
PARECER N° 06/2017

Comissão de Ética

Para: Dr.ª Ana Vila Lobos

C/C: Direção Clínica – Dr.ª Gristina Gonçalves

Assunto: Suspensão de programa regular de hemodiálise de doente

Apesar de entretanto ter falecido o doente que originou o pedido de parecer à Comissão de Ética do CHMT (CE), por parte da Exma. Senhora Diretora do Serviço de Nefrologia, é entendimento desta Comissão, dada a premência do tema e a relevância que o mesmo assume na prestação de cuidados, pronunciar-se sobre o caso em epígrafe.

Assume assim a CE a elaboração de um parecer que, de forma genérica e abstrata, poderá auxiliar na tomada de decisão de situações futuras que detenham semelhanças com o caso concreto que nos foi colocado.

Os critérios para determinar o que é uma prática ética da medicina advêm de uma análise eticamente bem justificada, que fundamente as decisões e ações adotadas. Para isso, temos que nos guiar pelos princípios basilares da bioética e pelos princípios subsidiários relevantes para a análise concreta, fundamentando sempre que um princípio é derogado em prol de outro, nas situações em que possam ser conflitantes (Macklin)¹.

Os quatro principais princípios da bioética foram incluídos e densificados no designado Relatório de Belmont, resultando dois deles do juramento hipocrático: o princípio da beneficência e o da não maleficência. Os outros dois representam valores atuais da ética: o princípio da justiça e o princípio da

¹ Macklin; R. J Med Ethics 2015; 41:75–78.

Responsável Presidente da CE – Dr. João Dias

Data: 29 / 06 / 2017

PARECER N° 06 / 2017

Comissão de Ética

autonomia, aos quais podemos juntar um quinto princípio, o da precaução, em resultado dos avanços da genética (Bessa)².

O relatório Belmont³ foi apresentado em 1978 e resultou da criação nos Estados Unidos da América, em 1974, de uma Comissão Nacional para a Proteção dos Sujeitos Humanos nas Pesquisas Biomédicas e Comportamentais. Neste relatório foram enunciados os princípios éticos considerados fundamentais, até aos dias de hoje, para a proteção do ser humano face aos avanços da medicina, vindo a ser vertidos nomeadamente na Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, de 1997, e na Declaração Universal do Genoma Humano e os Direitos Humanos, de 1998 (Bessa).

Esta abordagem, através dos princípios elencados (princípios da beneficência, da não maleficência, da justiça e da autonomia) não nos dá uma resposta universal para solucionar os dilemas morais e éticos subjacentes à bioética, nem apresenta resposta imediatas ou diretas para os princípios conflitantes com que nos deparamos nesta área. No entanto, esta abordagem permite um raciocínio analítico assente numa base moral e ética compreensíveis e aceites genericamente (Gillon)⁴.

Os avanços científicos e a busca de cura na medicina, com a constante sofisticação dos meios tecnológicos usados na medicina moderna, contribuiram para a instituição de uma cultura de “negação da morte”, a qual é hoje vista muitas vezes como derrota. O “curar” tem prioridade sobre o “cuidar”, contribuindo para sentimentos de frustração e falhanço nos profissionais, levantando-se a questão da finalidade da ação terapêutica, na medida em que se transferiu o foco de atenção do doente para a doença (Pacheco)⁵.

² Bessa, Marta Ribeiro; *A densificação dos princípios da bioética em Portugal. Estudo de caso: a atuação do CNECV*, Porto, FDUP, 2013

³ <https://www.fhi360.org/sites/default/files/webpages/po/RET-CR/nr/rdonlyres/eoadxuvvkl3j6tmluuaa6ymdhqes33v6bhwjg6pxscq4nqiblht5xmsdtrqvkkh5xojh3ba3rhnan/BelmontEng.pdf>

⁴ Gillon R. *J Med Ethics* 2015;41:111–116.

⁵ Pacheco, Susana, *Cuidar a pessoa em fase terminal : perspectiva ética*. Loures, Lusociência, 2002.

Responsável Presidente da CE – Dr. João Dias

Data: 29 / 06 / 2017

PARECER N.º 06/2017

Comissão de Ética

A Congregação para a Doutrina da Fé, no documento “Declaração sobre a Eutanásia”⁶, de 1980, defende que se deverá “ponderar bem os meios pondo o tipo de terapêutica a usar, o grau de dificuldade e de risco, o custo e as possibilidades de aplicação, em confronto com o resultado que se pode esperar, atendendo ao estado do doente e às suas forças físicas e morais”. Neste documento, a Congregação para a Doutrina da Fé defende o uso proporcionado dos meios terapêuticos, assumindo que se deverá manter os meios considerados proporcionados aos objetivos propostos, interrompendo aqueles que não correspondam às esperanças depositadas, tendo em consideração o desejo do doente e o parecer dos médicos.

Por outro lado, quando é necessário ponderar o início ou interrupção de tratamento, a distinção entre não iniciar e interromper um tratamento por si só não será relevante. A questão será sempre, saber se o tratamento é benéfico para o doente depois de avaliados os benefícios e os inconvenientes que este implica (Gonçalves)⁷. Segundo José Gonçalves, por vezes “a atitude correta, a que mais beneficia o doente, é interromper um tratamento que foi iniciado mas que se revelou ineficaz ou deixou de fazer sentido por as condições se modificarem. A justificação para iniciar ou continuar um tratamento deve ser a mesma: o benefício do doente”. Defende este autor que, apesar de não existir consenso na definição de futilidade médica, continuar um tratamento que não traz benefício para o doente, não é agir no seu melhor interesse, sendo eticamente errado.

No âmbito do princípio da autonomia, a vontade do doente assume particular importância, quando manifestada mediante diretivas antecipadas de vontade ou perante a sua situação clínica, encontrando-se capaz de a compreender e discernir sobre a mesma. A regulamentação das diretivas antecipadas de vontade está consagrada na lei n.º 25/2012, de 16 de Julho, nomeadamente sob a forma de Testamento

⁶ http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_po.html

⁷ Gonçalves, José António S. F., *A boa morte. Ética no fim de vida*, Porto, UMFP, 2006

PARECER N° 06/2017

Comissão de Ética

Vital. Regula ainda a nomeação de um procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).

A vontade do doente, se manifestada de forma consciente e informada, é um elemento fundamental na atuação clínica moderna, cabendo ao médico assistente, perante a incapacidade do doente ou na falta de diretivas antecipadas de vontade ou de um procurador de cuidados de saúde, decidir no interesse exclusivo do doente, como previsto no Código Deontológico da Ordem dos Médicos:

Art. 21º

Doentes incapazes de dar o consentimento

Nº 4 - A atuação dos médicos deve ter sempre como finalidade a defesa dos melhores interesses dos doentes, e em especial dos doentes incapazes de comunicarem a sua vontade.

5 - Para os efeitos do presente artigo entende-se como melhor interesse do doente a decisão que este tomaria de forma livre e esclarecida se para tal tivesse capacidade.

A vontade da família, quando disponível, é relevante mas não fundamental para decisão clínica, já que o médico deverá sempre atuar no interesse do doente.

No caso concreto, subjacente ao vertente parecer, o relatório clínico que acompanhou o pedido de parecer ilustrou de forma objetiva o estado clínico do doente e seu o prognóstico. O mesmo encontrava-se incapaz de demonstrar a sua vontade de forma consciente e informada e não dispunha de família próxima com quem a equipa clínica pudesse discutir a situação.

O doente encontrava-se em situação de demência grave confirmada, em progressiva degradação do ponto de vista físico e cognitivo, agravando-se ainda o quadro com a agressividade demonstrada pelo doente, o que obrigava à sua imobilização no decurso dos tratamentos de hemodiálise, dos quais necessitava por patologia crónica.

Responsável Presidente da CE – Dr. João Dias

Data: 29 / 06 / 2017

PARECER N.º 06/2017

Comissão de Ética

Levantada a questão da suspensão da hemodialise, mantendo-se o apoio e tratamento conservador com vista ao conforto do doente, é mencionada pelo relatório médico a Norma n.º 017/2011, de 28/09/2011, da DGS, relativa às opções terapêuticas na Doença Renal Crónica Avançada, para o tratamento conservador, definindo alguns critérios para a sua aplicação, nomeadamente:

- Ausência irreversível de vida de relação; e
- Estado demencial grave e irreversível.

No caso vertente, conforme informação clínica apresentada, a hemodiálise não daria qualidade de vida ao doente, nem aumentaria significativamente a sua sobrevida.

Sobre esta matéria, atenda-se ainda ao art. 66 do Código Deontológico da Ordem dos Médicos:

Artigo 66.º

Cuidados paliativos

1 - Nas situações de doenças avançadas e progressivas cujos tratamentos não permitem reverter a sua evolução natural, o médico deve dirigir a sua ação para o bem-estar dos doentes, evitando a futilidade terapêutica, designadamente a utilização de meios de diagnóstico e terapêutica que podem, por si próprios, induzir mais sofrimento, sem que daí advinha qualquer benefício.

Em conclusão, não apresentando o doente capacidade para decisão e, dado não ter nenhum familiar responsável pelo doente para partilha da decisão, considerando ainda a Norma n.º 017/2011, de 28/09/2011, da DGS, entende a CE que é legítimo e eticamente correto o médico assistente tomar a decisão clínica de suspender o tratamento de hemodiálise, optando por tratamentos conservadores, favorecendo medidas de conforto, se possível eliminando ou atenuando os sintomas de doença, proporcionando o maior bem-estar e o menor sofrimento possíveis ao doente.

Salientamos que a Comissão de Ética é um órgão consultivo, não tendo os seus pareceres efeitos vinculativos.

Responsável Presidente da CE – Dr. João Dias

Data: 29 / 06 / 2017



PARECER N° 06/2017

Comissão de Ética

Responsável Presidente da CE – Dr. João Dias

Data: 29 / 06 / 2017