

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.