



Este texto foi debatido no “SEMINÁRIO SOBRE A FUTILIDADE TERAPÊUTICA E O PAPEL DAS COMISSÕES DE ÉTICA PARA A SAÚDE” organizado em 21/09/2011 pelas Comissões de Ética para a Saúde da região norte e destina-se a ser um documento de orientação, sem carácter vinculativo.

CONCEITOS

Considera-se, neste texto, que a futilidade ⁽¹⁾ é uma característica que pode ser atribuída a um acto terapêutico por quem tem o poder de o prescrever ou executar ou por quem é o seu destinatário, assim como pelos seus familiares ou cuidadores informais.

A noção casuística de futilidade, por parte dos médicos, baseia-se na experiência pessoal ou partilhada com colegas, bem como em dados empíricos publicados, quando possam concluir que determinado acto foi, em número suficientemente elevado, inútil. Todavia, não deve ser confundida com raridade, probabilidade excepcional ou falta de esperança, estando ligada à falta de benefício e não à falta de efeito do acto em apreço ⁽²⁾.

Cabem no conceito de futilidade terapêutica todas as prescrições do quotidiano que são feitas sem fundamento, inseridas por vezes em protocolos aplicados sem adaptação ao caso concreto, assim como todos os gestos que apenas geram consumos sem justificação, induzem sequências de exames desligadas do verdadeiro interesse da pessoa ou perseguem novidades sem reconhecimento científico seguro. Futilidade e erro estão, por conseguinte, fortemente associados, embora a primeira seja muitas vezes evocada como justificação da indesejável “medicina defensiva”. Sem prejuízo da importância destas modalidades de futilidade, este documento está focado nas questões da futilidade relacionadas com situações de prognóstico fatal.

A prática de actos terapêuticos fúteis, muitas vezes designada como obstinação (ou encarniçamento) terapêutico, colide com princípios éticos e está condenada deontologicamente quando se trata de decisões de fim de vida ⁽³⁾, além de ser, por natureza, errada mesmo fora desse contexto ⁽⁴⁾.

A persistência de medidas terapêuticas fúteis, que mais não fazem do que acrescentar sofrimento ao sofrimento, ofende o valor fundamental da própria Constituição da República – a dignidade da pessoa humana ⁽⁵⁾. Note-se que este valor é igualmente referência primeira de importantes textos internacionalmente aceites ⁽⁶⁾.

A prestação de cuidados paliativos (onde sobressai o princípio da beneficência) – em serviços específicos, em unidades de internamento clássicas ou em assistência domiciliária – e a abstenção de cuidados fúteis (apelando ao princípio da não-maleficência) são globalmente consideradas boas práticas e devem ser incentivadas em quaisquer contextos (cuidados hospitalares, cuidados primários, cuidados continuados), na justa medida em que contribuem para uma qualidade de vida digna em qualquer fase do ciclo de vida humana.

⁽¹⁾ Infopédia, Dicionário da Língua Portuguesa, Porto Editora. Fútil / adjectivo uniforme / 1. que tem pouco ou nenhum valor; insignificante; vão / 2. que dá muita importância a coisa inúteis, superficiais ou sem valor; leviano; frívolo; pouco profundo.

⁽²⁾ Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med*. 1990 Jun 15;112(12):949-54

⁽³⁾ Código Deontológico, Ordem dos Médicos, Regulamento n.º 14/2009, *Diário da República*, 2.ª série - N.º 8 - 13 de Janeiro de 2009, Artigo 58.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 acção para o bem-estar dos doentes, evitando utilizar meios fúteis de diagnóstico e terapêutica que podem, por si próprios, induzir mais sofrimento, sem que daí advinha qualquer benefício. 2 - Os cuidados paliativos, com o objectivo de minimizar o sofrimento e melhorar, tanto quanto possível, a qualidade de vida dos doentes, constituem o padrão do tratamento nestas situações e a forma mais condizente com a dignidade do ser humano.»

⁽⁴⁾ Código Deontológico, *idem, idem*, Artigo 5.º (Princípio geral) «3 - São condenáveis todas as práticas não justificadas pelo interesse do doente ou que pressupõem ou criem falsas necessidades de consumo.»

⁽⁵⁾ Constituição da República Portuguesa. Artigo 1.º (República Portuguesa) «Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária.» e Artigo 25.º (Direito à integridade pessoal) «1. A integridade moral e física das pessoas é inviolável. 2. Ninguém pode ser submetido a tortura, nem a tratos ou penas cruéis, degradantes ou desumanos.»

⁽⁶⁾ Declaração Universal dos Direitos Humanos, Pacto Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos, Convenção Europeia dos Direitos do Homem, Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano Face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia.



Este texto foi debatido no “SEMINÁRIO SOBRE A FUTILIDADE TERAPÊUTICA E O PAPEL DAS COMISSÕES DE ÉTICA PARA A SAÚDE” organizado em 21/09/2011 pelas Comissões de Ética para a Saúde da região norte e destina-se a ser um documento de orientação, sem carácter vinculativo.

Tendo em conta que os cuidados de saúde não podem ser prestados em compartimentos estanques, devendo a cooperação entre serviços e instituições ser a regra, torna-se evidente que as questões relacionadas com terapêuticas fúteis são transversais e a todos interessam. Saliente-se, por tais razões, que, embora aqui se aborde a futilidade de medidas terapêuticas, importa enquadrá-las sempre no âmbito de planos de cuidados abrangentes – entendendo-se por planos de cuidados algo mais do que tratamentos.

A decisão de suspender ou de não iniciar um tratamento considerado fútil é distinta de qualquer forma de eutanásia ⁽⁷⁾ e não pode (não deve) fundamentar-se em razões económicas ou de racionamento de custos ⁽⁸⁾.

NÃO INICIAR E INTERROMPER MEDIDAS TERAPÊUTICAS FÚTEIS

A decisão de não iniciar um tratamento fútil é mais frequentemente assumida de modo unilateral enquanto a decisão de suspender uma terapêutica em curso implica quase sempre uma informação justificativa junto do doente ou, a mais das vezes, junto dos familiares ⁽⁹⁾. No entanto, ambas são decisões moralmente perturbadoras para prestadores, doentes e famílias ⁽¹⁰⁾ e conduzem a problemas éticos similares.

Mais do que se fundamentar em critérios meramente clínicos muito baseados em julgamentos de valor, mais do que procurar o apoio de normas de orientação ou a opinião de profissionais mais experientes, a classificação, caso a caso, de futilidade terapêutica e a decisão consequente de suspender ou não iniciar tratamentos, ganharão em clareza e mesmo em tranquilidade quanto mais transparente for a informação, mais eficaz a comunicação entre as partes e mais exercitado o processo comunicacional ⁽¹¹⁾.

HIDRATAÇÃO E ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAIS

Não existe entendimento unânime sobre se a hidratação e a alimentação administradas por meio de instrumentos, sem a participação da própria pessoa, devem ser sempre consideradas como tratamentos ou como cuidados básicos (equivalentes aos cuidados de higiene e conforto). Por exemplo, não há acordo em considerar como artificial a alimentação que é feita por mera sonda nasogástrica quando comparada com o recurso à gastrostomia. Também a classificação de “meios extraordinários” padece da mesma dificuldade quando se trata de apreciações éticas. Deste modo, embora a cessação de hidratação e alimentação artificiais por vontade do doente possa ser considerada uma manifestação respeitável da sua autonomia, a suspensão da alimentação e da hidratação artificiais por decisão fundada na sua futilidade e no seu carácter extraordinário enfrenta a oposição regulamentar do Código Deontológico da Ordem dos Médicos. Manda a virtude da Prudência que a não-administração de “meios extraordinários de manutenção de vida” deva ser cuidadosamente ponderada e envolva toda a equipa de profissionais de saúde, assim como a família próxima e/ou pessoa da confiança do paciente ^(12,13). Igualmente é de ter em conta que alguns procedimentos teoricamente

⁽⁷⁾ Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer n.º 59/CNECV/2010 – Parecer sobre os projetos de lei relativos às declarações antecipadas de vontade. «3. [O CNECV] relembra que não é necessária uma declaração antecipada como aquela agora em discussão para que deva ser considerada boa prática médica e ética a recusa da obstinação terapêutica, isto é, a não realização de tratamento fútil ou obstinado; relembra também o CNECV que é legítimo direito da pessoa recusar tratamento, e que um caso e outro não são procedimentos assimiláveis a actos de eutanásia.»

⁽⁸⁾ Jecker NS, Schneiderman LJ. *Futility and rationing*. *Am J Med*. 1992 Feb;92(2):189-96

⁽⁹⁾ Gedge E, Giacomini M, Cook D. *Withholding and withdrawing life support in critical care settings: ethical issues concerning consent*. *J Med Ethics*. 2007 Apr;33(4):215-8

⁽¹⁰⁾ Reynolds S, Cooper AB, McKneally M. *Withdrawing life-sustaining treatment: ethical considerations*. *Surg Clin North Am*. 2007 Aug;87(4):919-36, viii

⁽¹¹⁾ Burns JP, Truog RD. *Futility: a concept in evolution*. *Chest*. 2007 Dec;132(6):1987-93

⁽¹²⁾ Código Deontológico, *idem, idem*, Artigo 59.º (Morte) «3 - O uso de meios extraordinários de manutenção de vida deve ser interrompido nos casos irrecuperáveis de prognóstico seguramente fatal e próximo, quando da continuação de tais terapêuticas não resulte benefício para o doente. 4 - O uso de meios extraordinários de manutenção da vida não deve ser iniciado ou continuado



Este texto foi debatido no “SEMINÁRIO SOBRE A FUTILIDADE TERAPÊUTICA E O PAPEL DAS COMISSÕES DE ÉTICA PARA A SAÚDE” organizado em 21/09/2011 pelas Comissões de Ética para a Saúde da região norte e destina-se a ser um documento de orientação, sem carácter vinculativo.

considerados fúteis em situações terminais (exemplos: cirurgia de obstrução intestinal ou transfusão sanguínea em anemia sintomática) podem e devem ser promovidos desde que incluídos numa estratégia de controlo de sintomas.

“ORDENS DE NÃO REANIMAR” E NÃO ADMINISTRAÇÃO DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

A decisão clínica de declarar em processo clínico (declaração clara e devidamente fundamentada, periodicamente revalidada, permanentemente susceptível de suspensão ou revogação, inserida numa política institucional definida e aceite consensualmente) que um determinado doente não deve ser alvo de medidas de reanimação, caso se verifique paragem cardiorrespiratória (traduzindo um caso especial de futilidade terapêutica), deve ser assumida pelo médico responsável pela assistência ao doente, depois de obtido o consenso no seio da equipa de saúde. Do mesmo modo é exigível, na impossibilidade de envolver o próprio paciente ou na falta de declaração antecipada válida, que a equipa, sem prescindir das suas responsabilidades próprias, preceda qualquer decisão de uma negociação compassiva com os familiares próximos ⁽¹⁴⁾.

QUANDO O DOENTE OU OS FAMILIARES PEDEM PARA PARAR OU PARA CONTINUAR TRATAMENTOS

É conhecida a tradicional (ou cultural) propensão de muitos (na condição de doentes ou de familiares) para confiarem nas decisões dos médicos. Esta afirmação tende, na actualidade, a atenuar-se tendo em vista a transformação crescente do paradigma assistencial – uma relação médico/doente cada vez mais ultrapassada por uma relação equipa/doente, um profissionalismo cada vez mais despersonalizado. Assim, por maioria de razão, os profissionais de saúde devem evitar posições de paternalismo arbitrário e, activamente, ter em conta os valores e as percepções sentidos por doentes e suas famílias. Consequentemente, as equipas e os seus líderes naturais não podem deixar de promover a participação de todos nos processos de decisão e a adequada explicação das suas opções técnicas e éticas. Por tais razões, perante eventuais situações de conflitos, importa encontrar capacidades de arbitragem e de refinamento comunicacional.

Muitos conflitos ou impasses podem ser evitados se os profissionais de saúde tiverem formação sobre temas como as decisões de fim de vida, bem como reflectirem sobre documentos orientadores publicados por entidades idóneas ⁽¹⁵⁾. Em especial os médicos que tratam doentes em situação clínica terminal devem debater os casos com colegas, perceber quanto o doente quer saber, prever cuidados paliativos precocemente, adoptar posicionamento honesto evitando eufemismos, escrever tudo no processo, colocar questões e dar tempo para as respostas, dar grande atenção ao controlo de sintomas e treinar a capacidade de argumentação em temas de fim de vida ⁽¹⁶⁾.

Nos casos de doentes incapazes de manifestarem a sua vontade, sobressai a importância de, na falta de declarações antecipadas válidas, saber (perceber) qual seria a sua vontade, expressamente transmitida ou deduzida pelo conheci-

contra a vontade do doente. 5 - Não se consideram meios extraordinários de manutenção da vida, mesmo que administrados por via artificial, a hidratação e a alimentação; nem a administração por meios simples de pequenos débitos de oxigénio suplementar.»

⁽¹³⁾ Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer n.º 45/CNECV/2005 – Parecer sobre o Estado Vegetativo Persistente - «O CNECV é de parecer que: [...] 2. a pessoa em Estado Vegetativo Persistente tem direito a cuidados básicos, que incluem a alimentação e hidratação artificiais; 3. toda a decisão sobre o início ou a suspensão de cuidados básicos da pessoa em Estado Vegetativo Persistente deve respeitar a vontade do próprio; [...]»

⁽¹⁴⁾ Symposium on decision making process regarding medical treatment in end of life situations. Conference organised by the Steering Committee on Bioethics (CDBI) of the Council of Europe 30 November – 1 December 2010. Palais de l'Europe, Strasbourg, France

⁽¹⁵⁾ Guidelines for indications for the use of extracorporeal life support in refractory cardiac arrest. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 28 (2009) 187–190

⁽¹⁶⁾ Khatcheressian J, Harrington SB, Lyckholm LJ, Smith TJ. “Futile care”: What to Do When Your Patient Insists on Chemotherapy That Likely Won't Help. *Oncology (Williston Park)*. 2008 Jul;22(8):881-8; discussion 893, 896, 898



Este texto foi debatido no “SEMINÁRIO SOBRE A FUTILIDADE TERAPÊUTICA E O PAPEL DAS COMISSÕES DE ÉTICA PARA A SAÚDE” organizado em 21/09/2011 pelas Comissões de Ética para a Saúde da região norte e destina-se a ser um documento de orientação, sem carácter vinculativo.

mento dos seus valores e narrativa biográfica ⁽¹⁷⁾. Todavia, os limites das boas práticas devem prevalecer quando tais vontades consistam em pedidos que os excedam ⁽¹⁸⁾.

O PROCESSO DA DECISÃO

No acompanhamento de pessoas afectadas por doenças em estágio terminal todas as medidas do plano de cuidados devem ser equacionadas como fazendo parte de um processo interactivo, partilhado, responsável e consciente.

Neste processo, o reconhecimento de tecnologias cada vez mais poderosas não deve ser tido como elemento único do alargamento do clássico “Triângulo Hipocrático” – o doente, a doença, o médico – já que é preciso contar também com a evolução da ética médica, os novos parceiros da clínica, a sociologia e outras condicionantes dos nossos dias ⁽¹⁹⁾.

A procura de uma “Boa-Morte” ⁽²⁰⁾ não pode ser deixada a voluntarismos ou à boa intenção de posicionamentos intuitivos. Tão-pouco deve ser contaminada pelo deslumbramento técnico. Os profissionais necessitam de ler, estudar, debater, treinar e reflectir mas as instituições também têm o dever de promover formação nestas matérias.

Para além da partilha com profissionais mais experientes, em situações em que se impõe considerar como fúteis as medidas em curso, ou as possíveis medidas a tomar, o pedido de opinião ou intervenção facilitadora à Comissão de Ética local pode ser uma forma adequada, conquanto haja tempo, para a busca de uma decisão justa ⁽²¹⁾.

Pela sua parte, as Comissões de Ética têm o dever de participar proactivamente no esforço formativo dos profissionais e, naturalmente, dos seus próprios membros. Nesse sentido, justificar-se-á, igualmente, a necessidade de uma reflexão alargada sobre o sentido peculiar da evolução da tecnologia e da nossa relação com ela. A diluição progressiva das fronteiras entre o natural e o artificial sugere uma proximidade com o objecto técnico que seduz, criando desafios éticos inesperados, sobretudo, no campo da biomedicina. ■

⁽¹⁷⁾ Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer n.º 45/CNECV/2005 («O CNECV é de parecer que: [...] 4. a vontade pode ser expressa ou presumida ou manifestada por pessoa de confiança previamente designada por quem se encontra em Estado Vegetativo Persistente. 5. todo o processo de tratamento da pessoa em Estado Vegetativo Persistente deverá envolver toda a equipa médica assim como a família mais próxima e/ou a pessoa de confiança anteriormente indicada e pressupor a disponibilização da informação conveniente a todo o processo decisório, tendo em consideração a vontade reconhecível da pessoa em Estado Vegetativo Persistente nos limites da boa prática médica, e tendo em conta a proporcionalidade dos meios que melhor se adequem ao caso concreto.») e Parecer n.º 59/CNECV/2010 («4. O CNECV considera as declarações antecipadas de vontade como uma manifestação legítima da vontade da pessoa que as subscreve e considera que são um elemento de relevância máxima para o apuramento da vontade real da pessoa (mais que para leitura do sentido literal do documento) por parte das equipas de saúde em situações de grande complexidade. Neste mesmo sentido, e admitindo-se que declarações antecipadas de vontade imprecisas ou ambíguas possam dar origem a dúvidas interpretativas, pode igualmente revelar-se da maior utilidade a recolha da história de valores dessa pessoa.»).

⁽¹⁸⁾ Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer n.º 59/CNECV/2010 («7. O CNECV recomenda que, atendendo a que uma declaração antecipada de vontade pode conter disposições de recusa e disposições onde se fazem pedidos concretos, a legislação encare, de forma explícita e distinta, essas variantes declarativas, nomeadamente quanto à respectiva força vinculativa, uma vez que, considerando o princípio da autonomia e outros factores igualmente relevantes do ponto de vista ético: 7.1. no caso de recusas de intervenções ou terapêuticas, estas recusas terão carácter vinculativo desde que observados os requisitos de garantia da genuinidade da declaração adiante indicados; 7.2. no caso de pedidos de intervenções ou terapêuticas, o seu respeito deverá ser ponderado com a necessidade de observância e respeito das leis em vigor, das boas práticas clínicas e da independência técnica dos profissionais envolvidos, assim como com a própria exequibilidade do pedido.»)

⁽¹⁹⁾ Melo J, Decisões Médicas em Fim de Vida, Questões Éticas para a Medicina nas Sociedades Ocidentais. *Revista Portuguesa de Filosofia*, 2010, Vol. 66 – Fasc. 2

⁽²⁰⁾ Ferraz Gonçalves J, *A Boa-Morte, Ética no Fim da Vida*, Lisboa, Coisas de Ler Edições, 2009

⁽²¹⁾ Swetz KM, Crowley ME, Hook C, Mueller PS. *Report of 255 clinical ethics consultations and review of the literature. Mayo Clin Proc.* 2007 Jun;82(6):686-91