

ORDEM DE NÃO REANIMAR EM PAÍSES LATINO-AMERICANOS

Orientador: BONAMIGO, Elcio Luiz

Pesquisadoras: BANDEIRA, Amanda Gabriela Giusti; CABRAL, Suzane; PANKA, Mariane

A ordem de não reanimar é uma determinação para a não realização do suporte avançado de vida em caso de parada cardiorrespiratória de pessoa que se encontra em fase final de doença terminal, quando não mais se justificam tentativas de prolongamento da vida. Aliadas a isso, emergem interpretações divergentes, suscitando discussões que justificam o aprofundamento do estudo para um melhor esclarecimento dos fatos. O objetivo deste estudo foi verificar na deontologia médica dos países da América Latina a previsão sobre a ordem de não reanimar. Para o estudo comparativo, os autores buscaram Códigos de Ética Médica, resoluções relacionadas e artigos científicos sobre a Ordem de Não Reanimar, pesquisados na internet (<www.google.com.br> e <<http://scholar.google.com.br>>). Foram encontradas três resoluções, 16 Códigos de Ética Médica e quatro artigos científicos. Observou-se que 12 países da América Latina possuem em seu Código de Ética Médica ou equivalente, teor relacionado à ordem de não reanimar. A América Latina engloba 20 países: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela. Nessa região, são faladas primordialmente línguas românicas - particularmente o Espanhol, o Português e, ocasionalmente, o Francês. Nos países Bolívia, Costa Rica e Cuba não foram encontrados em seus Códigos de Ética Médica alguma explanação sobre a recusa de tratamento. Na Argentina, em 2001, foi firmado o Código de Ética Médica para a equipe de saúde e está presente, no Livro II “Do Exercício profissional”, Capítulo V, o Artigo 83, que dá ao paciente o direito de não prorrogar a sua enfermidade. No Chile, o Código de Ética de 2011 expõe em seu Artigo 25 que o paciente pode negar todo e qualquer tratamento, porém, o médico deve alertar o paciente das consequências e propagar os cuidados gerais. A Colômbia possui a Lei n. 23, de 1982, na qual se ditam normas em matéria de ética médica. No Artigo 8º, do Capítulo I, que trata da relação médico-paciente, consta que: “[...] com exceção dos casos de urgência, se o paciente recusa-se a cumprir as indicações prescritas e tratamentos, o médico poderá deixar de assistir este paciente.” Na Guatemala, no Capítulo IV, que trata da relação médico-paciente, consta que, devidamente informado, se o paciente não concorda em se submeter a um exame ou tratamento que o médico considerar necessário, por razões científicas ou éticas, o médico fica isento da obrigação de assistência (Artigo 35). No Equador, com a denominação Código de Ética Médica, como no Brasil, há dois Artigos (10 e 11) que dissertam sobre a recusa do paciente de receber quaisquer tratamentos. O Código de Ética e Deontologia Médica do Colégio Médico de El Salvador explana, em seus Artigos 15, 21, 23, 24 e 25, o direito de o paciente ter suas vontades respeitadas pelo médico. O Código de Ética do Colégio Médico de Honduras possui os Artigos 30, 31, 3º e 33, nos quais consta que o paciente tem o direito a participar das decisões de sua terapia e o médico tem o dever de seguir as vontades do paciente ou, quando este não estiver consciente, da família. Já no México, o respeito às vontades do paciente encontra-se no Capítulo II, Artigo 10, do Código de

Ética e Deontologia Médica. No Código de Deontologia Médica do Peru (2007), consta no Artigo 63, letra e, além do 72, o dever do médico de respeitar as diretivas antecipadas de vontade do paciente. No Código de Ética Médica do Colégio Médico Dominicano (República Dominicana), está prevista essa possibilidade no Artigo 23 do parágrafo 2º. O Código de Ética do Colégio Médico do Uruguai expõe o respeito às vontades do paciente no Artigo 13, parágrafo 4º. No Código de Deontologia Médica (2003) da Venezuela consta, em seus Artigos 47 e 48, o direito do paciente em recusar o procedimento diagnóstico ou tratamento. Os Artigos utilizados foram escolhidos em razão das informações pertinentes quanto à fundamentação ética e legal e também por trazerem conhecimentos relevantes a respeito do suporte avançado de vida e suas peculiaridades no caso de pacientes terminais. As resoluções encontradas foram todas do Brasil e são as seguintes: 1.805 de 2006 e 1.995 de 2012 do Conselho Federal de Medicina. Com o objetivo de tornar legal a existência da não realização de tratamentos em pacientes que não o desejam, o Conselho Federal de Medicina elaborou, em 2006 e novamente em 2012, resoluções que, se enquadradas no Código de Ética Médica do Brasil, deixaram o médico mais confortável perante essas situações. A Resolução CFM n. 1.995/2012, diz em seu parágrafo 3º, Artigo 2º: “As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.” A Resolução CFM n. 1.805/2006 trata diretamente do procedimento em seu Artigo 1º que diz: “É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.” A discussão sobre a Reanimação Cardiopulmonar (RCP) baseia-se no princípio de este procedimento ser o marco para a iniciação de outros procedimentos de suporte avançado de vida que somente serão realizados caso se tenha obtido o retorno da circulação espontânea. A RCP surgiu com o objetivo de reverter paradas cardíacas, baseada em protocolos e procedimentos simples que englobam a compressão cardíaca e a ventilação pulmonar. Com taxas de sucesso próximas aos 95%, rapidamente evoluiu como padrão para os casos de parada cardíaca em doentes sob regime de internamento (SOTTO MAYOR, 2011). É conhecido que a taxa de sobrevivência até a alta hospitalar em doentes submetidos à RCP é baixa. No atendimento a pacientes que necessitam de suporte avançado de vida, podem ocorrer situações como: indivíduos previamente saudáveis e jovens em parada cardíaca que têm chance de recuperação de 30%, quando houver ressuscitação de imediato; pelo contrário, um idoso com comorbidades (cardíaca, pulmonar, psíquica) que, por exemplo, sofra uma parada cardíaca e espera 10 minutos pela desfibrilação, possivelmente não sobreviverá, de acordo com artigos recentes. Logo, o prognóstico dos pacientes que ficam entre esses dois extremos de sobrevida é variável. O sucesso difundido pelos meios de comunicação relativamente à RCP poderá justificar as irrealisticamente altas expectativas de sobrevivência compartilhadas por doentes e familiares. Os dilemas éticos que surgem nas decisões de final da vida são delicados e englobam aspectos técnicos e éticos, para os profissionais, e emocionais para os familiares, tornando-se um desafio para os profissionais da área da Saúde. Por isso, essa questão merece destaque nos capítulos das discussões bioéticas em todo o mundo. É importante que tanto os profissionais quanto os familiares estejam atentos a esse dilema, criando diretrizes e discutindo a legitimidade da recusa do prolongamento da vida nos casos de morte iminente. A ordem de não ressuscitar pacientes terminais é uma decisão que já possui

aceitação moral e ética, porém, ainda encontra muitos entraves legais, conforme é visto mediante uma simples análise da legislação. No Brasil, essa conduta ainda não está institucionalizada, não tendo aceitação legal, nem sua aceitação é unânime e pacífica. Em vista disso, muitos médicos têm receios quanto a não realizar manobras de reanimação, temendo sofrer algum tipo de penalidade legal. A ordem de não reanimar se mostra como um limiar entre a morte natural, como resultado de uma parada cardiorrespiratória, e a iniciação de práticas mais agressivas. É importante fazer-se a distinção de eutanásia, sendo a ordem de não reanimar um procedimento eticamente aceitável já inserido na deontologia médica brasileira, apesar de não se ter ainda um amparo legal no Brasil (BONAMIGO et al., 2013). No entanto, aceitação dos pacientes é quase unânime (CAMPOS et al., 2013). A não ressuscitação deve ser considerada em casos em que a PCR traga uma má qualidade de vida após a RCP ou, até mesmo, quando há poucas chances de sobrevivência, sendo uma conduta frívola ao corpo clínico (FLORENCE et al., 2009). Em relação às diretrizes já existentes, há sempre a possibilidade de uma nova ótica a se ponderar e, com isso, para cada paciente se tem uma conduta própria a ser considerada. Em conclusão, 12 países possuem, em seus códigos ou resoluções éticas, a previsão de ordem de não reanimar, um número considerado satisfatório pelos autores, considerando-se a imprevisão legislativa como ocorre no Brasil. Dessa forma, infere-se que é evidente a necessidade de se incluir na legislação, sobretudo do Brasil, a ordem de não reanimar.

Palavras-chave: Bioética. Testamentos quanto à vida. Direitos do paciente. Reanimação cardiopulmonar.