

# Cardiotime de Bioética Útil para a Gestão de Crise à Beira do Leito

## Bioethics Cardiotime Useful for Bedside Crisis Management

Max Grinberg

InCor-HC-FMUSP, São Paulo, SP - Brasil

Crise é o momento na progressão da doença em que fica evidente a tendência ou à melhora ou à piora. Crises que acontecem mais tardiamente têm melhor prognóstico.

Hipócrates (460-370 a.C.)

*O médico, na boa-fé, assume responsabilidade civil e criminal ao fazer juízos éticos para os quais nem sempre está preparado.*

Karen Williams Teel,

pediatra que sugeriu colegiados para dividir responsabilidades, na década de 1970

### Preâmbulo

Crise à beira do leito (CBL) é incidente com alta tensão na medicina. A antevisão dos rumos é difícil, e a probabilidade de agravamento no curto prazo é alta<sup>1-4</sup>.

Ligada ou não a erro profissional, representa habitualmente esperanças frustradas. Envolve profissional da saúde, paciente, familiar, instituição e sistema de saúde, em variadas combinações.

Em cardiologia, o simbolismo do coração, o pressuposto social de cardiopatia, os níveis preocupantes de morbimortalidade e a frequência da urgência e da emergência exercem influência “etiopatogênica”. Entendimentos de desatenção à pessoa, de limitação técnica como negação de atendimento e de má prática em recomeços não pretendidos iluminam cenários formados pela fragmentação da condução do caso e pela dissintonia de comunicação<sup>5,6</sup>.

### A Necessidade

A confiança na pessoa do cardiologista das gerações evitava a manifestação de críticas, todavia profundas mudanças sociais, culturais, econômicas e tecnológicas expõem o cardiologista atual ao juízo leigo que lhe foge ao controle. A avaliação do seu empenho pelos resultados pretendidos mas não assegurados sofre o efeito modelador das culturas – não exclusivamente a que vivemos – sobre a experiência da enfermidade. O modelo

### Palavras-chave

Bioética; Gestão em Saúde; Sistemas Automatizados de Assistência Junto ao Leito / organização & administração.

Correspondência: Max Grinberg •

Rua Manoel Antonio Pinto, 4 aptº 21A, Paraisópolis. CEP 05663-020, São Paulo, SP - Brasil

E-mail: max@cardiol.br, grinberg@incor.usp.br

Artigo recebido em 07/01/14, revisado em 15/03/14, aceito em 20/03/14.

DOI: 10.5935/abc.20140115

biocultural faz o portador de cardiopatia, em dado momento da sua vida e em dado nível de expectativa diagnóstica, terapêutica e prognóstica, representar-se em dimensão múltipla, que transpassa o modelo biomédico calcado em processos celulares<sup>7</sup> e abrange funções físicas e ocupacionais, estado psicológico, interação social e sensação somática<sup>8</sup>.

A observação de “lógicas” entre paciente, familiar, fonte pagadora, instituição e sistema de saúde reforça que não bastam a integridade de caráter e o juramento de Hipócrates para que o cardiologista esteja imune a “colonizações de impasses” à beira do leito. É por isso que a boa comunicação, o respeito a preferências e a valores e o interesse pelo bem-estar alheio são promotores de “harmonia humana” na passagem do caso por organogramas atualizados de conduta técnico-científica.

É panorama onde a bioética apresenta-se como instrumento de resguardo a “antígenos” CBL. A pretensão é auxiliar no senso de alerta às (im)previsibilidades da natureza humana e da infraestrutura, no senso prático da pronta resposta e no senso crítico da conformidade com a ética, a moral e a legalidade jurídica.

O estetoscópio, símbolo do ser cardiologista, ganha, assim, uma parceira para a ausculta de qualquer ruído. Ele, nos focos tradicionais do tórax; a bioética, nos focos de apertos e de inversões de fluxos pela “circulação de sangue quente” no meio ambiente da beira do leito.

### A Proposta

Nos Estados Unidos, 81% dos hospitais e 100% daqueles com pelo menos 400 leitos possuem consultorias éticas<sup>5</sup>. Muitas delas adotam já uma segunda edição (2011) do *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation* elaborado pela American Society for Bioethics and Humanities.

Os cardiologistas precisam repercutir esse uso da bioética no Brasil. Hospitais brasileiros com serviços de cardiologia – particularmente aqueles com programas de treinamento para o jovem cardiologista – têm o compromisso moral de dar destaque resolutivo e educativo a uma gestão de CBL apoiada pela bioética, quer pelos percalços da insatisfação em si, quer pelos riscos da resposta mal estruturada.

O recurso humano não deve se restringir a um único consultor – seria insuficiente pela pluralidade da atuação em cardiologia. Um comitê é burocrático – comportamento avesso à formação de praticidade do cardiologista em geral.

Já uma equipe (time) é vantajosa<sup>3</sup>. Ela personifica a agilidade e estimula o entusiasmo e a criatividade. Cada membro conhece suas responsabilidades e reconhece as dos demais<sup>9</sup>.

O time trabalha de modo proativo ou reativo, com mais ou menos formalidade, até em uma pré-consulta apenas, mas sempre indissociado da conduta técnico-científica envolvida e partilhando responsabilidades<sup>10</sup>.

A identidade do time está na conjunção de liderança, assistência à situação, auxílio mútuo e comunicação. A força é gerada em padrões de conceitos e de métodos apoiados na bioética. Assim, identidade forte associa independência, proatividade, reatividade, solidariedade, neutralidade, não autoritarismo, imediatidade e resolubilidade.

É estimulante para o cardiologista dispor de um cardiotime de bioética para o assistir a identificar/processar/decidir sobre conflitos e dilemas quando se sentir em turbulência na complexidade do sistema de atenção à saúde e atenção a determinado paciente. Como exemplo, a situação que conjuga insuficiência cardíaca, idade avançada e (não) consentimento livre e esclarecido reúne os três temas mais apreciados por um time de consultoria ética, a saber: terminalidade da vida, (in) capacidade para tomar decisões e respeito à autonomia<sup>11</sup>.

Os membros devem se ver e ser vistos como parte da atenção ao conflito. É premissa da construção trifásica da reputação rumo à excelência<sup>9</sup>: retratar a cultura existente, o histórico de crises e os recursos; planejar estratégias e treinamento supervisionado; cuidar da mixagem de competências individuais, do aperfeiçoamento organizacional e do *feedback* ao resolutivo e ao preventivo com impacto em transformações da cultura local.

## Desenvolvimento do Cardiotime de Bioética

### Interdisciplinaridade

Diversas formações profissionais são bem-vindas: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, ouvidor, fisioterapeuta, farmacêutico, advogado, filósofo, entre outros. Eles compartilham ou complementam-se em três competências:

1. De avaliação: compreende habilidades de identificação e análise da crise e busca por referenciais em artigos, diretrizes e normas.

2. Processual: abrange o manejo das facilidades organizacionais envolvendo o respeito à documentação e ao uso de rotinas de procedimentos, os agendamentos de encontros, os redirecionamentos e os acionamentos de consultores *ad hoc*.

3. Interpessoal: emprega comunicação empática, comunicação não violenta, faz fluir a comunicação entre as partes, coteja as visões morais e dá aceitabilidade aos valores éticos e legais.

O domínio da *expertise* anti-CBL tem sido alvo de discussão internacional<sup>12,13</sup>. A certificação por sociedade de especialidade ou por pós-graduação é atraente e deve ser projetada entre nós. Contudo, é campo que admite o modo informal do caso a caso com supervisão na eterna sala de aula sobre obrigações e deveres chamada beira do leito.

Pela troca interdisciplinar, os membros desenvolvem um formato de objetivos, papéis e métodos que é distinto do que cada um está acostumado na rotineira atuação profissional.

### Disponibilidade de tempo e facilidade de acionamento

O CTB necessita estar disponível. Além de ser importante fator de aderência, a presteza do “presente!” evita ações e reações precipitadas, essencialmente emocionais, que prejudicam a resolubilidade, levam ao agravamento da crise, inclusive estimulam radicalizações e, ademais, comprometem nomes e imagens profissionais e institucionais – transitória ou permanentemente.

A oportunidade do acionamento, além da clássica natureza presencial, conta com as facilidades de contato pelas tecnologias da informação e da telecomunicação.

A sequência de acompanhamento é guiada pelo *timing* da utilidade. Há situações exigentes de resolução mais imediata (paciente Testemunha de Jeová em emergência cirúrgica numa dissecação de aorta) e há situações que requerem um processo mais demorado de análise e negociação (casos em que o cerne da questão é o diagnóstico diferencial difícil por atipias de manifestação).

### Atributos pessoais

O poder e a influência dos membros devem se manter autorregulados. Seus valores não devem ser impositivos, e seus passos precisam ser claramente reconhecidos como guiados por combinação de tolerância (entendida como algo que se poderia impedir no campo da opinião), paciência (no sentido de tranquilidade e perseverança), compaixão, humildade e integridade<sup>14</sup>.

### Suporte institucional

A contrapartida institucional ao comprometimento voluntário dos membros do CTB é o compromisso com o suporte de necessidades básicas, incluindo:

- Independência de pressões desabonadoras da integridade.
- Compensação de horários de trabalho.
- Interação fluida com o coordenador.
- Facilidades de acesso à literatura.
- Auxílio à educação continuada.

### Educação

A interação do CTB com os envolvidos em uma CBL, direta ou indiretamente, o registro das ocorrências e dos resultados obtidos e os perfis dos envolvidos abrangem corolários educativos e estímulo a pesquisas:

Reconhecimento do momento conveniente para acionar.  
Prudência antes da consultoria.  
Apreensão do racional processual.  
Habituar-se aos passos costumeiros.  
Domínio de técnicas para evitação.  
Domínio de técnicas para se antecipar.

Estudos sobre consultas de natureza ética<sup>15</sup> e a vivência brasileira nos conselhos de medicina indicam que o principal objetivo pedagógico referente aos dois últimos itens é a boa prática da comunicação oral e escrita.

### Tornar a solicitação mais compreensível

Etapa pré-mobilização é o CTB certificar-se de que a questão encaminhada se enquadra no conceito de CBL<sup>16</sup>.

Não infreqüentemente, os casos envolvem difícil diagnóstico diferencial do nível crítico do impasse e suscitam uma discussão preliminar esclarecedora sob distintos ângulos pelos quais são analisáveis falhas no diagnóstico, no tratamento, na prevenção e na comunicação.

### Definir a relevância

As boas práticas em cardiologia dão respostas proporcionais à gravidade do quadro clínico. Da mesma forma, é prioridade do CTB o conflito em situação de evidente ameaça à vida do paciente.

### Expandir a informação e preencher lacunas

O movimento é o de um bumerangue. O problema parte da beira do leito e a ela retorna como solução, idealmente. A eficiência do trajeto de ida e volta não pode deixar de contar com uma independente confirmação ou aquisição de sequências de informações relevantes.

### Conciliar sistematização e brevidade

Recomendações breves tendem a ser mais aplicadas pelo staff cardiológico na assistência à urgência/emergência do portador de cardiopatia. Contudo, os membros do CTB não podem deixar de atender sistematizações anti-CBL validadas, nem sempre resultantes em imediatismo, muito embora procurem dar o ritmo de mais possível brevidade à resolução.

### Integrar ética, moral e legalidade ao processo de consultoria

O CTB tem de acreditar que está atuando de modo imparcial por estrita obediência a leis, códigos e normas. É neutralidade que não admite julgamentos moralizantes nem conflitos de interesse, nem hesitações em reformular o curso da orientação e, muito menos, que sempre haverá uma resposta adequada.

## Referências

1. Lo B. Answers and questions about ethics consultations. *JAMA*. 2003;290(9):1208-10.
2. Tapper EB, Vercler CJ, Cruze D, Sexson W. Ethics consultation at a large urban public teaching hospital. *Mayo Clin Proc*. 2010;85(5):433-8.
3. Tarzian AJ. Health care ethics consultation: an update on core competencies and emerging standards from the American Society for Bioethics and Humanities' core competencies update task force. *Am J Bioeth*. 2013;13(2):3-13.
4. Leape LL, Berwick DM. Five years after "to err is human": what have we learned? *JAMA*. 2005;293(19):2384-90.
5. Thomas L, Galla C. Building a culture of safety through team training and engagement. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(5):425-34.
6. Grinberg M. Acaso da beira do leito, caso da bioética. *Arq Bras Cardiol*. 2006;87(6):e257-61.
7. Morris DB. How to speak postmodern: medicine, illness, and cultural change. *Hastings Cent Rep*. 2000;30(6):7-16.
8. Ubel PA, Peeters Y, Smith D. Abandoning the language of "response shift": a plea for conceptual clarity in distinguishing scale recalibration from true changes in quality of life. *Qual Life Res*. 2010;19(4):465-71.
9. Morey JC, Simon R, Jay GD, Wears RL, Salisbury M, Dukes KA, et al. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Serv Res*. 2002;37(6):1553-81.
10. Bean S. Navigating the murky intersection between clinical and organizational ethics: a hybrid case. *Bioethics*. 2010;25(6):320-5.
11. Swetz KM, Crowley ME, Hook C, Mueller PS. Report of 255 clinical ethics consultations and review of the literature. *Mayo Clin Proc*. 2007;82(6):686-91.
12. Chwang E, Landy DC, Sharp RR. Views regarding the training of ethics consultants: a survey of physicians caring for patients in ICU. *J Med Ethics*. 2007;33(6):320-4.
13. La Puma J, Schiedermayer DL. Ethics consultation: skills, roles, and training. *Ann Intern Med*. 1991;114(2):155-60.
14. Adams DM, Winslade WJ. Consensus, clinical decision making, and unsettled cases. *J Clin Ethics*. 2011;22(4):310-27.
15. Forde R, Vandvik IH. Clinical ethics, information, and communication: review of 31 cases from a clinical ethics committee. *J Med Ethics*. 2005;31(2):73-7.
16. Geppert CMA, Shelton WN. A Comparison of general medical and clinical ethics consultations: what can we learn from each other? *Mayo Clin Proc*. 2012;87(4):381-9.
17. Charon R. Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*. 2001;286(15):1897-902.
18. Cassell E. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med*. 1982;306(11):639-45.

## Conclusão

A cardiologia no Brasil ampliou-se na prevenção primária e secundária. Mais conhecimentos dos eventos permitiram mais controle dos riscos em nossa população pluriétnica e multicultural. Ajustes de hábitos lideram recomendações preventivas. Não é diferente perante o potencial de insatisfações e de conflitos.

O CTB reforça o valor do hábito de combinar empatia, reflexão, profissionalismo e confiança<sup>17</sup>, a chamada competência narrativa, que eleva o nível da compreensão cognitiva, simbólica e afetiva da comunicação verbal e não verbal. A supervisão – individualidade a individualidade dos casos – inclui proposições conceituais e contribui para o aperfeiçoamento do "conhece-te e a ti mesmo e ao outro", o que dá sentido e valor ao estilo do cardiologista no meio ambiente à beira do leito. Em outras palavras, ajuda na construção da memória sobre os passos já vivenciados pelo cardiologista, é eficaz para a boa qualidade da "ecologia" à beira do leito, que reduz o risco de CBL<sup>17,18</sup>.

## Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa, Obtenção de dados, Redação do manuscrito e Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Grinberg M.

### Potencial conflito de interesse

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

### Fontes de financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

### Vinculação acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.