

Folha de Informação rubricada sob nº _____ do processo nº _____
(a) _____

Parecer - CoBi 009/2018 – Ref. Recusa de tratamentos

Parecer Preliminar do Comitê de Bioética do HC-FMUSP sobre Recusa de Tratamentos.

Considerando que:

A Constituição Federal, de 1988, em seu artigo 1º, III, dentro de seus princípios fundamentais, inclui a dignidade humana como alicerce de nossa República;

O Código de Ética Médica, em Capítulo I, o inciso XXI determina que: "o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos "e o inciso XXII reforça o caráter anti-ético da distanásia: "nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados";

O fato de um paciente encontrar-se em iminente risco de morte não isenta o profissional do dever de respeitar os princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça;

Autonomia é um dos princípios fundamentais da Bioética, e é entendida como a proposição de que os pacientes têm o direito de autodeterminação. Uma escolha autônoma pressupõe um paciente capaz de fazer escolhas por si mesmo, adequadamente informado, competente e livre de pressões indevidas.

Nesse contexto, o consentimento informado protege os pacientes do desequilíbrio de conhecimento dentro da relação médico-paciente. É então dever do médico de informar "quaisquer fatos que sejam necessários para formar a base de um consentimento inteligente", e capacitar o paciente a fazer uma escolha autônoma (COOK; 2001);

Decisão compartilhada como um processo colaborativo que permite que os pacientes e/ou seus responsáveis e equipe de saúde, tomem decisões de saúde em conjunto, levando em conta as melhores evidências científicas disponíveis, bem como os valores, objetivos e preferências do paciente. É um modelo de decisão considerado ideal em situações com maior incerteza e maiores riscos. E é acima de tudo uma técnica que evita tanto o modelo de decisões paternalistas quanto o modelo de decisão onde o paciente exerce uma autonomia solitária e o profissional somente informa ao paciente as opções de tratamentos disponíveis.

Com base nessas considerações, entendemos que é ético um paciente ter respeitada sua escolha de recusar um tratamento que considere como uma violação à sua dignidade e, portanto, maléfica, desde que tenha sua autonomia e capacidade de decisão preservadas. Não entendemos como correto um profissional se considerar no direito de infligir sobre o corpo de um outro ser humano um tratamento que este, de forma autônoma e com sua capacidade de decidir preservada, recuse por considerar maléfica ou como sendo um atentado à sua dignidade. Todos somos passíveis de erros, tanto o profissional quanto o paciente: sendo assim, entendemos que o fundamento da convivência pacífica entre seres humanos está no respeito à autonomia de que todo e cada ser humano tem de viver e morrer da forma que melhor julgar melhor, desde que não provoque danos ou malefícios a outrem. Quando um ser humano autônomo e capaz de decidir recusa um tratamento pois o considera

maléfico ou que atente à sua dignidade, está, no nosso entender, expressando este fundamento que permeia a vida de todos. E não vemos motivo para que este direito não lhe seja garantido até o momento de sua morte. Entendemos ainda que a capacidade de decisão de uma pessoa compreenda sua capacidade de, após ter sido informado, de forma clara, sobre a sua condição clínica, o seu prognóstico e as opções de tratamento:

Comunicar de forma clara a sua escolha e sua recusa;

Demonstrar compreensão de sua condição clínica e das opções de tratamento, incluindo os riscos e benefícios tanto da sua escolha quanto da sua recusa; e

Justificar sua escolha e sua recusa de acordo com seus valores de vida e objetivos.

Também entendemos que a autonomia do paciente em recusar um tratamento é diferente da autonomia de um paciente demandar um tratamento. Isto pois, um paciente demandar que uma outra pessoa, no caso um profissional de saúde, faça um ato que este último não considera adequado do ponto de vista técnico ou moral, implica violar a autonomia do profissional- que por sua vez, como qualquer ser humano, também deva ter sua autonomia respeitada e, mais ainda, exercer sua profissão respeitando o princípio da não maleficência.

Consideramos ainda o dilema autonomia vs. beneficência como uma possível e frequente falsa dicotomia, e pensamos que estratégias para estruturar o processo de compartilhar decisões possam enquadrar este dilema de outra maneira. Uma situação especial pode ilustrar esta falsa dicotomia. Esta situação é a recusa de tratamentos que prolonguem a vida de pacientes que enfrentam doenças em fase avançada ou final de evolução. Conforme evidências mostram, existe um viés sistemático de profissionais superestimarem benefícios e subestimarem malefícios dos tratamentos, levando a previsões inaccuradas sobre benefício e malefício. Mais ainda, existem também evidências de que o viés otimista de profissionais na estimativa de prognóstico pode ser tão grande quanto 5 vezes o tempo real de sobrevivência de pacientes. Ou seja, estas evidências sugerem fortemente que com frequência o benefício não seja tão grande e o malefício não seja tão pequeno quanto as estimativas feitas *ad hoc*. Mais ainda, também com frequência, a expressão de um desejo do paciente em aceitar ou recusar um tratamento não reflete necessariamente sua escolha autônoma. Isto acontece com frequência diante de situações nas quais o paciente não conseguiu compreender realmente os riscos e benefícios das pelo menos duas opções em discussão. Esta não compreensão pode se dar tanto pela falta ou inadequação na transmissão da informação, quanto por dificuldades de compreensão do paciente, como por exemplo, devido a enfrentamentos evitativos e desadaptativos de pacientes. Estas questões são agravadas quando o profissional delega ao paciente a decisão sobre uma questão técnica, sem que este tenha o devido conhecimento para tal decisão. Estratégias e técnicas de compartilhamento de decisão, que incluem compartilhar o objetivo de cuidado ao invés de delegar as condutas médicas, completam as estratégias que mostram que, com frequência, estas falsas dicotomias não são problemas de ética, mas sim de previsões inaccuradas e comunicação inadequada.

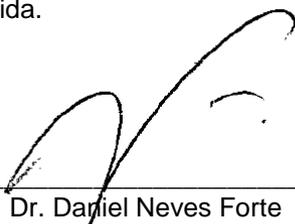
Caberia ainda comentar três situações especiais de recusa de tratamento. A *primeira* seria a recusa de tratamento por motivos religiosos. Pensamos que esta recusa é tão válida quanto qualquer outra, considerando que o direito de professar uma religião é uma garantia constitucional da pessoa. Neste caso, em especial quando ocorre a recusa de tratamento potencialmente curativo, pensamos

que a capacidade de decisão deva ser avaliada por um colegiado, de preferência envolvendo profissionais com conhecimento específico neste assunto, e reforçando o cuidado para garantir que o paciente não esteja se sentindo pressionado ou coagido pela sua própria família ou comunidade religiosa. Para isto, uma entrevista com paciente sem a presença de familiares ou acompanhante da comunidade religiosa, garantindo ao paciente o sigilo e a confidencialidade do conteúdo da discussão seria essencial. Em casos de dúvida, pensamos que o escalonamento da decisão, envolvendo instâncias maiores, como o Comitê de Bioética, a Diretoria Clínica ou o Núcleo Jurídico, são prudentes e recomendáveis.

A *segunda situação especial* seria a recusa de tratamento considerado benéfico pelo profissional e considerado maléfico pelo responsável legal de um paciente incapacitado de decidir. Partindo da premissa de que autonomia é a capacidade de autodeterminação, concordamos com o conceito do bioeticista e médico Douglas White, de que a autonomia não é transferível. Um responsável legal ou um familiar poderiam na melhor das hipóteses, buscar decisões autênticas pelo paciente. Há estratégias de comunicação consideradas essenciais para este fim, destacando-se a estratégia de incentivar julgamento substitutivo, mas tudo isto adiciona significativa complexidade e dificuldade ao processo. Por tudo isto, entendemos que nestes casos, a decisão deva ser sempre colegiada e preferencialmente, escalonada para instâncias superiores. Entenda-se instâncias superiores como a chefia imediata, ou mesmo a Diretoria Clínica, a Comissão de Ética, o Comitê de Bioética ou o Núcleo Jurídico.

O *terceiro tipo de situação especial* a ser comentado seriam as situações de emergência onde houver recusa de tratamento, mas que não seja possível avaliar a capacidade de decisão. Nestas situações entendemos que a melhor opção seria o profissional colegiar a decisão com seus pares, envolver o representante legal quando possível e agir buscando o melhor interesse do paciente.

Em todos os casos, reiteramos a necessidade de que tanto o processo de tomada de decisão quanto a decisão e a conduta tomada sejam documentadas de forma transparente no prontuário. E, partindo do entendimento que é eticamente adequado respeitar a recusa de um paciente capaz em recusar um tratamento, reiteramos que, apesar da recusa de um tratamento, continua sendo um dever do profissional em prover os demais tratamentos que considere adequados, assim como controlar sintomas e prover os cuidados paliativos adequados para o paciente e seu familiar caso estejam então enfrentando uma situação de final de vida.



Dr. Daniel Neves Forte
Relator
Membro CoBi