

Futilidade

Uma acção é fútil se tem muito baixa probabilidade de atingir um objectivo ou como afirmaram Schneiderman et al. “a futilidade refere-se a uma expectativa de sucesso tão improvável que a sua exacta probabilidade é muitas vezes incalculável” [1]. Relatos de um ou dois casos de sucesso não contrariam a consideração de futilidade em casos semelhantes porque há uma grande variedade de factores, para além do tratamento, que podem influenciar o resultado final. Nestes casos, os sucessos não podem ser previsivelmente repetidos pelo que a sua causalidade é duvidosa. Assim, a futilidade de uma acção só se pode discutir com um objectivo definido. A avaliação da futilidade de uma acção pode ser quantitativa e qualitativa. A avaliação quantitativa define a probabilidade de atingir o objectivo e a qualitativa define se vale a pena atingir esse objectivo. Por outras palavras, a futilidade deve definir-se por dois critérios: ausência de eficácia médica, julgado pelo médico, e ausência de sobrevivência com significado, julgado pelos valores pessoais do doente [2]. Estes dois tipos de avaliação são interdependentes.

Na prática, porém, definir quantitativamente e qualitativamente a utilidade de uma acção pode ser muito difícil. Foram propostas várias definições, como por exemplo:

- Futilidade fisiológica [1]: se um tratamento não pode atingir o seu objectivo fisiológico e, portanto, não beneficia fisiologicamente o doente, o profissional não tem obrigação de o executar. Por exemplo, o objectivo fisiológico da reanimação cardiopulmonar (RCP) é manter um débito cardíaco e a respiração, em caso de insuficiência cardiorrespiratória, e só será fútil quando for impossível realizar massagem cardíaca eficaz (ruptura cardíaca) ou ventilação (obstrução respiratória). Este conceito de futilidade fisiológica tem a vantagem de não implicar qualquer interferência dos valores dos profissionais no julgamento da situação. Porém, aplica-se a muito poucas situações. Para alguns, a futilidade fisiológica é a única defensável. No entanto, manter a

actividade fisiológica não é o único objectivo da medicina, é necessário analisar se as acções beneficiam ou não os doentes.

- Schneiderman et al. [3]: um tratamento é fútil se os médicos concluem que nos últimos 100 casos semelhantes o tratamento foi inútil. Qualitativamente a inutilidade é definida como morte, inconsciência permanente ou dependência permanente de cuidados intensivos. Quantitativamente isto significa que se poderia estar 95% confiante de que não mais do que 3 sucessos poderiam ocorrer em cada 100 casos comparáveis. Embora os números propostos sejam arbitrários, esta proposta tenta ser mais precisa do que as que se referem apenas a probabilidades muito baixas de sucesso.

Porém, há críticos desta posição que perguntam quão semelhantes devem ser os casos para se poder definir o tratamento como fútil. Por exemplo, se para avaliar a eficácia da ventilação mecânica numa pneumonia basta ver o que aconteceu nos últimos 100 casos ou se é importante estratificar de acordo com a idade, o agente etiológico ou doenças coexistentes, factores que provavelmente terão importância do ponto de vista clínico [4]. Outra crítica é a de se, ao aceitar que uma percentagem dos doentes podem ter a sua terapêutica suspensa inapropriadamente em nome da futilidade, se aceita que numa certa percentagem o benefício de limitar apropriadamente a terapêutica ultrapassa a maleficência de a limitar inapropriadamente. Quanto a esta última crítica, é necessário notar que não podemos pensar apenas nos 3%, no máximo, que podem ter sido prejudicados por este critério de futilidade, é necessário ter também em atenção os 97%, no mínimo, que podem ter um fim de vida penoso ou degradante por não ter sido considerada a futilidade da acção.

- Para Murphy and Finucane [5] a preocupação principal de limitar a RCP é a contenção de custos. Assim, a RCP não deve ser considerada um padrão de tratamento para doentes com patologias cuja probabilidade de sobreviverem para terem alta hospitalar seja inferior a 3%. E identificaram grupos de doentes, baseados nos dados disponíveis, que cumpriam esse critério:

-
- Doenças progressivas e letais, como cancro metastático (doente acamado), cirrose classe C de Child, demência de longa data.
 - Doenças agudas, quase fatais, sem melhoria após admissão numa UCI, como coma (traumático ou não) com >48 h de duração, falência de múltiplos órgãos sem melhoria após três dias consecutivos numa UCI.
 - RCP sem sucesso fora do hospital.

A estes doentes os médicos não ofereceriam RCP e os familiares não teriam o direito de a exigir.

Fútil seria então um tratamento que tem uma probabilidade tão baixa de ser bem-sucedido que muitas pessoas - profissionais ou não - o considerarão como não valendo o custo. Reconhecem, no entanto, que a questão da definição de futilidade encontra o seu obstáculo principal não em estabelecer um consenso sobre o seu limiar, isto é, se é 3%, 1%, 0,1% ou qualquer outro valor, porque a prática da medicina se baseia em probabilidades, mas em comprometer a autonomia do doente. Por isso, em vez da autoridade dos médicos, propõem um acordo social em que as comunidades locais determinariam para que estádios de doenças as terapêuticas deveriam ser consideradas fúteis através de consórcios de representantes que integrariam profissionais e não profissionais representantes das populações, representantes dos governos, etc.

Para Murphy e Finucane o objectivo expresso é o controlo dos custos. Portanto, a questão aqui é uma política de racionamento e não de futilidade.

- Outro método possível é o de as instituições estabelecerem os seus critérios indicando que intervenções são consideradas fúteis em circunstâncias definidas.
- O Council on Ethical and Judicial Affairs da Associação Médica Americana propôs não uma definição, mas um processo para considerar casos de futilidade [6]. O processo começa por se tentar um consenso entre o doente, a família e o médico sobre o que é fútil e o que cai dentro de limites aceitáveis para todos. Se tal não for possível, são envolvidas outras

peçoas para facilitar a discussão e, eventualmente, a comissão de ética da instituição, ou outra entidade semelhante. Se não houver acordo apesar dos passos anteriores pode considerar-se a transferência dos cuidados dentro da instituição e, se tal não for possível, a transferência para outra instituição. Se esta transferência não for viável e se o pedido do doente ou da família for inaceitável para a maioria dos profissionais de saúde, em termos éticos ou em termos dos padrões profissionais, a intervenção não tem de se realizar.

Presentemente não há um consenso na definição de futilidade médica e muitos pensam que não pode ser claramente definida. Há quem pense, também, que envolve julgamentos baseados em valores ocultos e que pode afectar o princípio do respeito pela autonomia do doente. A probabilidade de êxito de uma determinada acção médica é na maioria dos casos difícil de determinar, podendo haver discordância entre os médicos. Por outro lado, pode haver discordância quanto à probabilidade abaixo da qual o tratamento pode ser considerado fútil. Também os doentes podem ter uma opinião diferente quanto à probabilidade abaixo da qual consideram não valer a pena executar uma determinada acção. Quanto aos critérios qualitativos, se os profissionais projectarem os seus valores e o que eles próprios consideram como uma vida que vale a pena ser vivida podem tomar decisões arbitrárias e incompatíveis com o que os doentes envolvidos pensam.

Outra questão é o medo de que a definição de tratamento fútil se expanda e dê origem a aplicações inadequadas ou a abusos. De facto, um estudo mostrou que em 32% dos casos julgados fúteis por internos, a probabilidade calculada (pelos internos) de sobrevivência após RCP era de 5% ou mais; em 20% a probabilidade calculada era de 10% ou mais; e a probabilidade de considerar o tratamento fútil foi maior em não brancos [7].

Tenho-me referido apenas à RCP porque a literatura médica que aborda a questão da futilidade predominantemente a refere, mas o conceito de futilidade pode aplicar-se a muitas outras situações: ventilação mecânica, hemodiálise, inserção de “pace-makers”, quimioterapia, cirurgia, nutrição

artificial, hidratação artificial, transfusões de sangue e outros produtos, antibióticos, cateteres intravenosos.

Numa época em que a contenção dos custos e o racionamento nos cuidados de saúde é um objectivo generalizado, os médicos e outros profissionais de saúde devem ter consciência que essa contenção é necessária e devem nela colaborar. No entanto, essa necessidade não deve ser confundida com o conceito de futilidade, não devendo esta ser invocada como subterfúgio para limitar o acesso a recursos escassos e caros. No entanto, invocar a futilidade é politicamente mais correcto do que invocar a necessidade de racionar os meios, mas é um engano inaceitável.

Também não é aceitável invocar a futilidade de um tratamento para evitar discussões difíceis quando se prevê que o doente ou a família vão discordar da opinião do médico.

Alpers e Lo sugerem que o conceito de futilidade não é aceitável porque tendo a aparência de ser objectivo, na verdade não o é e envolve julgamento sobre valores [8]. A decisão de a acção ser certa ou errada no interesse do doente deve determinar-se por consenso entre o médico, o doente e a família e não por um cálculo de probabilidade. Nos casos raros de conflito teria de ser envolvida uma terceira parte - opinião médica, comissão de ética ou tribunal - para resolver o conflito. Sugerem mesmo que a presunção de que todos os doentes devem ter RCP, a não ser que uma ordem de não-ressuscitação tenha sido escrita, deve ser revista e que seria preferível que, em serviços gerais de internamento, os doentes ou os seus representantes fossem informados sobre a RCP e que lhes fosse pedida uma ordem escrita para a tentar [8].

Referências

1. Waisel DB, Troug RD. The cardiopulmonary resuscitation-not-indicated order: futility revisited. *Ann Intern Med* 1995;122:304-308.
2. American Thoracic Society. Withholding and withdrawing life-sustaining therapy. *Ann Intern Med* 1991;115:478-485.

3. Scheneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: responses to critiques. *Ann Intern Med* 1996;125:669-674.
4. Trugg RD, Brett AS, Frader J. The problem with futulity. *N Engl J Med* 1992;326:1560-1564.
5. Murphy DJ, Finucane TE. New do-not-resuscitate policies: a first step in cost control. *Arch Intern Med* 1993;153:1641-1648.
6. Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Medical futility in end-of-life care. *JAMA* 1999;281:937-941.
7. Curtis JR, Park DR, Krone MR, Pearlman RA. Use of the medical futility rationale in do-not-attempt-resuscitation orders. *JAMA* 1995;273:124-128.
8. Alpers A, Lo B. When is CPR futile? *JAMA* 1995;273:156-158.