

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 sintasse 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 Gynecol [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 definitions 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.