

Ética Médica

Oliveiros Guanais

Esta Secção visa ressaltar os aspectos éticos envolvidos em condutas adotadas em casos clínicos, de preferência reais. Faz-se a descrição de um caso clínico, solicitando-se a opinião de profissionais reconhecidamente competentes. Para garantir a utilidade social e acadêmica da Secção, os responsáveis solicitam e agradecem a contribuição dos leitores.

Espera-se receber casos reais para discussão, comentários relativos às posições dos profissionais selecionados e informações que possibilitem o exame ético dessas mesmas posições.



Agnodice. Primeira médica grega. Medallón en 1ª Nueva Facultad de Medicina, Paris.

HISTÓRICO

Médico encarregado de assistência a paciente em pós-operatório imediato de cirurgia que sangrara acima do considerado normal para o caso, após lançar mão de todos os recursos para promover a estabilidade hemodinâmica (soluções cristalóides, expansores plasmáticos, drogas vasoativas em uso intermitente), solicita transfusão de sangue. O médico encarregado da hemoterapia, por telefone, pede à auxiliar que obtenha do médico solicitante dados referentes a valores de hematócrito e hemoglobina, naquele momento. O médico que prestava assistência, não concordando com aquele pedido de informação, manda que se diga isto ao hemoterapeuta e lhe transfere a responsabilidade pelo que vier a ocorrer ao paciente. Logo após, chega ao ambiente preposto do Banco de Sangue, colhe amostra e realiza exames de Ht e Hb, que se mostraram normais, indicando que a transfusão pretendida poderia deixar de ser feita.

Pergunta o consulente:

- 1º- Houve erro de conduta nesse caso?
- 2º- Se afirmativo, qual dos médicos errou?
- 3º- A transfusão de sangue, em situações agudas, deve preceder-se da aferição de parâmetros laboratoriais, mesmo que o encarregado do acompanhamento clínico considere necessária a transfusão (ainda que sujeito a erro de avaliação, como no caso acima descrito) ?

COMENTÁRIOS

Altamir Ribeiro Lago
2º vice-presidente do CRM-RR

O erro de conduta é muito difícil de ser analisado. Um médico muito experiente pode ter condutas diferentes da habitual, porém, com seus vários casos e anos de observação clínica, pode apresentar resultados que lhe credenciem a ter respaldo para apresentar uma conduta do seu próprio dia-a-dia, sem, contudo, prejudicar a saúde do paciente.

Imaginamos que ao fazer uma cirurgia, na qual ocorra perda de sangue maior que a normal, como é o caso, o médico - com o intuito de promover melhor oxigenação dos tecidos - indicou transfusão de sangue. Considerando sua experiência, portanto, procurou o melhor para o seu paciente, utilizando seus conhecimentos para dar-lhe o melhor benefício e evolução. Essa conduta me parece amparada pelo bom-senso e por nosso Código de Ética Médica, que em seu art. 5º aponta que "o médico deve (...) usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente".

O erro de conduta é uma situação muito difícil de ser analisada, por que, se um profissional tem mais experiência com determinada conduta, isto pode funcionar melhor do que uma conduta habitual praticada por um profissional inexperiente. Agora, vamos procurar fazer o que nos parece muito difícil, que é definir o "erro médico".

Erro médico é a falha do médico no exercício da profissão. É o mau resultado ou o resultado adverso decorrente da ação ou da omissão do médico, por inobservância de conduta técnica.

Se analisarmos o caso em tela, observamos que em nenhum momento o médico assistente cometeu erros em sua conduta, também não se omitiu ou se entregou; pelo contrário, utilizou todos os seus conhecimentos para melhorar o quadro do paciente. Por outro lado, a atitude do médico do Banco de Sangue fere o Código de Ética no art. 19, que explicita: "O médico de-

ve ter, para com os seus colegas, respeito, consideração e solidariedade (...)". Além do mais, ao pedir para a auxiliar de enfermagem solicitar por telefone dados laboratoriais para condicionar a liberação de sangue, sem conhecer o quadro clínico do paciente, isto nos parece mais uma falta de consideração por seu colega.

Em relação às perguntas formuladas, no tocante à primeira (se houve erro de conduta neste caso), como já frisei, é muito difícil julgar erro de conduta. Se não, vejamos: observamos que todos os casos de erros médicos julgados nos Conselhos de Medicina ou na Justiça, nos quais o médico foi condenado, a causa foi erro culposo, ou seja, o médico o cometeu sem o haver premeditado. Mesmo assim, considero que houve erro neste caso em pauta.

Em relação à segunda pergunta: qual dos médicos errou? , creio que o erro foi feito pelo médico do Banco de Sangue, por ter dado prioridade a uma avaliação laboratorial em detrimento da avaliação clínica. Outro ponto importante: o médico assistente tinha o acompanhamento clínico do paciente, toda a sua evolução de parâmetros de sinais vitais, quadro hemodinâmico e exame físico. Outro fato a ser considerado é que o médico do Banco de Sangue poderia ele mesmo ter falado com seu colega, para obter mais informação e manter um bom relacionamento profissional, além de, juntos, poderem, após discussão do caso, encontrar uma melhor forma de tratar o paciente. Nesta circunstância, a harmonia e bom relacionamento entre os colegas não

aconteceu. E em muitos outros casos em que a concorrência e luta por ocupar espaço parecem ser mais importantes que o bem-estar do paciente. A parte de erro que o médico assistente pode ter cometido foi a de transferir a responsabilidade para o médico do Banco de Sangue, se algo ocorresse com o seu paciente.

Com relação à terceira pergunta - A transfusão de sangue, em situações agudas, deve preceder-se da aferição de parâmetros laboratoriais, mesmo que o encarregado do acompanhamento clínico considere necessária a transfusão (ainda que sujeito a erro de avaliação, como no caso acima descrito)? - o protocolo de atendimento de urgência mais difundido no mundo, elaborado pelo Colégio Americano de Cirurgiões, chamado de ATLS (Advanced Trauma Life Support), não considera o parâmetro laboratorial como necessário para indicação de transfusão de sangue, nem a aferição de pressão arterial, visto que com perda de até 30% do volume sanguíneo os mecanismos compensatórios podem manter a pressão arterial dentro do padrão de normalidade. Os dados primordiais são a avaliação clínica do paciente, as frequências cardíaca e respiratória, a perfusão cutânea e a pressão do pulso, impossíveis de serem avaliados por telefone ou por exame de hematócrito e hemoglobina, mas sim por exames clínicos e acompanhamentos periódicos do paciente, pelo médico assistente. Como resposta a esta pergunta, não considero que a transfusão de sangue em casos agudos deva ser precedida da aferição de parâmetros laboratoriais.

Geraldo Nogueira Melo
Conselheiro do CREMESE

1º - Houve erro de conduta nesse caso?

Não houve erro de nenhuma parte. No nosso entendimento, conforme a história clínica acima referida, temos algumas posições a relatar, em virtude de existirem dois médicos e duas posições clínicas diferentes.

A primeira, é com relação ao médico assistente, encarregado de um pós-operatório imediato de cirurgia, que na realidade não sabemos o tipo de procedimento cirúrgico adotado. Esta paciente apresentou perda de sangue, considerada acima do normal para o caso, e suas condições hemodinâmicas ou circulatórias persistiam alteradas. Não sabemos, também, dos seus níveis pressóricos obtidos na sala de operação, nem tampouco dos seus níveis pressóricos atuais, quando ela se encontrava, provavelmente, na Sala de Recuperação. Tudo isto nos leva a supor que o médico assistente da paciente, na tentativa de recuperar o quadro hemodinâmico, passou a administrar soluções cristalóides, expansores plamáticos e drogas vasoativas em caráter intermitente, possivelmente tentando afastar a possibilidade de repercussões severas circulatórias.

Sabemos, ainda, que um grande risco para a paciente seria a insuficiência renal aguda. Este tipo de lesão renal aguda pode se desenvolver não só nos casos de choque hemorrágico, choque hipovolêmico, etc., como também nos casos de episódios hipotensivos frustos.

A síndrome de insuficiência renal aguda é bem temerosa e preocupante, pois se caracteriza por redução abrupta da função renal a valores incompatíveis com a homeostase do meio interno, manifestando-se através de oligúria e\ou anúria. Ocorre um grande e grave distúrbio metabólico que vai implicar num acompanhamento clínico rigoroso que pode, inclusive, modificar a sua evolução clínica. A taxa de mortalidade é muito alta, em torno de 40% quando os pacientes

são tratados em hospitais especializados. O médico assistente sabe muito bem desta complicação e, como está à beira do leito da paciente, tenta evitar esse problema e as consequências que poderiam acontecer de alguma forma. Por isso, tenta reverter o quadro equilibrando os "níveis pressóricos", ou melhor, restabelecendo a parte circulatória da paciente. Além desse fato, é importante salientar que diante deste quadro poderia também haver comprometimento metabólico, devido a uma tendência à hipóxia e retenção de ácidos nos tecidos. Não se pode ainda ignorar que, se esta situação perdurar, ocorre o quadro mais grave: o estado hemodinâmico irreversível.

A segunda posição é com relação ao hemoterapeuta que, na realidade, cumpriu a sua parte. Sabe-se que ele é o responsável por todos os produtos, ou seja, o sangue, os componentes e os hemoderivados, que são processados no Banco de Sangue do hospital. Na realidade, o mesmo está obedecendo e cumprindo a Portaria nº 1.376, de 19 de novembro de 1993. Esta portaria, além de aprovar a Portaria nº 721/GM, de 9 de agosto de 1989, que aprova as normas e técnicas para a coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e hemoderivados, oferece mais alternativas para melhorar a segurança das transfusões de sangue. Apesar de sermos um país em via de desenvolvimento, podemos ter em mente que jamais fomos vítimas de situações muito desagradáveis como aquelas que aconteceram em diversos países que tiveram problemas sérios, com trágicas consequências para grande número de receptores contaminados.

As normas e técnicas acima citadas foram publicadas pelo Ministério da Saúde com a finalidade de regulamentar o uso de sangue, componentes e hemoderivados, objetivando proteger tanto o doador quanto o receptor, evitando a contaminação deste e garantindo a saúde de ambos.

Outro fato importante, segundo estas normas e técnicas para a coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e hemoderivados, é o estabelecimento de determinados procedimentos, tais como:

Capítulo I - Das normas gerais:

Item 3 - O órgão executor da atividade hemoterápica deve estar sob a direção de um médico hematologista e/ou hemoterapeuta, o qual deve ter responsabilidade e autoridade por todas as políticas e procedimentos médicos e técnicos. Tais responsabilidades incluem a aplicação destas Normas Técnicas, a determinação da origem do sangue e componentes para a transfusão do sangue e componentes.

Item 9 - A transfusão de sangue e/ou hemocomponentes deve ser indicada criteriosamente, uma vez que não é procedimento isento de riscos.

Capítulo VII - Dos exames imunohematológicos pré-transfusionais:

Item 1 - Os exames imunohematológicos pré-transfusionais selecionam adequadamente o

sangue ou componentes a serem transfundidos. Para os mesmos, são obrigatórios :

1.1 Na amostra do receptor:

1.1.1 A determinação do grupo ABO;

1.1.2 A determinação do grupo Rh O (d);

1.1.3 A pesquisa de anticorpos séricos irregulares.

Item 2 - Amostra de sangue do receptor:

2.1- A coleta de sangue para exames pré-transfusionais deve ser realizada por pessoa habilitada e capacitada, em vista da importância da identificação correta da amostra.

Item 5 – Provas de compatibilidade:

5.4 – Em casos de extrema urgência, a liberação de sangue ou de concentrado de hemáceas sem prova de compatibilidade só é possível com autorização, por escrito, do médico solicitante.

Dessa forma, observa-se ser necessário, tanto neste caso como em todos os outros que necessitem usar transfusão de sangue ou outro hemoderivado, que o médico hemoterapeuta tem o dever e o direito de colher sangue do paciente pois aquele deverá fazer uso de um produto cuja origem é o Banco de Sangue. Assim, em qualquer situação apontada, isto deve ser feito não apenas com o paciente eletivo quanto com o paciente de uma cirurgia, pós-operatório ou, ainda, de uma urgência. Con-

clui-se, então, que se é necessário tirar o sangue para determinados exames obrigatórios por que não fazer a dosagem da hemoglobina e do hematócrito, que dura cerca de menos de cinco minutos? O hemoterapeuta que sai do seu local para colher uma amostra de sangue na realidade está fazendo o certo e é protegido pela portaria. E se posteriormente ele comenta, com o médico da paciente, que a transfusão pretendida poderia deixar de ser feita, acredito que é uma obrigação do colega ouvir com atenção - como todos nós, que também temos pacientes graves com esse tipo de evolução. Tudo isso recaiu no colega hemoterapeuta que ponderou ou que não quis que se fizesse a transfusão pretendida.

2º - Se afirmativo, qual dos médicos errou ?

Nenhum médico errou, portanto.

3º – A transfusão de sangue, em situações agudas, deve preceder-se da aferição de parâmetros laboratoriais, mesmo que o encarregado do acompanhamento clínico considere necessária a transfusão (ainda que sujeito a erro de avaliação, como no caso acima descrito) ?

O que faltou, na realidade, foi o diálogo. Era necessário que os dois colegas mantivessem um entrosamento completo deste caso. O médico assistente da paciente deveria fornecer ao hemoterapeuta todos os dados da paciente, todas as suas preocupações e que necessitava usar meios para garantir a estabilidade hemodinâmica, uma vez que as tentativas de tratamento utilizadas não apresentavam os efeitos

desejados. Daí, acredito que, diante disto, o colega hemoterapeuta poderia ter modificado a sua linha de raciocínio.

Em situações agudas, o médico assistente é quem determina a necessidade da transfusão sangüínea, e na realidade não precisariam de resultados dos exames para avaliar a repercussão clínica, pois o médico assistente deverá saber qual o melhor caminho para uma evolução. Às vezes, o paciente está hemocentrado e os resultados não demonstram uma perfeita avaliação do quadro, pois tais exames podem estar normais. Tempos depois, a hemoglobina e o hematócrito podem evidenciar que, diante de sangramento importante, vão se mostrar reduzidos. Se, no entanto, o paciente está hemodiluído a situação é o inverso, ou seja, com perda sangüínea reduzida ou aumentada o exame de sangue evidencia valores bem menores com relação à hemoglobina e ao hematócrito. É por isso que, nas repercussões agudas e graves, tais exames poderiam não ter sido feitos, pois os valores podem mostrar um quadro distorcido da realidade.

O fato é que o diálogo dos dois médicos deveria ter sido concretizado para que ambos pudessem dar a sua contribuição profissional e, assim, terem melhor compreensão do caminho a ser tomado.

Por outro lado, acredito que não houve erro de avaliação, pois na arte médica o médico assistente que se importou demais com o caso e a sua evolução apontou um problema sério, que era o estado hemodinâmico.

O que faltou nesta história clínica foram dados mais específicos ou mais concretos com relação à paciente, tais como: quanto exatamente foi a perda sangüínea da mesma; se perdeu o sangue durante ou após o término da cirurgia; se havia diurese; qual o tipo de procedimento cirúrgico realizado; qual a idade da paciente; quais os seus níveis pressóricos na sala de cirurgia e quais os seus níveis pressóricos atuais, etc. Todos estes dados são muito importantes, pois modificam bastante alguns fatores por nós discutidos.

Portanto, nenhum médico errou. Houve, apenas, falta de diálogo.