

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, hiponatramia, 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].