

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.