

Quando o Tratamento Oncológico Pode Ser Fútil?

Carlos Henrique Debenedito Silva¹, Teresa Cristina da Silva dos Reis², Cristhiane da Silva Pinto³, Fermin Roland Schramm⁴

APRESENTAÇÃO

O Núcleo de Bioética (NB) e a Divisão Técnico-Científica (DTC) do Hospital do Câncer IV (HC IV), do Instituto Nacional de Câncer (INCA), promoveram em 28 de novembro de 2006 sua II Jornada de Bioética, sobre um tema que aborda um conceito que, frente aos avanços medicamentosos e técnicos obtidos ainda nas últimas décadas do Século XX, expõe a tênue linha que separa as condutas "ordinárias" das "extraordinárias", principalmente no final da vida dos nossos pacientes. Mantê-los vivos para além de seu possível "limite", prorrogar a vida com sua exposição a um processo penoso que, ao final, não impedirá sua morte, se justifica eticamente? No ideal de se prolongar a (sobre)vida, independente da qualidade se revelar medíocre, estaremos prescrevendo um tratamento *fútil*?

Utilizar os meios médicos disponíveis na manutenção da vida de um doente, qualquer que seja seu estado de doença, nos reporta a uma análise de dimensões qualitativa e quantitativa que se atribui a este termo. A avaliação de um possível benefício quantitativo é medida pela probabilidade percentual do sucesso do tratamento aplicado que, não alcançando valores que possam justificar, é moralmente questionável. Do mesmo modo, expor o doente a uma penosa caminhada, uma tentativa de sucesso que se mostra infrutífera, (in)qualificada, quase sempre instituído por decisão unilateral, sem sua aquiescência, demonstra a dimensão qualitativa dessa terapia. Atualmente, a co-responsabilização do doente é defendida como princípio fundamental a ser exercido pelo próprio, o que ainda se inicia na prática clínica.

Após a revolução dos meios de informação, com a Internet, que aproxima, em segundos, o mundo globalizado e socializa todo o tipo de informação, inclusive da Área da Saúde, a participação de muitos, aí inserido o próprio paciente, no conhecimento das ofertas, do sucesso e insucesso dos tratamentos oferecidos, faz com que a decisão final possa ser tomada em conjunto. Além da beneficência médica, o respeito à autonomia do paciente bem informado deve estar presente, independente da chance de um resultado melhor ou pior ser possível.

A morte, sendo a maior certeza na vida de cada ser humano, deve receber cuidadosa atenção quando estiver anunciada. O tratamento de cada doença, desde o princípio, deve ser adequado à condição clínica da pessoa, computado o prognóstico. Quando este for sombrio, já *esgotadas as possibilidades curativas*, as medidas devem ser cuidadosamente avaliadas, do ponto de vista da obrigatoriedade deontológica de ser instituída, a qualquer custo, ou do questionamento de sua validade, frente ao manifesto desejo do doente ou da razoabilidade de sua instalação.

Ir além do limite - humano - da nossa vida, tratamento fútil é impor ao sujeito que sofre um custo *infrutífero, descabido, injustificável, desmedido, inútil* ou ... *fútil*.

¹Médico. Bioeticista. Chefe da Divisão Técnico-Científica do Hospital do Câncer IV (HC IV) - Instituto Nacional de Câncer (INCA) / MS. E-mail: chdsilva@inca.gov.br

²Médica. Chefe da Divisão Médico Assistencial do HC IV - INCA / MS. E-mail: treis@inca.gov.br

³Médica. Presidente do Corpo Clínico do HC IV - INCA / MS. E-mail: cristhianepinto@inca.gov.br

⁴Bioeticista. Pesquisador Titular do Departamento de Ciências Sociais, da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) / FIOCRUZ.

Coordenador do Conselho de Bioética do INCA / MS. E-mail: roland@ensp.fiocruz.br

¹⁻⁴Coordenadores do Núcleo de Bioética do HC IV - INCA / MS

Sabemos que a morte é uma das grandes angústias vividas pelo homem moderno, incluído o profissional da área da saúde, sobretudo na atualidade, quando conta com o progresso científico-tecnológico, como nunca dantes verificado. As catadrais do sofrimento^{1,2}, espaços de tratamento intensivo das piores condições clínicas, afastam a morte do convívio da sociedade, da família e de profissionais menos preparados, por impor redomas em torno do doente, encastelá-lo fora do alcance visual de muitos, com horário restrito de "visitação", tanto por razões de proteção ao ser que sofre, quanto como mecanismo de defesa psíquica de todos, por distanciar a lembrança da morte que ronda ao nosso redor, mantendo-a a distância.

Decorrente de que numerosas definições de tratamento fútil têm sido registradas, mas nenhuma com aceitação universal, propomos que esta conceituação deva ser pensada sob a ótica *preditiva*³, por evitar que, *a priori*, existindo a possibilidade do tratamento ser *inútil*, não deverá ser oferecido, para que, *a posteriori*, não se configure essa condição.

Com o intuito de apresentarmos as abordagens dos palestrantes da II Jornada de Bioética do HC IV, trazemos o rico material produzido pelos colaboradores. Tivemos, pela manhã, as análises do *Oncologista Clínico, do Intensivista, da Paliativista e da Psicóloga*, na prática assistencial, enquanto à tarde, *os pontos de vista do saber-fazer médico, do binômio paciente-família, do gestor do Sistema de Saúde* e, por fim, da *Bioética*.

Longe de nós a intenção da conclusão inquestionável do assunto - fato inadmissível pela Bioética - mas sim o questionamento constante da indicação da melhor medida terapêutica aos nossos doentes oncológicos, e, em especial, quando estiverem esgotadas as possibilidades curativas.

REFERÊNCIAS

1. Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? Bioética [periódico na Internet]. 1996 [citado em 2006 Out 28]; 4(1): [aproximadamente 15 p.]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/ind1v4.htm>.
2. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da Saúde Pública. Cad Saúde Pública [periódico na Internet]. 2004 Mai-Jun [citado em 2006 Out 28]; 20(3):855-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/23.pdf>.
3. Walker RM. Ethical issue in end-of-life care. Cancer Control [serial on the Internet]. 1999 Mar-Apr [cited 2006 Out 28]; 6(2): [about 12 p.]. Available from: <http://www.moffitt.org/moffittapps/ccj/v6n2/article4.htm>.

Quando o Tratamento Oncológico Pode Ser Fútil? Do Ponto de Vista do Oncologista Clínico

Carlos José Coelho de Andrade

Nunca se falou tanto em limites nas intervenções médicas no processo terapêutico. Várias dimensões deste tema podem ser enfocadas. Limito-me aos aspectos relacionados às relações médico-paciente-família, considerando os elementos presentes em cada um destes três universos.

A futilidade denota algo que não consegue atingir os objetivos. Sobretudo, aquilo que é realizado a despeito de não atingir esses objetivos. Costuma-se imputar ao médico, em especial ao oncologista, as medidas terapêuticas fúteis, às quais os pacientes são submetidos. Isto de fato ocorre já que o início do tratamento não pode ser realizado por outro que não o médico-assistente. Costuma-se ainda se idealizar um contexto em que os pacientes declinam de tratamentos oferecidos e que existe uma certa pressão dos médicos para a realização dos mesmos. Por fim, pouco se fala da influência dos familiares na autonomia e tomada de decisão terapêutica. Vou tentar extrair elementos dessas três esferas, buscando uma maior compreensão do fenômeno da obstinação terapêutica.

Dentre os princípios que norteiam a tomada de decisão médica; beneficência, não-maleficência, autonomia e alocação adequada dos recursos. A família atua muitas vezes interferindo na autonomia dos pacientes. Sob o pretexto de aliviar a carga das informações relativas ao diagnóstico e seu prognóstico, os pacientes muitas vezes são impossibilitados de participar da reflexão e tomada de decisão terapêutica que oferece ganhos marginais ou até mesmo ausência dos mesmos. Este dado não pode ser negligenciado e uma atenção especial deve ser dada à família no sentido de identificar elementos que possam ser trabalhados como culpa e transferência para citar apenas alguns. Estes, se devidamente elaborados, podem aliviar uma carga pesada dos ombros da equipe de Saúde e principalmente do paciente.

As pessoas reagem de forma curiosa ao desafio da doença, sobretudo, quando a vida realmente se encontra ameaçada e os limites da existência tomam forma em uma perspectiva temporal muito curta.

A perspectiva do paciente é diferente de uma pessoa sadia. Eles são desejosos de receber tratamentos com pequenos benefícios e grandes toxicidades. Receber informações realísticas sobre diferentes opções de tratamento e a probabilidade de sucesso e efeitos adversos não é fácil¹. Vários estudos em diferentes épocas e ambientes revelam uma expectativa elevada em receber tratamento, ainda que as informações sejam dadas de forma pessimista ou mesmo de forma que fiquem claras a ausência de benefício e a perspectiva de efeitos adversos com os tratamentos. A comunicação de notícias ruins é crítica tanto para quem oferece a informação quanto para quem recebe a mesma. Já foi documentado que o suporte clínico como alternativa ao tratamento específico só foi registrado como informação dada por cerca de 25% dos pacientes².

Na esfera da decisão médica, do ponto de vista técnico, alguns dados são muito interessantes. Em alguns ambientes, o tempo decorrido entre o último tratamento oferecido e o óbito é cada vez menor. Murillo e Koeller documentaram o número de linhas terapêuticas e o intervalo de tempo entre o último tratamento e o óbito de pacientes sob cuidados oncológicos por médicos de comunidade nos EEUU. Em um universo de mais de 400 casos, cerca de 43% faleceram em menos de 31 dias e do último ciclo de quimioterapia. Impressiona ainda que 20% tenham falecido em menos de 14 dias do último ciclo. Não cabe um diagnóstico das razões para este fenômeno que pode ter muitas variáveis, sobretudo locais, mas o fato é que hoje em dia trata-se mais que em qualquer outro tempo³.

Chefe do Serviço de Oncologia Clínica do Instituto Nacional de Câncer (INCA) / MS. E-mail: carlosj@inca.gov.br

Endereço para correspondência: Serviço de Oncologia Clínica do Hospital do Câncer I (HCI)/ INCA / MS. Praça da Cruz Vermelha, 23 - 8º andar Centro - Rio de Janeiro (RJ), Brasil - CEP: 20230-130

A decisão clínica é de fato o resultado da conjugação de elementos que existem no contexto local, dos dados científicos disponíveis e da experiência e vivência passada dos médicos e pacientes. Essas esferas delimitam campos de natureza do conhecimento, éticas e das diretrizes terapêuticas. Ou seja, a decisão clínica é um fato nada simples e sujeito a muitas variáveis. Arrisco-me em traçar um paralelo com as idéias de Daniel Kahneman, psicólogo e ganhador do Nobel em economia de 2002. Ele formula a idéia e a aplicou à área econômica com o conceito de que: um modelo padrão de motivação é aquele em que o sujeito tem um desejo Y e acredita que realizando um ato X ele pode alcançar Y. A partir de um racional, toma-se uma decisão acreditando que o objetivo será alcançado.

Por fim, gostaria de trazer um elemento da maior importância ao meu ver: são os aspectos relativos ao profissional, que passa toda a sua vida envolvido com tomadas de decisão altamente desgastantes, e sujeitas a tantos elementos de pressão. É fundamental uma atenção especial na seleção, no treinamento e nos conteúdos que devem ser mobilizados por esse profissional para enfrentar estes problemas. Estes fatores podem explicar em parte o crescente uso de quimioterapia próximo do final da vida. Ferramentas de apoio à decisão, baseadas em informações reais e isentas, sobre escolhas terapêuticas, prognóstico e desfecho, são necessárias.

REFERÊNCIAS

1. Matsuyama R, Reddy S, Smith TJ. Why do patients choose chemotherapy near the end of life? A review of the perspective of those facing death from cancer. *J Clin Oncol*. 2006;24(21):3490-6.
2. Silvestri G, Pritchard R, Welch HG. Preferences for chemotherapy in patients with advanced non-small cell lung cancer: descriptive study based on scripted interviews. *Br Med J*. 1998;317(7161):771-5.
3. Murillo JR, Koeller JJ. Chemotherapy given near the end of life by community oncologists for advanced non-small cell lung cancer. *Oncologist*. 2006;11(10):1095-9.

Quando o Tratamento Oncológico Pode Ser Fútil? Do Ponto de Vista do Intensivista

Márcio Soares

INTRODUÇÃO

O câncer é a segunda causa de óbito mais freqüente na população brasileira, sendo superado apenas pelas doenças do aparelho circulatório. Em 2003, os números de casos novos e de óbitos relacionados ao câncer no Brasil foram estimados em cerca de 402 mil e 127 mil, respectivamente¹. As estimativas para o ano de 2006 são de que cerca de 472 mil novos casos de câncer tenham sido diagnosticados².

Nos últimos anos, avanços nos cuidados dos pacientes com câncer têm resultado em maior probabilidade de controle ou cura da doença, com melhorias na sobrevida e na qualidade de vida³. Em paralelo, a sobrevida dos pacientes com câncer que necessitam de internação na UTI aumentou na última década e o prognóstico destes parece melhor⁴⁻⁹. Avanços nas áreas de terapia de intensiva e oncologia, e certamente um refinamento na avaliação da propriedade da internação na UTI contribuíram para estes fatos.

O propósito dos cuidados intensivos é restabelecer o estado de saúde e a qualidade de vida prévia dos pacientes portadores de doenças graves agudas. De modo geral, são internados na UTI pacientes com chances de cura ou controle do câncer, e que apresentem complicações potencialmente reversíveis. Entretanto, a internação de pacientes com câncer na UTI ainda é motivo de controvérsia entre os intensivistas e os oncologistas. Dificuldades e questionamentos surgem com freqüência nos processos de definição do prognóstico dos pacientes, de avaliação da propriedade dos cuidados intensivos e de quando iniciar cuidados de fim de vida. O prognóstico desses pacientes é freqüentemente considerado ruim *a priori* e este conceito tem sido responsável pela recusa das internações dos pacientes nas UTI, especialmente em hospitais não especializados no tratamento oncológico. Por outro lado, com os recursos terapêuticos e tecnológicos atualmente disponíveis, há também a possibilidade do prolongamento da vida de pacientes que têm poucas possibilidades de recuperação. Este fato implica, muitas vezes, em sofrimento e frustração indesejáveis para o paciente, seus familiares e para a equipe de saúde. Ademais, os custos elevados dos tratamentos oncológicos e da medicina intensiva, associados ao número limitado de leitos em UTI, nos remetem a considerações sobre a racionalização da utilização dos recursos^{10,11}.

AVALIANDO A PROPRIEDADE DOS CUIDADOS INTENSIVOS

A avaliação da propriedade dos cuidados intensivos nos pacientes com câncer deve ser norteadas pelos princípios bioéticos básicos da beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia. Essa avaliação pode ocorrer em três situações: durante o curso clínico da doença; na avaliação do mérito da internação na UTI por ocasião de uma intercorrência grave; e durante a internação na UTI. Entretanto, é lamentável que as discussões sobre as preferências de níveis e modalidades de cuidado na eventualidade de uma intercorrência grave raramente sejam

Especialista em Medicina Intensiva pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)
Mestre e Doutor em Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Médico do Centro de Tratamento Intensivo do Hospital do Câncer I (HC I) - Instituto Nacional de Câncer (INCA) / MS. E-mail: marciосоaresms@yahoo.com.br
Endereço para correspondência: Centro de Tratamento Intensivo do HC I / INCA / MS. Praça da Cruz Vermelha, 23 - 10º andar - Centro - Rio de Janeiro (RJ), Brasil - CEP: 20230-130.

feitas previamente com os pacientes no nosso meio. Estas considerações acabam sempre ocorrendo no momento da internação ou durante a permanência dos pacientes na UTI. As decisões sobre a propriedade da instituição ou da suspensão dos cuidados intensivos sempre ocorreram no Brasil, assim como em qualquer outro lugar. Entretanto, informações a respeito destas práticas ainda são bastante escassas¹².

Em dois estudos brasileiros com pacientes adultos com câncer internados em UTI, as decisões para a limitação de suporte de vida (LSV) foram tomadas em 11% e 36,3% do total de pacientes que faleceram^{6,9}.

Isto acaba por acontecer devido a uma série de barreiras e limitações, tais como o foco principal no tratamento curativo em detrimento da incorporação progressiva de cuidados paliativos; a falta de treinamento em cuidados paliativos e de final de vida; a ausência de uma legislação específica sobre o tema, o que deixa os profissionais de Saúde receosos de processos legais; e o paternalismo que normalmente rege as relações entre os profissionais de Saúde e os pacientes. No momento atual, é fundamental que haja uma mudança de paradigmas no foco do cuidado dos pacientes, partindo de um modelo estritamente voltado para o cuidado curativo para uma nova visão, na qual os cuidados paliativos e curativos sejam oferecidos de forma integrada aos pacientes.

O conhecimento dos aspectos relacionados ao prognóstico é fundamental para o processo de avaliação da propriedade dos cuidados intensivos nos pacientes com câncer. Idealmente, a avaliação do prognóstico deve englobar outros domínios de interesse além da letalidade, tais como as repercussões na morbidade crônica e na qualidade de vida. O prognóstico desses pacientes depende diretamente de fatores multidimensionais que interagem entre si de forma complexa. Além dos fatores e características comuns aos demais pacientes de terapia intensiva, há que se considerar também outros relacionados ao estado da sua doença de base e à instituição de tratamentos com potenciais elevados de complicações, tais como: radioterapia, quimioterapia, imunossupressão e cirurgias com grandes ressecções.

A avaliação do prognóstico dos pacientes com câncer gravemente enfermos pode ser feita através da utilização de modelos probabilísticos e da identificação de fatores associados à sua letalidade. Nos últimos anos, o nosso grupo tem se dedicado ao estudo dos aspectos relacionados ao prognóstico desses pacientes, fornecendo resultados que espelham a nossa realidade e que podem ajudar os profissionais de Saúde nas discussões sobre o prognóstico com os próprios pacientes, seus familiares e todos envolvidos nas decisões relacionadas ao processo de cuidado dos pacientes^{6,7,13-20}.

Diversos modelos de predição prognóstica foram avaliados em pacientes com câncer criticamente enfermos. Geralmente, o desempenho dos modelos de prognóstico gerais, tais como as versões do *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE) e do *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS), é inapropriado neste subgrupo de pacientes e geralmente tendem à subestimação da letalidade. A utilidade de modelos especificamente desenvolvidos para os pacientes com câncer gravemente enfermos como o *Cancer Mortality Model* não se mostrou superior a dos modelos gerais^{13,14}. Entretanto, é fundamental enfatizar que os escores de prognóstico não devem ser utilizados em hipótese alguma na predição prognóstica individual, principalmente em decisões terapêuticas ou relacionadas à tomada de decisão para a internação na UTI.

Fatores de prognóstico foram estudados pelo nosso grupo em diversos contextos e subgrupos de pacientes com câncer internados em terapia intensiva. Dentre as diversas características estudadas, quatro se sobressaem como determinantes de óbito nesta população: a gravidade das disfunções orgânicas, a gravidade das comorbidades, o comprometimento do *performance status* e a presença de uma neoplasia em atividade, principalmente se em recidiva ou progressão^{6,7,15-20}. Embora uma idade mais avançada também esteja associada de modo independente com uma maior letalidade, o impacto desta não parece ser tão relevante quando comparado aos das outras características citadas anteriormente⁷. Entretanto, é também necessário frisar que nenhuma característica deva ser utilizada de forma isolada na avaliação do prognóstico dos pacientes.

Como já afirmado, as decisões quanto à propriedade da instituição ou não dos cuidados intensivos deve ser consensual entre os membros da equipe de Saúde, pacientes e seus familiares. O benefício dos cuidados intensivos para pacientes com diagnóstico recente de câncer e passíveis de tratamentos com intenção de cura ou controle de sua doença é inquestionável. Da mesma forma, existe um certo consenso de que pacientes em fase avançada da neoplasia que estejam sem perspectivas de tratamento e que apresentem grave comprometimento do *performance status* relacionado à progressão da neoplasia não devem ser internados na UTI, mas receber cuidados paliativos como modalidade tratamento. Entretanto, em muitas ocasiões, pode não haver elementos suficientes para substanciar a tomada de decisão no momento da internação na UTI, o que pode gerar conflitos, frustrações e sofrimento desnecessários. Neste contexto, a opção mais acertada parece ser o oferecimento de cuidados intensivos plenos

por um determinado período de tempo (três a sete dias de internação na UTI) com a reavaliação posterior do caso, levando em consideração principalmente a resposta ao tratamento utilizado, para que a redefinição da modalidade e níveis de cuidados a serem instituídos, a partir de então, seja feita de modo mais apropriado^{21,22}.

Algumas considerações sobre as famílias dos pacientes se fazem necessárias, porque na maioria das situações os pacientes não estarão lúcidos e será preciso lidar e cuidar dos seus familiares. Em um grande estudo multicêntrico realizado na França, a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão graves foi de aproximadamente três quartos dos familiares de pacientes internados em UTI²³. Neste estudo, os principais fatores associados com a presença dos sintomas de ansiedade e depressão relacionados ao ambiente da UTI e aos profissionais de Saúde foram a falta de um local reservado para serem atendidos, a falta de encontros regulares com a equipe de Saúde e principalmente a ocorrência de contradições ou discordâncias entre os componentes da equipe. Os profissionais de Saúde devem tomar extremo cuidado com a coerência das informações fornecidas e com a condução das discussões que envolvam decisões quanto ao nível e modalidade de tratamento a ser oferecido ao paciente.

Para concluir, o conhecimento sobre o prognóstico é útil nas discussões sobre as modalidades de cuidados mais apropriadas ao paciente. Nos pacientes com câncer criticamente enfermos, os principais determinantes de óbito são a gravidade das disfunções orgânicas, o comprometimento da capacidade funcional (*performance status*), a presença de uma neoplasia não-controlada e a gravidade das comorbidades. Entretanto, nenhuma característica deve ser utilizada isoladamente na avaliação do prognóstico, nem nos processos de tomadas de decisões relacionadas ao cuidado do pacientes. Neste processo, é fundamental a melhoria da comunicação entre cuidadores, pacientes e familiares para que a decisão ocorra de modo consensual e que a ocorrência de conflitos possa ser prevenida. Afinal, o mais importante é evitarmos que os cuidados intensivos deixem de ser oferecidos aos pacientes que deles possam beneficiar-se.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. [monografia na Internet]. Rio de Janeiro (Brasil): Instituto Nacional de Câncer; 2003 [citado em 2005 Jul 19]. Disponível em: www.inca.gov.br/estimativas/2003.
2. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2006: incidência de Câncer no Brasil [monografia na Internet]. Rio de Janeiro (Brasil): Instituto Nacional de Câncer; 2005. [citado em 2006 Jul 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/versaofinal_estimativa2006.pdf.
3. Brenner H. Long-term survival rates of cancer patients achieved by the end of the 20th century: a period analysis. *Lancet*. 2002;360(9340):1131-5. Comment in: *Lancet*. 2003;361(9353):262.
4. Kress JP, Christenson J, Pohlman AS, Linkin DR, Hall JB. Outcomes of critically ill cancer patients in a university hospital setting. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999;160(6):1957-61.
5. Staudinger T, Stoiser B, Mullner M, Locker GJ, Laczika K, Knapp S, et al. Outcome and prognostic factors in critically ill cancer patients admitted to the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2000;28(5):1322-8.
6. Soares M, Salluh JI, Ferreira CG, Luiz RR, Spector N, Rocco JR. Impact of two different comorbidity measures on the 6-month mortality of critically ill cancer patients. *Intensive Care Med*. 2005;31(3):408-15. Epub 2005 Jan 28.
7. Soares M, Carvalho MS, Salluh JI, Ferreira CG, Luiz RR, Rocco JR, et al. Effect of age on survival of critically ill patients with cancer. *Crit Care Med*. 2006;34(3):715-21. Comment in: *Crit Care Med*. 2006;34(3):912-3.
8. Azoulay E, Alberti C, Bornstain C, Leleu G, Moreau D, Recher C, et al. Improved survival in cancer patients requiring mechanical ventilatory support: impact of noninvasive mechanical ventilatory support. *Crit Care Med*. 2001;29(3):519-25.
9. Vieira JM Jr, Castro I, Curvello-Neto A, Demarzo S, Caruso P, Pastore L Jr, et al. Effect of acute kidney injury on weaning from mechanical ventilation in critically ill patients. *Crit Care Med*. 2007;35(1):184-91. Comment in: *Crit Care Med*. 2007;35(1):316-7.
10. Halpern NA, Pastores SM, Greenstein RJ. Critical care medicine in the United States 1985-2000: an analysis of bed numbers, use, and costs. *Crit Care Med*. 2004;32(6):1254-9. Comment in: *Crit Care Med*. 2004;32(6):1408-9.
11. Schapira DV, Studnicki J, Bradham DD, Wolff P, Jarrett A. Intensive care, survival, and expense of treating critically ill cancer patients. *JAMA*. 1993;269(6):783-6. Comment in: *JAMA*. 1993 Jun 2;269(21):2738-9.
12. Soares M, Fontes F, Dantas J, Gadelha D, Cariello P, Nardes F, et al. Performance of six severity-of-illness scores in cancer patients requiring admission to the intensive care unit: a prospective observational study. *Crit Care*. 2004;8(4):R194-203. Epub 2004 May 24.

13. Soares M, Salluh JIF. Validation of the SAPS 3 admission prognostic model in patients with cancer in need of intensive care. *Intensive Care Med.* 2006;32(11):1839-44. Epub 2006 Sep 15.
14. Soares M, Salluh J, Rocco JR, Spector N. Fatores prognósticos em pacientes com neoplasias hematológicas gravemente enfermos. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2005;17(3):170-5.
15. Soares M, Darmon M, Salluh JIF, Ferreira CG, Thiéry G, Schlemmer B, et al. Prognosis of lung cancer patients with life-threatening complications. *Chest.* 2007;131(3):840-6.
16. Soares M, Salluh JI, Spector N, Rocco JR. Characteristics and outcomes of cancer patients requiring mechanical ventilatory support for >24 hrs. *Crit Care Med.* 2005;33(3):520-6. Comment in: *Crit Care Med.* 2005;33(3):678-9.
17. Soares M, Salluh JIF, Carvalho MS, Darmon M, Rocco JR, Spector N. Prognosis of critically ill patients with cancer and acute renal dysfunction. *J Clin Oncol.* 2006;24(24):4003-10.
18. Soares M, Salluh JIF. Prognostic factors in cancer patients in the intensive care unit. *Indian J Crit Care Med.* 2007;11(1):19-24.
19. Soares M, Salluh JIF, Toscano L, Dias FL. Outcomes and prognostic factors in patients with head and neck cancer and severe acute illnesses. *Intensive Care Med.* 2007;33(11):2009-13. Epub 2007 Jul 10.
20. Soares M, Terzi RG, Piva JP. End-of-life care in Brazil. *Intensive Care Med.* 2007;33(6):1014-7. Epub 2007 Apr 5.
21. Lecuyer L, Chevret S, Thiery G, Darmon M, Schlemmer B, Azoulay E. The ICU trial: a new admission policy for cancer patients requiring mechanical ventilation. *Crit Care Med* 2007;35(3):808-14. Comment in: *Crit Care Med.* 2007;35(3):965-6.
22. Azoulay E, Afessa B. The intensive care support of patients with malignancy: do everything that can be done. *Intensive Care Med.* 2006;32(1):3-5. Epub 2005 Nov 25. Comment on: *Intensive Care Med.* 2006;32(1):93-9.
23. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert P, Canoui P, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Crit Care Med* 2001;29(10):1893-7. Comment in: *Crit Care Med.* 2001;29(10):2025-6.

Quando o Tratamento Oncológico Pode Ser Fútil? Do Ponto de Vista da Paliativista

Cristhiane da Silva Pinto

Perto do fim da vida, uma pretensa cura significa simplesmente a troca de uma maneira de morrer por outra [...]. Cada vez mais, nossas tarefas serão de acrescentar vida aos anos a serem vividos e não acrescentar anos à nossa vida [...]. mais atenção ao doente e menos à cura em si mesma [...].

Hellegers

A expressão *futilidade terapêutica* começou a ser utilizada, no meio médico, na década de 1980, como a introdução ou manutenção de tratamentos considerados ineficazes, relacionados principalmente aos pacientes internados em unidades de terapia intensiva. Com a evolução técnico-científica atingida nos últimos 50 anos, a expectativa de vida praticamente dobrou. O panorama mudou e as pessoas deixaram de morrer por doenças infectocontagiosas e passaram a ser vitimadas por doenças crônico-degenerativas. Nesse momento, começaram a surgir questões não só relacionadas à cura das doenças, como também ao seu controle e principalmente relacionadas à *qualidade de vida* dos pacientes com doenças crônicas.

Quanto mais a Medicina evolui em suas técnicas e surgem novos tratamentos e aparelhos para a manutenção da vida orgânica, mais nos deparamos com questões éticas relacionadas àqueles que, mesmo com todas as técnicas disponíveis, não poderão obter a cura ou mesmo um prolongamento de vida com qualidade. Surge, então, no cenário mundial, um resgate na questão do cuidar, com o movimento conhecido como "Cuidados Paliativos Modernos", iniciado na Inglaterra, por Cicely Saunders, e que hoje está mundialmente representado.

Pela Organização Mundial da Saúde, os Cuidados Paliativos (CP) são definidos como "assistência multiprofissional, ativa e integral aos pacientes, cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, com o objetivo principal de garantia da melhor qualidade de vida ao paciente e seus familiares".

O profissional que começa seu trabalho na seara dos CP depara-se inicialmente com uma importante mudança de foco na atenção. Ele que foi inicialmente "treinado" para lidar com o conceito de saúde, passa a trabalhar com o conceito de doença em progressão. A tão perseguida cura começa a dar lugar à busca da qualidade de vida. E o que é qualidade de vida? Ela é um conceito pessoal e intransferível. Ninguém está apto a definir o que é qualidade de vida para outro. É nesse momento que o CP se cruza com um dos princípios da bioética, o princípio da autonomia, que será descrito posteriormente.

Segue uma analogia aos conceitos utilizados em CP pela ótica da Bioética dos Princípios:

Princípio da Beneficência

A moralidade requer não apenas que tratemos as pessoas como autônomas e que nos abstenhamos de prejudicá-las, mas também que contribuamos para o seu bem-estar. O princípio da beneficência é uma obrigação moral de agir em benefício de outros¹.

Membro do Núcleo de Bioética do Hospital do Câncer IV (HC IV) - Instituto Nacional de Câncer (INCA) / MS Médica. Presidente do Corpo Clínico do HC IV - INCA / MS. E-mail: cristhianepinto@inca.gov.br
Endereço para correspondência: Rua Visconde de Santa Isabel 274 - Vila Isabel - Rio de Janeiro (RJ), Brasil - CEP: 20.570-120

Quando falamos em agir em benefício de outros em CP, estamos nos referindo principalmente a dois pontos cruciais: o controle de sintomas e a qualidade de vida. A doença em progressão é capaz de infligir extremo sofrimento àqueles que dela padecem. Por isso, precisamos conhecer profundamente a história natural da doença, para que possamos antecipar as complicações que dela surgirão e com isso controlar os sintomas da doença incurável. Procuramos manter a maior qualidade de vida possível, em cada caso, sempre respeitando os desejos do paciente.

Princípio da Não-Maleficência

Tal princípio determina a obrigação de não infligir dano intencionalmente. Na ética médica, ele está intimamente ligado com a máxima *primum non nocere*: "Acima de tudo (ou antes de tudo) não causar dano"¹.

Dentro dos CP, a prática da distanásia (prolongamento da morte com sofrimento) é evitada na medida em que procedimentos invasivos e agressivos que não trarão benefício aos pacientes não são instituídos.

Princípio da Autonomia

Derivada do grego *autos* - "próprio" e *nomos* - "regra", "governo" ou "lei".

Inicialmente utilizada como referência à autogestão das cidades-estados independentes gregas. Posteriormente, passa a referir-se ao indivíduo com seus direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade da vontade e pertencimento a si mesmo¹.

Em CP, a preservação da autonomia dos pacientes é considerada um dos princípios mais importantes no processo de tomada de decisão, pois evita os abusos potenciais de um julgamento unilateral⁵. É nesse momento que se resgata a relação médico-paciente, que se perdeu ao longo do avançar técnico-científico. Como lidamos com a qualidade de vida, que é subjetiva e individual, é imprescindível ouvir o outro, com todas as suas dúvidas e experiências. No momento em que trabalhamos com o desejo do paciente e não com a vontade do médico, abandonamos o antiquado paternalismo médico.

É nessa perspectiva que se insere o cuidado ao fim da vida: é algo que é pensado e realizado, em cada caso concreto, de forma compartilhada, entre seres autônomos que se respeitam e que constroem um processo de morrer no qual os profissionais, por meio de um conhecimento técnico, podem contribuir para que esse processo seja vivido dignamente com o mínimo de sofrimento para o próprio e seus cuidadores².

Princípio da Justiça

Nos tratamentos médicos, a probabilidade de sucesso é um critério relevante, pois um recurso médico finito só deve ser distribuído entre os pacientes que tenham uma chance razoável de se beneficiar com ele. Ignorar esse fator é injusto, pois resulta em desperdício de recursos¹.

Apesar dos princípios serem *prima facie*, ou seja, não terem grau de importância pré-determinados e nem prevalecerem uns sobre os outros, dentro do contexto dos CP, esse talvez seja o princípio menos enfatizado, porém devemos sempre lembrar da utilização racional de recursos, haja vista a grande população carente desse tipo de atendimento e, conseqüentemente, a demanda reprimida existente. Não podemos jamais nortear uma ação e definir um tratamento como fútil, apenas pensando nos recursos, mas devemos lembrar que eles são finitos e devem ser empregados da melhor maneira possível.

A futilidade terapêutica é difícil de ser definida e aceita em muitos casos, pois os profissionais da Área de Saúde, principalmente os médicos, são treinados para fazer sempre tudo o que estiver ao seu alcance para "salvar a vida do indivíduo". Isso ocorre, pois aprendemos desde tenra idade que a vida é sagrada (princípio da sacralidade da vida), porém, quando trabalhamos com pacientes com doença avançada e em progressão, percebemos que a obstinação terapêutica não tem lugar em CP. O que queremos é que nossos pacientes tenham uma morte digna e sem sofrimento.

A razão de ser da obstinação terapêutica tem sido atribuída, por muitos, à medicina defensiva: uma prática que, infelizmente, tem se alastrado cada vez mais. Entende-se por essa prática uma decisão ou ação clínica do médico, motivada total ou parcialmente, pela intenção de se proteger de uma acusação de má prática médica³.

Para que não sejamos obstinados e ao mesmo tempo possamos ficar livres do "medo" de uma acusação de má prática, é que precisamos estar sempre muito embasados tecnicamente. Mesmo dentro dos CP, a população de pacientes é extremamente heterogênea. Encontramos desde pacientes com doença avançada e que se mantêm com bom *performance status* (KPS) àqueles que se encontram em cuidados ao final da vida.

Para que não deixemos de investir naqueles que se beneficiariam de determinado tratamento ou exame mais complexo para controle de sintomas e nem gastemos recursos com aqueles que não obterão benefício, é que devemos estudar minuciosamente cada caso, utilizando adequadamente os índices de prognóstico. Sabemos que alguns índices se encontram bem documentados na literatura médica e podem ajudar-nos a nortear e definir condutas. Outros ainda estão sendo definidos adequadamente através de vários estudos. O *performance status* (*Karnofsky*) (tabela 1), síndrome de anorexia e caquexia, a presença de dispnéia e fatores metabólicos (hipercalcemia, hiponatremia, leucocitose, linfopenia) servem como guia para os profissionais e podem ser mensurados através de escalas^{4,5,6,7}.

Quando falamos de futilidade terapêutica em CP, devemos lembrar de algumas questões importantes:

- O tratamento com finalidade curativa foi suspenso por ser considerado fútil, ou seja, tais pacientes já se encontram com suas possibilidades limitadas.
- Os pacientes com doença avançada, porém com um prognóstico considerável (pacientes com prognóstico maior do que 60 dias), podem se beneficiar de alguns exames ou tratamentos mais invasivos para controle de sintomas, como por exemplo: radioterapia craniana para controle de metástases de Sistema Nervoso Central, nefrostomia percutânea para a desobstrução de vias urinárias, colostomia para os casos de obstrução intestinal maligna etc.
- Pacientes com prognóstico entre 30-60 dias podem beneficiar-se de: gastrostomia alimentar ou descompressiva, radioterapia anti-hemorrágica ou antiálgica, bloqueios para controle de dor, hemotransfusão (quando com anemia sintomática).
- Pacientes com prognóstico entre 15-30 dias podem beneficiar-se de: toracocenteses e paracenteses de alívio, cateterização de vias urinárias para descompressão, medicações parenterais.
- Pacientes com um prognóstico de menos do que duas semanas de vida devem apenas ser tratados com medicações para alívio do sofrimento, como por exemplo: analgésicos para controle da dor, morfina para controle de dispnéia terminal etc. Nesses casos, procedimentos como hemotransfusão e antibioticoterapia são considerados fúteis, pois a morte é iminente.
- Para aqueles com previsão de menos de 72h de vida, até mesmo a dieta e a hidratação artificial podem ser consideradas como futilidade terapêutica. Nesses pacientes, a alimentação, além de não trazer benefícios, poderá acarretar complicações, tais como: náuseas e vômitos (com risco de broncoaspiração), dor e distensão abdominal. A hidratação artificial, por sua vez, pode acarretar piora do edema periférico e até mesmo anasarca (lembrar que a maioria dos pacientes nessa fase apresenta-se com hipoalbuminemia severa), bem como: aumento de secreção traqueobrônquica (respiração ruidosa), aumento do débito urinário (desconforto para troca de fraldas e retenção urinária com dor), aumento das secreções gástricas e intestinais (propiciando vômitos e dor abdominal), piora de derrame pleural (dispnéia), ascite (dispnéia, dor e vômitos) e edema cerebral (confusão mental, convulsões, *delirium*).

É importante lembrar que os índices de prognóstico servem para nortear nossa conduta, mas são apenas um complemento ao estudo individual de cada caso. São utilizados para facilitar as decisões, porém não podemos ficar engessados por eles.

Várias dúvidas surgem nos profissionais da área quando começamos a avaliar determinada ação como fútil. Algumas questões então necessitam de esclarecimento:

Quais as implicações em se suspender um tratamento considerado fútil? É importante saber que os profissionais não são obrigados a instituir tratamentos que considerem ineficazes, porém não devemos apenas dizer "não", mas dialogar com pacientes (quando suas condições clínicas permitirem) e familiares, proporcionando, aos mesmos, ferramentas para compreender e decidir. Os médicos devem sempre estar convencidos de que o cuidado nunca é fútil. Devem, portanto, estar aptos a distinguir entre um tratamento agressivo e o que proporciona conforto. Nesse contexto, é importante que a família esteja ciente de tudo o que acontece com o paciente⁸.

O que é importante para que a família não insista na futilidade terapêutica? Os familiares precisam sentir-se incluídos no processo decisório, saber a importância de se evitar o prolongamento da morte, receber explicações claras sobre o papel familiar, receber ajuda para chegar a um consenso, receber informação de qualidade, em boa quantidade e no momento adequado⁹.

Como saber quando um tratamento é fútil em CP? Para nortear nossa conduta devemos sempre responder as seguintes perguntas:

- Qual o prognóstico do paciente?
- Que benefício trará tal medida ao paciente? (Beneficência)
- Que danos poderá acarretar? (Não-maleficência)

- Qual a opinião do paciente e família a respeito? (Autonomia)
- Que implicações trará aos outros pacientes? (Justiça)

Este artigo tem como objetivo trazer à tona o tema que é de suma importância, no momento em que os CP começam a ganhar espaço cada vez maior no meio médico atual. Não tem a pretensão de esgotar o assunto, mas de iniciar uma discussão longa e profunda para que as ações sejam cada vez mais uniformes e benéficas para os pacientes.

É importante reforçar que apenas uma única coisa não pode ser considerada fútil em CP: o cuidado com o paciente e seus familiares, realizado por equipe multiprofissional qualificada.

Tabela 1. Escalas Comparativas de *Performance Status (PS)*

Escala de Zubrod (ECOG)	Escala de Karnofsky (%)
PS 0 – Atividade Normal	100 – Nenhuma queixa: ausência de evidência de doença
	90 – Capaz de levar vida normal; sinais menores ou sintomas da doença
PS 1 – Sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia normal	80 – Alguns sinais ou sintomas da doença com o esforço
	70 – Capaz de cuidar de si mesmo; incapaz de levar suas atividades normais ou exercer trabalho ativo
PS 2 – Fora do leito mais de 50% do tempo	60 – Necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de prover a maioria de suas atividades
	50 – Requer assistência considerável e cuidados médicos freqüentes
PS 3 – No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos	40 – Incapaz; requer cuidados especiais e assistência
	30 – Muito incapaz; indicada hospitalização, apesar da morte não ser iminente
PS 4 – Preso ao leito	20 – Muito debilitado; hospitalização necessária; necessitando de tratamento de apoio ativo
	10 – Moribundo, processos letais progredindo rapidamente

Fonte: INCA/MS, 2001¹⁰

REFERÊNCIAS

1. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Edições Loyola; 2002.
2. Pellegrino ED. Decisions to withdraw life-sustaining treatment: a moral algorithm. JAMA. 2000;283(8):1065-7. Comment in: JAMA. 2000;284(11):1380-1; author reply 1381-2.
3. Monteiro F. Ventilação mecânica e obstinação terapêutica, a dialética da alta tecnologia em medicina intensiva. Rev Port Pneumol. 2006;12(3):281-91.
4. Higginson IJ, Constantini M. Accuracy of prognosis estimates by four palliative care teams: a prospective cohort study. BMC Palliat Care. 2002;1(1):1.
5. Den Daas N. Estimating length of survival in end-stage cancer: a review of the literature. J Pain Symptom Manage. 1995;10(7):548-55. Comment in: J Pain Symptom Manage. 1996;12(4):205.
6. Maltoni M, Amadori D. Prognosis in advanced cancer. Hematol Oncol Clin North Am. 2002;16(3):715-29.
7. Maltoni M, Nanni O, Dorni S, Innocenti MP, Fabbri L, Riva N, et al. Clinical prediction of survival is more accurate than the Karnofsky performance status in estimating life span of terminally ill cancer patients. Eur J Cancer. 1994;30A(6):764-6.
8. Kasman D. When is medical treatment futile? J Gen Intern Med. 2004;19(10):1053-6. Comment in: J Gen Intern Med. 2004;19(10):1066-7.
9. Garros D. Uma boa morte em UTI pediátrica: isto é possível? J Pediatr (Rio J). 2003;79 Suppl. 2:S35-8.
10. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro (Brasil): Instituto Nacional de Câncer; 2001. [Manuais Técnicos].

Quando o Tratamento Oncológico Pode Ser Fútil? Do ponto de Vista da Psicóloga

Silvana Maria Aquino da Silva

INTRODUÇÃO

Quando parar o tratamento de uma doença que se apresenta soberanamente resistente e indica um caminho inexorável para a morte? O que resta a fazer quando "não há mais nada para fazer?"

Questões como estas vêm sendo fértilmente discutidas nos últimos tempos, graças ao advento dos cuidados paliativos no Brasil e no mundo. Essa proposta de cuidados recentemente resgatada da prática da Medicina antiga - num período em que a ciência caminhava a passos mais lentos, com menor disponibilidade de recursos e, conseqüentemente, lidando com a experiência da morte de forma mais natural - retorna à cena no momento em que, apesar de todos os avanços tecnológicos e biomédicos da atualidade, em que a cura de muitos males se tornou possível, proporcionando maior longevidade à população, não foi possível mudar o rumo da história da humanidade que caminha inevitavelmente para a morte em algum momento de sua existência.

A morte não se deixa apropriar pela ciência, pois ela é uma questão de caráter existencial e uma das maiores angústias experimentadas pelo homem moderno. A consciência da morte é uma marca da humanidade¹, mas essa idéia permanece a maior parte do tempo em estado de latência pela ação do mecanismo de defesa psíquica, que evita o contato constante com essa informação e permite que convivamos com ela a uma distância fantasiosamente segura. Toda essa organização psíquica se desestrutura diante do prognóstico reservado de doença avançada, "fora de possibilidades curativas".

LIMITES E POSSIBILIDADES

A comunicação desse prognóstico é a primeira experiência de morte vivenciada pelo paciente e pela equipe de Saúde² que foi treinada para salvar vidas, oferecer a cura dos males e, onipotentemente, vencer a morte. O médico como figura central na promoção da Saúde, utilizando todos os recursos já conquistados pela medicina moderna - intervenções cirúrgicas de alta complexidade, quimioterápicos de última linha, radioterapia, hormonioterapia - sente o peso da impotência diante de um quadro que ignora todas as tentativas de interromper o agravamento da doença. Estabelecer contato com essa realidade é extremamente doloroso e aponta para uma segunda experiência de morte: a do profissional que cura.

O prognóstico reservado traz fortes repercussões na relação entre o profissional de Saúde (especialmente o médico) e o paciente, na medida em que o principal referencial que permeia esta relação é o clínico e que, portanto, determina o fator de dependência entre quem detém o poder da cura e quem deseja obtê-la². Esse é o acordo firmado que norteia o processo, pois é fruto da idéia que o senso comum faz do médico, e, em grande parte, da idéia que ele faz de si próprio. Quando este acordo é "quebrado", rompe-se um ciclo previamente estabelecido e faz-se necessária a relativização dessa expectativa. É nesse momento que surge a necessidade de

Psicóloga Clínica

Especialista em Psicologia Oncológica pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) / MS

Chefe do Núcleo de Saúde Mental do Hospital do Câncer IV (HC IV) - INCA / MS. E-mail: silvana.aquino@oi.com.br

Endereço para correspondência: Núcleo de Saúde Mental do HC IV. Rua Visconde de Santa Isabel, 274 - Pilotis - Vila Isabel - Rio de Janeiro (RJ), Brasil - CEP: 20560-120

compreender que o limite da possibilidade terapêutica curativa não significa o término da relação médico-paciente. Uma estrutura emocional amadurecida do profissional de Saúde pode impedir que a incurabilidade estabeleça um limite no ato assistencial². Do contrário, a constatação do avanço da doença pode acarretar o distanciamento entre aquele que se propôs a curar (o médico) e aquele que espera ficar curado (o paciente), e mobilizar, no primeiro, sentimentos de culpa, gerar angústia, provocar posturas impulsivas e autoritárias, negligentes e acionar respostas defensivas que emergem para proteger o profissional da dor em sua ferida narcísica causada pela sensação de fracasso e embaraço frente aos limites de sua atuação³. Esses sentimentos, se trabalhados de maneira cuidadosa, podem se transformar em apoio e solidariedade e enriquecer significativamente a relação, fazendo com que o profissional de Saúde perceba que há uma ligação muito íntima entre curar e cuidar, e que o cuidado assume um sentido inteiramente novo nessa etapa específica da doença e que deve e pode ser compartilhado com outras pessoas da equipe, familiares, amigos e, principalmente, se houver espaço disponível para um diálogo honesto e solidário, com a participação plena do paciente.

Sendo assim, o julgamento a respeito de um tratamento fútil deve ter como principal parâmetro, além do científico, o benefício ao doente, no qual entra em cena, de forma preponderante, a autonomia do mesmo - se é que em algum momento da história de sua enfermidade esse princípio deveria ter sido excluído -, pois o que está em jogo não é somente a eficácia terapêutica, mas a proporcionalidade do benefício. A terapêutica fútil deverá ser substituída pelos cuidados paliativos e essa proposta de intervenção deve colocar o doente e família como centro gerador de decisões. Essa constatação deve nos ajudar a perceber que não devemos nos embaraçar diante do doente se não conseguirmos curá-lo. Esse embaraço só é pertinente se fracassarmos no sentido de aliviar o seu sofrimento quando sabemos que existem meios de consegui-lo e este é o principal objetivo dos cuidados paliativos: alívio da dor e do sofrimento de forma que a morte iminente possa acontecer em paz e com dignidade⁴. Isso nos faz reconhecer que, se o verdadeiro bem do ser humano doente exige fazer todo o possível, significa também fazer apenas o que é possível, que de fato beneficie a pessoa, evitando o que é fútil, inútil ou danoso⁵.

Um caminho viável e pertinente para alcançarmos este objetivo é o da interdisciplinaridade, que inclui a interação entre saberes e a participação ativa de outros profissionais de Saúde. No trabalho em equipe, destaco a atuação do psicólogo, que, em sua formação, estuda o ser humano em sua forma mais íntima, procurando conhecer seu modo de funcionar e, a partir disso, trabalhar as questões relativas ao sofrimento diante da doença, buscando amenizar a ansiedade e depressão, comuns ao processo de adoecer, ajudando-o a encontrar estratégias que o habilitem a buscar um equilíbrio emocional para lidar com suas perdas e dores, simbólicas e concretas.

Obviamente que essa não é uma tarefa simples. Ao contrário do que se pensa, especialmente em termos do que o senso comum acredita que seja a tarefa do psicólogo, é importante ressaltar que esse profissional não é uma pessoa de quem se supõe saber. É antes de tudo uma pessoa de quem se supõe que saiba escutar. E o que é passível de escuta quando se trata de uma pessoa diante de morte iminente? Até onde o psicólogo é capaz de atuar?

ASPECTOS PSICOLÓGICOS E INTERVENÇÕES POSSÍVEIS

Considerar os estados psicológicos descritos por Elizabeth Kübler-Ross em relação aos pacientes com doença avançada é sempre um referencial importante, na medida em que eles demonstram as respostas emocionais possíveis de serem apresentadas como estratégias adaptativas ao processo de morrer:

- A negação é o mecanismo que protege o paciente do impacto doloroso da má notícia. Inicialmente é funcional, considerando a necessidade de preservar o psiquismo da idéia desestruturante da morte, que é automaticamente associada ao diagnóstico. A negação permite que o doente disponha de um tempo para mobilizar seus recursos internos que o reestruturem, dando condições para um melhor enfrentamento de sua nova condição. O cuidado que se deve ter com esse mecanismo é que ele não se converta numa negação para o tratamento, para com a vida. É importante que ele saia gradualmente dessa etapa, numa velocidade que lhe permita administrar sua angústia e usufruir do suporte emocional oferecido^{6,7}.

- A raiva e/ou revolta é a resposta à tomada de consciência das repercussões negativas, perdas, limitações ocasionadas pela doença e pode ser dirigida a todas as pessoas envolvidas na tarefa de cuidar. No entanto, não é pessoal, é dirigida especificamente à pessoa do médico ou cuidador. É raiva da situação em si, das poucas chances que restam, das coisas que não vai poder realizar, das situações inacabadas. Compreender esses aspectos e acolher o paciente com esses sentimentos pode ajudá-lo a superar essa fase, descobrindo que ainda existe um tempo a ser vivido e que isso poderá ser feito da melhor forma possível^{6,7}.

· A barganha é uma tentativa de negociar com o imponderável, de ganhar tempo e, quem sabe, reverter a situação. Afinal de contas, "pra Deus nada é impossível", dirão alguns. Na barganha o apelo é quase sempre mítico: em troca cura e da salvação, a oferta de uma vida nova e, quem sabe, o prolongamento da vida como premiação^{6,7}.

· A depressão é fruto da consciência plena de que a doença não cederá à negação, à raiva ou à barganha. Nesta etapa, a depressão deixa de ter um caráter reativo, que normalmente se manifesta na fase do diagnóstico inicial e assume um caráter preparatório diante da sensação de morte iminente. O paciente já não chora só pelo que perdeu, mas pelo que vai de deixar de viver e de conviver. É uma etapa extremamente difícil, especialmente para a família, porque o paciente costuma verbalizar seu sofrimento de forma muito intensa, e ajuda muito que o deixemos falar. A depressão preparatória é um instrumento valioso de preparação para o estado de aceitação ou decaetexia^{6,7}.

É nesse momento que o paciente se despede da vida, normalmente quando consegue fechar suas lacunas afetivas, familiares, econômicas, espirituais e organizar sua vida de modo que possa fazer a passagem com serenidade. Ocorre uma diminuição de sua interação com o ambiente, aumenta sua debilidade física e ele se torna mais sonolento e introspectivo. É um período crítico para a família que carecerá de maiores cuidados e orientações sobre esse comportamento já esperado.

Do ponto de vista psicológico, nossa atuação consiste, ao longo de todo esse delicado e doloroso processo, em encorajar a expressão dos sentimentos e examinar as formas de enfrentar as perspectivas futuras e preocupações existenciais; oferecer uma escuta atenta e ativa em uma atmosfera de acolhimento; verificar a influência de situações passadas relacionadas à situação presente; buscar ressignificar a vida, trabalhando seu sentido e seu valor; cuidar do morrer e de sua aceitação, na medida em que, para muitos, a morte é a libertação do sofrimento e também um ato de cuidado; e possibilitar a "cura" espiritual e a reconciliação pessoal^{6,7}.

É importante sinalizar, no entanto, que aquilo que se trabalha no acompanhamento psicológico com pacientes ao final da vida não é definido *a priori*⁸. É sempre a relação que se estabelece que direciona a abordagem possível junto a ele e à sua família, que vem com suas demandas diferenciadas e pessoais.

Outro aspecto que vale ressaltar é que nem sempre é possível atravessar todas essas etapas até a aceitação da morte, pois é difícil morrer e continuará sendo, já que a morte é uma experiência incompartilhável, solitária, pessoal e intransferível⁸. Mas é possível tornar esse momento mais acalentador se nos dispomos estar ao lado, segurando a mão, e permitir a partida.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues JC. Tabu da morte. Rio de Janeiro: Achiamé; 1983.
2. Silva FL. Direitos e deveres do paciente terminal. Bioética [periódico na Internet]. 1993 [citado em 2008 Out 22]; 1(2): [aproximadamente 5 p.]. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/bioetica/index.php?selecionaRevista=2&opcao=revista>.
3. Oliveira LL. As mortes e a morte em oncologia [monografia na Internet]. [S.l.: s.n.]; 2000. Disponível em: <http://www.abp.org.br/artigo>.
4. Twycross R. Cuidados paliativos. 2a ed. Lisboa: Climepsi Editores; 2003.
5. Lima C. Medicina high tech, obstinação terapêutica e distanásia. Medicina Interna [periódico na Internet]. 2006 Abr-Jun [citado em 2008 Out 20]; 13(4):79-82. Disponível em: http://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13_n2_2006_079_082.pdf.
6. Bifulco VA. Psicologia da morte. In: Lopes AC. Diagnóstico e tratamento. São Paulo: Manole; 2005. p. 302-6. vol. 2.
7. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
8. Nakasu CT. Atendimento psicológico a pacientes terminais [monografia na Internet]. Brasília (DF): Instituto Agilitá; 2003 [citado em 2006 Ago 06]. Disponível em: http://www.institutoagilita.com.br/artigo_G.php.

Quando o Tratamento Oncológico Pode Ser Fútil? Do Ponto de Vista do Saber-Fazer Médico

Carlos Henrique Debenedito Silva

"[...] a base da medicina é a simpatia e o desejo de ajudar os outros, e o que mais seja feito com esta finalidade deve ser chamado medicina."

Payne¹

"Deixe-me morrer minha própria morte e não a morte dos médicos."

RM Rilke*

INTRODUÇÃO

A medicina originou-se da primitiva simpatia do homem para o homem, do desejo de auxiliar aqueles na necessidade, no sofrimento e na doença. O instinto da autopreservação, o desejo de ajudar um ente querido e, sobretudo, a paixão maternal, gradualmente, abrandaram as 'durezas' da raça humana. Séculos se passaram em que as mudanças ocorreram com base na observação, experimentação, descrição, estudo e racionalidade da medicina.

Os avanços medicamentosos e técnicos obtidos nas últimas décadas, quando aplicados na Oncologia, trouxeram grandes benefícios aos pacientes, com diagnósticos mais acurados, diferentes opções de tratamento e, conseqüentemente, melhores resultados no controle da doença e da sobrevida. Contudo, o limite da sua utilização, nos casos de descontrole da doença, tanto esgotadas as terapias ordinariamente disponíveis quanto com progressão terminal, traz outra discussão à baila.

A ética médica sofreu rápida metamorfose do foco inicial da beneficência e da liberdade de decisão do profissional, para o respeito à opinião e à defesa da dignidade do doente. A boa prática médica incorpora, no dia-a-dia, perspectivas pessoais, teóricas e práticas, éticas, morais e legais que enriquecem o debate acerca da atenção ao semelhante. O médico, antes único responsável pela decisão em favor do "melhor interesse" do paciente, passa a "dialogar" com este, ao apresentar as alternativas e subsidiá-lo em ultimar a tomada de decisão.

O conceito de tratamento fútil se incorporou às discussões da saúde, podendo haver, ou não, concordância entre médicos, juristas e bioeticistas, dependendo da argumentação utilizada. Nessas discussões, não deverão ser

*Citado por: Taboada RP. El principio de proporcionalidad terapéutica en las decisiones de limitar tratamientos. Bol Esc Med. 1998;27(1):17-23.

Cirurgião Oncológico

Especialista em Cirurgia Geral, Oncologia e Bioética

Membro do Núcleo de Bioética do Hospital do Câncer IV (HC IV) - Instituto Nacional de Câncer (INCA) / MS

Chefe da Divisão Técnico-Científica do HC IV - INCA / MS

Membro do Conselho de Bioética do INCA / MS

Membro da Comissão de Bioética do CREMERJ

Mestre em Tocoginecologia pela UNICAMP

E-mail: chdsilva@inca.gov.br

Endereço para correspondência: Divisão Técnico-Científica do HC IV / MS. Rua Visconde de Santa Isabel, 274 - Pilotis - Vila Isabel - Rio de Janeiro (RJ), Brasil - CEP: 20570-120

excluídos os demais profissionais da saúde, lembrando, apenas, que o ato do tratamento é responsabilidade médica, mas a decisão de cuidar é da responsabilidade de todos. Há os que pensam que a análise científica assumirá a conduta ainda embasada na beneficência e prudência médicas. Há os que defendem que o tratamento deva ser administrado sempre que o paciente solicitá-lo, mesmo que a chance de melhorar ou ser salvo seja nenhuma, respeitando o exercício da sua autonomia.

É bem estabelecido que não há obrigação ética do médico aplicar tratamento fútil². Será sempre aceitável tratar um paciente que necessite, e que certamente morrerá se não o for? A resposta pode não ser imediatamente óbvia, mas, após uma rápida reflexão, a maioria dirá sim. Entretanto, poderemos alterá-la, conforme o caso:

- Em circunstâncias extremas, cabe dividirmos os pacientes entre aqueles em que a necessidade de tratamento demonstre ser válida e naqueles outros em que a chance de sobrevivência seja muito pequena? Isso por si só justificaria negar tratamento a um, em favor de outro com melhor chance?
- Uma outra situação, talvez mais controversa, cujo tratamento envolva procedimento ou um resultado que o médico tenha forte objeção ética, lhe seja permitido não tratar, ainda que a morte seja o resultado? Se salvar a vida de uma grávida envolver provocar um aborto e o médico for contra tal prática, ele poderá decidir não fazê-lo?
- Caso a morte, muito ou pouco dolorosa, seja inevitável em futuro próximo, com ou sem tratamento instituído, poderá o médico abdicar de introduzi-lo?

Conseqüentemente, as questões que se apresentam são:

- O que é tratamento fútil?
- Discorrer sobre futilidade médica de tratamento será útil para clarificar ou confundir?
- Na Oncologia, essa abordagem será igual tanto no atendimento inicial de um doente quanto nos cuidados ao fim da sua vida, uma vez já tratado (ou politratado)?

DEFINIÇÃO

“Fútil”, termo derivado do latim *futilis*, que significa ausência de benefício, utilidade (inutilidade). Futilidade, derivado do latim *futilitas*, como substantivo significa qualidade do que é fútil, bagatela, coisa de pouca ou nenhuma importância³.

O seu uso comum é derivado da mitologia grega:

As Danaides eram cinqüenta filhas de Danaus, rei de Argos. Seu irmão, Egito, tinha cinqüenta filhos. Mandou a filharada masculina casar com as primas. Danaus não queria o casamento. Combinou com as filhas um plano.

Os cinqüenta recém-casados tiveram a mais estranha noite de núpcias de que há notícias no mundo.

Foram todos assassinados pelas esposas [...].

Júpiter condenou as Danaides às penas do Tártaro, que era o Inferno daquele tempo.

As Danaides enchiam um tonel sem fundo. Séculos e séculos, sem pausa, sem descanso, interrupção, as moças carregavam água, despejando-a no barril furado [...].

Os Titãs venceram os Deuses. O Tártaro ficou sem chefe, despovoado de sofredores, todos perdoados.

Astério anuncia a terminação da sentença: - Acabou vosso suplício. Largai essa penitência. O tonel está cheio.

As Danaides pararam, pela primeira vez, há milênios. Enxugaram a frente, descendo as bilhas infatigáveis. E dizem confusas e desapontadas:

- Está cheio o tonel? Pois bem! Que havemos de fazer? Já estamos habituadas com o trabalho contínuo, mesmo **inútil** [grifo nosso] [...].

O tonel das Danaides, de Luís da Câmara Cascudo. Crônica publicada no jornal *A República*, de Natal, em 25 de setembro de 1943.

Numerosas definições têm sido propostas, mas nenhuma com aceitação universal. De modo simples, mas direto, podemos dizer que futilidade médica refere-se às intervenções que falham em restaurar, curar, paliar ou são incapazes de produzir algum benefício significativo, ainda que pouco, para o paciente. Devem conter sempre três elementos:

- Uma meta desejada - o julgamento será diferente: prolongamento do tempo de vida de paciente com câncer avançado com a utilização de manobras de ressuscitação, para permitir a chegada de parente distante *versus* alongamento do tempo de sofrimento.
- Uma ação voltada para essa meta - internação em unidade de terapia intensiva: ocupação de leito e uso de tecnologia de alto custo.
- Uma certeza virtual que a ação falhará em alcançá-la: condição clínica irreversível.

Segundo Schneiderman *et al.*,⁴ a futilidade é caracterizada como algum esforço em alcançar um resultado que seja possível, mas cuja experiência sugira sua pouca probabilidade e não possa ser sistematicamente reproduzida. Este enunciado traz a idéia de precisão e flexibilidade em acontecer, sob certa circunstância, mas deixa em aberto o que constitua essa (im)probabilidade. Já Nelson e Nelson⁵ a definem como: algum esforço para alcançar resultado que não seja razoável ou possível, por empregar tratamento que não servirá para qualquer propósito útil, causar dor ou sofrimento desnecessários e não alcançar o intento de restabelecer uma qualidade de vida aceitável. Essa conceituação é muito larga e foca no julgamento sobre uso de meios desproporcionais ou extraordinários, que é um princípio que inclui futilidade como um critério, mas é amplo por analisar carga/benefício. Além do mais, reporta-se a alguém ser moralmente obrigado a aceitar um tratamento, enquanto o julgamento de futilidade é baseado, em primeiro lugar, se um tratamento deve ser oferecido.

A participação decisória do doente é atualmente defendida como o princípio fundamental a ser exercido por ele. É bem estabelecido seu direito de recusar tratamento, no entendimento médico e legal⁶. Estes casos podem ser categorizados em quatro classificações:

- Paciente com capacidade decisória: estabelece-se, mesmo em intervenções que interfiram na manutenção da vida, que o paciente terá resguardado este direito.
- Paciente com perda da capacidade, mas que anteriormente haja expressado sua preferência de tratamento no cuidado ao fim de sua vida, verbalmente, ou em documento antecipado de diretrizes: deve-se acatar esse desejo, por um entendimento que a perda da capacidade de decidir não desvincula a perda do direito. Caso não tenha havido definição escrita, um procurador decidirá. Assim, previne-se na prática que esse direito não fique extinto, pois outra pessoa o exercerá em favor do doente. O "julgamento substituto" responsabiliza o procurador a seguir o desejo do paciente, mais do que expor seu próprio juízo (além de importante conceito legal, caso sinta-se desconfortável em definir contra seu entendimento ou tenha a idéia de estar decidindo pela vida ou morte de outro, serve para assistir e melhorar a interpretação do desejo do paciente. A grande dificuldade ocorre na manifestação oral do paciente).
- Paciente sem capacidade e que não tenha definido previamente sua preferência.
- Paciente que nunca tenha tido capacidade decisória.

Nestas duas categorias, temos uma análise comum: paciente incapaz mentalmente e sem antecipadamente haver expressado seu desejo. O melhor julgamento será transferir para o procurador a decisão no 'melhor interesse' do paciente, dividindo-a com o médico-assistente.

Ressalve-se que o direito do paciente em recusar tratamento, tanto exercido diretamente ou por procuração, não é um direito absoluto. Algumas decisões são baseadas em interesses sociais, como a preservação da vida, a prevenção do suicídio, a proteção de terceiros e a preservação da integridade ética da profissão médica. Aqui se enquadram algumas decisões judiciais em favor da hemotransfusão, principalmente de menores, Testemunhas de Jeová, no interesse da proteção da criança, mesmo contra o direito paterno, ainda que baseado na recusa por profunda crença religiosa. Outro capítulo é pertinente ao diálogo com o doente, sua forma e conteúdo. Caso o doente tenha o entendimento alcançado de modo diferente, pode ter o julgamento induzido. Por exemplo, o médico, ao explicar que a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) poderá ser fútil, tem em mente que esta manobra terá pequena chance de sucesso, enquanto para o doente o significado poderá ser do insucesso do tratamento. Logo, no caso de o paciente concordar com a não-ressuscitação, sua decisão estará sendo tomada sobre uma análise equivocada.

O conceito de futilidade médica pode ainda ser dividido em duas categorias⁷:

- futilidade posterior, quando o tratamento foi tentado e falhou e;

· futilidade preditiva, quando envolve probabilidade do tratamento ser inútil e não deve, conseqüentemente, ser tentado.

Esta última categoria pode ser dividida em outros tipos: conceitual, probabilística, fisiológica e por discordância entre médico e paciente.

A futilidade conceitual é baseada em uma definição ou conceito particular, como, por exemplo, de morte cerebral: o conceito médico legal de cessação irreversível de todas as funções, inclusive das ondas cerebrais, induz que a ventilação mecânica seja, por definição, uma intervenção fútil, pois não trará o paciente de volta à vida. Contudo, por objeção religiosa, o aparelho poderá não ser desligado.

A futilidade probabilística significa que o tratamento terá pequena chance de sucesso, como cerca de 1% de sobrevivência após reversão de uma parada cardiorrespiratória (PCR). Este tipo de julgamento não é absoluto, pois envolve valores que poderão ser diferentes entre o médico e o paciente. Aquele nunca deverá decidir unilateralmente, pois poderá não refletir o pensamento deste. Ao contrário, deverá compartilhar as informações para uma tomada de decisão conjunta.

A futilidade fisiológica pode vir em duas formas: na primeira, sob contra-senso médico, quando, por exemplo, havendo necessidade de antibiótico para tratar infecção viral do trato respiratório superior, o médico, unilateralmente, recusar-se a prescrevê-lo, baseado na análise de intervenção fútil, sem possibilidade de benefício, mesmo que uma forma de dano potencial persista. Na segunda, impasse médico, menos freqüente, pode ocorrer quando um doente sofrer ruptura cardíaca, tornando a recuperação da função fisiologicamente impossível⁸. Então, existe um despropósito médico, daí uma *absoluta* futilidade fisiológica.

O último tipo de futilidade preditiva, por discordância entre médico e paciente (ou responsável), pode ocorrer quando o médico entender que manutenção da ventilação mecânica apenas prolongará a vida em estado vegetativo, contrariamente ao entendimento de familiar, que não vê o ventilador como instrumento fútil por manter o doente vivo. Nesse caso, a ventilação mecânica vai contra a intenção do médico em melhorar a saúde do doente, mas é entendido pelo familiar como forma de prolongamento dessa vida. Nessa situação, o aparelho não deverá ser desligado por decisão unilateral, mas, caso o médico julgue moralmente questionável sua permanência, estará livre para deixar o acompanhamento do caso com outro profissional.

Outro modo de interpretar o que seja futilidade terapêutica é poder enquadrar as intervenções nas formas quantitativa ou qualitativa, conforme exemplos anteriores.

Para uma melhor interpretação do significado de cuidado fútil, pode-se buscar um ou mais dos seguintes critérios aplicados ao paciente⁹:

- Diagnóstico letal ou prognóstico de morte iminente.
- Evidência que a terapia sugerida não alcançará a proposta médica de retorno à saúde plena.
- Não alcançará o desejo expresso pelo paciente/família.
- Não alongará a vida.
- Não melhorará sua qualidade de vida.

Na análise acima, a cada elemento, devemos levar em consideração outras conceituações:

- O que é morte iminente? Poderá ocorrer a qualquer momento ou dentro de seis meses ou mais?
- O que define a inabilidade de alcançar o retorno à saúde? Será por conta de uma meta inatingível? Menos de 1 % dos casos? Cinco por cento deles? Outro limite percentual?
- O que define a impossibilidade de alcançar o desejo do paciente/família?
- Quanto tempo se deve alongar a vida do paciente? Um dia? Uma semana? Um mês?
- Como se mede a qualidade de vida? Quem determina o que é uma qualidade satisfatória?

FUTILIDADE NA PRÁTICA OU PRÁTICA FÚTIL?

O termo “futilidade” esta presente cada vez mais na análise ética do *cuidar*, mas não no dia-a-dia da assistência, nas deliberações sobre *o tratar*: seja quando se discute *por que*, *como* ou *quando* tratar. Enquanto nas duas primeiras condições a conclusão é mais facilmente consensual, pelo pensamento rígido de que qualquer doença deve ser combatida, por ser a saúde um bem superior e, para isso existir a medicina, a última traz algumas divergências.

Até aqui, concordante com o título do artigo, empregamos futilidade, tradução do inglês *futility*, mas, doravante, empregaremos, obstinação terapêutica, não como sinônimo, mas por adequar-se melhor com o sentido de tratamento com pertinácia ou tenacidade, sem agregar resultado útil, portanto, vazio de significação (futilidade). Não nos deteremos em conceituar e apresentar a etimologia de obstinação, que será entendida como sinônimo de distanásia¹⁰.

OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA NA PRÁTICA OU PRÁTICA OBSTINADA?

Origens sobre o processo de morrer são discutidas desde a antiguidade. Platão, no Livro III de *A República*¹¹, censura o emprego da medicina no prolongamento da vida, caso o enfermo esteja acometido de doença incurável. Propunha-a para aqueles que "estão sadios em sua natureza, mas aflitos por alguma enfermidade específica" e não para "aqueles cujos corpos estão em um estado de enfermidade interna", de modo que, para estes, o tratamento médico somente lograria "fazer de sua vida uma prolongada miséria", negando a morte pelo prolongamento da vida a todo o custo, contrariamente à sua própria condição de finitude. Os médicos gregos aprendiam a reconhecer as condições em que a enfermidade representava um obstáculo para o estado de saúde, e que levava a vida humana a seu término natural. A morte, portanto, não era considerada como uma falha da medicina, senão esse término. Também, a medicina hipocrática convida os médicos a reconhecer as situações em que não se espera que os esforços médicos consigam superar a doença, daí a percepção de inutilidade médica, derivada do *Corpus Hippocraticum*, pode considerar-se como uma noção probabilística. Platão, por sua vez, sustentava um conceito qualitativo de inutilidade, condenando aquelas terapias que conduziram a um prolongamento da agonia. Assim, sem dúvida, tanto os aspectos quantitativos como os qualitativos se relacionam com uma noção subjacente, que é a idéia de que o resultado não guarda relação com os esforços. Este é precisamente o conteúdo do princípio da proporcionalidade terapêutica. Aceitar que não se está obrigado a utilizar todas as intervenções médicas atualmente disponíveis, se não somente aquelas que ofereçam uma razoável probabilidade de benefício na preservação e/ou recuperação da saúde, não é difícil. Maior dificuldade envolve a pergunta sobre a licitude moral de recusar tratamentos potencialmente benéficos, pois ela nos confronta com o problema dos limites da nossa obrigação moral a respeito da saúde.

Com o intento de delimitar as intervenções médicas consideradas como moralmente obrigatórias, a Igreja Católica propôs, desde 1957, pelo papa Pio XII, a distinção entre as medidas ordinárias e as extraordinárias¹². Com a evolução da medicina, algumas medidas anteriormente consideradas extraordinárias já estão atualmente disponíveis, sendo consideradas ordinárias. Por essa razão, a Igreja, posteriormente, propôs o princípio da proporcionalidade terapêutica¹³. Esse princípio sustenta que existe uma obrigação moral de implementar todas as medidas terapêuticas que guardem uma relação direta de proporção entre os meios empregados e o resultado previsível. Aquelas nas quais esta relação não se apresenta são consideradas desproporcionadas e não seriam moralmente obrigatórias.

COMO EVITAR A OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA NA ONCOLOGIA?

Duas perguntas logo se impõem:

- Pode-se dizer que a busca do homem por melhores condições de saúde não seja legítima, quando se leva em conta o desenvolvimento experimentado pela medicina após a segunda metade do Século XX, em particular, da anestesia, da cirurgia, da reanimação e do desenvolvimento de novas drogas?
- Até onde ir no tratamento de um paciente dito "terminal" por câncer avançado?

Na oncologia, podemos empregar modalidades de tratamento que visem à etiologia, como: cirurgia: ressecção do(s) órgão(s) comprometido(s); quimioterapia: primária, neo-adjuvante ou adjuvante; radioterapia: primária, pré-operatória ou adjuvante; quimiorradioterapia; e suporte: transfusão sanguínea, alimentação parenteral, utilização de próteses (ex. respiratória), diálise renal, entre muitas. Já o tratamento sintomático visa a diminuir desconforto e outros sintomas (ex. antiálgicos e sedativos). Cuidados de fisioterapia, enfermagem, psicologia e nutrição estão sendo cada vez mais utilizados desde as primeiras abordagens aos doentes.

Em seu entusiasmo pela cura das pessoas, em algumas ocasiões, a moderna ciência médica tem descuidado de sua função humanitária. Poder-se-ia perguntar, sendo possível encontrar a cura, por que alguém necessitará de cuidados? Em muitos casos, a abordagem impessoal é aceitável, e inclusive desejável, como em traqueostomia de urgência, RCP ou cirurgias de alta tecnologia. Contudo, o mais comum é que também sejam necessários

cuidados. Estes consistem em manifestar preocupação, compaixão e disposição de falar com o paciente; compreendem também a capacidade de falar e ouvir de modo a demonstrar conhecimento dos serviços sociais e assistenciais para ajudar o doente e a família a enfrentar outros problemas, até não-médicos, que podem acompanhar o adoecimento de alguém. Ademais, outro ingrediente fundamental para um bom cuidado é também a excelência técnica.

Em se tratando de neoplasia maligna, doença crônica cuja agressividade é uma das suas marcas, o desafio de adequar o limite entre tratamento "curativo"/"paliativo" é grande. Nesses pacientes, a idéia da dor, do sofrimento e da morte é mais intensa. A tendência, evidente nas sociedades mais desenvolvidas, de medicalizar todos os problemas deve ser evitada, e outros debates, como o do sistema sanitário vigente, a inclusão dos aspectos econômicos e políticos devem contribuir. É importante salientar que as tendências curativas fazem parte da ideologia moderna da medicina e não são contraditórias com as propostas de cuidar, mas trazem conseqüências negativas a estas. Os custos operacionais altos, as inovações tecnológicas orientadas para o curar têm contribuído para uma medicina dificilmente sustentável, principalmente de forma eqüitativa.

Sendo uma das finalidades mais tradicionais da medicina e um dos deveres mais antigos do médico, o alívio da dor e do sofrimento, que, freqüentemente se conjugam em um mesmo paciente oncológico, tem condutas variáveis. O sofrimento das esferas mental e emocional muitas vezes é abordado com remédios, quando a psicoterapia teria, talvez, maior possibilidade de sucesso. Um enfoque holístico da saúde contribuirá grandemente na atenção de muitos.

A busca de uma morte tranqüila é aquela em que a dor e o sofrimento são reduzidos pela adoção de Cuidados Paliativos (CP) adequados, aquela em que o paciente nunca é abandonado e a que os cuidados são igualmente importantes, tanto para os que não irão sobreviver quanto para os que irão. A morte não é um acidente biológico evitável ou um fracasso médico. É um resultado inevitável da vida e ocorrerá mesmo com o tratamento de suporte. A gestão da morte é a responsabilidade final, e a mais exigente do ponto de vista humanitário, que o médico pratica. Este deve reconhecer as limitações inerentes à ciência e arte da profissão, e que seus objetos são seres mortais. Em final de vida, deve o médico incrementar o bem-estar, manter a vida, quando seja possível e razoável, de seu paciente, do mesmo modo que reconhecer a morte em seu lugar no ciclo da vida humana, não a tratando como inimiga.

A medicina contemporânea tem experimentado uma grande evolução em direção a um maior reconhecimento do respeito que se deve às pessoas. Em um sentido amplo, é entendido como um direito à autodeterminação ou autonomia. Ocorre que, atualmente, tem-se argumentado que, em um sentido mais amplo ainda, a autodeterminação deveria ser considerada como um fim em si, quiçá como um fim supremo da medicina: a plena autodeterminação no exercício de cada vida. A boa saúde não é apenas não ter limitações da doença. É viver uma vida própria com liberdade de ação. A saúde, nós sabemos, tem um efeito positivo na oportunidade de gozar essa liberdade, que, contudo, não é uma finalidade da medicina, embora condição necessária para a autonomia, mas não suficiente. A medicina põe-se a si mesma em perigo, caso se considere um mero instrumento para satisfazer os desejos individuais. O que pode ser considerado individualismo em excesso é conseqüente a se crer a autonomia um fim fundamental da medicina.

Durante muitos anos, o modelo dominante e preponderante na investigação médica tem sido o biomédico, que procura determinar as causas e mecanismos da patologia física e mental nesse plano. Foi particularmente eficaz na redução das enfermidades infecciosas, no passado, e poderá voltar a sê-lo, no futuro, pela genética molecular. Na Oncologia, esse modelo tem um enfoque reducionista dos pacientes, que são tratados como uma coleção de órgãos. Esta abordagem é falha naqueles com insuficiências multiorgânicas na fase avançada. Nesse modelo, ainda se considera a morte o inimigo a ser vencido. Entretanto, o que prevalecerá será uma medicina incapaz de perceber a inevitabilidade orgânica da morte. Nesse sentido, a adoção de um modelo biopsíquicosocial, multidisciplinar, poderá promover a investigação e o cuidado global das causas e manifestações das neoplasias. Paralelamente, uma maior atenção nos aspectos qualitativos da saúde e da doença permitirá a manifestação das pessoas comprometidas.

O modelo analítico que utiliza a "ética biomédica", acima referida, é criticado por Schramm¹⁴, que o aponta demasiado restrito, já que, na interseção da biotecnociência com o processo de morrer, pontos de conflito são identificados: obstinação terapêutica - distanásia -; eutanásia; e suicídio assistido. A adoção dessa ética:

[...] na prática acaba se confundindo com a ética médica tradicionalmente entendida e esquece a reconfiguração da ética acontecida com o surgimento das éticas aplicadas e a bioética graças às novas interrogações sobre os processos do viver, adoecer e morrer, que emergem com os avanços da biomedicina e a emergente sociedade de 'consumidores'.

Em quase todos os setores da medicina moderna, somos constantemente desafiados na difícil decisão sobre a linha divisória entre a vida e a morte, confrontando o potente avanço científico da tecnologia, que nos permite intervir em muitas situações clínicas, e a condição humana dos pacientes, quando poderemos não mais intervir, por respeito ao princípio da "não-maleficência". Analisar o fator clínico - humano - implica o estado biológico: condições atuais, doenças concomitantes, prognóstico, biografia pregressa, preferências, opiniões e sentimentos do significado da sua saúde - decadência física e dor - e processo de morrer. Essa análise facilitará o consenso, que poderá levar à interrupção do tratamento intensivo, prevenindo futuros conflitos quando o benefício seja modesto ou nulo, por falência múltipla de órgãos irreversíveis.

A definição de tratamento inapropriado por excesso faz referência ao critério de proporcionalidade, em base da qual um tratamento é proporcionado ou desproporcionado com base nos seguintes elementos: probabilidade de sucesso, aumento da quantidade de vida, aumento da qualidade de vida, aumentos dos custos - físico, psicológico ou econômico do sujeito. O tratamento em excesso é eticamente reprovável porque provoca danos físicos e psíquicos ao paciente, não respeita a dignidade de morrer, aumenta o sofrimento dos familiares, gera uma desigual distribuição dos recursos e gera frustração na equipe de atendimento. A limitação do tratamento tem um único escopo de não prolongar os processos agônicos, permitindo ao paciente morrer de sua causa de doença, portanto, não significa um ato eutanásico. Ao contrário, nessa fase terminal da doença é clinicamente apropriado e eticamente correto não prolongar o processo de morrer. O limite consiste na suspensão ou não-início (são consideradas eticamente equivalentes) da terapia como ventilação mecânica, RCP, intervenções cirúrgicas de urgência, diálise, terapia de suporte cardiocirculatório (farmacológico ou mecânico) às transfusões, antibioticoterapia, nutrição e hidratação artificiais.

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, em parecer sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida, de 7 de junho de 1995, concluiu: - que não há nenhum argumento ético, social, moral, jurídico ou da deontologia das profissões de saúde que justifique em tese vir a tornar possível por lei a morte intencional de doente (mesmo que não declarado ou assumido como tal) por qualquer pessoa designadamente por decisão médica, ainda que a título de "a pedido" e/ou de "compaixão"; - que, por isso, não há nenhum argumento que justifique, pelo respeito devido à pessoa humana e à vida, os atos de eutanásia; - que é ética a interrupção de tratamentos desproporcionados e ineficazes, mais ainda quando causam incomodo e sofrimento ao doente, pelo que essa interrupção, ainda que vá encurtar o tempo de vida, não pode ser considerada eutanásia; - que é ética a aplicação de medicamentos destinados a aliviar a dor do paciente ainda que possa ter, como efeito secundário, redução do tempo de vida, atitude essa que não pode também ser considerada eutanásia; - que a aceitação da eutanásia pela sociedade civil e pela lei levaria à quebra da confiança que o doente tem no médico e nas equipes de saúde e poderia levar a uma liberalização incontrolável de "licença para matar" e à barbárie; - e que, contudo, a rejeição dos atos de eutanásia, como pretensos direitos individuais atendíveis de médicos (ou outros) e doentes (ou outros), cria também obrigações individuais e sociais que não podem ser minimizadas ou esquecidas, nomeadamente e muito especialmente: a responsabilidade privada e pública de cuidar adequadamente dos doentes terminais e dos deficientes e dependentes de qualquer tipo/a prática de cuidados continuados às pessoas dependentes com absoluto respeito pela sua dignidade e integridade como seres humanos, a criação e manutenção das condições para praticar medicina de acompanhamento (cuidados paliativos) a todos os que dela necessitem/o apoio às investigações sobre tratamento da dor e à criação de grupos especializados nesta área dos cuidados médicos/o desenvolvimento, na formação médica e de enfermagem, pré e pós-graduada, de um alto nível de preparação, para que os profissionais de saúde saibam e possam assumir, conscientemente, as suas responsabilidades éticas, face aos doentes entregues aos seus cuidados, em especial, os que atingirem a fase terminal e devem morrer com dignidade.

PONTOS POLÊMICOS EM MEDICINA PALIATIVA

Muito discutidos, pelas conseqüências que podem causar aos doentes com doença em evolução: **sedação, nutrição, hidratação e ordens de não-ressuscitação.**

Sedação em CP - É apresentada com terminologia variável, como: sedação / sedação terminal / sedação para angústias intratáveis na morte iminente / sedação no fim da vida / sedação total / sedação na fase final / sedação nos estágios terminais ou finais da vida / sedação paliativa / terapia de sedação paliativa.

A *European Association for Palliative Care* (EAPC)¹⁵ realizou uma revisão da literatura na qual encontrou três artigos (revisões) que apontavam definições: Chater S *et al.*¹⁶; Morita T, Tsuneto S, Shima Y¹⁷ e Beel A, McClement SE, Harlos M¹⁸.

A EAPC *Ethics task force on palliative care and euthanasia* (2003), com base nesta literatura, propuseram que a definição devesse incluir: (a) como objetivo do procedimento: palição de sintoma; (b) natureza do procedimento: uso de medicações sedativas para reduzir a consciência do paciente; e (c) razão do tratamento: presença de sofrimento intolerável e refratário. Apresentavam, então, duas definições: "terapia de sedação paliativa", com uso de medicações sedativas para aliviar sofrimentos intoleráveis e refratários pela redução da consciência do paciente e, "sedação em cuidados ao fim da vida", como terapia que usa medicações específicas para aliviar sofrimentos intoleráveis de sintomas refratários de outro tratamento pela redução do nível de consciência do paciente que está recebendo cuidado ao fim da vida. Esclareciam, outrossim, que sedação é opção no controle de sintoma e não eutanásia. Nesse raciocínio, a intenção é aliviar sofrimento intolerável, com uso de droga sedativa, e o sucesso do resultado será o alívio da angústia. Consideravam sofrimento intolerável aquele baseado na avaliação do paciente, ou, caso impossível, pelo responsável ou familiar em colaboração com equipe de saúde. Já sofrimento refratário, quando todo o tratamento possível falhou ou não existe nenhum método disponível para a palição dentro do espaço de tempo e do risco e benefício que o paciente possa tolerar.

Nutrição em CP¹⁵ - Poucas publicações com respeito às necessidades nutricionais de pacientes oncológicos, e nada relacionado especificamente àqueles sob sedação em cuidados ao fim da vida. Conseguimos listar: (1) Lichter I¹⁹ que revisou o emprego da nutrição artificial, por qualquer via, em pacientes com câncer e perda de peso, não encontrando evidência de melhores respostas aos tratamentos; (2) Groher ME²⁰ concluiu que o emprego da nutrição artificial é uma intervenção médica não desprovida de potencial risco de complicações e efeitos colaterais associados à colocação da sonda nasogástrica ou da gastrostomia e da hiperalimentação intravenosa; (3) Ganzini L *et al.*²¹ enviaram um questionário pelo correio a 102 enfermeiras que trabalham em *hospices* no estado de Oregon (USA), onde o suicídio assistido é legal, e que cuidaram de pacientes que, voluntária e deliberadamente, recusaram alimentação e hidratação com a intenção primária de apressar a morte. Mesmo com os vieses conhecidos dessa forma de avaliação (memória, direcionamento por correio), concluíram que os pacientes tiveram uma 'boa morte' dentro de duas semanas. Esses resultados foram comparados com os obtidos por questionário similar respondido por 55 enfermeiras, relacionados a pacientes que elegeram morrer por suicídio assistido por médico, não havendo diferença na qualidade de morte, mas com sofrimento menor e maior paz nos pacientes que suspenderam ingestão de líquidos e alimentos, quando comparados aos com uso de medicação letal.

Por conclusão, não existe evidência que a nutrição artificial prolongue a sobrevida de pacientes com câncer avançado e, tendo em vista os riscos, em alguns centros não é rotineiramente oferecida.

Hidratação em CP¹⁵ - Apenas uma revisão sistemática foi publicada: Viola RA, Wells GA, Petersen J²², buscaram artigos entre 1966 e 1996, encontrando apenas seis de estudos descritivos, nenhum dos quais apontando o papel dos líquidos ou da nutrição nos pacientes com morte iminente, concluindo não haver evidência suficiente desse emprego.

Existem muitos outros artigos com prós e contras à oferta ou suspensão de líquidos. Os que questionam o uso defendem essa posição: (a) pela redução das secreções (pulmonar, salivar e gastrointestinal) com a redução de sintomas relacionados (tosse, náusea) e menor necessidade de manuseios (sucção); (b) redução da diurese, e daí menor incontinência ou cateterismo; (c) menor edema peritumoral; ou (d) ascite com conseqüente redução de sintomas associados.

Morita T *et al.*²³, em estudo observacional com nove pacientes, suportou a sugestão de que a hidratação artificial pode aumentar sintomas respiratórios no estágio terminal e não melhorar a depleção de volume intravascular.

Printz LA²⁴ e Geriatrics²⁵ sugerem, baseados em experimentos animais, que a desidratação produz efeito analgésico benéfico, pela produção de endorfinas e ação de cetonas.

Fainsinger R, Bruera E²⁶ e Lawler PG *et al.*²⁷ apontam como sintomas que podem aparecer em pacientes desidratados, o delírio, toxicidade ao opóide, especialmente em casos de insuficiência renal.

Ordem de não-ressuscitação em CP - Futilidade significa qualquer tratamento que com um razoável grau de certificação médica é visto sem benefício ao paciente, tanto quanto o tratamento em questão é visto como ineficiente em relação ao problema clínico no qual seria ordinariamente usado para tratar. A *American Thoracic Society* (ATS) tem uma conservadora e nebulosa definição que diz que uma intervenção é fútil quando é altamente desigual em resultar uma sobrevida bem significativa (*American Thoracic Society*)²⁸. A *American Heart Association* (AHA) adotou uma definição extremamente quantitativa, sugerindo que RCP seja fútil por não ter havido sobreviventes em estudos bem desenhados (JAMA.)²⁹. A *Critical Care Society* (CCS) sugere que o tratamento deveria ser definido como fútil somente quando ele não alcançasse sua intenção: tratamentos que são extremamente improváveis de serem benéficos são extremamente custosos ou são de benefício incerto, podem ser considerados inapropriados e daí desaconselháveis, mas não podem ser rotulados fúteis (*Crit Care Med.*)³⁰.

REFERÊNCIAS

1. Osler W. The evolution of modern medicine: a series of lecture delivered at Yale University on the Silliman Foundation in april 1913 [monograph on the Internet]. Birmingham: The Classics of Medicine Library; 1982 [cited 2006 Oct 28]. Available from: <http://www.blackmask.com>.
2. Medical futility in end-of-life: report of the Council on Ethics and Judicial Affairs. JAMA. 1999;281(10):937-41. Comment in: JAMA. 1999;282(14):1331-2.
3. Aulete C. Dicionário contemporâneo da língua portuguesa. 2a ed. Rio de Janeiro: Delta; 1964.
4. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. Ann Intern Med. 1990;112(12):949-54.
5. Nelson LJ, Nelson RM. Ethics and the provision of futile, harmful, or burdensome treatment to children. Crit Care Med. 1992;20(3):427-33.
6. Emanuel EJ. A review of the ethical and legal aspects of terminating medical care. Am J Med. 1988;84(2):291-301.
7. Walker RM. Ethical issue in end-of-life care. Cancer Control [serial on the Internet]. 1999 Mar-Apr [cited 2006 Oct 28]. 6(2): [about 12 p.]. Available from: <http://www.moffitt.org/moffittapps/ccj/v6n2/article4.htm>.
8. Truog RD, Brett AS, Frader J. The problem with futility. N Engl J Med. 1992;326(23):1560-4. Comment in: N Engl J Med. 1992;327(17):1239-40; author reply 1241.
9. ACOG Committee Opinion. Medical futility. Obstetric Ginecol [serial on the Internet]. 2007 Mar [cited 2006 Nov 04]; 109:791-4. Available from: http://www.acog.org/from_home/publications/ethics/co362.pdf.
10. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da Saúde Pública. Cad Saúde Pública. 2004;20(3):855-86.
11. Platão. A república. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1987.
12. Pio XII. Discurso a un grupo internacional de médicos. [24 de fevereiro de 1957]. Acta Apostolicae Sedis. 1957;49(3):129-47.
13. Congregación para la Doctrina de la Fe. Declaración iura et bona, sobre la eutanasia. Acta Apostolicae Sedis. 1980;72(4):542-8.
14. Schramm FR. Bioética e comunicação em oncologia. Rev Bras Cancerol. 2001;47(1):25-32.
15. European Association for Palliative Care [homepage on the Internet]. Milano: European Association for Palliative Care; 2002 [update 2008 Oct 23; cited 2006 Nov 4] Forum frontpage; [about 4 screens]. Available from: <http://www.eapcnet.org>.
16. Chater S, Viola R, Paterson J, Jardis V. Sedation for intractable distress in the dying: a survey of experts. Palliat Med. 1998;12(4):255-69.
17. Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Definition of sedation for symptom relief: a systematic literature review and a proposal of operational criteria. J Pain Symptom Manage. 2002;24(4):447-53.
18. Beel A, McClement SE, Harlos M. Palliative sedation therapy: a review of definitons and usage. Int J Palliat Nurs. 2002;8(4):190-9).

19. Lichter I. Weakness in terminal illness. *Palliat Med.* 1990;4(2):73-80.
20. Groher ME. Ethical dilemmas in providing nutrition. *Dysphagia.* 1990;5(2):102-9.
21. Ganzini L, Goy ER, Miller LL, Harvath TA, Jackson A, Delorit MA. Nurses experience with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death. *N Engl J Med.* 2003;349(4):359-65.
22. Viola RA, Wells GA, Petersen J. The effects of fluid status and fluid therapy on the dying: a systematic review. *J Palliat Care.* 1997;13(4):41-52.
23. Morita T, Tei Y, Inoue S, Suga A, Chihara S. Fluid status of terminally ill cancer patients with intestinal obstruction: an exploratory observational study. *Support Care Cancer.* 2002;10(6):474-9.
24. Printz LA. Terminal dehydration, a compassionate treatment. *Arch Intern Med.* 1992;152(4):697-700
25. Is withholding hydration a valid comfort measure in the terminally ill? *Geriatrics.* 1988;43(11):84-8.
26. Fainsinger R, Bruera E. The management of dehydration in terminally ill patients. *J Palliat Care.* 1994;10(3):55-9
27. Lawler PG, Gagnon B, Mancini IL, Pereira JL, Hanson J, Suarez-Almazor ME, et al. Occurrence, causes and outcome of delirium in patients with advanced cancer. *Arch Intern Med.* 2000;160(6):786-94.
28. American Thoracic Society. Withholding and withdrawing life-sustaining therapy. *Ann Intern Med.* 1991;115(6):470-85.
29. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees, American Heart Association. Part VIII. Ethical considerations in resuscitation. *JAMA.* 1992;268(16):2282-8. Comment in: *JAMA.* 1992;268(16):2297-8.
30. Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. *Crit Care Med.* 1997;25(5):887-91.

Quando o Tratamento Oncológico Pode Ser Fútil? Do Ponto de Vista do Paciente-Família

Ciro Augusto Floriani

Coube-me falar sobre a futilidade médica, especificamente do tratamento oncológico, sob o ponto de vista do paciente-família. Este título traz um desafio, visto que sugere ser um tipo único de olhar, mas nem sempre é assim. Com alguma frequência, paciente e família não querem a mesma coisa, quando se trata de intervenções diagnósticas ou de tratamento de doenças ameaçadoras, como é o caso do câncer, especialmente em fases avançadas. Portanto, considero em minha apresentação que paciente e família são dois atores distintos e que ensejam distintas abordagens para o delicado problema da futilidade médica.

É preciso também lembrar, e tem sido aqui falado pelos que já me antecederam, que, quando nos referimos à futilidade médica, devemos ter o cuidado de não a interpretarmos no sentido comum, de algo sem importância, ou sem fundamento. O problema da futilidade é valorativo, por um lado, visto que, em sentido estrito, todo tratamento é terapêutico; por outro lado, há uma dimensão de efetividade em jogo, pois, a despeito de sua importância ou de sua fundamentação, esse tratamento não atinge os objetivos a que se propõe, mesmo após sucessivas tentativas. Também é importante se dizer que algo inexecutável não seria algo fútil, mas sim irrealizável¹. Estas distinções são importantes, caso contrário, pode-se cair numa confusão conceitual.

Gosto das considerações de Carol Levine quando nos alerta para o fato de que:

[...] é importante evitar o mito do passado idealizado, da família idealizada e do paciente idealizado. Alguns pacientes encontram no seu adoecimento uma oportunidade para expressões de amor, de gratidão e de crescimento espiritual. Outros tornam-se solicitantes, hostis e, fisicamente, ou emocionalmente, abusivos, mesmo para com seus cuidadores².

Poderemos acrescentar, valendo-nos de seu texto, que algumas famílias encontram no adoecimento de um de seus membros uma oportunidade para expressões de amor, de gratidão e de crescimento espiritual. Outras se tornam solicitantes, hostis e abusivas, mesmo para com seus cuidadores e/ou paciente.

O que está em jogo na futilidade médica é a delicada relação entre as tomadas de decisão que levam em consideração os desejos, ou as preferências, do paciente e as ações médicas que desconsideram esses desejos ou preferências. E não podemos aqui deixar de nos perguntar se os cuidados paliativos estarão livres da futilidade médica, visto nem sempre a autonomia do paciente ser considerada dentro de seus processos decisórios, a despeito de ser o respeito à autonomia do paciente um dos pontos centrais do moderno movimento *hospice*. Muitos pacientes desconhecem seus diagnósticos, o que inviabiliza qualquer decisão autônoma por parte dele, com relação ao encaminhamento de seu tratamento. Isto sem falar na intervenção da família, ou do cuidador, que, muitas vezes, não deseja que o paciente participe destas decisões.

Devemos, portanto, levar em consideração três questões quando olhamos a futilidade a partir de uma perspectiva do paciente e da família: a) Quem determina o objetivo do tratamento? b) O quanto é possível ter

Mestre em Saúde Pública - Bioética pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) / FIOCRUZ

Doutorando em Saúde Pública - Bioética pela ENSP / FIOCRUZ

Membro do Conselho de Bioética do Instituto Nacional de Câncer - INCA / MS

E-mail: ciroafloriani@terra.com.br

Endereço para correspondência: Rua Dr. Nilo Peçanha 1, bloco 3, apto 1.506 - Niterói (RJ), Brasil - CEP: 24210-480

certeza de que o prognóstico é mínimo ou nulo? c) Se o paciente tem absoluto entendimento de sua doença e de seu prognóstico para decidir³.

O problema do diagnóstico da terminalidade de uma doença está intimamente ligado à futilidade médica, pelo menos do ponto de vista médico. Mas não se pode dizer o mesmo do ponto de vista do paciente, para o qual não será esta "terminalidade" que necessariamente ditará seus desejos, terminalidade esta tão difícil de ser definida e freqüentemente estimada de uma maneira equivocada pelo médico, como ficou demonstrado pelo SUPPORT⁴.

A dificuldade para determinar a terminalidade de uma doença: "[...] identificar um paciente como 'terminal', ou um intervalo como [sendo aquele do] fim da vida, ou a exacerbação de uma doença crônica como o processo de morrer, é nada mais do que um palpite até a morte chegar"⁵.

Sabe-se que, em condições hipotéticas, pacientes com câncer tendem a querer quimioterapia mesmo quando o prognóstico de sobrevida for muito reservado, se comparados às respostas de pessoas saudáveis, ou de oncologistas, ou enfermeiros oncológicos^{6,7}, e que pacientes com doenças avançadas e profissionais de saúde atribuem distintas valorações a procedimentos e intervenções^{8,9}.

Com isso, quero dizer que o que define a futilidade, ou não, de uma intervenção, ou de um tratamento, em pacientes com câncer avançado, tem distintos olhares, que deveriam ser considerados: o olhar do oncologista, o do paciente, o do cuidador e o da família. A pergunta a ser respondida, e que não é nada fácil, é: qual desses olhares deve prevalecer? Em relação a esta questão, há quem defenda que o foco não deve ser o prognóstico médico, mas as decisões devem ser construídas, levando-se em consideração as preferências do paciente e pactuadas com ele e com seus familiares. Um desafio que aqui se impõe diz respeito aos pacientes com competência cognitiva comprometida (por exemplo, pacientes com demência severa, ou em coma).

Em relação a cuidados paliativos, há, ainda, uma outra questão, a meu ver diretamente ligada ao nosso tema, que diz respeito aos casos de pacientes que solicitam a retirada de tratamentos ou de alimentos e de hidratação, a despeito de estarem recebendo cuidados paliativos de excelente qualidade técnica e humana? Tais pacientes não desejam mais viver, não vêem mais sentido em continuar com qualquer forma de tratamento¹⁰. Como nos comportaremos diante destas situações? Qual deverá ser a decisão ética mais adequada para com estes casos? Estarão os cuidados paliativos livres da difícil questão da futilidade médica?

Para concluir, gostaria de deixar algumas perguntas e pontuar alguns itens que considero relevantes, aqui colocados em uma ordem não-hierárquica de importância: (a) decisões difíceis no fim da vida não deveriam excluir ouvir o paciente; (b) o que profissionais de saúde consideram "qualidade de vida", no fim da vida, é o que os pacientes desejam? (c) o que o cuidador ou a família quer é o que o paciente quer? (d) com quem o médico deve construir as tomadas de decisão para bons cuidados no fim da vida? (e) relações de assimetria com o paciente na construção de decisões devem ser combatidas; (f) pactuações com o cuidador e/ou familiares, em detrimento da participação do paciente competente, devem ser fortemente desestimuladas; (g) nós, profissionais de saúde, em especial os médicos, precisamos conhecer o que desejam os pacientes; (h) é preciso um ato de coragem, e um exercício contínuo de desapego para encontrar o paciente que está morrendo e realizar, dentro das circunstâncias e das possibilidades, seus desejos.

REFERÊNCIAS

1. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Int Med.* 1990;112(12):949-54.
2. Levine C. Home sweet hospital: the nature and limits of private responsibilities for Home Health Care. *J Aging Health.* 1999;11(3):341-59.
3. Mosely KL, Silveira MJ, Goold SD. Futility in evolution. *Clin Geriatr Med.* 2005;21(1):211-22.
4. Fox E, Landrum-McNiff K, Zhong Z, Dawson NV, Wu AW, Lynn J. Evaluation of prognostic criteria for determining hospice eligibility in patients with advanced lung, heart, or liver disease. *JAMA.* 1999;282(17):1638-45. Comment in: *JAMA.* 1999;282(17):1670-2. *JAMA.* 2000;283(19):2527.
5. Finucane TE. How ravelly ill becomes dying: a key to end-of-life care. *JAMA.* 1999;282(17):1670-72.
6. Slevin ML, Stubbs L, Plant HJ, Wilson P, Gregory WM, Armes PJ, et al. Attitudes to chemotherapy: comparing views of patients with cancer with those of doctors, nurses, and general public. *BMJ.* 1990;300(6737):1458-60. Comment in: *BMJ.* 1990;301(6742):46.

7. Bremnes RM, Andersen K, Wist EA. Cancer patients, doctors and nurses vary in their willingness to undertake cancer chemotherapy. *Eur J Cancer*. 1995;31A(12):1955-9.
8. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, Mcneilly M, Mcintyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*. 2000;284(19):2476-82.
9. Meystre CJ, Burley NM, Ahmedzai S. What investigations and procedures do patients in hospices want? Interview based survey of patients and their nurses. *BMJ*. 1997;315(7117):1202-3. Comment in: *BMJ*. 1998;316(7138):1166-7.
10. Ganzini L, Goy ER, Miller LL, Harvath TA, Jackson A, Delorit MA. Nurses' experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death. *N Engl J Med*. 2003;349(4):359-65. Comment in: *N Engl J Med*. 2003;349(4):325-6.

Quando o Tratamento Oncológico Pode Ser Fútil? Do Ponto de Vista do Gestor

Armando Martinho Bardou Raggio

Ser gestor é manejar instrumentos de administração, economia e política sob o espectro da moralidade vigente. É resolver problemas com, sem ou apesar das ferramentas. O problema que estamos discutindo é o do sofrimento sem remissão definitiva que não seja a morte.

A humanidade sofre de males resultantes da agressão da natureza, da herança genética e das relações entre seus semelhantes. As doenças crônico-degenerativas resultam como síntese de todas estas formas de adoecer, especialmente o câncer, mas adoecemos cada vez mais das nossas relações individuais, sociais e políticas. A missão de um gestor de saúde, além da obrigação de qualquer outro gestor público de proteger e promover a vida, é de promover a saúde, prevenir as doenças, evitar o sofrimento e aplacar a dor até a morte, pois a mesma haverá de ser digna se não for evitável. Deste ponto de vista, não há desengano ou desenganado, pois assim pensando não estaremos enganados em hipótese alguma perante a fatalidade.

Dado que a morte é inexorável, todos somos vulneráveis, mas nem todos nos encontramos vulnerados ao mesmo tempo. Essa diferença produz diferentes expectativas sobre o viver e o morrer com seus equívocos ameaçadores, sendo o mais perigoso deles a futilidade de tratar alguém não para que viva dignamente, mas para gáudio de nossa prática clínica tida por benfeitoria em si e não pelos resultados que proporcione em autonomia e qualidade de vida. Tão perigosa quanto a ação excessiva é a omissão justificada como contrária ao ato fútil de prescrever e administrar medidas ineficazes. Arrogantes, não permitimos que o tratamento se estabeleça sem a perspectiva de cura, pois o reconhecimento da impossibilidade de estancar o mal é a capitulação perante o mórbido, ao contrário, damos prazo a uma vida, condenamos peremptórios como um juiz ao proferir sentença. De outro modo e causando mal ainda maior, nos colocamos a nutrir esperanças em vão, como se a nós não coubesse reconhecer uma impossibilidade. Entre os extremos, o caminho do meio é a melhor vereda, mas costuma ser escorregadio e, portanto, o mais difícil, um gume fino e cortante capaz de nos punir incontinentemente pelo gesto excessivo, se não omissivo.

Ainda que adotando o caminho do meio, todo tratamento pode ser fútil, mesmo que resulte em conter os males físico, biológico ou psíquico, pois basta que comprometa o bem individual maior da identidade e da autonomia, condições precípuas para sermos sujeitos da nossa própria existência. O limite da ação terapêutica específica não condiciona o campo do cuidado como se a vida só valesse no futuro e não no presente. De fato, viver pode ser tão efêmero como inesgotável no tempo e no espaço, independente de qualquer fator, ainda mais nas condições contemporâneas da nossa cultura de massificação e de consumo, quando se confunde saúde com bens e serviços de utilização compulsória como se fosse um direito adquirido ao entrar na civilização para uso obrigatório por consumação.

Paliar é um verbo antigo que significa cobrir, faz parte do léxico português desde as origens lusitanas, desde os Lusíadas talvez. Pálio é o substantivo e significa aquilo com que se cobre, o manto. Paliativo não tem necessariamente um sentido resultante destas raízes. Um paliativo pode ser algo que não resolve, mas apenas posterga um problema. Paliar passa por perto de empalhar, de empalhação, de envolver em palha para evitar que quebre, como se fazia antes de haver os porta ovos prensados, o que, contudo, não garantia e não garantem proteção absoluta. Cuidado paliativo, no entanto, é uma expressão que se forjou mediante a imperiosa obrigação

Secretário Executivo da Sociedade Brasileira de Bioética
Coordenador de Cursos de Pós-graduação e Extensão da Escola Superior da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal
Membro da Comissão de Relatoria da 13ª Conferência Nacional de Saúde
Membro do Conselho de Bioética do Instituto Nacional de Câncer (INCA) / MS
E-mail: armandom@saude.df.gov.br
Endereço para correspondência: SQS 107, Bloco H, Apto 501 - Brasília (DF), Brasil - CEP: 70346-080

de renovar radicalmente o significado da prática de cuidar, resgatando a clínica como nos primórdios da medicina, em que raras vezes se lograva a cura, mas sempre se cuidava do ser humano que sofria, doente do que fosse, geralmente de causa indeterminada. A esperança de viver era grande, mas de fato alcançavam-se poucas décadas de vida. Doentes, então, sobreviviam menos ainda, mas nem por isso eram desapegados da existência.

Hoje, como na Antiguidade, quando nos sentimos ameaçados de morte, aceitamos até mesmo aqueles tratamentos com grandes efeitos desfavoráveis, desde que tenhamos algum ganho em sobreviver, por pequeno que seja. Diante de tamanha receptividade, a qual pode ser potencializada exponencialmente com as estratégias de mercado da indústria médico-hospitalar farmacêutica, é preciso muita prudência e cautela com a prescrição de produtos e serviços de saúde, em especial os de última geração.

A pressão por reduzir a sistemática de proteção dos sujeitos de pesquisa estabelecida pela Declaração de Helsinque, a introdução de novos produtos sobrepostos a insumos de reconhecida eficácia são evidências entre outras do interesse na promoção de novas necessidades em saúde, quando a esperança de aplacar a dor e de sobreviver para além do mal inexorável faz cúmplices os que sofrem com os que exploram seu sofrimento, antagonicamente. É quando a vida em si se torna meio de acumulação de riqueza, pouco importando o respeito aos valores da autonomia, da independência e da qualidade de vida, embora esses mesmos valores possam compor argumentação em prol de novos produtos em detrimento do cuidado intensivo em trabalho e não em capital.

O gestor de saúde, portanto, é desafiado a resolver uma inequação, quando, à parte das necessidades criadas e sobrepostas jamais corresponderão recursos suficientes e em tempo. Não admitindo solução no campo da realidade objetiva, esta inequação produz um desequilíbrio crescente até a estagnação de serviços e sistemas. É quando se mobilizam forças sociais, políticas e administrativas para formular novas estratégias, o que é muito raro, ou reformular estratégias vigentes.

Não é por acaso que novos recursos em saúde nascem comprometidos com um passivo acumulado de modo que no exercício seguinte já são inertes ou pouco capazes de provocar mudanças estruturais significativas. Se foi assim com a CPMF, não será assim com a regulamentação da Emenda Constitucional 29? É a saúde na UTI, como dizem as manchetes e as lideranças corporativas, como se a UTI fosse um lugar de morrer e não de salvar vidas! Ciclicamente clamamos por mais verbas, desprezando o estágio em que se encontra a geração de riqueza e a capacidade da economia e da sociedade de comprometer maiores gastos com a reparação do mal-estar. O mal-estar resultante de nossas relações constitui-se em motivo de comprometimento mais profundo de governos e empresas que se sucedem prometendo a salvação.

Paradoxalmente, foi preciso alcançar a capacidade de criar organismos por fertilização *in vitro*, por clonagem e outras técnicas, transplantar e criar órgãos em laboratório, desvendar o genoma de espécie por espécie para percebermos que cuidar é o princípio fundamental da preservação e da reprodução da vida com saúde, esperança e alegria de viver! Cuidar paliativamente deverá ser visto cada vez mais como o fim de todo cuidado, como prática de toda clínica, cobrindo com o manto da atenção solidária o ser vivo que tem desejo de viver o seu presente, por mais breve ou mais longa que possa ser sua existência. Afinal, como dizia Hipócrates: "a vida é curta, a arte é longa, a ocasião fugidia, a experiência enganadora, o julgamento difícil [...]".

A um gestor qualquer e ao de saúde em especial, cabe cuidar da coisa pública em que se constitui a saúde dos indivíduos, das comunidades e da sociedade em geral.

Como augurava Medeiros de Albuquerque no Hino da Proclamação da República:

Seja um pálio de luz desdobrado
Sob a larga amplidão destes céus [...]
Este canto rebel, que o passado
Vem remir dos mais torpes labéus!
Seja um hino de glória que fale
De esperanças de um novo porvir!
Com visões de triunfos embale
Quem por ele lutando surgir!
Liberdade! Liberdade!

Hino da Proclamação da República
Letra de Medeiros de Albuquerque
Música de Leopoldo Miguéis, 1889

Referências com o autor.

Quando o Tratamento Oncológico Pode Ser Fútil? Um Ponto de Vista Bioético sobre a Questão

Fermin Roland Schramm

INTRODUÇÃO

A questão em pauta - se alguma forma de tratamento oncológico pode ser considerada fútil - abordada do ponto de vista das ferramentas da ética aplicada, chamada bioética, tem dois aspectos distintos e relacionados: (1) aquele relativo ao campo semântico pertinente do termo "tratamento fútil" e (2) o das implicações morais e éticas das práticas decorrentes da adoção deste conceito nas decisões relativas ao tratamento de determinados pacientes, como pode ser o caso dos pacientes ditos em "fase terminal".

O contexto em que a discussão sobre a semântica e a moralidade do "tratamento fútil" se inscreve é aquele das mudadas condições do processo de viver em geral e, mais particularmente, do processo de morrer, transformado pelo saber-fazer biomédico e as técnicas correlatas, como são atualmente as práticas de reanimação; ou seja, a vigência de possibilidades de intervenção sobre os pacientes considerados "fora de possibilidade de cura", cuja sobrevivência pode ser prolongada a ponto de transformar-se, paradoxalmente, em mero prolongamento, moralmente questionável, do próprio sofrimento do paciente que, ao contrário (de acordo com a "arte" médica), deveria ser "tratado" e amparado, se assim o desejar e requerer.

De fato, a antiga *ars medica*, de tradição hipocrática, vem incorporando, desde o Século XX, cada vez mais ferramentas técnicas diagnósticas e terapêuticas mais eficazes e eficientes, em um contexto social e epidemiológico, no qual cresce a medicalização da morte, com o paciente muitas vezes longe do ambiente familiar e/ou afetivo. Em suma, de acordo com o neurologista e bioeticista italiano Carlo Defanti:

[a] medicina moderna tem transformado o próprio conceito de morte [que] perdeu o caráter de imprevisível e, em certa medida, de inexorável [para tornar-se] cada vez mais um problema médico [...] hoje a morte tornou-se cada vez mais de pertinência do médico e do hospital¹.

Considerando que a bioética tem duas funções principais, consistentes em analisar conflitos morais e em ponderá-los de acordo com normas morais suscetíveis de consenso racional, a questão do tratamento oncológico fútil, enfrentado com as ferramentas da bioética, implica necessariamente uma parte descritiva e outra normativa, podendo, sob determinadas condições, ter também uma dimensão protetora, como quando, por exemplo, um paciente debilitado não pode exercer suas capacidades cognitivas e/ou decisórias. Ela se aplica, portanto, a situações como aquelas do tratamento oncológico quando este pode ser considerado "fútil", pois, neste caso, existe a possibilidade concreta de estender, junto com o tempo de vida, o tempo de sofrimento do paciente em fim de vida e, muitas vezes, isso pode afetar, de maneira significativa, sua dignidade e auto-estima. É, aliás, a tomada de consciência dessa real possibilidade iatrogênica da medicina, por um lado, e da necessidade de "humanizar" (como se diria hoje) a prática e o ambiente dos cuidados, por outro, que levaram ao movimento *hospice*, fundado

Pesquisador Titular em Ética Aplicada e Bioética da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP / FIOCRUZ

Consultor de Bioética do Instituto Nacional de Bioética

Instituto Nacional de Câncer (INCA) / MS

Coordenador do Conselho de Bioética do INCA / MS

E-mail: roland@ensp.fiocruz.br

Endereço para correspondência: Av. Leopoldo Bulhões, 1.480, Sala 914 - Manguinhos - Rio de Janeiro (RJ), Brasil - CEP: 21.040-210

por Cicely Saunders, e à abordagem multidisciplinar e multiprofissional dos cuidados paliativos, norteados por uma nova atitude com a subjetividade do paciente, consistente em respeitar sua pessoa, seu entorno afetivo e cultural, seus valores e em dar amparo ao paciente até a morte, considerando esse amparo parte constitutiva do processo doença-tratamento².

SEMÂNTICA DE "TRATAMENTO FÚTIL" E CORRELATOS

O termo "tratamento fútil" remete a um campo semântico bastante denso e se refere a um universo de práticas em situações problemáticas e complexas. Conceitualmente, aparece com a expressão norte-americana *medical futility*, utilizada para indicar um tipo de tratamento considerado inapropriado, sem uma razoável probabilidade de melhorar as condições do paciente e que o médico não teria o dever de prover; em particular, se refere a pacientes para os quais a intervenção médica é incapaz de modificar um estado vegetativo persistente e que não permite ao paciente de se livrar de um suporte intensivo total³.

Costuma-se distinguir um aspecto quantitativo da futilidade, consistente na baixa probabilidade de resultados (chamada também de utilidade marginal), e outro qualitativo, referido à ponderação entre benefícios e malefícios, isto é, a um tratamento que, embora eficaz, não consegue propiciar um benefício efetivo ao paciente. Entretanto, tais distinções não evitam algumas objeções pertinentes, como aquela, de tipo quantitativo, consistente em saber a partir de qual probabilidade um tratamento pode ser considerado razoavelmente como fútil; outra, de tipo qualitativo e referente à avaliação do próprio paciente, ou seja, refere-se a uma suspeição de fundo: o fato de que tal expressão possa servir, em determinadas circunstâncias, para negar ao paciente um tratamento, ficando a decisão de tratar ou não no âmbito médico, isto é, sem incluir, na decisão, o ator envolvido que pode, em última instância, avaliar os aspectos qualitativos de um tratamento: o paciente.

De fato, se o tratamento é considerado fútil pode não ser ofertado ao paciente, ou recusado, inclusive com o argumento de que, sendo fútil, o médico não somente não tem o dever de ofertá-lo, mas o dever de recusar esse tipo de tratamento, mesmo que o paciente o requeira. Para o bioeticista Miguel Kottow, o conceito de futilidade médica seria até um contra-senso que não poderia estar de acordo com uma boa prática clínica, pois "se uma medida médica é inútil, simplesmente está contra-indicada [e é] signo de má medicina" ou, então, e considerando a importância crescente dos aspectos econômicos nas decisões de saúde, pode até surgir a suspeita pertinente "de um afã lucrativo para prolongar tratamentos custosos"⁴.

Entretanto, aqueles que aceitam o conceito e suas implicações práticas podem sempre argumentar que, apesar de suas imprecisões, ele se aplica à moralidade da prática clínica porque as escolhas do médico não são meramente técnicas, e, sim, também morais. Considerando que um tratamento não é nunca totalmente inócuo, ofertar um tratamento fútil implicaria em infringir aquele que talvez seja o princípio mais importante (ou, como se diz, que tem a prioridade lexical sobre os demais princípios norteadores do comportamento) da "arte médica": o princípio de não-maleficência.

Conceitos relacionados ao de futilidade são aqueles de "meios ordinários", "meios extraordinários" e de "obstinação terapêutica". Todos eles têm, histórica e conceitualmente, origem na teologia moral. Os "meios ordinários" são aqueles que devem ser sempre empregados, e os "extraordinários" aqueles que seriam moralmente lícitos não usar (como parece ter sido no caso do Papa Wojtyła), porém também com esses conceitos surgem questionamentos análogos aos anteriores; por exemplo, quando se consideram seus aspectos quantitativos e qualitativos, muitas vezes confundidos e, sobretudo, tendo em conta os avanços em medicina, logo o fato de que "os meios extraordinários de hoje podem se tornar os meios ordinários de amanhã"¹.

Uma possível objeção seria a de que os meios ordinários são aqueles que prolongam a vida (de acordo com o dever médico de "salvar vidas") e os extraordinários aqueles que só prolongariam o processo de morrer. Mas tal distinção é, muitas vezes, de difícil aplicação prática, como, por exemplo, quando uma intervenção médica permite ao paciente prolongar sua vida e resolver pendências que ele considera essenciais (por exemplo, com familiares). É claro que, em casos como este, a distinção, entre o que é ordinário e o que não é, é extremamente problemática. Em suma, a distinção entre meios ordinários e extraordinários, embora intuitivamente compreensível, não é muito cogente, pois não se refere unicamente aos meios utilizados (ou a serem evitados), mas se refere a uma relação entre meios (a serem) empregados e às conseqüências esperadas, razão pela qual, a partir dos anos 1980, costuma-se substituir os conceitos anteriores por aquele de "proporcionalidade", com o objetivo de evitar a "obstinação terapêutica" (da parte dos médicos) e o pedido de eutanásia (da parte do paciente). Este é o caso, por

exemplo, da Declaração da Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé sobre a eutanásia (1980) e da Encíclica "Evangelho da Vida (1995), que introduzem também o termo de ortotanásia, entendida como "ideal" da "arte de morrer bem, sem ser vítima de mistanásia, por um lado, ou de distanásia, por outro, e sem recorrer à eutanásia"⁵.

Na ponderação de Defanti, estas substituições parecem constituir "um salto de qualidade: de uma ética deontológica [para] uma ética consequencialista, [ou seja] a uma ética da responsabilidade", mas, de fato, parecer ser, sobretudo, uma estratégia para eludir o problema fundamental a ser enfrentado, que é aquele de evitar o agravo do sofrimento do doente, decorrente da obstinação terapêutica, e garantir a qualidade de vida daquele que padece, sendo que, neste caso, voltamos a enfrentar a questão fundamental que é aquela de a quem compete, em última instância, julgar tal qualidade, visto que "o juízo sobre a qualidade de vida de uma outra pessoa, na ausência de um envolvimento ativo da mesma, se apóia em bases incertas"¹.

A MORALIDADE DO TRAMENTO ONCOLÓGICO FÚTIL

As situações em que se coloca a questão da futilidade podem ser bastante diferentes, mas todas elas se referem à questão existencial fundamental que vários pensadores e poetas tentam significar desde a noite dos tempos: a Vida e a Morte, o Ser e o Nada. Mas a questão da futilidade, que pode ser pensada como uma questão ontológica, pode sê-lo, também, como questão ética e, mais especificamente, bioética. A moralidade do tratamento fútil surge no âmbito da análise e da avaliação das inter-relações humanas estruturadas pela forma de relação *eu-outro* ou *eu-tu*, devendo ser em princípio excluída a forma *eu-isso* ou *eu-aquilo*, devido às suas implicações, moralmente polêmicas, de objetivação de entes que só deveriam ser considerados seres, isto é, sujeitos ou pessoas que - de acordo com o imperativo categórico kantiano - nunca devem ser instrumentalizados, ou, pelo menos, que não podem ser obrigados a fazer algo ou a se submeterem a um procedimento que lhes diz diretamente respeito, sem consentir e após saber do que se trata e quais podem ser suas implicações.

Em campo oncológico, a problemática surge com relação ao tipo de tratamento considerado mais apropriado a ser ofertado a pacientes que já não podem ter esperanças razoáveis de cura, mas somente de serem cuidados, protegidos em sua vulneração, escutados e compreendidos; ações estas que podem e devem fazer parte do "tratar", de acordo com a preocupação consistente em "humanizar" os serviços de saúde. Esta é, aliás, a principal razão pela qual recusamos a expressão descuidada de *paciente fora de possibilidades terapêuticas*, que deveria ser substituída pela expressão "fora de possibilidade de cura", mais correta porque é referente a fatos e porque não reduz a prática médica à cura propriamente dita. Entretanto, existem casos concretos em que, embora não exista uma esperança razoável de cura, as tentativas, pouco razoáveis, de "curar" - que acompanham o dever médico de "salvar vidas" - se sobrepõem às possibilidades razoáveis de "cuidar", o que se torna uma prática moralmente questionável a ser justificada, devido às suas implicações negativas sobre o paciente e seu entorno familiar. É nestas condições que surge a pergunta específica se a Medicina deve tentar perseguir, de forma "obstinada", a "cura" da doença mesmo quando, de fato, só compromete a qualidade de vida do paciente, sem um real melhoramento no tratamento. Pergunta à qual devemos acrescentar aquela relativa à real efetividade dos avanços tecnológicos incorporados no tratamento em termos de bem-estar, ou, simplesmente, de alívio do sofrimento do paciente e de seu entorno familiar.

É aqui que surge a questão que pode redundar em autêntico dilema moral e que reúne as perguntas anteriores: quando um tratamento pode ser considerado fútil e quando, enquanto tal, ele é moralmente justificado ou não? E é aqui que entra a bioética, entendida como recurso para a ponderação dos conflitos morais envolvidos nas ações que têm, ou pretendem ter, efeitos significativos sobre os destinatários de tais ações e que, em nosso caso, são chamados corretamente "pacientes".

CONSIDERAÇÃO FINAL

Via de regra, na discussão dessa problemática, ressalta-se que o princípio da beneficência, ou sua versão fraca - o princípio de não-maleficência - deve, em princípio, nortear sempre as decisões nos procedimentos clínicos, porém sabe-se que, na prática, nem sempre é isto que ocorre. Fatores como incorporação tecnológica, orientação acadêmica, pressão social e a crença de que a morte significa invariavelmente o fracasso técnico geralmente contribuem para uma visão mais tecnicista e menos "humanista" da prática clínica dos médicos no atendimento aos pacientes. Mas isso pode redundar naquilo que se costuma chamar de obstinação terapêutica, a

qual implica em graus de sofrimento do paciente que poderiam e deveriam ser evitados. De qualquer maneira, "fora de possibilidade de cura" não é sinônimo de "fora de possibilidade de tratamento", pois este implica, por exemplo, o tratamento chamado *cuidados paliativos*, que podem ser considerados uma alternativa técnica e moralmente justificada da obstinação terapêutica e do tratamento fútil.

REFERÊNCIAS

1. Defanti CA. Vivo o morto? La storia della morte nella medicina moderna. Milano: Zadig; 1999.
2. Callahan D. The troubled dream of life. New York: Simon & Schuster; 1993.
3. Drane JF, Coulehan JL. The concept of futility: patients do not have a right to demand medically useless treatment. *Health Progress*. 1993;74(10):28-32. Comment in: *Health Prog*. 1994;75(1):11-2.
4. Kottow M. Introducción a la bioética. Santiago: Mediterráneo; 2005.
5. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de Bioética. São Paulo: Loyola; 2005.