

Anestesia e Bioética*

Onofre Alves Neto, TSA¹, Volnei Garrafa²

Alves Neto O, Garrafa V - Anestesia e Bioética
UNITERMOS - ANESTESIOLOGIA: Bioética

Alves Neto O, Garrafa V - Anesthesia and Bioethics
KEY WORDS - ANESTHESIOLOGY: Bioethics

A prática da Anestesia tem mudado muito, nos últimos tempos, em virtude dos avanços técnico-científicos, da introdução de novos aparelhos e técnicas e, principalmente, devido a maior preocupação em se adequar o que se pratica aos princípios e normas éticas vigentes e cada vez mais exigidos pela sociedade contemporânea.

O presente artigo tem o objetivo de levantar alguns problemas na prática da anestesia, como a participação dos anestesiológicos na eutanásia e no suicídio assistido, tomando como referência e discussão uma nova disciplina, atualmente indispensável ao contexto das ciências da saúde, a Bioética, tentando correlacionar os seus paradigmas básicos ao exercício da Anestesiologia.

A ANESTESIOLOGIA NO BRASIL

É inegável o desenvolvimento técnico-científico da Anestesiologia, no nosso meio, com a introdução de novas drogas anestésicas^{1,2} e coadjuvantes³ assim como a utilização, cada vez mais rotineira, de equipamentos para administração de anestesia e principalmente para monitorização do paciente no período per-operatório. Ao lado desse desenvolvimento, mesmo após décadas da prática da anestesia, ainda não se tem definição adequada das situações para se diagnosticar quando o paciente está "inconsciente" ou "acordado" durante a anestesia⁴. Existe atualmente a possibilidade de monitorização da principal alteração provocada pela anestesia, no sistema nervoso central, com a introdução do

que se chama "índice bispectral", em que se utilizam um ou dois canais dos sinais do eletroencefalograma, embora com a necessidade de certos aspectos serem ainda melhor esclarecidos⁴⁻⁶.

Ao lado dessa evolução, questões históricas ainda coexistem, como a dos honorários médicos⁷ e a intermediação de empresas de seguro saúde em questões de segurança da anestesia^{8,9}, fazendo com que se tenha que confrontar, diariamente, com a evolução das técnicas e das drogas para se realizar uma anestesia de melhor qualidade, com a realidade da saúde, principalmente a pública, no Brasil. É necessário lembrar ainda que, dentre outras lutas necessárias, a necessidade de recuperação dos padrões éticos do exercício da anestesiologia¹⁰ é premente, sob pena de que a credibilidade dos anestesiológicos, perante a opinião pública, se deteriore ainda mais¹⁰.

Questões envolvendo a ética no exercício da medicina como um todo e, em particular com a prática da anestesia, são cada vez mais frequentes, em todo o mundo e no nosso meio. Surgem diariamente denúncias na mídia, requisição de indenizações junto à justiça, queixas de imperícia, negligência ou imprudência junto aos Conselhos de Ética, questões envolvendo a pesquisa científica com a utilização de seres humanos, tornando quase que obrigatória a inserção de temas de ética e anestesia na programação científica dos principais eventos realizados no nosso meio^{11,12}.

No Brasil, embora a atenção para o assunto tenha sido chamada há mais de 20 anos¹³, problemas éticos existem e são cada vez mais frequentes, com o aparecimento de situações emergentes envolvendo a prática da anestesia como, por exemplo, o suicídio assistido pelo médico¹⁴.

Há a mudança de conceitos e/ou opiniões, como a de um eminente autor nacional que admitia, há alguns anos, que "sem haver erro, a anestesia não contribui para a morte"¹⁵, para a análise da vulnerabilidade da prática da anestesia, em que ele diz que nunca deveremos esperar resultados perfeitos, sem faltas¹⁶. A deterioração da relação médico-paciente, preocupação da classe médica nos últimos anos, é questão central nessa discussão sobre as queixas das pessoas junto aos Conselhos de Ética, originadas por mal-entendidos, desinformação e falta de diálogo entre médicos e pacientes¹⁷.

Ao lado da existência e preocupação com a ética codificada, através dos documentos legais como o Código de Ética Médica, Código Civil Brasileiro e Código Penal, entre outros, surgiu há alguns anos uma nova visão da ética prática ou aplicada, denominada formalmente de **Bioética**, que pro-

* Trabalho realizado no Centro de Ensino e Treinamento em Anestesiologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia-GO e no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da Universidade de Brasília - UnB

1. Professor da Faculdade de Medicina, UFG, Goiânia-GO; Responsável pelo CET/SBA do HC-UFG e Chefe do Serviço de Anestesiologia do Hospital São Francisco de Assis, Goiânia-GO; Doutorando pela Faculdade de Ciências da Saúde, FS, da UnB, em Brasília-DF.

2. Professor Titular e Coordenador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da Universidade de Brasília; editor associado da revista Bioética do CFM; fundador e vice-presidente da Sociedade Brasileira de Bioética; Membro da International Association of Bioethics.

Apresentado em 18 de setembro de 1999

Aceito para publicação em 03 de novembro de 1999

Correspondência para Dr. Onofre Alves Neto
Rua T-61 nº 305/301 - Setor Bueno
74223-170 - Goiânia, GO
E-mail: onofre@zaz.com.br

© 2000, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

porciona novas formas de reflexão sobre os diversos temas de interesse para a prática da anestesia. Um dos principais aspectos da Bioética e que se relaciona com os valores individuais, é o inicialmente chamado princípio da autonomia, rebatizado por um destacado autor da área como “o princípio do consentimento”¹⁸, especificamente para reforçar, ainda mais, o reconhecimento de que a autoridade moral secular deriva do consentimento dos indivíduos envolvidos. Nestas situações, toda ação clínica prática que venha a ser administrada, deve derivar do consentimento livre e esclarecido dos pacientes, em relação aos atos anestésicos, por exemplo. Dentre vários métodos para avaliar a eficácia da anestesia, a medida da satisfação dos pacientes com a mesma é cada vez mais usada como indicador da qualidade dos cuidados anestésicos. Métodos científicos de avaliação da satisfação dos pacientes são crescentemente mais utilizados e revisados¹⁹, exatamente para chamar a atenção de que determinados aspectos individuais devem ser priorizados pela prática anestésica, entre eles a autonomia do paciente.

A BIOÉTICA

Origem

Dentre as preocupações que motivaram reflexões desde os primórdios da nossa cultura ocidental, é bem provável que a **ética** tenha sido uma das primeiras²⁰. A impressão inicial de que o ser humano estava no mundo em harmonia com as leis naturais que regem a totalidade das coisas, foi questionada, fazendo vir à tona uma realidade rica em contradições, conflitos e interesses diversos.

Cunhado em 1971, o termo bioética é um neologismo derivado das palavras gregas *bios* (vida) e *ethike* (ética). Pode-se defini-la como sendo o estudo sistemático das dimensões morais - incluindo visão, decisão, conduta e normas morais - das ciências da vida e do cuidado da saúde, utilizando uma variedade de métodos éticos num contexto interdisciplinar²¹. Foi Potter, pesquisador na área de oncologia, em Wisconsin nos EUA, quem primeiro usou a palavra num sentido evolutivo muito distante do significado que foi dado a ela nas duas décadas seguintes, ao escrever o livro *Bioethics: Bridge to the Future*, em 1971²². O avanço da Bioética nestes 28 anos é extraordinário²³; nem o próprio Potter poderia imaginar a velocidade da sua evolução. Reconhecida por alguns autores como um verdadeiro movimento cultural, a exemplo da ecologia, é hoje o mais importante capítulo da assim chamada “ética prática” ou “aplicada”, a qual inclui, além da bioética, a ética dos negócios (*business ethics*) e a ética ambiental²⁴.

O quadro I apresenta alguns referenciais da Bioética. Nascida em ambiente científico, como uma necessidade sentida pelos próprios profissionais da saúde, no sentido mais amplo de proteger a qualidade da vida humana e o meio ambiente, a bioética não pode ser vista, de forma reducionista apenas, como mais uma disciplina, com fórmulas éticas “pré-fabricadas”²⁵. Por outro lado, como a maioria dos problemas biotecnocientíficos são recentes, parte-se muitas vezes de alguns pressupostos e valores tradicionais para se

tentar a busca de soluções para os problemas e conflitos surgidos contemporaneamente.

Quadro I - Alguns Referenciais da Bioética

1971 - Van Rensselaer Potter (cancerologista norte-americano), Wisconsin, EUA, sugere o neologismo no livro “Bioethics: Bridge to the Future”
1971 - Andre Hellegers (obstetra holandês) - usou o termo em ética da medicina e ciências biológicas (divulgador do termo). Instituto Kennedy, Universidade de Georgetown, EUA.
1979 - Tom L. Beauchamp & James F. Childress, EUA, lançam o livro “Principles of Biomedical Ethics”
1979 - Publicação da “Encyclopedia of Bioethics” - editor responsável: W. T. Reich, 1ª Ed.
1980-90s - Desenvolvimento do “Princípioalismo”
1986 - H. Tristram Engelhardt Jr, EUA, publica o livro “The Foundations of Bioethics”
1991 - Leo Pessini e Christian de Paul de Barchifontaine publicam, no Brasil, o livro “Problemas Atuais de Bioética”. Ed. Loyola.
1993 - Lançamento da revista “Bioética” do CFM.
1994 - Criação do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética, da Universidade de Brasília - UnB, em Brasília-DF.
1995 - Fundação da Sociedade Brasileira de Bioética.
1996 - Resolução 196/96, do CNS, disciplinando a pesquisa em seres humanos no Brasil.
1998 - Publicação do livro “Iniciação à Bioética”, pelo CFM. Organizadores: Sérgio Ibiapina Ferreira Costa, Volnei Garrafa e Gabriel Oselka.

Tendo predominada, a partir do final dos anos 70 e principalmente nos anos 80 e no início dos 90, a linha designada dentro da bioética, como “princípioalismo”, a partir da publicação do livro *Principles of Biomedical Ethics*²⁶, em 1979, fez com que a bioética se desenvolvesse principalmente a partir de quatro princípios básicos, dois deles de caráter deontológico (não-maleficência e justiça) e os outros dois de caráter teleológico (beneficência e autonomia).

Atualmente já existem mais de dez diferentes linhas ou “dialeto” utilizados pela bioética no seu desenvolvimento, como o contextualismo, o feminismo, o contratualismo, o naturalismo, entre outras²⁶, mostrando que a bioética caminha em busca de uma visão mais global que, embora não prescindindo dos “princípios”, deve avançar em direção a uma visão mais ampliada, incluindo a sobrevivência do planeta. Um exemplo neste sentido, refere-se à cultura japonesa, que se posiciona não como contrária ao princípio da autonomia, já que este princípio praticamente inexistente na cultura oriental. Até mesmo, entre nós, se busca a construção de uma original “bioética brasileira”, capacitada a enfrentar, mediar e, se possível, dar respostas aos conflitos morais emanados das diferentes questões éticas relacionadas com os costumes vigentes na nossa sociedade, com a iniciativa da publicação, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), do livro “Iniciação à Bioética”²³.

É importante contextualizar que, além do campo dos princípios, a bioética não pode prescindir de um segundo e igualmente importante campo: o das virtudes, especialmente no nosso contexto de cultura latina. A virtude é considerada um traço do caráter socialmente válido. As virtudes morais, por sua vez, devem fazer parte do arsenal de atitudes dos médi-

cos, principalmente dos anesthesiologistas, em sua prática diária. Assim sendo, virtudes como respeito, benevolência, busca da verdade, prudência, solidariedade, respeito à privacidade, capacidade de perdoar, generosidade, compaixão e bondade, entre outras, devem ser seguidas pelos seres humanos de forma geral e, especialmente, pelos médicos.

Os "Princípios" da Bioética

A bioética tem um dos pontos básicos de sua sustentação na filosofia, mais precisamente na chamada "ética prática" ou "aplicada", como já foi mencionado. Ocupa-se em conhecer, discutir, quando possível, explicitar soluções ou sugestões abrangendo os problemas e conflitos relacionados com a vida e a saúde.

A linha ou corrente que se tornou praticamente hegemônica na abordagem da teoria bioética, consagrou-se sob o nome de "princípioalismo". Recentemente, no entanto, em novembro de 1998, durante o IV Congresso Mundial de Bioética, realizado em Tóquio (Japão), esta hegemonia passou a ser questionada com mais vigor. No entanto, para objetivos práticos, principalmente no que se refere à ética clínica, os quatro princípios, descritos por Beauchamp e Childress²⁶, ainda constituem ferramentas de grande valor para a análise e busca de solução dos conflitos éticos (Quadros II e III).

Quadro II - Princípios da Bioética (Beauchamp & Childress, 1979)

- Beneficência
- Não-maleficência
- Autonomia
- Justiça

Quadro III - Correspondência entre Princípios e Virtudes (Beauchamp & Childress, 1994)

Princípios	Virtudes Correspondentes
Respeito à Autonomia	Atencioso, respeitador
Não-maleficência	Não malevolente
Beneficência	Benevolente
Justiça	Justo

1. Princípio da beneficência - que significa *fazer o bem*. Conhecido como um dos critérios mais antigos da ética médica, tem suas raízes no paradigma hipocrático da medicina. As máximas desse critério são: *fazer o bem, cuidar da saúde, favorecer a qualidade de vida*^{25,28}. A beneficência é uma manifestação da benevolência, conceito mais utilizado. Este princípio tenta, num primeiro momento, a promoção da saúde e a prevenção da doença e, em segundo lugar, pesa os benefícios e danos, buscando a prevalência dos primeiros. É evidente que o médico não pode exercer o princípio da beneficência de maneira absoluta, existindo também limites para a mesma, sendo o primeiro deles o direito autônomo dos indivíduos - cidadãos - sobre seus corpos e suas próprias vidas.

2. Princípio da não maleficência - Este princípio lembra a obrigação de não ser mal intencionalmente. É geralmente muito associado à ética médica, hipocrática, através da máxima *primum non nocere*, ou seja, acima de tudo não fazer o mal, não causar danos.

O princípio da beneficência requer não causar danos, prevenir danos e retirar os danos ocasionados³⁰. No entanto, Beauchamp e Childress²⁶ o dividem em duas partes, ou seja: **não-maleficência** ou a obrigação de não causar danos; e **beneficência** propriamente dita, ou a obrigação de prevenir danos, retirar danos e promover o bem. A prioridade desses princípios pode ser avaliada clinicamente em inúmeras situações, como, por exemplo, no caso de um paciente com melanoma numa das mãos e que poderá perder o braço na tentativa de salvar a vida ou de um paciente com doença de Hodgkin que, para submeter-se ao tratamento, poderá ficar estéril; nesses casos é evidente que o objetivo principal não é nem cortar o braço nem a esterilidade, mas a saúde geral do indivíduo.

3. Princípio da autonomia - Diz respeito à capacidade da pessoa de se autogovernar, autodeterminar, escolher, compartilhar, avaliar, sem restrições internas ou externas. A introdução do critério da autonomia em ética médica é recente, mas na ética em geral já era utilizado há muito tempo²⁵. Anteriormente, prevalecia a autoridade única do médico; com o advento do critério da autonomia, verificou-se uma reviravolta completa na relação médico-paciente. Agora, médico e paciente são sujeitos autônomos, devendo estabelecer relações interpessoais e compartilhar decisões em parceria, reconhecendo, em diversas situações e oportunidades, a existência do "conflito de interesses" nessa relação.

O princípio anglo-saxônico da autonomia passou a dominar as ações da Medicina, principalmente nos Estados Unidos da América do Norte (EUA), onde surgiram movimentos sociais que culminaram com a elaboração da *Carta dos Direitos do Paciente*, amplamente difundida e adotada e já extensiva a outros países³¹. A autonomia corresponde, pois, ao princípio de liberdade das pessoas. Entre nós, o artigo 46 do Código de Ética Médica³², para exemplificar, veda ao profissional "efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu representante legal, salvo em iminente perigo de vida".

Casos, como o de uma Testemunha de Jeová, que não deseja que lhe seja administrado sangue sob qualquer hipótese, devem ser considerados a partir do princípio bioético da autonomia do paciente sobre seu corpo e sua integridade moral e não a partir da fórmula de que a "preservação da vida do paciente é bem jurídico maior do que a liberdade da própria pessoa". Nestas circunstâncias, o que vale para a bioética é o desejo livre, consciente e soberano do indivíduo e não o que preceitua o código de ética profissional. É aí, exatamente, onde reside a modernidade e o espírito democrático da bioética - livre de paternalismos que se confundem com a beneficência. Tentando esclarecer as dúvidas (e confusões) registradas nos meios acadêmicos entre a bioética e a ética profissional, um de nós escreveu há algum tempo o seguinte: "A base da ética profissional é deontológica, hipocrática. Nesse senti-

do, sua história carrega o peso do maniqueísmo entre o *certo* e o *errado*, entre o *bem* e o *mal*. Para a bioética, o que é *bem* para uma comunidade moral não necessariamente significa *bem* para outra, já que suas moralidades podem ser diversas. Assim, se a ética profissional tem sua trajetória pautada em proibições, vetos, limitações ou simplesmente normatizações, a bioética não tem por base a negativa. Ao contrário, trata de atuar afirmativamente, positivamente. Para a bioética, a essência é a liberdade, porém com compromisso e responsabilidade”³³.

O paternalismo médico, também conhecido com a denominação de privilégio terapêutico, significa a interferência do profissional de saúde sobre a vontade de pessoa autônoma, mediante ação justificada por razões referidas, exclusivamente, ao bem-estar, alegria, necessidades, interesses ou valores da pessoa que está sendo tratada, relação esta, segundo alguns autores, distinta de outras relações contratuais. Segundo esses autores, premissas devem orientar a relação, para que se caracterize o privilégio terapêutico, sem prejuízo ao paciente³⁴.

A nova postura do médico em relação ao paciente, no entanto, deve procurar uma medicina compartilhada. O esclarecimento pelo médico é essencial; forçar o paciente a tomar qualquer decisão diferente da que escolheu, significa constrangê-lo e, ao mesmo tempo, agir com autoritarismo. De acordo com a nova concepção bioética, os sujeitos sociais autônomos têm o direito de aceitar ou recusar propostas de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico que afetem ou venham a afetar sua integridade físico-psíquica ou social⁵. A máxima do “princípio do consentimento” (expressão utilizada por Engelhardt)³⁵ é “não faça aos outros aquilo que eles não fazem consigo mesmos, e faça por eles o que foi contratado para fazer”³⁶. O documento ou “termo de consentimento informado” ou “consentimento livre e esclarecido” deve ser feito em linguagem acessível e conter os procedimentos ou terapêuticas que serão utilizados, bem como seus objetivos e justificativas; desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados; métodos alternativos existentes; liberdade do paciente recusar ou retirar seu consentimento, sem qualquer penalização e/ou prejuízo à sua assistência; assinatura ou identificação dactiloscópica do paciente ou de seu representante legal⁵.

4. Princípio da justiça - É este princípio que analisa a distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios dos serviços de saúde. A introdução desse princípio na bioética é também recente²⁵. A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em 1978, depois da reunião de Alma-Ata, na antiga União Soviética, a campanha “Saúde para todos no ano 2000”. Esse projeto contava com o empenho da maioria dos países para que, no final deste milênio, fossem reduzidas as diferenças nos indicadores de saúde das populações pobres e ricas em pelo menos 25%, o que significaria melhora sensível em favor das nações mais carentes. No ano 2000, o índice de 25% provavelmente será atingido, porém em sentido inverso ao desejado, ou seja, acentuando mais ainda a diferença dos indicadores de saúde entre os países ricos e pobres do planeta³⁷.

É tão grande a distância da universalidade do acesso à saúde e o aumento dos custos operacionais em saúde, que até mesmo os países ricos não são poupados desse problema. Exemplo disso é a pesquisa de opinião pública realizada, em 1990, em dez países do chamado Primeiro Mundo, que dedicam grandes investimentos para a saúde e cujos programas obtiveram baixíssimos índices de aprovação por parte dos usuários, como nos EUA, em que apenas 10% dos usuários estavam satisfeitos com a assistência médica recebida³⁸. Sabe-se que os Estados Unidos levaram 43 anos (1938-1981) para atingir o primeiro bilhão de dólares investido em saúde; já o segundo bilhão, foi alcançado em apenas cinco anos (1981-1986), mas o custo em saúde tem causado grandes preocupações, sendo que até o *Medicare*, programa oficial, tem sua insolvência prevista para o ano 2002³⁹. O que não dizer do Brasil, em que a escassez de recursos é uma constante em saúde? ⁴⁰. Com poucos recursos, realçando o princípio da justiça, é a **equidade**, então, a base ética que deve guiar o processo decisório da alocação de recursos em saúde⁴¹ e este aspecto interessa diretamente aos anestesiológicos brasileiros, principalmente àqueles que exercem funções em organismos públicos. É somente através deste princípio, associado aos princípios da responsabilidade (individual e pública) e da justiça, que conseguiremos fazer valer o valor do direito à saúde. A equidade é o ponto de partida para a igualdade.

A Crítica aos “Princípios” da Bioética

Para exemplificar a idéia da complexidade e abrangência da bioética, os “princípios” básicos por meio dos quais ela tem se guiado nesses primeiros anos, também são passíveis de críticas. As críticas surgiram inicialmente nos EUA e Dinamarca^{41,42} e hoje chegam também ao Brasil^{43,44}. A maximização do princípio da autonomia, nos EUA, teria como pano de fundo a pesada responsabilidade civil e penal em que incorre o médico, particularmente o cirurgião e o obstetra, por qualquer erro ou falha que venha a ocorrer no transcurso de um tratamento.

O princípio da autonomia do paciente, no entanto, pode tornar-se uma arma contra ele próprio, porque a decisão, geralmente, vale conforme o grau de esclarecimento e informação do sujeito que decide; nenhum princípio esclarece sozinho uma orientação ética³⁹. O problema do agir moral é, em situações delicadas, pelo contrário, o da escolha entre princípios que aconselham vias diversas e, amiúde, opostas (Quadro IV).

Quadro IV - Virtudes e Ideais na Vida Profissional (*Beauchamp & Childress, 1994*)

-
- 1 - Compaixão
 - 2 - Discernimento
 - 3 - Confidência
 - 4 - Integridade
-

Alguns críticos dizem que, de fato, os princípios não são guias para ação, mas apenas nomes para uma série de assun-

tos que são considerados, superficialmente, quando se discutem aspectos morais e éticos⁴⁴, causando, muitas vezes, conflitos entre um e outro princípio (objeção de consciência ou conflito de interesses). Estes conflitos seriam insolúveis, já que não haveria uma teoria moral única que atendesse a todos os interesses. Frequentemente o médico, cujo exercício é presidido pelo princípio da beneficência, pode ter seu posicionamento antagonizado pela decisão autônoma do paciente, contrária à sua, como nos casos de transfusão de sangue em Testemunhas de Jeová.

Segundo os críticos da teoria principialista, estes princípios não são absolutos, mas apenas chamados de *prima facie*, ou seja, *provisórios*, temporários.

Um aspecto que deve ser lembrado é que, atualmente, nos EUA, como resposta ao elevado número de processos judiciais contra médicos, esses profissionais começam a praticar uma bioética defensiva, invertendo, assim, os fundamentos originais da sua criação. Segundo alguns dados, em determinadas especialidades, os médicos norte-americanos gastam aproximadamente de 3 a 3,5 mil dólares/mês em seguro contra processos judiciais.

ANESTESIA E BIOÉTICA

Se seguirmos a teoria principialista da bioética, como deveríamos nos comportar, frente a determinadas questões que se colocam em relação à anestesia, principalmente àquela praticada no nosso meio, com grandes diferenças caracterizadas por razões econômicas, com a utilização de tipos diferentes de métodos e técnicas na clínica privada e nos hospitais públicos? Quantas vezes é necessário administrar o anestésico halotano, sabidamente mais disritmogênico do que outros, em pacientes susceptíveis (como os portadores de Doença de Chagas), só por ser o único disponível, no hospital público? Diante desses problemas, qual a postura mais adequada não somente frente à beneficência, mas também à não-maleficência?

A importação pura e simples de *modelos americanos* de anestesia, com a introdução de drogas, técnicas ou equipamentos, autorizados em outros países, sem os estudos básicos, como os de fases I e II (fases experimentais), no nosso meio, é outro problema ético importante (Quadro V)

Quadro V - Anestesia e Bioética

-
- Escolha do tipo de anestesia
 - Visita pré-anestésica
 - Dor pós-operatória
 - Ordens para não-ressuscitar
 - Eutanásia e suicídio assistido
 - Pesquisa envolvendo seres humanos
-

Escolha do Tipo de Anestesia

Para se escolher o tipo de anestesia a ser aplicada ao paciente é óbvio que o anesthesiologista deve levar em conta diversos fatores, mas é consenso nos textos de origem norte-americana⁴⁵⁻⁴⁸, que o anesthesiologista deve discutir a es-

colha da técnica com o paciente, apresentando-lhe os riscos relativos dos métodos alternativos (por exemplo: raqui-anestesia ou anestesia geral) no caso particular de cada paciente. Depois da discussão, os desejos do paciente são considerados, embora o anesthesiologista não deva administrar anestesia considerada insegura somente por causa da preferência do paciente. Nos livros-texto brasileiros⁴⁹, a indicação da anestesia cabe unicamente ao anesthesiologista, obviamente levando-se em consideração diversos parâmetros. Neste contexto, o respeito à autonomia do paciente, onde fica? Não tem o paciente a opção ou até mesmo o direito de definir o tipo de anestesia para o seu caso em particular, junto com o anesthesiologista? Quem já não encontrou a situação, por exemplo, em que o paciente tem pavor de *agulhas nas costas, na coluna*, por ter uma experiência ruim ou ter ouvido referências de lesão neurológica, permanente ou não, devido à anestesia?

Visita Pré-Anestésica

Embora se saiba que a prática hospitalar tem mudado nos últimos anos, com relação ao tempo da internação dos pacientes para a cirurgia, principalmente por razões econômicas, não se deve, no entanto, prescindir da visita pré-anestésica, que continua sendo uma responsabilidade intransferível do anesthesiologista⁵⁰. Esta conduta constitui um direito que o paciente tem⁵¹, para diminuir os riscos do procedimento anestésico-cirúrgico e aumentar sua segurança. Frequentemente relegada a segundo plano, no nosso meio⁵², a visita pré-anestésica tem papel fundamental para diminuir inclusive as reclamações ético-judiciais contra os anesthesiologistas⁵³, que tem na prevenção a melhor arma para evitá-las. Onde fica a aplicação do princípio da beneficência, quando a visita pré-anestésica não é realizada? Com certeza, deixa-se de prestar uma melhor assistência médica, sem a sua realização. E o princípio da não-maleficência, quando por desconhecimento, deixa-se de conhecer doenças prévias ou medicações em uso, por falta da visita pré-anestésica, aumentando o risco anestésico para o paciente? E o princípio da justiça, da equidade, onde ficará quando a visita é feita a alguns, deixando de ser procedida em outros pacientes?

Dor Pós-Operatória

Citada como um dos grandes temores dos pacientes⁵⁴, a dor pós-operatória, a despeito dos adventos recentes dos centros de tratamento de dor aguda e de novas drogas analgésicas, ainda é um grande problema da atenção médica, onde 75% dos pacientes a experimentam de forma grave⁵⁵. Tradicionalmente, a dor pós-operatória tem sido mal tratada pelos profissionais da saúde, sem entrar no mérito de quem é a responsabilidade pelo seu tratamento.

Junto com a caracterização óbvia de que é o anesthesiologista que detém o conhecimento sobre o uso de técnicas regionais para alívio da dor pós-operatória e a farmacologia das drogas analgésicas, a recente organização de equipes para

tratamento exclusivo da dor pós-operatória⁵⁶⁻⁶⁰, evidencia a responsabilidade que o anestesiológista tem frente a ela. A aplicação dos princípios da beneficência e da não-maleficência, na dor pós-operatória - ou seja, primeiro, fazer o bem e segundo não fazer o mal, sabendo que a dor pós-operatória está correlacionada com uma série de seqüelas fisiológicas adversas⁶¹, deve levar o anestesiológista a refletir sobre a necessidade de se preparar e se organizar adequadamente, dentro da nova visão que se quer ter da anestesiologia. Este contexto diz respeito inclusive às idéias de alteração da denominação do nome anestesiologia para medicina perioperatória⁶², para planejar não só o futuro do profissional, mas, principalmente, o futuro da anestesiologia⁶³. Não se deve esquecer que o tratamento da dor é tão fundamental que pode inclusive diminuir o número de eutanásias requeridas, onde a mesma é legalizada, como na Holanda, Colômbia e em alguns estados norte-americanos; o papel dos anestesiológistas nestas situações é fundamental^{64,65}.

Ordens para não Ressuscitar

Embora não existentes de maneira oficial na prática médica brasileira, *Ordens para não-ressuscitar* pacientes são observadas com alguma freqüência, principalmente partindo de médicos assistentes de pacientes idosos ou em fase terminal de câncer. Com a conseqüente complexidade ética e moral, este tipo de atitude médica já é praticada em outros países, sendo objeto de diversas publicações, recentemente, principalmente relacionadas a estas ordens durante a anestesia e cirurgia⁶⁶⁻⁷³. Existem formulários próprios para tais *Ordens*, constituindo muitas vezes o primeiro dado que aparece no prontuário do paciente e que devem ser renovadas semanalmente, como no Children's Hospital, em Boston, nos EUA⁶⁷.

Em países da Europa, como no Reino Unido, estas *Ordens* são ainda pouco comuns na maioria dos hospitais⁷⁰. Nos poucos locais onde elas acontecem, são freqüentemente não-comunicadas, não-documentadas, não-discutidas e não renovadas adequadamente. As *Ordens* devem prevenir tentativas de ressuscitação, onde as condições do paciente são incompatíveis com a sua sobrevivência. As decisões devem ser discutidas com o paciente, a família e outros envolvidos com o tratamento, especialmente com o médico de família⁷⁰.

A sala de cirurgia continua sendo um ambiente difícil para a implementação destas "Ordens", mesmo onde elas são regulamentadas, como nos EUA^{66,67,69} e em países da Europa⁷⁰⁻⁷², principalmente pela relação íntima entre a prática da anestesia e as manobras de reanimação. Muitos anestesiológistas se sentem inseguros cuidando de pacientes com estas *Ordens* durante a cirurgia⁶⁶, pois, embora a maioria aceite que um paciente em fase terminal venha a óbito, sentem ser inapropriado para o paciente morrer como resultado direto de uma complicação anestésica.

Outros anestesiológistas, por outro lado, consideram que as *Ordens* devem ser suspensas durante a cirurgia^{69,74,75} e três argumentos são dados para isto. Primeiro, a aquiescência

para a cirurgia e anestesia implica no consentimento de medidas de reanimação intrínsecas à administração da anestesia, inconsistentes em relação às *Ordens de não-ressuscitar*. Segundo, os resultados da reanimação em salas de cirurgia são melhores do que as reanimações fora das mesmas⁶⁶. Então, as ordens explícitas de não-ressuscitação não devem ser automaticamente aplicadas aos pacientes durante cirurgia. E por último, é sabido que os anestésicos causam instabilidade cardiovascular e respiratória, levando o anestesiológista a reconhecer este fato e prover adequada anestesia, especialmente no que se refere à analgesia e à amnésia⁷⁶.

Mesmo levando em consideração que a aceitação do princípio da autonomia do paciente tem sido super-dimensionada em alguns países, existem problemas para a aceitação absoluta desse princípio na prática da anestesia. A primeira justificativa para sua não aceitação seria de que a autonomia do anestesiológista é limitada pela inter-relação do mesmo com os demais componentes da equipe cirúrgica. Segundo, o paciente não é o único agente moral envolvido na questão; os membros da equipe de anestesia, os cirurgiões e os auxiliares envolvidos no cuidado pós-anestésico também têm relação com a situação anestésico-cirúrgica. Terceiro, pacientes em salas de cirurgia raramente são autônomos; usualmente estão sob influência de drogas, que os tornam incapazes de agir intencionalmente e conscientemente⁶⁹. Estes três argumentos, portanto, são freqüentemente usados para não se aceitar *Ordens para não-ressuscitar* pacientes durante a anestesia e cirurgia.

Nesta altura, é útil a discussão do que se chama de *futilidade médica*⁷⁷, como um dos mais novos debates dentro da bioética. Tanto médicos, como bioeticistas e membros da mídia, têm cada vez mais colocado esta questão junto aos pacientes e mesmo familiares que insistem na continuação do tratamento de suporte à vida que outros julgam ser fúteis, ressaltando a importância de alocação de recursos julgados desnecessários. Argumentos de que biocientistas, inclusive médicos, são *arrogantes* em suas atitudes, decisões e objetivos, são contrapostos ao argumento de que realmente são arrogantes, porém não mais do que outros grupos e talvez até menos⁷⁸.

Assim, temas como esse relacionado com as *Ordens de não-ressuscitar* pacientes em anestesia e cirurgia e aquele denominado de *futilidade terapêutica* ou *futilidade médica*, são controversos e merecem maior atenção por parte de todos profissionais que trabalham na área de saúde.

Eutanásia e Suicídio Assistido

Tanto a eutanásia como o suicídio assistido pelo médico têm implicações diretas para a anestesiologia, já que esses assuntos têm sido colocados como uma espécie de nova atividade, tarefa ou mesmo ocupação para os anestesiológistas¹⁴, principalmente a partir da afirmação de que o tratamento adequado da dor pode diminuir seu requerimento⁶⁴. Não se pode desconhecer o fato de que cerca de 2/3 da popu-

lação norte-americana é favorável à legalização da eutanásia⁷⁹.

Classificada de diferentes formas (voluntária *versus* não-voluntária, ativa *versus* passiva, etc), a eutanásia difere substancialmente do suicídio assistido no que se refere ao grau de envolvimento do médico⁶⁴. A necessidade de disciplinar e normatizar o processo de eutanásia já vem sendo rigorosamente discutida em diversas partes do mundo; e provavelmente o médico mais qualificado para sua execução, seria o anesthesiologista⁸⁰.

Da mesma maneira, o suicídio assistido por médico tem ocupado substancialmente a literatura⁸¹⁻⁸⁴, assim como as *Ordens para não ressuscitar* pacientes^{84,85}, caracterizando, portanto, situações de eutanásia passiva; sejam elas ordenadas ou seguidas por anesthesiologistas, devem ser objeto de reflexão e análise cuidadosa.

Para quem pensa que isso tudo está distante da nossa realidade, há que se conhecer a despenalização da eutanásia passiva na Colômbia⁸⁶ e a alteração, neste particular, existente no ante-projeto do novo Código Penal Brasileiro, em que o parágrafo 4º do artigo 121, estabelece que *não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos, a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do paciente, ou na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão*⁸⁷.

Pesquisas Envolvendo Seres Humanos

Assunto importante para a bioética, nos dias atuais, as pesquisas envolvendo seres humanos tem sido cada dia mais discutidas^{18,25,88}, não só para normatizar a sua prática, mas, principalmente, para proteger as chamadas *populações vulneráveis*, como crianças, doentes mentais, presos, pobres, negros, homossexuais, indígenas, etc.

Depois dos abusos ocorridos em nome da pesquisa, dentro e fora dos campos de concentração, durante a II Guerra Mundial, não deixa de ser surpreendente que somente em 1947 a humanidade decidiu estabelecer as primeiras normas reguladoras para as pesquisas em seres humanos, a partir do Código de Nuremberg. O referido documento estabeleceu regras básicas de pesquisas em seres humanos, prevendo já àquela época: a indispensabilidade do consentimento voluntário, a necessidade de estudos prévios em laboratórios e em animais, a análise de riscos e benefícios da investigação proposta, a liberdade do sujeito da pesquisa em se retirar do projeto, a adequada qualificação científica do pesquisador, dentre outros pontos.

No Brasil, os órgãos normatizadores da ética têm chamado a atenção⁸⁹, sendo que o mais atual e importante documento a respeito é a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde⁹⁰, que disciplina a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. A referida resolução diz respeito diretamente aos anesthesiologistas, sendo clara (e até exagerada) a incorporação dos referenciais principialistas da bioética na mesma. Dentre outros aspectos, a Resolução enfatiza a obrigatoriedade de existência de um termo de consentimento livre e esclarecido

que realmente esclareça detalhadamente ao sujeito da pesquisa (em linguagem acessível) toda metodologia a ser desenvolvida, resguardando-se o direito à recusa e o de ter cópia do termo assinado. Além disso, a Resolução exige a existência, na instituição, de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de caráter multidisciplinar, sendo que todos os projetos aplicados em seres humanos necessitam ser avaliados e aprovados previamente.

Já constando das *Normas aos Autores*⁹¹ da Revista Brasileira de Anesthesiologia⁷⁷, em que *estudos realizados no homem devem estar de acordo com os padrões éticos, com o devido consentimento dos pacientes e que o trabalho proposto deve ter aprovação prévia da comissão de ética do hospital, com o consentimento do paciente*, esta exigência já está sendo amplamente utilizada no nosso meio⁹²⁻⁹⁴.

A exigência do consentimento livre e esclarecido é uma iniciativa bioética bem estabelecida, sendo cada vez mais utilizada, não só nos países chamados *centrais*, mas também naqueles que, como o Brasil, começam a exigir e ter legislação específica principalmente para proteger os cidadãos e as populações vulneráveis^{95,96}. Por outro lado, a exigência do termo de consentimento traz dificuldades para o anesthesiologista. Revisando 1984 casos de processos por mal-prática da anestesia, a respeito do consentimento informado, nos Estados Unidos, verificou-se que em 22% dos casos o consentimento era inadequado⁹⁷; o autor do referido trabalho ressalta que o princípio bioético da autonomia traz a obrigação do anesthesiologista informar os pacientes de tudo aquilo que seja necessário para se tomar decisões acerca do procedimento médico, para se ter a devida proteção legal.

Outros temas poderiam ser aqui levantados com respeito à prática da anestesia e sua ligação com os princípios da bioética, como a questão da contenção de custos, em que o princípio da beneficência, se tomado como primeira escolha, pode levar à interpretação de que não deve ser levado em consideração^{98,99}. Por outro lado, se tomarmos o princípio da justiça como o mais importante, dever-se-ia levar em conta os custos da prática da anestesia, obviamente sem prejuízo para os pacientes, quando se sabe que a escolha do anestesico tem pouco ou nenhum resultado final na cirurgia¹⁰⁰, principalmente em países como o Brasil em que é evidente a escassez de recursos financeiros para o financiamento da saúde^{39,101}.

Outra questão, que nos traria à mente o princípio da justiça, da equidade social, é em relação à solicitação de exames pré-operatórios. Estimativas mostram que algo em torno de 30 bilhões de dólares são gastos por ano nos EUA com exames pré-operatórios, acreditando-se que de 12 a 18 bilhões de dólares, ou seja, a metade dos recursos dispendidos, poderiam ser economizados se apenas exames indicados pela história do paciente e pela relação risco-benefício fossem solicitados¹⁰²⁻¹⁰⁵. A extensão destes valores e sua repercussão no custo do atendimento à saúde, no Brasil, não foram avaliados, mas, com certeza, traria uma economia substancial ao sistema financiador.

O Anestesiologista usando os Comitês de Ética

Os anesthesiologistas têm a tendência de provocar conflitos em termos de julgamentos legais ou médicos, sem a apreciação completa das dimensões éticas de suas ações¹⁰⁶. Muito embora a educação em ética possa ajudar os mesmos a reconhecer os dilemas éticos, freqüentemente estão expostos à situações em que agem de maneira autoritária. Comitês de Ética podem estar disponíveis tanto em nível institucional, no próprio hospital, ou através do Conselho Regional de Medicina. Modernamente começam a surgir, mesmo no Brasil, Comitês de Bioética, com o objetivo de encaminhar soluções plurais e multidisciplinares para os conflitos surgidos.

Questões envolvendo ressuscitação, consentimento informado, retirada ou manutenção de manobras de suporte à vida, reposição sangüinea em pacientes Testemunhas de Jeová e outras, são freqüentes no dia-a-dia do anesthesiologista. Chamar um colega para troca de opinião é muito melhor do que chamar um estranho. Por isso, sugerimos que os anesthesiologistas se aproximem das Comissões de Ética ou de Bioética de seus hospitais, antes de necessitar ajuda numa crise aguda. Na sua inexistência, os organismos de ética regional podem ser consultados. Como não existe nenhuma técnica anestésica perfeita, os conceitos de moral e ética são de interpretações diversas¹⁰⁷; com isso em mente, deve-se ter a consideração da importância que estas Comissões, Conselhos ou Comitês de Ética podem ter na prática do anesthesiologista, informando, colaborando e, principalmente, dividindo responsabilidades.

É preciso chamar a atenção para que os anesthesiologistas comecem a conviver com os Comitês Multidisciplinares de Bioética, que começam a ser formados, no Brasil, como no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre (que tem um biólogo como presidente), no Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo ou no Instituto Nacional do Câncer, do Rio de Janeiro. Somente para reforçar esta idéia, é oportuno mencionar que o Comitê de Bioética do Hospital da Universidade de Bristol, na Inglaterra, tem um filósofo e teólogo (Alastair Campbell) como seu presidente, que foi, por sinal, o presidente da *International Association of Bioethics* no mais recente período diretivo da entidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma pesquisa sobre as condições sócio-econômicas e trabalhistas do anesthesiologista brasileiro, realizada em 1992 pela SBA¹⁰⁸, verificou que: 23% dos mesmos necessitam exercer outra atividade, ao lado da anestesia; somente 30% dos anesthesiologistas não trabalham para instituições ligadas ao governo; 43% se consideram satisfeitos com seu trabalho, com respeito ao aspecto científico e 27% se julgam satisfeitos com seu trabalho em relação aos aspectos econômicos; 20% deles são fumantes e 87% fazem uso de bebidas alcoólicas; 5% já se submeteram a tratamento psiquiátrico. Além disso, queixas como sonolência, cefaléia, irritabilidade,

de, depressão, amnésia, agressividade, anorexia são freqüentes, evidenciando a dramaticidade da situação.

Apesar dos pesares, a tendência atual, colocada no nosso meio há mais de 20 anos¹³, é despojar o médico de uma série de regalias seculares. O progresso tecnocientífico e a evolução cultural da sociedade deram novas perspectivas ao exercício da medicina. A socialização vai ganhando, cada vez mais, terreno na área da saúde e, conseqüentemente, o médico vai sendo, progressivamente, considerado como uma peça igual às outras do organismo social, cada vez mais despersonalizado, sendo que termos legais como negligência, imprudência e imperícia são crescentemente colocados no nosso meio¹⁰⁹.

A evolução da bioética e dentro dela o tema da autonomia, traz novas preocupações e conhecimentos, sendo essencial a satisfação que o paciente tenha sobre a anestesia^{19,110}.

A *American Society of Anesthesiologists*, uma das mais importantes do mundo na área, aprovou suas orientações em 1967 e emendou-as mais recentemente, em 1997, sobre a importância das responsabilidades éticas que o anesthesiologista deve ter para com o seu paciente, com o entendimento de que o anestesiado é particularmente vulnerável e que os anesthesiologistas devem monitorar a si próprios e seus colegas para proteger seus pacientes¹¹¹.

Não se pode deixar de lado a análise do processo de globalização, nos dias atuais, principalmente a globalização da informação, através da Internet, em que, além dos profissionais, todo e qualquer cidadão tem acesso às informações médicas, onde o leigo, cada vez mais, adquire inúmeros conhecimentos sobre as conquistas e o exercício da medicina, sem falar nas organizações de defesa dos consumidores contra os médicos.

Exercer medicina no século XXI já não é a mesma coisa que antigamente. O exercício do paternalismo, principalmente na anestesiologia¹¹², ainda arraigado na educação médica e na tradição social, deve dar lugar cada vez mais à bioética, principalmente no que se refere à autonomia dos pacientes. Do mesmo modo, devemos tomar cuidado com os perigos do endeuamento da técnica e da radicalização irracional do seu uso¹¹³, principalmente em anestesia.

O controle da sociedade sobre qualquer atividade de interesse público e coletivo, como a medicina, é sempre uma meta democrática, mas que nem sempre é fácil de ser alcançada. O pluralismo participativo deve comandar o difícil problema do progresso científico e tecnológico, para evitar que se submeta o cidadão a novas formas de escravidão, à exclusão social, aos altos custos de técnicas fantásticas, porém inacessíveis à maioria da população.

A tolerância e a responsabilidade social devem guiar nossas atitudes, para melhor consecução das metas bioéticas¹¹⁴, porque todas as doutrinas e opiniões estão sujeitas a reflexões e revisões. A intolerância e a unilateralidade são fenômenos freqüentes, mas responsabilidade, justiça e solidariedade são conceitos que podem ajudar na busca de diretrizes e na formulação das normas de interesse individual e coletivo¹¹⁴.

Os princípios da beneficência, da não-maleficência, de respeito à autonomia dos pacientes (envolvendo a obtenção do consentimento livre para todos os seus atos) e a consideração do princípio de justiça, de equidade social, devem ser exercitados no dia-a-dia do trabalho dos anesthesiologistas, contribuindo para a construção da saúde, com respeito à cidadania e aos mais elevados ideais democrático referentes à busca da justiça social¹¹⁵.

O profissional médico anesthesiologista, hoje em dia, deve procurar equilibrar a aplicação dos princípios bioéticos ao lado do exercício das virtudes que devem nortear a profissão médica. Este equilíbrio nem sempre é possível. Frente às situações difíceis, a solução é lançar mão da tolerância e, principalmente, da prudência, assegurando-se de que o respeito à autonomia¹¹² do paciente deve ser colocado na tomada de decisões.

REFERÊNCIAS

- Nocite JR, Cagnolati CA, Nunes AMM et al - Estudo não-comparativo sobre o sevoflurano na anestesia de pacientes adultos ambulatoriais. *Rev Bras Anesthesiol*, 1995;45:147-154.
- Ganem EM, Vianna PTG, Takata IH et al - Peridural com ropivacaína a 1%: experiência com volume proporcional à estatura. *Rev Bras Anesthesiol*, 1998;48:283-288.
- Almeida MCS, Dal Mago AJ, Pederneiras SG - Comparação das condições de intubação traqueal com diferentes doses de rocurônio, utilizando a monitorização do músculo orbicular ocular. *Rev Bras Anesthesiol*, 1998;48:468-474.
- Todd MM - EEGs, EEG processing, and the bispectral index. *Anesthesiology*, 1998;89:815-817.
- Rampil IJ - A primer for EEG signal processing in anesthesia. *Anesthesiology*, 1998;89:980-1002.
- Struys M, Versichelen L, Byttebier G et al - Clinical usefulness of the bispectral index for titrating propofol target effect-site concentration. *Anaesthesia*, 1998;53:4-12.
- Moll JR - Nossos honorários: sua responsabilidade. *SBA - Anestesia em Revista*, 1994;2:6-7.
- Imbelloni LE, Henriques MS, Sobral MGC - Sedação durante anestesia regional e a saturação de oxigênio pela oximetria de pulso. *Rev Bras Anesthesiol*, 1991;41:119-122.
- Imbelloni LE - Oxigenioterapia em anestésias regionais *versus* empresas de seguro saúde. *SBA - Anestesia em Revista*, 1997;4:6.
- Barros IRC - Brasil: um país doente. *Boletim Anestesia*, 1992;3:12-13.
- Painel: Ética, defesa profissional e transplantes. 45º Congresso Brasileiro de Anestesiologia - Programa Oficial, Fortaleza-CE, 11-16/out/1998.
- Conferência: Managed Care e aspectos éticos: realidade e perspectivas futuras no Brasil. 46º Congresso Brasileiro de Anestesiologia - Programa Oficial, Porto Alegre-RS, 13-17/nov/1999.
- Sabbag F - A ética, os riscos profissionais e o anesthesiologista. *Rev Bras Anesthesiol*, 1976;26:262-267.
- Jonsen AR - To help the dying die - a new duty for anesthesiologists? *Anesthesiology*, 1993;78:225-228.
- Imbelloni LE - Peridural torácica para cirurgia de mama e/ou abdômen com sedação venosa. *Rev Bras Anesthesiol*, 1989; 39:156-157.
- Imbelloni LE - Uma (re)visão sobre acidente anestésico. *Rev Bras Anesthesiol*, 1998;48:522-524.
- Charles JE - Todo mundo perde quando a relação médico-paciente não é boa. *Anestesia em Revista*, 1998;5:2.
- Engelhardt Jr HT - Fundamentos da Bioética. 2ª Ed, São Paulo, Loyola, 1998;13-18.
- Fung D, Cohen MM - Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. *Anesth Analg*, 1998;87:1089-1098.
- Leopoldo e Silva F - Breve panorama histórico da ética. *Bioética*, 1993;1:7-11.
- Reich WT - Encyclopedia of Bioethics - Introdução. 2ª Ed, New York, MacMillan, 1995.
- Reich WT - How bioethics got its name. *Hastings Cent Rep*, 1993, 23:6:S6-7.
- Costa SIF, Garrafa V, Oselka G - Apresentando a Bioética, em: Iniciação à Bioética. Brasília, CFM, 1998;15-18.
- Mori M - A bioética: sua natureza e história. Trad.: Schramm FR. Humanidades, UnB, 1994, 34:332-341.
- Pessini L, Barchifontaine CP - Problemas Atuais de Bioética. 4ª Ed, São Paulo, Loyola, 1997;41-58.
- Beauchamp TL, Childress JF - The Principles of Biomedical Ethics. 4ª Ed, New York, Oxford University Press, 1994.
- Anjos MF - Bioética: abrangência e dinamismo. *O Mundo da Saúde*, 1997;21:4-12.
- Kipper DJ, Clotet J - Princípios da beneficência e não-maleficência, em: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G - Iniciação à Bioética. Brasília, CFM, 1998;37-51.
- Gillon R - "Primum non nocere" and the principle of non-maleficence. *Br Med J*, 1985; 291:130-131.
- Frankena WK - Ética. Rio de Janeiro, Zahar, 1969;56.
- Pueyo VM, Rojo JA, Guevara LL - Los derechos del enfermo. *Rev Esp Med Leg*, 1983;36:37-7-44.
- Conselho Federal de Medicina - Código de Ética Médica, Resolução CFM nº 1246/88.
- Culver CM, Gert B - Philosophy in Medicine. New York, Oxford Press, 1982.
- Garrafa V - Bioética e ética profissional: esclarecendo a questão. *Medicina - Conselho Federal*, Brasília; 1998;97:28.
- Muñoz DR, Fortes PAC - O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido, em: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G - Iniciação à Bioética. Brasília, CFM, 1998;53-70.
- Engelhardt Jr HT - Os Princípios da Bioética. Fundamentos da Bioética, 2ª Ed, São Paulo, Loyola, 1998;131-168.
- Siqueira JE - O Princípio da Justiça, em: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G - Iniciação à Bioética. Brasília, CFM, 1998;71-80.
- Blendon R, Leitman R, Morrison I et al - Satisfaction with health system in ten nations. *Health Aff (Willwood)* 1990;9:185-192.
- Siqueira JE - A evolução científica e tecnológica, o aumento dos custos em saúde e a questão da universalidade do acesso. *Bioética*, 1997;5:41-48.
- Pinotti JA - Prioridade x escassez em saúde - visão política. *Bioética*, 1997;5:53-66.
- Clouser KD, Gert B - A critique of principlism. *J Med Philos*, 1990;15:219-236.
- Holm S - Not just autonomy - the principles of American biomedical ethics. *J Med Ethics*, 1995;21:332-338.
- Lepargneur H - Força e fraqueza dos princípios da Bioética. *Bioética*, 1996;4:131-143.
- Garrafa V, Oselka G, Diniz D - Saúde pública, bioética e equidade. *Bioética*, 1997;5:27-33.
- Lebowitz PW - Preoperative Evaluation, em: Lebowitz PW, Newberg LA, Gillette MT - Clinical Anesthesia Procedures of the Massachusetts General Hospital. 2ª Ed, Boston, 1982;2-8.
- Collins VJ - Princípios de Anestesiologia, 2ª Ed, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1978; 121-137.

47. Ross AF, Thinker JH - Anesthesia Risk, em: Miller RD - Anesthesia, 3rd Ed, New York, Churchill Livingstone, 1981;715-742.
48. Fleisher LA - Preoperative Evaluation, em: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK - Clinical Anesthesia, 3rd Ed, Philadelphia, Lippincott-Raven, 1997;443-459.
49. Orteni AV - Avaliação e Medicação Pré-Anestésica, em: Orteni AV, Tardelli MA - SAESP - Anestesiologia, São Paulo, Atheneu, 1996;241-259.
50. Pereira E, Vieira ZEG - Visita pré-anestésica: responsabilidade intransferível do anesthesiologista. Rev Bras Anesthesiol, 1977; 27:337-353.
51. Faculty of Anaesthetists, Royal Australasian College of Surgeons. A statement of principles for the care of patients who are given drugs specifically to produce coma. RACS, Melbourne, 1977.
52. Nocite JR - Avaliação pré-anestésica. Rev Bras Anesthesiol, 1982;32:157-164.
53. Bortolon LA, Martins-Costa JH - Aspectos Médico-Legais em Anestesia, em: Manica JT - Anesthesiologista - Princípios e Técnicas, 2^a Ed, Porto Alegre, 1997;827-835.
54. Dodson ME - The management of postoperative pain. London, Edward Arnold, 1985;31-52.
55. Warfield CA, Kahn CH - Acute pain management - program in U.S. hospitals and experiences and attitudes among U.S. adults. Anesthesiology, 1995;83:1090-1094.
56. Lanigan C, Luffingham N - Postoperative pain control - the impact of an acute pain team. Acute Pain, 1998;1:7-12.
57. Jones M - Acute pain teams: the future. Editorial. Acute Pain, 1998;1:5-6.
58. Serpell MG, Makin A, Harvey A - Acute pain physiology and pharmacological targets: the present and future. Acute Pain, 1998;1:31-47.
59. Rice ASC - Recent developments in the pathophysiology of acute pain. Acute Pain, 1998;1:27-36.
60. Wulf H, Neugebauer E, Maier C - Practice guidelines for the management of acute pain. Acute Pain, 1998;1:41-45.
61. Lubenow TR, Ivankovich AD, McCarthy RJ - Management of Acute Postoperative Pain, em: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK - Clinical Anesthesia, 3rd Ed, Philadelphia, Lippincott-Raven, 1997;1305-1337.
62. Alpert CC, Conroy JM, Roy CA - Anesthesia and perioperative medicine. A department of anesthesiology changes its name. Anesthesiology, 1996;84:712-715.
63. Longnecker DE - Planning the future of anesthesiology. Anesthesiology, 1996;84:495-497.
64. Truog RD, Berde CB - Pain, euthanasia, and anesthesiologists. Anesthesiology, 1993;78:353-360.
65. Balaklaw LA - More analgesia equals less suicide. ASA Newsletter, 1998;62:10:34.
66. Truog RD - "Do-not-resuscitate" orders during anesthesia and surgery. Anesthesiology, 1991;74:606-608.
67. Truog RD, Waisel DB, Burns JP - DNR in the OR: agoal-directed approach. Anesthesiology, 1999;90:289-295.
68. Álvarez T, Velásquez O - La ética en la asistencia al paciente con dolor y sufrimiento. Rev Col Anest, 1998;26:217-223.
69. Bastron RD - Ethical concerns in anesthetic care for patients with do-not-resuscitate orders. Anesthesiology, 1996;85: 1190-1193.
70. McLauchlan CA, Wilson I - Do-not-resuscitate orders and stopping resuscitation. Resuscitation, 1998;39:3-5.
71. de Vos R, Oosterom L, Koster RW et al - Decisions to terminate resuscitation. Resuscitation, 1998;39:7-13.
72. Kettler D, Mohr M - Ethical aspects of resuscitation. Eur J Anaesthesiol, 1998;15:721-724.
73. Cohen CB, Cohen PJ - Do-not-resuscitate orders in the operating room. N Engl J Med, 1991;325:1879-1882.
74. Martin RL, Soifer B, Stevens WC - Ethical issues in anesthesia: management of the do-not-resuscitate patient. Anesth Analg, 1991;73:221-225.
75. Bernat JL, Grabowski EW - Suspending do-not-resuscitate orders during anesthesia and surgery. Surg Neurol, 1993;40:7-9.
76. Bogetz MS, Katz JA - Recall of surgery for major trauma. Anesthesiology, 1984;61:6-9.
77. Truog RD, Brett AS, Frader J - The problem with futility. N Engl J Med, 1992;326:1560-1564.
78. Ingelfinger FJ - Arrogance. N Engl J Med, 1980;303:1507-1511.
79. Blendon RJ, Szalay US, Knox RA - Should physicians aid their patients in dying? JAMA, 1992;267:2658-2662.
80. Benrubi GI - Euthanasia - The Need for Procedural Safeguards, em: Moreno JD - Arguing Euthanasia, New York, Touchstone, 1995;113-118.
81. Ferrante FM - Physician-assisted suicide, em: ASRA - Comprehensive review of pain management, New Orleans, ASRA, 1995;141-148.
82. ASA - Let's do what's best for the patient. ASA Newsletter, 1998;62-63.
83. Lees DE - Preoperative ethical issues: do-not-resuscitate orders, assisted suicide and other end-of-life issues. ASA Refresher Courses in Anesthesiology, Philadelphia, Lippincott-Raven, 1995;23:11:127-139.
84. Muller MT, Onwuteaka-Philipsen BD, Kriegsman DMW et al - Voluntary active euthanasia and doctor-assisted suicide: knowledge and attitudes of Dutch medical students. Med Educ, 1996;30:428-433.
85. Zimmerman JE, Knaus WA, Sharpe SM et al - The use and implications of do-not-resuscitate orders in intensive care units. JAMA, 1986;255:351-356.
86. Diniz D - A despenalização da eutanásia passiva: o caso colombiano. Medicina - Conselho Federal; Brasília, 1998;12: 8-9.
87. Ministério da Justiça - Anteprojeto de Lei do Código Penal Brasileiro. Ministério da Justiça, Brasília, 1998;1-3.
88. Freitas CBD, Hossne WS - Pesquisa com seres humanos, em: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G - Iniciação à Bioética, Brasília, CFM, 1998;193-204.
89. Hossne WS - Pesquisa envolvendo seres humanos. Medicina - Conselho Federal; Brasília, 1998;99:8-9.
90. Conselho Nacional de Saúde (Brasil) - Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, nº 201, 16/out/1996,21082.
91. Revista Brasileira de Anestesiologia - Normas aos autores. Rev Bras Anesthesiol, 1999;49:II.
92. Vieira LP, Vieira JL, Araújo JFM et al - Analgesia pós-operatória em laminectomia lombar: estudo comparativo. Rev Bras Anesthesiol, 1998;48:344-351.
93. Chaves IMM, Machado GP, Nogueira JAR et al - Efeitos da punção subaracnóidea (com ou sem fentanil) na dispersão da anestesia peridural subsequente. Rev Bras Anesthesiol, 1998;48:339-343.
94. Imbelloni LE, Carneiro ANG - Estudo comparativo entre lidocaína 1,5% e 2% com glicose para raquianestesia. Rev Bras Anesthesiol, 1999;49:9-13.
95. Navarrete MA - Ciencia y conciencia. Etica en anestesiologia. Rev Mex Anesthesiol, 1995; 18:3:125-128.
96. Wikinski JA, Piaggio NA - El consentimiento informado. Primera parte: el deber de informar. Rev Argent Anesthesiol, 1993;51: 2:87-105.

97. Norman GAV - Misinformed consent: a problem in the operating room? Ethical principles of informed consent and their application for the anesthesiologist. ASA Refresher Course Lecture, Philadelphia, 1998;26:17:215-223.
98. Warner MA - Cost containment in anesthesia: is it worth the effort? ASA Refresher Course Lectures, Philadelphia, 1998;26:18:225-233.
99. Boldt J, Jaun N, Kumle B et al - Economic considerations of the use of new anesthetics: a comparison of propofol, sevoflurane, desflurane and isoflurane. *Anesth Analg*, 1998;86:504-509.
100. Tuman KJ, McCarthy RJ, Spiess BD et al - Does choice of anesthetic agent significantly affect outcome after coronary artery surgery? *Anesthesiology*, 1989;70:189-198.
101. Watcha MF, White PF - Economics of anesthetic practice. *Anesthesiology*, 1997;86:1170-1196.
102. Roizen MF - What is necessary for preoperative patient assessment? ASA Refresher Course Lectures, Philadelphia, Lippincott-Raven, 1995;23:20:189-201.
103. Conway JB, Goldberg J, Chung F - Preadmission anaesthesia consultation clinic. *Can Anaesth J*, 1992;39:1051-1057.
104. Roizen MF - Preoperative assessment: what is necessary to do? 45th Annual Refresher Course Lectures and Clinical Update Program, 1994;132:1-5.
105. Pasternak LR - Preoperative evaluation - a systematic approach. 46th Annual Refresher Course Lectures and Clinical Update Program, 1995;421:1-7.
106. Waisel DB, Ruog RD - How an anesthesiologist can use the ethics consultation service. *Anesthesiology*, 1997;87: 1231-1238.
107. Fine PG - Anesthesiology and the discipline of medical ethics: challenges and opportunities. *Anesth Analg*, 1992;74:327-328.
108. Sociedade Brasileira de Anestesiologia - Pesquisa sobre as condições sócio-econômicas e trabalhistas do anestesiolista brasileiro. CPD/SBA, Rio de Janeiro, 1992.
109. Guimarães Filho DF - Negligência, imprudência e imperícia. *Rev Bras Anesthesiol*, 1985;35:6:491-493.
110. Shapiro A, Fredman B, Zohar E et al - Delivery room analgesia: an analysis of maternal satisfaction. *International J Obstetric Anesth*, 1997;7:226-230.
111. ASA - American Society of Anesthesiologists - Guidelines for the ethical practice of anesthesiology. House of Delegates October 22, 1997. ASA Directory of Members, Illinois, 1999; 472-473.
112. Alves Neto O - Bioética: O Paternalismo na Anestesia: postura a ser transformada. *Medicina, Conselho Federal de Medicina*, maio/99:8-9.
113. Costa SIF, Garrafa V, Oselka G - A bioética no século XXI, em: Iniciação à Bioética. Brasília, CFM, 1998:295-302.
114. Berlinger G - A bioética entre a tolerância e a responsabilidade. *Humanidades, UnB*, 1994, 34:358-366.
115. Garrafa V - Bioética, saúde e cidadania. *Humanidades, UnB*, 1994; 34:343-351.