

# Quando um Tratamento Torna-se Fútil?

Joaquim Antônio César Mota

Professor adjunto; doutor em Pediatria, Departamento de Pediatria, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte - MG

*A definição de uma ação médica como fútil é necessária para uma adequada atenção a um paciente criticamente enfermo. A partir dos anos 70, com a crescente incorporação tecnológica, houve o deslocamento da medicina de ponta da esfera pública para o setor privado, levantando a discussão sobre qualidade de vida. Nesse contexto, tal definição torna-se essencial. Para atender a pacientes criticamente enfermos é necessário um treinamento intensivo e extensivo de técnicas de preservação e/ou restauração das funções vitais do mesmo, e também refletir sobre como usar essas técnicas, através do diálogo com todos os envolvidos no processo. O desafio ético na abordagem de um paciente criticamente enfermo é saber quando e o quanto agir, utilizando-se o melhor possível para atender a seus interesses, sem transpor a linha da futilidade.*

*UNITERMOS - Futilidade, tecnologia médica, incorporação tecnológica e ética, paciente criticamente enfermo*

O que é futilidade? Os dicionários a definem como uma coisa sem utilidade, frívola. Etimologicamente, vem da palavra latina *futile*, denominação de um vaso cujo fuso, por ser estreito, não o permite manter-se em pé, portanto deixando escapar o que contém, daí passando a significar qualquer coisa inútil, que não presta, que não dá resultados. Portanto, um ato fútil é um ato em vão. E em medicina, o que é um tratamento fútil? Uma definição pode ser aquela ação médica cujos potenciais benefícios para o paciente são nulos ou tão pequenos ou improváveis que não superam os seus potenciais malefícios. Como a certeza absoluta é algo absolutamente impossível, essa definição caracteriza-se, entre outras coisas, pela falta de certeza. Ao definir um tratamento como útil ou fútil sempre fica uma ponta de dúvida, que tinge os limites entre eles: no caso em questão o improvável ocorrerá?

## Como estabelecer os limites?

Dois sentimentos, o do medo e o da frustração, tornam mais difícil estabelecer esses limites. O sentimento de frustração leva ao abandono do paciente; o medo de aparentar fraqueza leva a medidas agressivas que tornam mais cruel a agonia (1). Culturalmente, os profissionais de saúde, principalmente os médicos, são impelidos a transpor essa linha ao considerar a morte como algo estranho à vida e que deve ser evitada a todo custo, cuja ocorrência sempre significa um fracasso médico. As ligações afetivas que são estabelecidas entre esses profissionais, os pacientes e suas famílias também favorecem a não-aceitação desses limites. Além disso, alguns médicos não estão preparados para reconhecer quando um procedimento é fútil, consequência da visão que tem do paciente, considerado mais como uma oportunidade terapêutica ou um desafio clínico e menos como uma pessoa plena de direitos, o que revela a fraqueza do conceito de futilidade em evitar a ocorrência de excesso de tratamento do paciente criticamente doente (2). Por fim, a tendência atual de considerar que o dinheiro resolve tudo, que não há limites para o desejo, bastando ter para acontecer, estimula todos a não parar.

Nessa perspectiva, torna-se muito mais difícil justificar o não fazer, a omissão, do que o fazer, a ação, pois o treinamento dos profissionais de saúde sempre privilegiou o operar. É bem mais confortável colocar um paciente terminal com insuficiência respiratória em ventilação mecânica que assisti-lo durante seu processo de morte, sem antepor entre esses profissionais e o paciente e seus familiares toda a tecnologia disponível, quer seja benéfica ou não. Na primeira opção, pode-se sempre dizer que, pelo menos, tentou-se fazer algo; se não deu certo ou se o procedimento serviu apenas para prolongar a agonia e o sofrimento do paciente, o que conta é o objetivo de fazer o bem. Mas não fazer alguma tentativa para mudar o curso do processo, além de ir contra o que foi aprendido nos bancos escolares, é assumir o fracasso. Esse é outro estímulo para a ultrapassagem da linha entre o útil e o fútil.

É difícil definir o que é um tratamento fútil. Vejamos algumas interrogações:

1. Seria aquele que não consegue prolongar a vida? Nessa definição, manter uma pessoa em vida vegetativa utilizando nutrição parenteral não seria fútil;
2. Seria não atender a um desejo do paciente? Se uma mãe deseja manter seu filho recém-nascido anencéfalo em ventilação artificial, a despeito de seu estado vegetativo irreversível, isto então não seria futilidade;
3. Seria a falência de alcançar um efeito fisiológico no corpo humano? Então, enquanto pudermos manter o fluxo de ar ou de sangue no corpo, as manobras de ressuscitação cardio-respiratórias não são futéis;
4. Ou seria a impossibilidade de causar um benefício terapêutico para o paciente?
5. Se o tratamento meramente preserva uma vida vegetativa ou que não pode ser independente de cuidados intensivos, esse deve ser considerado fútil? (3);

## 6. Seria, então, fútil tratar de pessoas com poucas chances de ter uma vida de boa qualidade?

Frente a uma situação clínica que requer procedimentos médicos agressivos, os profissionais de saúde, muitas vezes, têm a sensação de ultrapassar o ponto em que essas medidas ainda são benéficas para o paciente. A necessidade de tomar decisões rápidas, a gravidade e a singularidade que caracterizam cada situação clínica, os conflitos de valores e interesses que envolvem a relação entre os profissionais de saúde, o paciente, a família, a sociedade e o Estado favorecem esse sentimento. Esses fatores, aliados ao fato dos atos médicos gerarem conseqüências que só parcialmente podem ser previstas, tornam difícil demarcar, com nitidez, durante o tratamento, a linha entre o útil e o fútil. Essa indefinição de limites leva a que, freqüentemente, pacientes criticamente enfermos sejam submetidos a tratamentos que, apesar de motivados pelo desejo de fazer o bem, apenas acrescentam sofrimentos a esses doentes. Além disso, esses tratamentos fúteis causam outras conseqüências: elevam os custos do tratamento e agravam os sofrimentos físicos e emocionais dos envolvidos nesse drama.

### **Aspectos envolvidos na definição de futilidade**

O objetivo da medicina não é alcançar um simples efeito fisiológico, mas curar o paciente. Ela tem grandes poderes, mas não poderes ilimitados, e grandes obrigações, mas não obrigações ilimitadas. Por outro lado, não podemos esquecer que a medicina é impregnada de valores, portanto todos os atos médicos, e não apenas a decisão de considerar uma ação fútil, envolvem julgamentos de valor, que requerem escolha de metas e ações. Os pacientes e seus familiares muitas vezes demandam tratamentos fúteis devido à mensagem simbólica dos mesmos: só se consideram verdadeiramente tratados quando as tecnologias modernas mais invasivas são utilizadas (1). Os valores dos profissionais de saúde também influenciam na definição de um procedimento como fútil ou não. Geralmente, as suas decisões são mais influenciadas pelo diagnóstico que pelo prognóstico do paciente (4). Além disso, os seus preconceitos influenciam essas decisões. Em um estudo norte-americano, os pacientes não brancos eram mais comumente classificados como passíveis de não serem tratados que os brancos (5). Outros estudos, também nos Estados Unidos, revelam que pacientes não segurados recebem menor atenção médica que aqueles que têm algum tipo de plano de saúde (6,7,8). Esse fato cria dois grupos de pacientes, separados por um fosso sócioeconômico: aqueles economicamente rentáveis, que correm o risco de sofrer excesso de tratamentos fúteis, e os não rentáveis, que correm um risco oposto, o de sofrer restrição de tratamentos úteis.

Futilidade como um fato da medicina não é algo novo. No passado, entretanto, ligava-se à carência de recursos da própria ciência e sua impotência em afetar o curso da doença. Hoje, seu significado e aplicabilidade tem tomado uma importância cada vez maior, por causa da incorporação crescente de tecnologia na área de saúde, nem sempre significando sucesso terapêutico. Um marco na discussão sobre futilidade foi o caso "Baby Doe" e a regulamentação que, a partir daí, surgiu nos EUA - que impôs aos médicos o dever legal de prover tratamentos salva-vidas a todas as crianças, exceto quando meramente prolongarem a morte, não contribuindo para melhorar ou corrigir as condições da criança (9).

Atualmente, esse debate, que surgiu das preocupações dos profissionais de saúde quanto ao bem-estar dos seus pacientes, é também motivado, pelas questões de custos e racionalização dos serviços de saúde (10), servindo muitas vezes para amenizar os conflitos resultantes da não-utilização de intervenções dispendiosas em pacientes com poucas perspectivas de recuperação, principalmente aqueles que não possuem recursos financeiros para arcar com tais despesas (11).

Até recentemente, nos anos 70, quando a tecnologia médica era mais limitada e seus impactos menores, essa questão apresentava-se menos evidente. Esgotados os recursos terapêuticos, o processo vital seguia seu curso natural. A idéia de que os médicos são obrigados a prolongar a vida biológica até quando for possível, custe o que custar, é recente e sem precedentes na história da medicina. Um dos mais conhecidos aforismos hipocráticos prescreve que a obrigação do médico é tratar quando for possível e curar, isso é, cuidar, sempre. A atual disseminação irresistível da tecnologia médica, com a sofisticação da atenção médica, a criação de centros de tratamentos intensivos e o uso cada vez maior de tecnologias de ponta, muitas vezes situadas na fronteira entre o tratamento experimental e o já consolidado, gerou duas conseqüências. A medicina passou a ser cada vez menos serviço a ser prestado e mais negócio a ser feito, com o conseqüente deslocamento de uma ação mais filantrópica e pública para uma ação mais comercial e privada. A atenção à saúde utilizando alta tecnologia deslocou-se progressivamente dos hospitais filantrópicos e públicos (praticamente os únicos centros de excelência até os anos 70) para as empresas de saúde da área privada. Esse deslocamento trouxe, em si, uma mudança ideológica. Se há trinta anos não se discutia a relação custos *versus* benefícios nas ações médicas, hoje isso é corriqueiro. Muitas vezes sem atentar para os valores que essas palavras carregam, pois os custos de uma ação médica não são só financeiros, mas também emocionais, sociais e éticos. O mesmo vale para os benefícios. Ao analisá-los, cabe a pergunta: quais seriam os beneficiários da ação, o paciente, a família, a empresa de saúde ou a sociedade?

Reacendeu-se, também, uma discussão, que sempre existiu, sobre qualidade *versus* sacralidade da vida. Sempre houve sempre interrogações sobre se toda vida vale a pena ser vivida. Praticamente todos os filósofos que propuseram algum tipo de utopia, de Platão a Thomas Mores, colocaram essa questão, considerando que algumas pessoas não teriam o direito à vida. Por outro lado, principalmente baseados em valores religiosos e morais, sempre houve os que defenderam que toda vida humana (ou por ser dom divino e/ou por fazer jus à dignidade da espécie humana) mereceria ser vivida.

Essa tecnologia, que mudou radicalmente o curso da vida humana, trouxe a discussão teórica desse tema para a prática médica do dia-a-dia. Porém, não trouxe consigo aqueles que de longa data já discutiam o assunto, os filósofos e os teólogos. E, também, não inseriu nessa discussão todos os autores desse drama: o paciente, seus familiares e a sociedade. Pois, se as conseqüências imediatas da ação médica recaem sobre o paciente e sua família, as mediatas e tardias estendem-se além desse âmbito, tanto na questão dos valores quanto na dos custos.

### **Considerações finais**

A ação médica sempre produz um efeito no paciente, a questão é se benéfico ou maléfico. Essa ponderação deve preceder toda ação na área da saúde. Cabe aos profissionais de saúde cuidar para que a balança dessa expansão tecnológica oscile para os benefícios quando comparada com os malefícios por ela gerados. Para tal, não é admissível sua absorção sem críticas que, ao invés de gerar uma medicina saudável, harmoniosa, causam uma "obesidade tecnológica" pelo seu uso mal digerido. Porém, seria antiético que o medo de ultrapassar esses limites imobilizasse qualquer ação. Se antes de cada ato tentássemos prever todas as suas conseqüências e isso impedisse nossa atuação, essa omissão também seria prejudicial aos interesses dos nossos pacientes.

Quem trabalha com pacientes criticamente enfermos necessita ter um treinamento intensivo e extensivo de técnicas de preservação e/ou restauração das funções vitais dos mesmos (sem o qual não estará preparado para atender aos seus melhores interesses). Além disso, tem que estar preparado para fazer essas reflexões, só possíveis através do diálogo com todos os envolvidos no processo. Diálogo que, obrigatoriamente, tem como interlocutores o paciente, seus familiares, os outros profissionais envolvidos na atenção ao paciente e a sociedade. E também lembrar que quem propõe-se ao diálogo deve saber que nele há sempre opiniões diversas, nem sempre sendo possível obter-se o consenso. Frequentemente, há necessidade de fazer-se concessões. E que esse diálogo deve ter como meta o melhor interesse para o paciente, sem a qual perde qualquer sentido.

Esse diálogo deve assumir como pressuposto que, se a ciência não pode dar uma resposta às questões éticas, é impossível haver um debate ético que não se baseie em resultados científicos, sob pena de não se levar em conta as conseqüências efetivas das escolhas feitas (12). É a ciência que permite analisar melhor os efeitos e a coerência de uma determinada abordagem. Entretanto, o que a ciência não pode fornecer jamais é a resposta à questão ética: queremos assumir tal decisão? Sempre é necessário escolher um critério e essa escolha não é determinada por uma análise científica, mas fruto de uma decisão ética.

E é esse o desafio ético colocado na abordagem de um paciente criticamente enfermo. Quando e quanto agir, fazendo o melhor possível para atender aos seus interesses, sem transpor a linha da futilidade. Tarefa difícil, bem mais que apenas dominar o uso da tecnologia a nosso dispor, mas tão importante quanto aquela para cumprir adequadamente o papel social delegado a nós, profissionais de saúde.

#### **Abstract - *When is Treatment Futile?***

The definition of what is a futile medical action is necessary for the proper medical care of critically ill patients. From the 1970's onwards, with the increasing technological usage, there was a shift of cutting edge medicine from the public to the private sector, and the discussion about quality of life was rekindled. In this context, such a definition becomes essential. It is necessary for those who work with critically ill patients to have an intensive and extensive training on vital function's preservation and/or restoration techniques. They must also be able to ponder these questions, which can only be done through dialog among all parties involved in the process. The ethical challenge when dealing with a critically ill patient is to know how to act and how far to go, doing the best to fulfill his or her needs, without crossing the futility line.

#### Referências Bibliográficas

1. Jonsen AR. Intimations of futility. *Am J Med* 1994;96:107-9.

2. Truog RD, Brett AS, Frader J. The problem with futility. *N Engl J Med* 1992;326:1560-4.
3. Schneiderman LJ, Faber-Langendoen K, Jecker NS. Beyond futility to an ethic of care. *Ann Intern Med* 1994;96:110-4.
4. Wachter RM, Cooke M, Hopewell FC, Luce JM. Attitudes of medical residents regarding intensive care for patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Intern Med* 1988;148:149-52.
5. Curtis JR, Park DR, Krone MR, Steven CE, Eschenbach DA. Use of the medical futility rationale in do-not-attempt-resuscitation orders. *JAMA* 1995;273:124-8.
6. Weissman J, Epstein AM. Case mix and resource utilization by uninsured hospital patients in the Boston metropolitan area. *JAMA* 1989;261:3572-6.
7. Hadley J, Steinberg EP, Feder J. Comparison of uninsured and privately insured hospital patients: condition on admission, resource use and outcome. *JAMA* 1991;265:374-9.
8. Gordon T, De Angelis C, Peterson R. Capitation reimbursement for pediatric primary care. *Pediatrics* 1986;77:29-34.
9. Mable MCJ. Bioethics at the beginning of life. In: \_\_\_\_\_. *Bioethics and the new medical technology*. New York: Atheneum Books, 1993: 73-92.
10. Younger SJ. Medical futility. *Crit Care Clin* 1996;12:169-80.
11. \_\_\_\_\_. Who defines futility? *JAMA* 1998;260:294-5.
12. Fourez G. *A construção das ciências: introdução à filosofia e à ética das ciências*. São Paulo: UNESP, 1995.

Endereço para correspondência:

*Rua Cabália, 30/501*  
Serra  
30240-080 Belo Horizonte - MG  
[jacmota@medicina.ufmg.br](mailto:jacmota@medicina.ufmg.br)