

Questões éticas no manejo de pacientes com doença pelo vírus Ebola

Ethical issues in the management of patients with Ebola virus disease

Cuestiones éticas en el manejo de los pacientes con la enfermedad del virus Ebola

*José Cerbino Neto*¹

¹ Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz.

Correspondência

J. Cerbino Neto
Vice-Direção de Serviços Clínicos, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz.
Av. Brasil 4365, Rio de Janeiro, RJ 21040-900, Brasil.
jcerbinoneto@gmail.com

No dia 10 de outubro de 2014, o Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz (INI/Fiocruz) recebeu o primeiro caso suspeito de doença pelo vírus Ebola identificado no Brasil. Vinte e quatro horas após a internação, o primeiro resultado de pesquisa do vírus Ebola pela reação em cadeia da polimerase (PCR) foi negativo. Seguindo a recomendação do protocolo vigente¹ nova amostra foi coletada 48h depois, e em 13 de outubro, com o segundo PCR para Ebola negativo, o caso foi descartado e as medidas de biossegurança foram suspensas. A experiência de manter internado em isolamento um caso suspeito de Ebola permitiu algumas conclusões sobre o preparo da unidade e os procedimentos durante a internação. Por outro lado, evidenciou também dúvidas que envolvem não apenas questões técnicas e científicas, mas a própria forma como a sociedade entende que devam ser encarados os desafios lançados por uma doença com as características do Ebola. Algumas dessas dúvidas são abordadas aqui.

Direitos individuais versus risco coletivo

O isolamento do paciente com doença pelo vírus Ebola é fundamental para conter a transmissão durante o período sintomático². Junto com o monitoramento de contactantes, formam a ba-

se da estratégia de enfrentamento e controle do Ebola. Têm sido extensivamente discutidos a estrutura física e os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados para que o isolamento seja efetivo e seguro, mas todas as recomendações pressupõem a colaboração do paciente³. Caso o paciente não queira permanecer no isolamento, como proceder? O isolamento compulsório precisa ser discutido na dimensão conceitual/legal e também na operacional⁴, dentro de uma estratégia de comunicação. Caso se decida pelo isolamento compulsório é preciso definir quais os mecanismos de contenção poderão ser utilizados e qual o anteparo legal para a sua utilização. É importante lembrar que a forma de transmissão do vírus torna arriscada qualquer medida que envolva contato físico, e que a maioria dos hospitais não possui estrutura física ou pessoal habilitado para restringir a movimentação desses pacientes de forma coercitiva. Caso o paciente se recuse a permanecer internado a equipe deverá chamar a polícia? Os policiais deverão vestir os EPIs para conter o paciente? O paciente será colocado sob vigilância no próprio hospital de referência?

A quarentena de contactantes obedece a mesma lógica do isolamento compulsório. Qual o anteparo jurídico para restringir, por exemplo, as viagens dos contactantes em quarentena? Nesse caso é a vigilância epidemiológica, respon-

sável pelo monitoramento dos contactantes, que deverá ser instruída sobre como proceder. Existe a meu ver uma situação ainda mais complexa, pelas consequências que poderão advir – a quarentena de profissionais de saúde. A recomendação do Ministério da Saúde do Brasil é prudente ao fazer uma distinção entre profissionais com exposição conhecida a secreções do paciente ou que o atenderam sem os EPIs recomendados, e os profissionais que realizaram o atendimento com todas as medidas de biossegurança e os EPIs adequados, sem exposição direta conhecida⁵. Esses profissionais são classificados como de alto e baixo risco, respectivamente. Todos deverão ter a temperatura e outros sinais e sintomas associados a doenças pelo vírus Ebola monitorados por 21 dias, mas apenas os de alto risco sofrerão restrição de deslocamento não podendo, por exemplo, utilizar transportes públicos. No entanto, alguns estados nos Estados Unidos já adotaram a quarentena compulsória para pessoas que cheguem ao país vindos de áreas de transmissão, inclusive profissionais de saúde sem história de exposição desprotegida a paciente com doença pelo vírus Ebola⁶. Além do elevado risco de infecção ao qual estará submetido, o profissional ainda terá a sua liberdade de ir e vir cerceada, mesmo que tenha realizado o atendimento de forma correta e sem quebras de barreira de biossegurança. Isso pode ser um grande desencorajador, prejudicando não apenas o envio de profissionais para a área da epidemia como também a assistência a eventuais casos importados no país.

Contenção da doença versus cuidados intensivos

Considerando a alta taxa de ataque secundário e a elevada taxa de letalidade da doença pelo vírus Ebola, do ponto de vista da saúde pública evitar a transmissão passa a ter maior impacto do que o próprio desfecho do caso índice. Por conta disso, até o início da epidemia na África Ocidental, o contato da equipe de saúde com os pacientes era restringido ao mínimo, o que impedia até mesmo um tratamento de suporte básico⁷. Mesmo a literatura que mais recentemente sugere que deve haver maior ênfase no cuidado ao paciente, recomenda a utilização de hidratação e medicamentos parenterais, identificação e correção de distúrbios hidroeletrólíticos e suporte nutricional, ainda muito distante do que hoje se considera suporte avançado a pacientes graves^{8,9}.

Habitualmente, a decisão pela realização ou não de procedimentos invasivos é baseada em uma análise de risco *versus* benefício para o paciente. No caso do Ebola, adiciona-se a essa aná-

lise o risco para os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente. Realizar essa análise é um grande desafio por várias razões. Primeiro porque, como o registro clínico dos casos de Ebola é dificultado pelas medidas de biossegurança recomendadas, existe muito pouca evidência científica sobre a evolução clínica de formas graves, com apenas alguns relatos de casos com acesso ao suporte avançado de vida, todos sem impacto no prognóstico e portanto sem documentação de benefício destas medidas¹⁰. Em segundo lugar, embora o risco para os profissionais de saúde na assistência aos pacientes seja bem documentado¹¹, a quantificação de risco especificamente associado aos procedimentos invasivos não está bem estabelecida.

Recentemente, foi publicado o primeiro relato detalhado de um caso grave de doença pelo vírus Ebola com boa resposta ao suporte com cuidados intensivos¹². Entretanto, a internação ocorreu em uma unidade com nível de biossegurança quatro, muito acima do que vem sendo recomendado para internação de pacientes em hospitais de referência, e mesmo assim, apesar de existir indicação de entubação orotraqueal foi feita a opção por ventilação não invasiva, procedimento de menor risco para os profissionais envolvidos¹². A chave dessa questão parece estar na necessidade de aumentar o nível de proteção dos profissionais, para permitir um cuidado intensivo de forma segura. Ainda assim é preciso que a sociedade e os órgãos de ética médica definam até que ponto deve-se investir em pacientes graves dentro das condições de biossegurança disponíveis em cada unidade. Essa resposta tem de ser dada antes que exista um paciente grave com a doença pelo vírus Ebola e essa decisão recaia exclusivamente sobre a equipe médica responsável.

Terapias experimentais

O acesso a terapias experimentais para a doença pelo vírus Ebola tem atraído muita atenção da mídia e da sociedade. Motivada pela repercussão da primeira utilização de anticorpos monoclonais nos Estados Unidos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou um painel com especialistas para discutir os aspectos éticos da utilização de tratamentos sem segurança ou eficácia comprovada em seres humanos. Considerando a gravidade da doença e a ausência de outras alternativas terapêuticas, o painel recomendou a utilização de tratamentos experimentais quando disponíveis¹³. Cabe agora uma discussão junto aos órgãos reguladores, no caso do Brasil a Agência Nacional de Vigilância Sani-

tária (ANVISA) e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), para que se defina previamente se será autorizada a importação e utilização dessas drogas em pacientes com doença pelo vírus Ebola. Essa decisão deve ser tomada previamente, e todo o procedimento para disponibilizar a droga deve estar pronto para que o fornecimento seja feito oportunamente.

Outras questões como responsabilidade e destinação de um eventual cadáver, ou traslado de pacientes infectados em áreas com transmissão, ainda precisam ser abordadas.

A discussão desses temas irá resultar certamente em um amadurecimento civilizatório, com aplicação nesta e em futuras epidemias que venham a desafiar a nossa sociedade.

1. Ministério da Saúde. O plano de contingência para doença pelo vírus Ebola, 2014 http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14228&catid=429&Itemid=18 (accessed on 29/Oct/2014).
2. Cohen J. When Ebola protection fails. *Science* 2014; 346:17-8.
3. Fischer II WA, Hynes NA, Perl TM. Protecting health care workers from Ebola: personal protective equipment is critical but is not enough. *Ann Intern Med* 2014; [Epub ahead of print].
4. Phua K-L. Ethical dilemmas in protecting individual rights versus public protection in the case of infectious diseases. *Infect Dis (Auckl)* 2013; 6:1-5.
5. Ministério da Saúde. Protocolo de identificação e monitoramento de contactantes de casos de doença pelo vírus Ebola (DVE). 2014 <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/outubro/10/protocolo-de-contactantes-09-10-2014.pdf> (accessed on 26/Oct/2014).
6. US Department of Health and Human Services. New York, New Jersey to quarantine all travelers with Ebola contacts <http://healthfinder.gov/News/Article.aspx?id=693087> (accessed on 26/Oct/2014).
7. Roddy P, Colebunders R, Jeffs B, Palma PP, Herp MV, Borchert M. Filovirus hemorrhagic fever outbreak case management: a review of current and future treatment options. *J Infect Dis* 2011; 204 Suppl 3:S791-5.
8. Fowler RA, Fletcher T, Fischer WA, Lamontagne F, Jacob S, Brett-Major D, et al. Caring for critically ill patients with Ebola virus disease. Perspectives from West Africa. *Am J Respir Crit Care Med* 2014; 190:733-7.
9. Bausch DG, Feldmann H, Geisbert TW, Bray M, Sprecher AG, Boumandouki P, et al. Outbreaks of filovirus hemorrhagic fever: time to refocus on the patient. *J Infect Dis* 2007; 196 Suppl 2:S136-41.
10. Clark DV, Jahrling PB, Lawler JV. Clinical management of filovirus-infected patients. *Viruses* 2012; 4:1668-86.
11. Fisher-Hoch SP. Lessons from nosocomial viral haemorrhagic fever outbreaks. *Br Med Bull* 2005; 73-74:123-37.
12. Kreuels B, Wichmann D, Emmerich P, Schmidt-Chanasit J, de Heer G, Kluge S, et al. A case of severe Ebola virus infection complicated by gram-negative septicemia. *N Engl J Med* 2014. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1411677>.
13. World Health Organization. Ethical considerations for use of unregistered interventions for Ebola virus disease. Report of an advisory panel to WHO. 2014 <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ethical-considerations/en/> (accessed on 30/Oct/2014).

Recebido em 31/Out/2014

Aprovado em 31/Out/2014