

RECUSA DE TRATAMENTO: CASO CLÍNICO

REFUSAL OF TREATMENT: CASE REPORT

Autores:

Cristiana Reis¹, Ana Catarina Andrade¹, Beatriz Morais Pinto¹

RESUMO

Introdução: A atuação médica visa o melhor para o doente, no entanto, este percurso já não é traçado à margem deste, sendo que a forma de atuar baseada em decisões paternalistas já há muito que tem vindo a ser abandonada. O princípio da autonomia defende que as pessoas têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas com o seu corpo e vida e, neste sentido, quaisquer atos médicos devem ser autorizados pelo doente. O caso retrata, primeiramente, a recusa de diagnóstico e tratamento, tendo sido a opinião e posicionamento do doente respeitada por todos os profissionais envolvidos e, paralelamente a esta recusa, a luta para vencer a doença.

Descrição do caso: Homem, 59 anos, há cinco anos recorreu a consulta com o seu médico assistente onde foi detetado um nódulo suspeito em radiografia do tórax, sugestivo de lesão maligna. Encaminhado para Pneumologia e proposto estudo, que o doente recusou quer a investigação como qualquer tipo de tratamento. Cerca de quatro anos depois, teve indicação de hemicolectomia direita urgente por perfuração intestinal no contexto de adenocarcinoma do cólon transverso. Simultaneamente foi diagnosticado com adenocarcinoma do pulmão direito. Foi-lhe proposto tratamento com quimioterapia, que aceitou, e está motivado e focado na sua recuperação.

Comentário: Nem sempre o meio de alcançar a cura do doente é coincidente entre ambas as partes. Perante esta situação instala-se a grande dificuldade em gerir o conflito, pois o médico não poderá agir ou contrariar a opinião do doente, mesmo que essa não leve à melhor solução para a saúde do doente. Deverá estar atento e entender as motivações que o levam à recusa do tratamento ou de diagnóstico garantindo que o doente faz uma escolha devidamente informada utilizando as ferramentas necessárias para estabelecer uma boa comunicação entre médico-doente.

Palavras-chave: ética médica; recusa consciente em tratar-se; autonomia pessoal.

ABSTRACT

Introduction: The actions of the medical side aim to achieve the best for the patient, however, this path is no longer traced apart from this, and the way of acting based on paternalistic decisions has long been abandoned. The principle of autonomy defends that people have the right to decide on issues related to their body and life and, in this sense, any medical acts must be authorized by the patient. The clinical case primarily portrays the refusal of diagnosis and treatment, with the patient's opinion and position being respected by all the professionals involved and, in parallel with this refusal, the fight to overcome the disease.

Case description: A 59-year-old man, approximately five years ago, went to see his attending physician where a suspicious nodule was detected on a chest X-ray, highly suggestive of a malignant lesion. He was referred for a Pulmonology consultation and a study was proposed, but the patient refused either the investigation or any type of treatment. After four years, approximately, an urgent right hemicolectomy was recommended due to intestinal perforation in the context of adenocarcinoma of the transverse colon. At the same time, he was diagnosed with adenocarcinoma of the right lung. He was offered chemotherapy treatment, which he accepted, and is motivated and focused on his recovery.

Comment: The means of achieving the patient's cure is not always coincident between both parties and in this situation, it is when great difficulty arises in managing the conflict as the doctor will not be able to act or go against the patient's opinion even if that decision is not lead to the best solution for the patient's health. You must be attentive and understand the motivations that lead you to refuse treatment or diagnosis, ensuring that the patient makes a properly informed choice using the necessary tools to establish good communication between doctor and patient.

Keywords: ethics, medical; conscientious refusal to treat; personal autonomy.

1. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF São Martinho, ULS Tâmega e Sousa

INTRODUÇÃO

A complexidade vigora em todas as áreas da medicina não só pela envolvimento dos diversos conteúdos teóricos e práticos, mas também pela sintonia aplicada a todos os intervenientes que constituem a equipa de saúde de forma a conciliar todos os interesses. Apesar de todas as partes terem como objetivo comum o “melhor” em prol do doente, por vezes este conceito pode ser distintamente interpretado dependendo da pessoa em causa, o que pode resultar em opiniões divergentes.

A Ética médica é inerente e inseparável a qualquer atividade de um médico e este é eticamente obrigado a beneficiar o utente, evitar ou minimizar qualquer tipo de dano e respeitar os valores e preferências do mesmo.¹

A atuação da parte médica visa o melhor para o doente, no entanto, este percurso já não é traçado à margem deste, sendo que a forma de atuar baseada em decisões paternalistas já há muito que tem vindo a ser abandonada. Decisões exclusivamente tomadas pelos médicos sem que os doentes possam opinar têm sido substituídas pelo conceito de autonomia. A opinião do doente foi, ao longo dos vários anos, ganhando força e neste momento conseguimos perceber que ela é o cerne da atividade médica, não podendo o médico agir sem que a opinião do doente seja respeitada mesmo que esta decisão não faça parte do melhor plano para a sua saúde. É precisamente nesta fase que a dificuldade se instala. O que os médicos têm como melhor e mais benéfico para os doentes, pode não ser aceite e esta decisão deverá ser respeitada.^{2,3}

Sabemos que o princípio da autonomia defende que as pessoas têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas com o seu corpo e vida e, neste sentido, quaisquer atos médicos devem ser autorizados pelo doente.³ A escolha autónoma engloba o poder da pessoa decidir as suas ações e pensamentos segundo o seu próprio desejo, crença e/ou valores. Estas escolhas requerem que os indivíduos com capacidade e decisão intacta para deliberar sobre suas escolhas pessoais, devam ser tratados com respeito.¹ Neste sentido, e para salvaguardar este princípio, temos como ferramenta fulcral o consentimento informado, livre e esclarecido. Este é um dos requisitos prévios para atuação de qualquer procedimento médico e consiste na expressão de vontade que se destina a respeitar o direito do doente a tomar decisão sobre a sua saúde, sendo imprescindível conter a informação adequada para que seja o mais esclarecido

possível. Este pode ser escrito ou oral, que esclareça a vontade do doente, sendo revogável em qualquer altura.^{1,4} Apesar de ser considerado que todo o adulto é capaz de consentir até prova do contrário, quando percebemos que estamos perante iliteracia, analfabetismo ou então manifestações de incompreensão, o caminho a seguir não será ultrapassar ou ignorar este mesmo consentimento, mas sim arranjar instrumentos que auxiliem a melhor explicação, adaptação do discurso e transmissão da informação de forma mais ajustada para garantir o esclarecimento da situação ou procedimento em causa.⁵

O caso clínico retrata primeiramente a recusa de diagnóstico e tratamento tendo sido a opinião e posicionamento do doente respeitada por todos os profissionais envolventes e paralelamente a esta recusa a luta para vencer a doença.

DESCRIÇÃO DO CASO

Sexo masculino, 59 anos, quarto ano de escolaridade, divorciado, uma filha, emigrante (vive sozinho na Holanda), serralheiro de profissão, religião católica. Antecedentes pessoas de tabagismo, 45 unidades maço-ano. Sem medicação crónica. Negava consumo de produtos de ervanária, suplementos, álcool ou drogas.

Há cerca de cinco anos recorreu a consulta com o seu médico assistente por tosse com vários meses de evolução, pelo que foi proposta realização de radiografia do tórax. Esta evidenciou nódulo no terço superior do pulmão direito muito sugestivo de malignidade. Foi encaminhado para consulta de Pneumologia com urgência, proposto estudo, que o doente recusou e, por isso, teve alta desta consulta.

Uma vez que o doente regressou novamente ao trabalho na Holanda, o seu médico assistente tentou inúmeras vezes contactá-lo telefonicamente, na tentativa de perceber o motivo de recusa. Foi explicado pelo seu médico a importância da suspeita diagnóstica, da necessidade de cessar o consumo tabágico, que o doente não valorizou. Mostrou-se sempre indisponível para abordar o tema, deixando posteriormente de atender as chamadas telefónicas. A decisão do doente foi respeitada.

Passados cerca de quatro anos, por episódio de edema do membro inferior esquerdo e ausência de seguro de saúde na Holanda, regressa a Portugal. Recorreu ao serviço de urgência, onde foi diagnosticada trombose venosa profunda. À alta, orientado para estudo endoscópico para exclusão de etiologia neoplásica.

No decorrer da realização da endoscopia digestiva baixa, por suspeita de perfuração de neoplasia do cólon transverso, foi novamente encaminhado para o serviço de urgência. Realizou hemicolectomia direita urgente por perfuração intestinal no contexto de adenocarcinoma do cólon transverso. Simultaneamente, diagnosticado um adenocarcinoma do pulmão direito no decorrer do estadiamento da neoplasia do cólon.

Proposto tratamento com quimioterapia, que aceitou, e está motivado e focado na sua recuperação.

COMENTÁRIO

A ideia de paternalismo clínico que se traduzia na circunstância de as decisões sobre a saúde dos pacientes serem única e exclusivamente tomadas pelos médicos, foi hoje substituída pelo conceito de autonomia do doente, podendo este optar pela solução que, no seu entender, é a mais correta para resolver o seu problema ainda que, na opinião do médico, tal não se afigure da mesma forma.^{1,2}

Temos bem presente que o princípio de autonomia não deve ser ultrapassado e a vontade do doente respeitada, no entanto, perante um doente como o descrito neste caso clínico (que recuse ou não esteja de acordo com qualquer ato de diagnóstico ou tratamento) o que poderá ser feito? Será que não há nada que possamos fazer mesmo que isso seja uma opção “errada” do ponto de vista médico e que o profissional saiba que possa ser prejudicial para a saúde do doente?

Nem sempre o meio de alcançar a cura do doente é coincidente entre ambas as partes, instalando-se uma grande dificuldade em gerir o conflito. O médico não poderá agir ou contrariar a opinião do doente, mesmo que essa decisão não leve à melhor solução para a sua saúde. O confronto do médico com uma decisão por parte do doente que considera desfavorável para a sua saúde, por vezes, gera frustração no profissional por assumir que o seu campo de ação está limitado à decisão do doente.³ Toda a informação que o médico possui e a vasta experiência auxiliam à prestação de informação e esclarecimento de todos os riscos/benefícios na decisão do doente, apoiando-se na empatia e não em sentimentos de revolta ou frustração que podem levar ao desinvestimento, por parte do profissional.⁵

A decisão de recusa de tratamento ou diagnóstico por parte do doente não se prende somente pela inexistência de informação sobre o seu estado de saúde, a sua doença, ou sobre os possíveis tratamentos e riscos associados. Esta decisão vai muito para além do doente ser ou não dotado de literacia médica. Será

tão importante um médico cumprir a obrigação de informar o doente de forma a este tomar uma decisão fundamentada como o profissional perceber ou tentar esmiuçar essa decisão. É neste ponto que toda a experiência e sabedoria serão importantes, mas as ferramentas da comunicação serão o que poderá ser o ponto de viragem. Com frequência, a decisão de recusa é baseada no medo, mal-entendido ou falta de confiança, e este medo pode ser resultado tanto de iliteracia (pois o doente não sabe o que esperar) como, por outro lado, poderá advir da alta literacia (o doente tem a perceção de todo o processo) e isso gerar sentimento de medo. A comunicação e a empatia auxiliam a entender se esta será uma das causas subjacentes de recusa.^{2,3}

É inquestionável a importância da obrigação da informação de forma a ser a base de uma decisão fundamentada, no entanto não será menos importante a abordagem de todos os restantes fatores que devem ser tomadas em linha de conta na hora da decisão final. O médico deve abordar estas questões segundo o modelo biopsicossocial pois só através desta abordagem é que conseguimos garantir que se trata de uma decisão deliberada.¹ Não será menos importante perceber se a tomada de decisão será apoiada em questões religiosas ou então sobre questões culturais comparativamente à investigação de uma possível patologia base como uma depressão, *delirium* ou outro estado clínico que prejudique a capacidade da pessoa tomar decisões sobre cuidados de saúde.²

Com este caso conseguimos perceber que a solução não passa pelo abandono do doente por este não ter, aos nossos olhos, tomado a melhor decisão em prol da sua saúde, mas sim continuar com o seu acompanhamento de forma que sinta que tem o nosso respeito em qualquer situação. O que foi descrito mostra-nos também que o médico, pela posição privilegiada que tem, deve estar atento e entender as motivações que levam um doente à recusa de diagnóstico ou de tratamento. Apesar das inúmeras tentativas de contacto telefónico pelo seu médico assistente, não foi suficiente para explorar as suas motivações e decisões. Consideramos que a ausência presencial do doente poderá ter sido uma barreira à exploração da sua decisão, não garantida uma decisão consciente, informada e esclarecida.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Med Princ Pract*. 2021;30(1):17-28. Epub 2020 Jun 4. PMID: 32498071; PMCID: PMC7923912.
- 2- Simões, JAR. (2008). A ética em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 24(1), 45-7.
- 3- Pereira dos Santos, MI. Os princípios éticos da autonomia, beneficência

e justiça nos rastreios. In: Bioética e Políticas Públicas. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV). 2014:47-63.

4- Código Deontológico. Regulamento nº 707/2016, de 21 de julho. Diário da República. 2ª Série(139).

5- Entidade Reguladora da Saúde. Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde. Porto; 2021.

CONFLITOS DE INTERESSE E FINANCIAMENTO:

Não existe qualquer conflito de interesse. Todos os custos foram suportados pelas autoras, pelo que não foi necessário nenhum tipo de financiamento.

CORRESPONDÊNCIA:

Beatriz Morais Pinto

beatrizmoraislb2@hotmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL

CR: Elaboração do manuscrito; Organização; Revisão.

ACA: Elaboração do manuscrito; Tabela; Figura.

BMP: Elaboração do manuscrito; Revisão.

RECEBIDO: 18 de dezembro de 2023 | ACEITE: 24 de março de 2024