo deste trabalho é estimular e aprofundar as discussões bioéticas na área da Anestesiologia.

A BIOÉTICA

Cunhada a partir de princípios que garantem a liberdade de pensamento, porém com compromisso e responsabilidade, a bioética com seu caráter pluralista traz para a sociedade um elenco de discussões em torno do início e fim da vida, novos métodos de fecundação, clonagem, utilização de alimentos transgênicos, uso indiscriminado de experimento animal, pesquisas em seres humanos, engenharia genética, transplante de órgãos, direito à morte com dignidade, eutanásia e distanásia, obstinação terapêutica, privilégio terapêutico, tratamento arbitrário, universalização do atendimento à saúde, progresso das ciências biológicas, entre outros.

Ressalte-se que a bioética não inova em princípios éticos fundamentais, mas tão somente, aplica os conceitos estudados pelos filósofos a atualização das ciências na área biomédica.

A partir da publicação de Van Rensselaer Potter, oncologista e biólogo, *Bioethics: bridge to the future*, em 1971, a sociedade humana iniciou um novo ciclo de discussões das relações do homem com o universo, que vieram a ser encaminhadas com a divulgação do principlismo por Beauchamp e Childress, *Principles of biomedical ethics*, em 1979, estribado em que todas as ações devem visar ao bem (**beneficência**), não causar danos a outrem, prevenir danos e retirar os danos porventura ocasionados (**não-maleficência**), buscar a distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios dos serviços de saúde (**justiça**) e a obtenção do consentimento livre, esclarecido, renovável e revogável para quaisquer atos (**respeito à autonomia**) ².

Sob este viés, o da autonomia do paciente, estende-se o raciocínio nesta dissertação.

DILEMAS BIOÉTICOS

Sendo a vida um bem indisponível e a saúde um bem inalienável, o ato médico deve prever o bem do paciente, seu bem-estar físico e psíquico, assim como o respeito a seus interesses.

O médico lastreado no conhecimento científico adquirido, pode algumas vezes reverberar a seu favor uma pseudo-infalibilidade, adotando um comportamento autoritário, não permitindo ao paciente uma participação mais ativa nas decisões que dizem respeito a proposta de investigação diagnóstica ou terapêutica.

O anestesiológico não foge à regra. Entretanto, a Sociedade Brasileira de Anestesiologia, entidade que historicamente tem se mostrado atenta na defesa dos interesses do seu corpo de associados, mas que ao mesmo tempo tem se mantido na vanguarda de uma prática criteriosa, ética e humana

da especialidade, vem orientando os anestesiológicos a irem ao encontro do estabelecimento de uma saudável relação médico-paciente. O assunto já permeia publicações e discussões em eventos científicos por parte de setores particularmente interessados na defesa de uma prática mais humanizada da anestesia ³⁻⁵.

Importante lembrar que entre os deveres do médico, dever de informação, dever de atualização, dever de vigilância e dever de abstenção do abuso, deve-se relevar no assunto em tela o dever de informação ao paciente, através de diálogo franco, sincero, claro e especialmente do entendimento do cidadão-doente, potencial paciente.

Na mesma linha de raciocínio, lecionam respectivamente Dias e Kfoury Neto ³: "*Não se deve praticar a anestesia sem consentimento do paciente; esse pode ser dado diretamente pelo enfermo ou, em caso de impedimento, pelos que o tiverem a seu cargo*" ... "*Incumbe-lhe (ao anestesiológico), especialmente: a) preparar o paciente, no campo médico e psicológico: prever possíveis dificuldades, acalmar o doente, conquistar-lhe a colaboração e confiança, preparar-lhe o organismo para o ato cirúrgico*". Infere-se a partir destes ensinamentos de caráter jurídico, que a violação destas regras pressupõe ato omissivo, que na hipótese de mau resultado certamente será aduzido por negligência e imprudência ⁴.

O médico deve pautar a sua conduta lastreada no conhecimento científico e na sua consciência, garantindo ao doente-paciente os princípios da justiça e da autonomia ou a capacidade do cidadão determinar por si mesmo a "lei" à qual deseja se submeter ⁵. Donde se pode inferir que os direitos do paciente à informação e à participação ativa nas decisões que lhe dizem respeito não devem ser minimizados pelos médicos. O assunto é tão palpitante que a Assembléia Geral da Associação Médica Mundial aprovou a Declaração de Lisboa em 1981, versando sobre os direitos do paciente, e a ratificou em 1995 em Bali, Indonésia ⁶.

Destacam-se nos princípios da Declaração de Lisboa o direito do paciente escolher livremente o médico de sua confiança, o direito à informação de maneira apropriada a sua cultura e o direito do médico praticar tratamento arbitrário, quando o doente estiver inconsciente ou impossibilitado de se expressar.

Por outro lado, a resolução bioética, "Os direitos humanos em relação à biomedicina", adotada pelo Congresso da Europa, que reúne os quinze países membros da União Européia, defende entre outros princípios que "os direitos dos indivíduos têm a preeminência sobre os interesses da ciência e da sociedade" ⁷.

O cidadão-médico não deve permitir que o imperativo tecnológico supere a doutrina humanista da profissão médica. Não deve, portanto, permitir que a sua vontade essencialmente tecnicista venha se contrapor aos interesses e ao desejo do cidadão-paciente, num conflito ideológico claro entre autonomia e heteronomia. Siqueira ⁸, fazendo uma abordagem acerca do princípio da responsabilidade proposto por Jonas, faz referência bastante pontual nesta questão: "... o imperativo tecnológico elimina a consciência, elimina o sujei-

to, elimina a liberdade em proveito de um determinismo. A hiperespecialização das ciências mutila e desloca a noção de homem ... Esse divórcio entre os avanços científicos e a reflexão ética fizeram com que Jonas propusesse novas dimensões para a responsabilidade, pois a técnica moderna introduziu ações de magnitudes tão diferentes, com objetivo e conseqüências tão imprevisíveis que os marcos da ética anterior já não mais podem contê-los.”

O PATERNALISMO

O princípalismo bioético não estabelece conceitos absolutos e hierarquizados, daí admitir-se o **paternalismo médico na prática clínica** como uma interferência na autonomia do cidadão, capaz de decidir, numa atitude comprovadamente beneficente, em favor do bem-estar e das necessidades do paciente coagido, jamais por interesses de terceiros, incluindo-se aí os interesses do profissional coator⁹.

Como é sobejamente conhecido, a prática clínica da anestesia tem características próprias, em alguns pontos comuns à terapia intensiva, neonatologia, ao atendimento de emergências e urgências, entre outras, nas quais o paternalismo médico pode ser admitido.

Esta admissão excepcional do paternalismo, diante de um paciente inconsciente ou impossibilitado de se expressar, não elide o esclarecimento prévio dos procedimentos que devem estar previstos na técnica anestésica proposta para determinado procedimento cirúrgico ou de investigação propedêutica. Portanto, entendendo que a avaliação pré-anestésica é responsabilidade intransferível do anesthesiologista¹⁰ e que o paciente tem o direito a esta avaliação, o Conselho Federal de Medicina firma posição quanto aos preceitos doutrinários da boa prática da anestesia^{11, 12}.

Existem situações na prática clínica diária nas quais o anesthesiologista num átimo poderá decidir entre fazer o bem, à revelia da vontade do paciente, e em não o fazendo contribuir omissivamente para a possibilidade de um dano irreparável. Com isto, não defende o autor o livre arbítrio da autoridade médica, muito pelo contrário, defende que na avaliação pré-anestésica, realizada em consultório/ambatório ou na visita ao paciente internado, sejam colocadas as diversas práticas, com clareza meridiana, obtendo com absoluta liberdade do paciente ou seu responsável legal, o consentimento para a técnica proposta, jamais contrariando a vontade deste, respeitando o princípio da autonomia do paciente e, obviamente, dentro dos limites permitidos pela ciência médica. Inclua-se aí o direito do paciente a livre escolha do profissional de sua confiança.

CONCLUSÕES

A questão apresentada no presente trabalho é o limite da **autonomia** do cidadão-paciente e o direito do cidadão-médico aplicar tratamento arbitrário à revelia da vontade do paciente, mas no fiel cumprimento aos princípios da **beneficência**

e da **não-maleficência**, disponibilizando os benefícios da ciência médica (**justiça**) em favor da vida, posto que, em anestesia, muitas vezes, há um limite incompreensivelmente tênue entre vida e morte, situação em que o médico deve decidir beneficentemente em defesa da saúde do indivíduo e da sacralidade da vida.

Bioethical Dilemmas in Anesthesia

José Abelardo Garcia de Meneses, M.D.

INTRODUCTION

As of the breakthrough of William Morton, at the Massachusetts General Hospital, Boston (USA), in October 16, 1846, the perspective of patients in need for surgical procedures has gained a new ally - anesthesia.

Although sharing its practice with other health professionals, namely physicians and dentists¹⁻³, anesthesia was given the status of independent science, which is currently called Anesthesiology. This understanding is confirmed by significant Anesthesiology advances, such as the increasing volume of therapeutic armamentarium, the development of new anesthetic techniques and new equipment for the administration of inhalational and venous agents and the introduction of sophisticated monitors.

On the other hand, it must be understood that scientific medical knowledge cannot be dissociated from Hippocratic traditions, namely: maintenance of a healthy physician-patient relationship, commitment to life, professional secret and respect to patients' right to a free and informed consent¹.

This study aimed at encouraging and deepening bioethical discussions in anesthesiology.

BIOETHICS

Based on principles assuring freedom of expression, but with commitment and responsibility, bioethics with its pluralistic character brings to society a list of issues around beginning and end of life, new fecundation methods, cloning, transgenic food, indiscriminate use of animal models, human research, genetic engineering, organ transplantation, right to a death in dignity, euthanasia and disthanasia, therapeutic obstinacy, therapeutic privilege, arbitrary treatment, universal access to health care, progress of biological sciences, among others.

It is worth noticing that bioethics does not innovate fundamental ethical principles, but applies philosophical concepts to the update of biomedical sciences.

As of Van Rensselaer Potter's (oncologist and biologist) publication, *Bioethics: bridge to the future*, in 1971, human society started a new discussion cycle on men's relation with the

universe, which gained a new breath with the publication of Beauchamp and Childress' work, *Principles of biomedical ethics*, in 1979, based on the concept that all actions should aim at the good (beneficence), not cause damage to anyone, prevent damage and remove damages otherwise caused (non-maleficence), should search for fair equitable and universal distribution of health care (justice) and the attaining of free, informed, renewable and revocable consent for any act (respect to autonomy) ².

Our paper is based on patients' autonomy bias.

BIOETHICAL DILEMMAS

A life is an unavailable right and health an inalienable property, medical acts should aim at patients' welfare, their physical and psychical well-being, as well as at respecting their interests.

Physicians, based on acquired scientific knowledge, may sometimes call for a pseudo-infallibility and adopt an authoritarian behavior not allowing a more active participation of the patient in decisions related to the diagnostic or therapeutic proposal.

Anesthesiologists are no exception. However, the Brazilian Society of Anesthesiology, a body which historically has been alert in protecting the interest of its members, but at the same time leading a judicious, ethical and human practice, advises anesthesiologists to look for a healthy physician-patient relationship. This issue has been already subject of publications and discussions in scientific events by sectors especially interested in advocating a more humanized practice of anesthesia ³⁻⁵.

It is important to remind that among physicians duties: information duty, updating duty, surveillance duty and abuse abstention duty, one must also take into account patient's information duty through an open, sincere and clear dialog and especially through the understanding of the ill person, potential patient.

Along the same lines, Dias and Kfoury Neto ³ teach, respectively: "*Anesthesia should not be practiced without patients' consent, which may be directly given by patients or, if impossible, by those in charge of them*"... "*it is his (the anesthesiologist's) special duty: a) to medically and psychologically prepare the patient; anticipate potential difficulties, calm the patient, obtain his cooperation and trust, prepare his body for the surgical procedure*". Based on those legal teachings, the conclusion is that the violation of such rules supposes omission which, in case of poor outcomes, will certainly be considered negligence and imprudence ⁴.

Physicians should base their approach on scientific knowledge and awareness, assuring to patients the principles of justice and autonomy or the ability of citizens to decide by themselves the "law" they are willing to obey ⁵. From such, one may infer that patients' rights to information and active participation in decisions about them should not be minimized by physicians. This is such an important topic that the General Assembly of the World Medical Association has approved the

Lisbon Declaration in 1981, about patients' rights, which was further ratified in Bali, Indonesia, in 1995 ⁶.

Among the Lisbon Declaration principles, it is worth mentioning patients' right to freely choose a trustful physician, the right to adequate information to their education and the physicians' right to arbitrary treatment when patients are unconscious or unable to make themselves understood.

On the other hand, the bioethical resolution - human rights with regard to biomedicine - adopted by the European Congress which gathers 15 European Union countries, advocates, among others, the principle that "individual rights are override science and society rights" ⁷.

The physician-citizen should not allow technological imperatives to overcome the humanistic doctrine of the medical profession. So, he should not allow his essentially technical will to be against the interests and desires of the patient-citizen, in a clear ideological conflict between autonomy and heteronomy. Siqueira ⁸, commenting the responsibility principle proposed by Jonas, was very clear about this issue: "...the technological imperative eliminates awareness, eliminates the subject, eliminates freedom on behalf of determinism. Science hyperspecialization mutilates and shifts the notion of humankind ... This divorce between scientific breakthroughs and ethical reflection led Jonas to propose new dimensions for responsibility, because modern techniques have introduced actions of so different magnitudes and with so unforeseeable objectives and consequences that old ethical landmarks can no longer embrace them".

PATERNALISM

Bioethical principles do not establish hierarchical and absolute concepts and that is why medical paternalism in the clinical practice is admitted as an interference in citizens' autonomy and ability to decide, in a proven beneficent attitude in favor of the well-being and needs of the coerced patient and never on behalf of third parties interests, here including coercive professional interests ⁹.

As it is well known, anesthesia has unique features, in some aspects common to intensive care, neonatology, emergency and urgency, among others, where the medical paternalism may be admitted.

This exceptional paternalism faced to an unconscious patient or unable to make himself understood, does not override the previous knowledge of the proposed anesthetic technique for a certain surgical procedure or investigation. So, understanding that preanesthetic evaluation is a non transferable responsibility of the anesthesiologists ¹⁰ and that the patient has the right to such evaluation, there is a consensus of the Federal Council of Medicine as to best anesthesia practices ^{11,12}.

There are daily situations where the anesthesiologist can immediately decide between doing good against patients will and, in not doing it to contribute by omission for the possibility of an irreparable damage. With such, we are not advocating the free arbitration of the medical authority, on the opposite; we advocate that, during preanesthetic evaluation performed

in the office or upon visiting the admitted patient, different practices should be very clearly explained and the consent be obtained with total freedom of the patient or his legal guardian on the proposed technique, never going against his will, respecting the principle of patient's autonomy and, of course, within the limits imposed by the medical science, including patient's right for freely choosing a trustful professional.

CONCLUSIONS

The issue presented in this paper is the autonomy limit of the patient-citizen and the right of the physician-citizen to apply arbitrary treatment against patient's will but in strict compliance with the principles of beneficence and non maleficence, making available the benefits of medical science (justice) in favor of life, as in anesthesia, very often there is an incomprehensibly blurred limit between life and death, situation in which the physician should decide on behalf of the individual's health and of the sacred gift of life.

REFERÊNCIAS - REFERENCES

01. Código de Ética Médica. Resolução CFM n° 1.246/88. Diário Oficial da União, 26 de janeiro de 1988.
02. Beauchamp TL, Childress JF - Principles of Biomedical Ethics. 3rd Ed, New York, Oxford University Press, 1979; 67-119.
03. Kfourri Neto M - Responsabilidade Civil em Anestesiologia, em: Kfourri Neto M - Responsabilidade Civil do Médico. 3^a Ed, São Paulo, Editora Revista dos Tribunais, 1998;136-149.
04. Conselho Federal de Medicina. Parecer n° 56/99. Sessão Plenária de 29 de setembro de 1999.
05. Schramm FR - A autonomia Difícil. Bioética, Conselho Federal de Medicina, 1998; 6:27-37.
06. Associação Médica Mundial. Declaração de Lisboa sobre os direitos do paciente, 1981.
07. Berlinguer G - Equidade, Qualidade e Bem-Estar Futuro em: Garrafa V, Costa SIF - A Bioética do Século XXI. Brasília, Editora UnB, 2000;41-48.
08. Siqueira JE - O imperativo Tecnológico e as Dimensões da Responsabilidade, em: Siqueira JE - Ética e Tecnociência. Londrina, Editora UEL, 1998;23-42.
09. Fortes PAC - Direitos dos Pacientes, em: Fortes PAC - Ética e Saúde: Questões Éticas, Deontológicas e Legais, Tomada de Decisões, Autonomia e Direitos do Paciente, Estudo de Casos. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária, 1998;18-22.
10. Vieira ZEG, Pereira E, Saraiva RA - Visita pré-anestésica, responsabilidade intransferível do anesthesiologista. Rev Bras Anesthesiol, 1977;27:337-353.
11. Conselho Federal de Medicina. Resolução n° 1.363/93, Diário Oficial da União de 22 de março de 1993, seção I. 1993;3439.
12. Conselho Federal de Medicina. Parecer n° 56/99. Sessão Plenária de 29 de setembro de 1999.

RESUMEN

Meneses JAG - Dilemas Bioéticos en la Práctica de la Anestesia

Justificativa y Objetivos - Las relaciones de la sociedad humana con el universo y la aplicación de nuevos conceptos éticos estudiados por filósofos, fundamentalmente para acompañar la evolución de las ciencias biomédicas, originaran la Bioética. El objetivo es tratar de los avances en las relaciones humanas entre médicos y pacientes, propuestos por los principios bioéticos en adición a los tradicionales principios hipocráticos aquí discutidos, en particular de la práctica de esta ciencia fascinante, la Anestesiología. El presente trabajo visa estimular y profundar las discusiones bioéticas en la área de la Anestesiología.

Contenido - Se discuten los límites entre el acto médico benevolente y no-maleficente, indisociablemente comprometido con el bienestar del paciente, los beneficios de la conducta médica paternalista, visando la preservación de la salud y de la vida, y del otro lado, el respeto a la autonomía del ciudadano-enfermo, potencial paciente, y su derecho al consentimiento libre, renovable, revocable y plenamente esclarecido para cualquier acto médico.

Conclusiones - Con base en lo que es presentado en este trabajo, el anestesista debe siempre decidir beneficiosamente en defensa de la salud del individuo y de la sacralidad de la vida, entendiendo los límites entre la autonomía del paciente y el derecho del médico a aplicar tratamiento arbitrario a rebeldía de la voluntad de aquel, en obediencia a los principios de la beneficencia y de la no-maleficencia, poniendo en disponibilidad los beneficios de la ciencia médica (justicia) en favor de la vida, puesto que, en anestesia muchas veces, hay un límite incomprensiblemente tenue entre vida y muerte.