

PARECER N.º P/20/APB/10

GUIDELINES SOBRE SEDAÇÃO EM DOENTES TERMINAIS

RELATORES: RUI NUNES, GUILHERMINA REGO

I – INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, o fim da vida humana tem suscitado um intenso debate na generalidade das sociedades ocidentais. Questões como o testamento vital, a eutanásia, o acesso a cuidados paliativos, ou as Ordens de Não-Reanimar exemplificam o interesse dos cidadãos em esta temática e a necessidade da existência de linhas claras de orientação sobre qual o processo de decisão mais adequado numa fase tão complexa da existência de cada pessoa.

Um aspecto que tem merecido menos atenção nas sociedades contemporâneas, nomeadamente nos países lusófonos – Portugal e Brasil, por exemplo – é a dimensão ética da sedação paliativa. Note-se que a sedação é uma intervenção médica utilizada para providenciar alívio numa multiplicidade de circunstâncias clínicas. Pode ser usada conjuntamente com tratamentos curativos ou de suporte vital em doentes não terminais – tal como os grandes queimados –, pode ser ou não contínua, e pode variar em intensidade, desde sedação ligeira até à inconsciência total. A presente proposta de *Guidelines* vai debruçar-se apenas sobre a sedação em doentes terminais, entendida tradicionalmente como o uso de fármacos (opiáceos, benzodiazepinas, etc.) para aliviar sintomas refractários causadores de sofrimento intolerável que não foram passíveis de alívio por outros meios num período de tempo aceitável¹.

¹ Chiu T, Hu W, Lue B, Cheng S, Chen C: Sedation for Refractory Symptoms of Terminal Cancer Patients in Taiwan. *Journal of Pain Symptom Management* 21; 2001: 467-472.

Ou seja, estas *Guidelines* pretendem abordar exclusivamente a SEDAÇÃO PALIATIVA CONTÍNUA ATÉ À INCONSCIÊNCIA, independentemente de se considerar que, numa perspectiva ético/legal, existem outras aplicações relevantes da sedação que devem merecer uma abordagem diferenciada.

De facto, ainda que exista hoje evidência empírica sobre as circunstâncias que rodeiam a morte, nomeadamente em ambiente hospitalar (incluindo unidades especializadas de cuidados paliativos), de acordo com diversos estudos multicêntricos permanecem dúvidas sobre algumas decisões médicas em fim de vida, tal como a sedação em doentes terminais². Do ponto de vista ético deve salientar-se que este tipo de prática pretende geralmente o alívio da dor e do sofrimento, não sendo a morte intencionalmente desejada. E, quando esta ocorre, trata-se de um efeito subsidiário em relação ao objectivo principal que é o alívio da dor e do sofrimento através da sedação. Está, portanto, fora do âmbito de esta análise quer a suspensão ou abstenção de tratamentos desproporcionados evitando, assim, a distanásia³, quer a prática da eutanásia. De realçar que o conceito de eutanásia internacionalmente reconhecido reporta-se à morte intencional de um doente, a seu pedido (firme e consistente), através da intervenção directa de um profissional de saúde⁴. Assim, não está em causa, com estas *Guidelines*, a avaliação da dimensão ética da eutanásia.

O que se pretende, sim, é promover uma avaliação crítica sobre as condições em que a sedação pode ser implementada e definir linhas directrizes claras e inequívocas na matéria. E, deste modo, dar expressão ao profundo respeito que deve existir pela liberdade de autodeterminação da pessoa humana, e envidar todos os esforços para

² Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B: Palliative Sedation: A Review of the Research Literature. *Journal of Pain and Symptom Management* 36 (3); 2008: 310-333.

³ Sobre este tema ver Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: *Guidelines* sobre Suspensão e Abstenção de Tratamento em Doentes Terminais, 2008, (Relator: Rui Nunes) www.apbioetica.org

⁴ Trata-se de um processo voluntário por oposição à “eutanásia não-voluntária”, sem o conhecimento do doente, ou à “eutanásia involuntária”, contra a sua vontade. Mais ainda, a eutanásia voluntária pressupõe a livre expressão da vontade individual ou, por outro lado, a vontade previamente expressa e, em esta perspectiva, apenas se pode referir ao termo “eutanásia” quando a morte é provocada por um médico ou outro profissional de saúde. Ver Battin M: Euthanasia and Physician Assisted Suicide. *In* The Oxford Handbook of Practical Ethics (Editor: Hugh LaFollette), Oxford University Press, Oxford, 2003.

aliviar a dor e o sofrimento do doente, num espírito de compaixão, respeito e tolerância⁵.

A SEDAÇÃO PALIATIVA CONTÍNUA ATÉ À INCONSCIÊNCIA é, aliás, habitual na generalidade dos países desenvolvidos, sendo usualmente considerada como uma prática consentânea com a integridade exigida à profissão médica (e a outros grupos profissionais), prevenindo, assim, o potencial abuso na sua utilização (*slippery-slope*)⁶. Não devem restar dúvidas de que com a administração de medicamentos com uma finalidade paliativa – nomeadamente a sedação – a morte superveniente é uma consequência eventualmente esperada mas não desejada (não intencional). Na perspectiva ética, existe um consenso alargado de que quando a intenção é aliviar o sofrimento ou providenciar a analgesia necessária, a acção em si mesma é adequada aos valores sociais predominantes.

Pode mesmo tratar-se da aplicação do princípio ético do duplo efeito⁷, princípio este que tem em consideração quatro condições essenciais:

- a) A ACÇÃO EM SI MESMA, TEM DE SER BOA, OU PELO MENOS NEUTRAL;
- b) O MAL NÃO PODE SER PRETENDIDO;
- c) A BOA CONSEQUÊNCIA NÃO PODE SER OBTIDA ATRAVÉS DA MÁ;
- d) TEM DE HAVER PROPORCIONALIDADE ENTRE O BEM ATINGIDO E O MAL EFECTUADO.

⁵ Beauchamp T, Childress J: Principles of Biomedical Ethics, Fifth Edition, Oxford University Press, New York, 2001.

⁶ Harris J: The Value of Life. An Introduction to Medical Ethics. Routledge, London, 1991.

⁷ McCormick R: Doing Evil to Achieve Good, Loyola University Press, Chicago, 1978; Hoose B: Proportionalism. The American Debate and its European Roots. Georgetown University Press, Washington, 1987.

Em nosso parecer a SEDAÇÃO PALIATIVA CONTINUA ATÉ À INCONSCIÊNCIA cumpre com estes pressupostos: a) a acção em si mesma é boa (aliviar o sofrimento); b) o mal não é pretendido (não se deseja a morte do doente⁸); c) A boa consequência não é obtida através da má (o alívio do sofrimento não implica a morte do doente); d) Existe proporcionalidade entre o bem atingido e o mal efectuado (ao abrigo da doutrina da dignidade humana, não prolongar vida para além do razoável e providenciar cuidados de conforto e qualidade de vida ao doente são considerados argumentos proporcionais em relação à manutenção da vida a todo o custo).

Ao abrigo de esta arquitectura de princípios e de valores, a Associação Portuguesa de Bioética entendeu ser seu dever efectuar uma proposta concreta de *GUIDELINES*⁹ SOBRE SEDAÇÃO PALIATIVA de acordo com a evidência técnica e científica existente na matéria, designadamente a proveniente do Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

II – CONSIDERANDO QUE:

- a) Um dos grandes dilemas com que somos confrontados, ao longo das últimas décadas, é a necessidade de cuidados de saúde por parte do doente terminal, sendo uma das questões nucleares a qualidade desses cuidados e o modo como estes são distribuídos entre os cidadãos (equidade e acessibilidade);
- b) Ao longo dos últimos anos se assistiu a uma utilização excessiva de tecnologia sofisticada o que contribuiu decisivamente para uma desumanização progressiva da prestação de cuidados de saúde. Um exemplo de esta desumanização é a utilização desproporcionada de meios de tratamento em doentes terminais (distanásia)¹⁰;

⁸ Desejar a morte é um “mal” apenas para aqueles que considerarem a eutanásia ilegítima do ponto de vista ético.

⁹ Em esta proposta utiliza-se a expressão “*guidelines*” numa visão abrangente e integral, usual aliás nas ciências sociais. Ver a este propósito Nunes R: Evidence-Based Medicine: A New Tool for Resource Allocation? *Medicine, Health Care and Philosophy* 6; 2003: 297-301.

¹⁰ Em Portugal, para evitar a distanásia e promover a autonomia do doente, a Associação Portuguesa de Bioética propôs a legalização de as Directivas Antecipadas de Vontade

- c) A situação ideal seria uma prática profissional digna, adequada e diligente, ou seja aquilo que se designa por ortotanásia¹¹;
- d) Sempre que possível, se deve obter o consentimento livre e esclarecido para uma intervenção médica, pressupondo que o doente está no pleno uso das suas capacidades mentais (competência no plano ético)¹²;
- e) Está em causa o *empowerment* do doente, reforçando o exercício do seu legítimo direito à autodeterminação em matéria de cuidados de saúde, nomeadamente no âmbito do *advance care planning*, dado que a morte, por diversos motivos, é frequentemente ignorada pela maioria das pessoas e por muitos profissionais de saúde;
- f) Para efeito de obtenção de consentimento válido, devem ser excluídas todas as condições que possam afectar a vontade do paciente na esfera volitiva, por exemplo, o efeito de medicamentos, de drogas ou de álcool, perturbações afectivas tratáveis (como a depressão) ou mesmo a dor e sofrimento intensos. Em estas circunstâncias, e nos limites do melhor interesse do paciente, reconhece-se geralmente o direito à família (ou ao procurador de cuidados de saúde) de tomar decisões médicas que sejam benéficas para o paciente;

(Testamento Vital e nomeação de um procurador de cuidados de saúde). Ver a este propósito a Proposta N.º P/19/APB/10 sobre o Documento de Directivas Antecipadas de Vontade (Relator: Rui Nunes), o Projecto de Diploma N.º P/06/APB/06 que Regula o Exercício do Direito a Formular Directivas Antecipadas de Vontade no Âmbito da Prestação de Cuidados de Saúde e Cria o Correspondente Registo Nacional (Relatores: Helena Melo e Rui Nunes), e o Estudo N.º E/17/APB/10 – Testamento Vital (Relator: Rui Nunes), Associação Portuguesa de Bioética, Porto, 2009 (www.apbioetica.org).

¹¹ Neste contexto, o Conselho Federal de Medicina (Brasil) determinou – através da Resolução do CFM n.º 1.805/2006 – que “Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal”.

¹² Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina, adoptada e aberta à assinatura em Oviedo, a 4 de Abril de 1997, foi aprovada para ratificação pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001,

- g) O processo de decisão clínica deve ser claro, transparente, e escrutinado pela sociedade de acordo com o princípio ético da *public accountability*¹³, nomeadamente no que respeita às Ordens de Não-Reanimar (*DNR-Order – Do-No-Resuscitate Order*, ou mais correctamente *DNAR-Order – Do Not Attempt Resuscitation Order*)¹⁴;
- h) Há doentes terminais para os quais não há nenhuma terapêutica a oferecer que não seja cuidados paliativos de excelência, ou seja, cuidados activos, globais e integrais que se prestam aos doentes cuja afecção não responde ao tratamento curativo, pretendendo-se que o doente e a sua família obtenham a melhor qualidade de vida possível;
- i) Os cuidados paliativos são reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde desde os anos noventa como parte integrante da luta contra o cancro, estendendo-se hoje ao tratamento de doentes terminais com SIDA, doenças cárdio-respiratórias, hepáticas, neurológicas, entre outras;
- j) Os cuidados paliativos implicam a percepção por parte da sociedade de que o doente terminal tem características próprias, tendo necessidades também distintas de outras camadas da população, e que o papel da família neste contexto é essencial, devendo criar-se as infra-estruturas necessárias para que o doente terminal possa ser acompanhado por familiares e amigos;
- k) Se deve providenciar conforto e bem-estar ao doente terminal, recorrendo a meios proporcionados de tratamento por parte de uma equipa de saúde sensibilizada para lidar com este tipo de doente, nomeadamente médicos, enfermeiros, psicólogos,

de 3 de Janeiro. Faz portanto e de acordo com o disposto no art. 8.º da Constituição da República Portuguesa de 2 de Abril de 1976, parte integrante do Direito Português.

¹³ Sobre o princípio da *public accountability* ver Nunes R, Rego G, Brandão C: Healthcare Regulation as a Tool for Public Accountability. *Medicine, Healthcare and Philosophy* 12; 2009: 257-264.

¹⁴ Por exemplo, em determinados casos de neoplasia metastática em fase terminal, de sepsis generalizada ou mesmo algumas pneumonias nas quais a reanimação cárdio-pulmonar é considerada uma intervenção desproporcionada.

técnicos de saúde, técnicos do serviço social, especificamente preparados para o efeito;

- 1) A sedação é um tratamento médico adequado em doentes terminais, sendo por vezes utilizada mesmo quando os sintomas não são refractários a outras modalidades terapêuticas, quer em adultos quer em crianças¹⁵.

¹⁵ Sobre a sedação em crianças ver Lindemann H, Verkerk M: Ending the Life of a Newborn: The Groningen Protocol. Hastings Center Report 38 (1), 2008: 42-51.

III – A ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA PROPÕE AS SEGUINTEs *GUIDELINES* SOBRE A SEDAÇÃO PALIATIVA CONTÍNUA ATÉ À INCONSCIÊNCIA EM DOENTES TERMINAIS¹⁶:

1. O doente deve ter uma doença terminal;
2. O tempo até à morte pela doença deve ser menor ou igual ao tempo até à morte por desidratação induzida pela sedação paliativa;
3. Devem existir sintomas graves e severos para os quais não exista tratamento adequado na perspectiva do doente;
4. A preservação da consciência é uma das considerações do doente;
5. O doente ou o seu representante legal (procurador de cuidados de saúde) prestaram consentimento válido e eficaz;
6. Existe uma Ordem de Não-Reanimar inscrita no processo clínico;
7. O doente está em profundo sofrimento existencial, sofrimento para o qual todas as alternativas de tratamento razoável e efectivo são para si inaceitáveis.

15 de Novembro de 2010

Aprovado pela Associação Portuguesa de Bioética

¹⁶ Na elaboração de estas *guidelines*, e na esteira da proposta de Jeffrey Berger (Berger J: Rethinking Guidelines for the use of Palliative Sedation, Hastings Center Report 40 (3); 2010: 32-38), a Associação Portuguesa de Bioética teve em consideração a opinião de algumas das entidades mais representativas em esta matéria, entre outras:

- a) International Consensus Panel;
- b) National Council for Palliative Care (Reino Unido);
- c) Conselho Federal de Medicina (Brasil);
- d) American Academy of Hospice and Palliative Medicine (EUA);
- e) American College of Physicians-American Society of Internal Medicine Consensus Panel (EUA);
- f) Royal Dutch Medical Association (Holanda);
- g) Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association (EUA).