

O médico frente a novidades no tratamento do câncer: quando parar?

SAMIR ABDALLAH HANNA¹, GUSTAVO NADER MARTA², FRANKLIN SANTANA SANTOS³

¹ Pós-graduando (doutorado) em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), Médico-radioterapeuta do Hospital Sírio-Libanês de São Paulo, São Paulo, SP

² Médico-residente de Radioterapia do Hospital Sírio-Libanês de São Paulo, São Paulo, SP

³ Doutorado em Medicina; Professor da Disciplina de Tanatologia – Educação para a Morte – da Pós-Graduação da FMUSP, São Paulo, SP

RESUMO

A questão do término da vida é fonte de reflexões desde os primórdios da civilização e demanda diligências para a tentativa de seu enquadramento social ao longo da história do pensamento humano. Com o desenvolvimento e aprimoramento da medicina, pode-se modificar, na maioria das vezes, a história natural das doenças. É possível prolongar a vida e adiar o processo do morrer. Isso engendrou um novo protótipo médico em que há necessidade de se conviver e cuidar de pacientes gravemente enfermos, situação muitas vezes acompanhada de árduo sofrimento. A sociedade atribui ao médico a função de ser o responsável por debelar e vencer a morte. No contexto oncológico, essas questões surgem de forma salutar, uma vez que, em diversas situações, não há possibilidade de se oferecer uma terapêutica curativa aos enfermos. O objetivo do presente artigo é debater as relações que norteiam a temática proposta, baseando-se em uma revisão de literatura. Busca-se, assim, uma perspectiva que figura como um caminho argumentativo que conduz evidências a esse debate.

Unitermos: Neoplasias; médicos; suspensão de tratamento; assistência paliativa.

SUMMARY

The physician and updates in cancer treatment: when to stop?

The issue of life-ending has been a source of considerations since the dawn of civilization, and calls for great circumspection when one attempts to fit it socially throughout the history of human thinking. The development and improvement of Medicine might modify, in most cases, the natural history of disease. We have managed to prolong life and the process of dying. This has created a new medical prototype that needs to care for terminally-ill patients, a situation often accompanied by severe suffering. Society attributes to the physician the role of being responsible for conquering and overcoming death. In the oncology context, these questions are well addressed, as in many situations there is no possibility to offer a curative treatment to the patients. The objective of the present study was to discuss the relations that guide the proposed theme, based on a medical literature review. Therefore, a perspective is sought as an argumentative alternative that brings evidence to the proposed debate.

Keywords: Neoplasms; physicians; treatment withdrawal; palliative care.

Trabalho realizado no Hospital Sírio-Libanês e Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Artigo recebido: 04/02/2011
Aceito para publicação: 25/05/2011

Correspondência para:
Samir Abdallah Hanna
Hospital Sírio-Libanês
Rua Dona Adma Jafet, 91
Cerqueira Cesar
São Paulo – SP
CEP: 01308-050
Tel: (11) 3155-1064
Fax: (11) 3155-0983
samir.hanna@hsl.org.br

Conflito de interesse: Não há.

©2011 Elsevier Editora Ltda.
Todos os direitos reservados.

CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

O significado da palavra “paliativo” remete ao latim *pallium* (coberta, manta). Pacientes que não podiam ser tratados tinham seus ferimentos acobertados¹. A ideia de organizar os cuidados paliativos foi conceituada em 1960 por Cicely Mary Strobe Saunders (Saint Chirstopher Hospice, em Londres). Ela descreveu a filosofia do cuidado de indivíduos terminais com diagnóstico de doença incurável. Para ela, o sofrimento pelo qual o doente terminal passava era composto por quatro elementos: dor física, dor psicológica (emocional), dor social e dor espiritual². Assim, os cuidadores deveriam atuar em todas essas atmosferas no sentido de aliviar o padecimento e confortar os pacientes e seus familiares, a fim de se tentar obter ganho em qualidade de vida. Além disso, claramente se contrapunha a todas as práticas fúteis e recheadas de tecnologias para os cuidados da saúde, ou seja, o uso desnecessário de tratamentos caros e invasivos para os doentes sem perspectivas de cura. Em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu cuidado paliativo como sendo “o cuidado ativo e total dos pacientes cuja enfermidade não responde mais aos tratamentos curativos. Controle da dor e de outros sintomas, o cuidado dos problemas de ordem psicológica, social e espiritual é o mais importante. O objetivo dos cuidados paliativos é atingir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias”.

Quando se fala em morte, todos a imaginam sem dor, rápida e preferencialmente durante o sono. Pensar na morte, encará-la, é algo penoso por expor lembranças remotas de perdas, dor do luto e receio de um futuro misterioso e incerto. Assim, ocorre uma tentativa de suprimi-la do cotidiano, uma vez que afirmar a morte é a comprovação do nosso próprio limite, da nossa finitude. Do ponto de vista filosófico, inúmeros autores discorreram sobre seu significado: Hegel³ negava a primazia da finitude como questão primária da existência humana, articulando um discurso com vistas à superação da morte; já para Heidegger⁴ a finitude é considerada como instância inalienável à dimensão humana.

Os avanços científicos e tecnológicos permitiram o processo de medicalização do morrer e da própria morte. Abandonou-se o tradicional morrer que ocorria com o enfermo assistido por familiares e pessoas queridas no leito em domicílio por um ambiente hospitalar, tendo como companhia inúmeros equipamentos e profissionais atarefados. Dessa forma, a morte tornou-se solitária e, por isso, aterradora; os ritos de morte são simplistas, a repressão da dor e medicalização do luto prescritas em lugar das manifestações outrora usuais⁵. Este contexto suscita, de forma conspícua, a figura do médico. Com o desenvolvimento e aprimoramento da medicina, pode-se modificar, na maioria das vezes, a história natural das doenças. Conseguiu-se prolongar a vida e adiar o processo do morrer. Isso, de certa forma, levou à elaboração de um novo protóti-

po médico em que há necessidade de se conviver e cuidar de pacientes gravemente enfermos, situação muitas vezes acompanhada de árduo sofrimento⁶.

Ademais, a sociedade atribui ao médico a função de ser o responsável por debelar e vencer a morte; é o ser tanatolítico⁷ (grego: *tanatos* = morte, *litis* = destruição) que decide o instante da morte e o contexto do morrer. Torna-se, assim, onipotente e como primazia tem-se o salvar a qualquer custo, a fim de corresponder às expectativas projetadas de um preservador de vidas. Assim, pesa sobre os médicos uma alta expectativa social que se expressa de diversas formas. Dentro desse contexto e na vigência de doenças incuráveis, o médico se defronta com sua insignificância diante de quadros irreversíveis. Consciente ou inconscientemente, defronta-se consigo mesmo, com a própria finitude, frustrando-se. Consequentemente temeroso por esses sentimentos, ele passa a doutrinar-se do distanciamiento e da frialdade desumanizadora.

A neutralidade, a alienação e a indiferença com o doente são ditas como condições *sine qua non* para o bom desempenho do trabalho, uma vez que afastam a angústia do profissional frente à morte do outro e de si mesmo. Dessa forma, os médicos tendem a não se defrontar com a realidade da morte, fato esse que passa a ser fonte de sofrimento, constituindo um tema tabu, que procuram evitar.

Muitas vezes, o início dessa problemática ocorre no ambiente acadêmico. Os estudantes de medicina tendem a procurar a profissão justamente por ser uma área difícil e desafiadora. Assim, almejam conquistar o *status* de um ser poderoso que curará todas as doenças, impedirá que as pessoas venham a morrer e salvará todas as vidas. O conhecimento deste fenômeno psicológico, habitualmente denominado de ilusão de onipotência⁸, é extremamente importante para se tentar compreender várias manifestações e comportamentos profissionais. Sabe-se também que o ambiente de formação médica tende a valorizar o desafio, o estudo, a responsabilidade e a estimular sobremaneira a competição. Considerando-se que pessoas com alto espírito competitivo tendem a ser valorizadas em nossa sociedade, forma-se um circuito de retroalimentação em que o profissional se sobrecarrega cada vez mais e, ao mesmo tempo, é admirado e reconhecido por isso.

Essa vulnerabilidade emocional pode prejudicar o médico no desenvolvimento de suas atividades diante das necessidades do enfermo, além de atingir a ele mesmo, levando-o a uma sobrecarga denominada síndrome de *Burnout*, que se caracteriza por exaustão emocional e física, despersonalização e diminuição da capacidade de realização pessoal. Refere-se a um tipo de tensão emocional crônica de pessoas que cuidam de maneira muito intensa de outras⁹.

No contexto oncológico, nas últimas décadas, em função dos desenvolvimentos técnico-científico e médico na prevenção, no diagnóstico e no tratamento dos tumores,

conseguiu-se aumentar significativamente a sobrevida e a qualidade de vida dos pacientes. Porém, a palavra “câncer” ainda carrega consigo um grande estigma negativista de morte iminente, o que gera bastante angústia e sofrimento nos pacientes, familiares e cuidadores.

O MÉDICO FRENTE AO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER E PROGNÓSTICO DO SEU PACIENTE

A postura dos médicos diante do diagnóstico de câncer de seus pacientes e familiares é, por vezes, errônea, a começar pelo distanciamento e pouca oferta de informação a estes. Em entrevistas feitas com um grupo de profissionais de saúde¹⁰, apesar de 97,4% dos médicos em geral informarem o diagnóstico aos seus pacientes nos casos de doença terminal, metade se valeram da família como apoio. Com relação à informação sobre prognóstico fatal, os que comunicaram somente à família foram 63,1%, enquanto 31,6% preferiram passar a informação diretamente ao paciente. Isso pode ser interpretado, segundo o estudo, como a confusão feita pelo profissional entre beneficência, paternalismo e contratransferência.

Esse distanciamento causa sequelas que podem dificultar os desejos do paciente. Estudo multicêntrico japonês¹¹ analisou 450 pacientes terminais com suas respectivas famílias e médicos no que concerne ao desejo de ressuscitação cardiopulmonar ou diálise. As mesmas ferramentas de análise foram usadas para o paciente, sua família e seu médico. Apenas 68% e 60% das famílias e médicos, respectivamente, souberam prever os desejos dos pacientes para ressuscitação cardiopulmonar. Para diálise, 67% e 68%. A conhecida relação entre o médico e as famílias dos pacientes que estão no fim da vida representa um desafio e oportunidade para um médico pouco preparado¹². A família representa uma peça importantíssima para o paciente no fim de sua vida, tanto em aspectos práticos como emocionais. Cabe ao médico aprimorar sua comunicação com a família, ajudar no planejamento de cuidados e tomada de decisões, promover a aproximação do paciente com sua família em seu lar, manter a empatia pelas emoções e relações da família com o paciente e a assistência ao luto.

Mesmo analisando pelo outro lado, ou seja, a informação de boas possibilidades de cura com o tratamento também está diretamente ligada a uma boa relação médico-paciente. Estudo norte-americano¹³ analisou 101 pacientes e seus respectivos oncologistas a respeito da comunicação de informações sobre o prognóstico. Primeiramente, a força da interação médico-paciente fora mensurada com questionários, depois, as expectativas dos pacientes foram analisadas. Após a comunicação das informações prognósticas, a adesão do paciente ao tratamento oferecido pelo oncologista também foi analisada. A força da interação médico-paciente esteve estatisticamente relacionada com a probabilidade de o paciente seguir a indicação de seu oncologista. O vínculo paciente-família-médico tam-

bém se torna importante na decisão inicial do tratamento, como mostra um estudo¹⁴ com 57 pacientes portadoras de câncer de mama. Noventa e três por cento das pacientes se sentiam responsáveis pela própria decisão sobre o tratamento, porém em até 89% dos casos a concordância com os respectivos maridos era peça-chave na decisão.

O diagnóstico de câncer deixa de ser comunicado aos pacientes em grande parte das vezes, principalmente se for feito por médicos não especialistas. Estudo prospectivo¹⁵ avaliou 396 pacientes e seus familiares encaminhados por 76 médicos para ambulatório especializado de cirurgia oncológica. O índice de omissão do diagnóstico foi de 28,5%. Os médicos não especialistas deixaram de informar a 87,9% dos seus pacientes, enquanto que os especialistas omitiram o diagnóstico em 6,4% dos casos. Os familiares dos doentes não informados foram comunicados somente em 27,4% das vezes. Em 14,2% dos casos, foi solicitado pelos familiares em pré-consulta no ambulatório que o paciente não tomasse conhecimento da neoplasia.

Do ponto de vista ético, a informação deve pertencer e chegar ao paciente, mas não necessariamente à família. Porém, qual a expectativa do paciente perante uma informação que pode mudar sua vida? Como o médico vai saber se o paciente tem condições de absorver tal impactante informação? Na maioria das vezes, ele o conhece há pouco tempo para saber se tem condições de gerir informações devastantes sobre si mesmo. Muitas vezes, os familiares oferecem essa ajuda, pois o paciente e sua família fazem parte de uma esfera de convívio dinâmica, balanceada previamente ao diagnóstico da neoplasia, mas agora disrupta. Kallergi¹⁶ propõe as seguintes etapas para facilitar esse processo: (1) saber sobre a personalidade e a negação do paciente; (2) mensurar a intensidade da relação do paciente com sua família; (3) propor uma reunião com o paciente e a família; e (4) decidir como informar ao paciente.

A informação sobre o câncer tem influências culturais e geográficas. A questão de saber como e quanto dizer aos pacientes sobre o diagnóstico de câncer deve ser abordada de forma diferente, dependendo das características culturais de cada povo¹⁷. A maioria dos médicos diz a verdade mais frequentemente hoje do que no passado, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, mas a maioria prefere revelar a verdade para os parentes mais próximos. Enfermeiros de países anglo-saxônicos são considerados os profissionais mais adequados para exercer cuidados de saúde aos pacientes e compartilhar seus pensamentos e sentimentos¹⁸. No entanto, na maioria das outras culturas, a decisão final sobre a divulgação de informações é do médico. Independentemente da origem cultural, o diagnóstico de câncer afeta tanto a estrutura como a dinâmica familiar¹⁹. Na maioria dos casos, as famílias, em um esforço para proteger o paciente do desespero e de um sentimento de desesperança, o excluem do processo de troca de informações. A relação da equipe de

saúde-paciente é um triângulo constituído pelo profissional de saúde, o paciente e a família. Cada parte suporta os outros dois e é afetada pelo contexto cultural de cada um dos outros, bem como as mudanças que ocorrem dentro do triângulo²⁰.

MAS AFINAL, ONDE ESTÁ O LIMITE?

Quando buscamos nas fontes de informação sobre indicações de tratamento, a resposta sempre vem associada a: índice de *performance status* do paciente, idade, comorbidades, condições clínicas de suportar o tratamento, benefício esperado e desejos e vontades do paciente e familiares. Há uma gama de opções de tratamentos oncológicos que podem ajudar os enfermos no fim de suas vidas. Um exemplo prático e hipotético: paciente do gênero masculino com 68 anos de idade, diagnóstico de glioblastoma multiforme com lesão ocupando 35% do hemisfério cerebral direito e importante edema/efeito de massa. Cirurgia descartada devido a comorbidades do paciente. Índice de *performance status* de 70 (escala de Karnofsky²¹ que vai de 0 a 100, em que 0 é o óbito e 100 é uma pessoa saudável). Tratamento proposto: radioterapia cerebral, a ser realizada em seis semanas, associada à quimioterapia com temozolamida. Evidência médica de nível I que suporte tal conduta. Benefício esperado com o tratamento: prolongar a sobrevivência mediana de pacientes como este de nove para 16 meses.

A decisão envolve tudo o que foi mencionado anteriormente. Mas há algo mais em oferecer radioterapia em menos tempo, ou não oferecer a quimioterapia, ou ainda não tratar oncológicamente oferecendo suporte clínico apenas? Sem contar os fatores relacionados à nossa realidade: se o paciente bate à porta de um hospital público, ele terá o tratamento “X” após a fila de espera. Se ele for contemplado com a possibilidade de se tratar pelo sistema de saúde suplementar, ele receberá o tratamento “X + 1” ou até mesmo “X - 1”. Se o paciente se tratar pelos seus próprios fundos, receberá ainda o tratamento “Y” por que está disponível somente no hospital “Z”. Se porventura o paciente entrar em um avião rumo aos centros de excelência mundiais, receberá a indicação do tratamento “W”, pois se trata de um protocolo experimental e tais centros de excelência não podem oferecer o tratamento “W” para quaisquer pacientes, sob o risco de ferir princípios legislativos e éticos do seu país.

Quando então buscamos fontes de evidência médica, não há *guidelines*, consensos, sequer artigos com nível de evidência I ou II envolvendo os descritores *cancer* e *withdraw treatment*, pesquisados nas principais bibliotecas eletrônicas de dados (Pubmed, Embase, Cochrane database e Lilacs). Não há como se basear em ideias construídas com amostras populacionais escolhidas para estudo clínico que possam ser extrapoladas para o nosso cotidiano. Há, sim, como se basear para a indicação e contra-indicação. Dessa forma, enfrenta-se o dilema postulado no título deste

artigo: quando parar de oferecer tratamentos tão empolgantes para a prática médica?

O médico sedento por curas não consegue saber seu próprio limite, e, devido ao seu primor técnico, muitas vezes consegue convencer os doentes e familiares a aceitar todas as terapêuticas propostas por ele. Assim, esse processo de prolongar o improlongável faz com que as famílias acabem vivendo muitas vezes o luto antecipatório. Esta entidade pode assumir a forma de tristeza e ansiedade, por tentar conciliar os problemas de relacionamento aberto e os esforços para reconstituir ou reforçar os laços familiares. Antecipação é uma oportunidade para se preparar psicologicamente para a morte, mas esta está sendo postergada por tratamentos fúteis.

Será que essa é a história que todos esperam? Assim como os médicos não têm respostas, as famílias também não têm como e nem onde se basear. Sabe-se que o câncer sempre é o maior culpado. Pelo seu estigma, pela sua gravidade inerente.

CUIDADO PALIATIVO HOLÍSTICO AO PACIENTE ONCOLÓGICO NOS DIAS ATUAIS

Os cuidados paliativos iniciados em face da doença fatal requerem colaboração interdisciplinar, que se concentra em objetivos de cuidados e alívio do sofrimento do paciente e família, estendendo-se até o período de luto e após a morte do paciente. Embora a avaliação de cuidados paliativos inclua todos os elementos-padrão de uma história médica detalhada e os aspectos relevantes do exame físico, ela também se estende para domínios além da abordagem tradicional. Como exemplo, o sentido da pessoa e de sua imagem corporal, o senso do passado, o senso de futuro, o que a doença significa para o paciente, seus desejos, relacionamentos, valores ou crenças espirituais contribuem para a experiência da doença.

A importância desses princípios foi ilustrada em um estudo que acompanhou 358 pacientes submetidos a transplante de medula óssea, avaliados médica, psicológica e socialmente²². Variáveis psicológicas e sociais foram preditores significativos do nível de dor após o transplante. Um estudo similar de uma coorte de 1.582 pacientes observou que maiores níveis de comorbidade, menos independência nas atividades da vida diária antes da doença e pior percepção de qualidade de vida foram associados a maior carga de sintomas²³. Investigações posteriores confirmaram o impacto do estresse emocional na percepção da dor do câncer²⁴.

Não só o peso da doença aumenta com várias combinações de sintomas, mas certas condições também contribuem para o desejo dos pacientes de enfrentar uma morte prematura. Depressão e desespero foram os mais fortes preditores de desejo de morte prematura em pacientes com câncer em estado terminal²⁵. O impacto substancial do estresse psicológico também foi confirmado em

doentes oncológicos internados por cuidados paliativos²⁶. Os fatores-chave no desejo de uma morte prematura foram depressão, funcionamento físico, dor, desesperança e suporte social.

Em outras palavras, esses dados sugerem que a compreensão de um paciente gravemente doente, com sofrimento e dor, seja tratada como um fenômeno complexo²⁷ que requer abordagem estruturada e sistemática. Ambos os elementos subjetivos e objetivos são indispensáveis para uma avaliação dos cuidados paliativos. Um investigador propôs que a componente subjetiva da avaliação não deve se limitar à exaustiva catalogação dos sintomas da doença²⁸. Pelo contrário, ela precisa ser fundamentada em uma atitude de abertura com relação à outra pessoa, estando presente para o sofrimento do outro. De tal maneira, a avaliação diagnóstica se torna uma parte da intervenção terapêutica. Vários métodos de avaliação baseados em domínio, que representam a variabilidade de peso e preferências no final da vida, têm sido propostos. A ferramenta PEACE aborda cinco domínios²⁹: sintomas físicos, emotivos e cognitivos; autonomia; comunicação e contribuição para os outros; impacto econômico; questões existenciais.

Em resumo, descobrimos que esse tipo de avaliação sistemática e abrangente tem várias vantagens sobre formatos menos estruturados³⁰. Promove-se, assim, a congruência entre a verdadeira autoavaliação do paciente, dos domínios de sofrimento com a avaliação objetiva dos dados coletados e registrados pelo médico, o que cria um ambiente favorável de aproximação entre cuidadores e doentes. Importante ressaltar que a utilização de ferramentas multidimensionais como a apresentada anteriormente incentivaria o trabalho interdisciplinar, que é a marca de cuidados paliativos. A avaliação do paciente ao longo de vários domínios não só ajuda a elucidar a natureza da dor (somática, emocional, espiritual), mas também convida e envolve a experiência de outros membros da equipe de cuidados paliativos.

Especificamente no caso de câncer, a maioria dos pacientes desenvolverá, semanas ou meses antes da morte, sintomas potencialmente devastadores, tanto físicos quanto psicossociais³¹. Pacientes internados em unidades de cuidados paliativos terciários tendem a apresentar sintomas mais frequentes e graves. A dor, apesar de não ser o sintoma mais comum, é o fator mais angustiante e temido pelos pacientes e familiares. As seguintes características podem complicar o gerenciamento de pacientes com câncer em estado terminal³²: idade avançada (> 65 anos), desnutrição, baixa albumina sérica, déficits autonômicos, diminuição da função renal, problemas de cognição, limiar de convulsão baixa, uso prolongado de opioides e tratamentos com múltiplas drogas. Isso se traduz em aumento da toxicidade da maioria das intervenções, farmacológicas ou não farmacológicas.

Pacientes em fase terminal são sintomáticos, debilitados e, muitas vezes, encontram-se fragilizados emocionalmente. Assim, a comunicação aberta e regular através de conferências familiares é essencial para a palição adequada. Alguns estudos de coorte prospectivos em unidade de terapia intensiva têm mostrado que essas conferências estão associadas a melhoria na satisfação dos familiares, redução no tempo de permanência e maior acesso a cuidados paliativos, sem aumento de mortalidade³³. Especificamente em casos de pacientes oncológicos, há escassez de dados sobre o impacto das reuniões familiares de pacientes com câncer avançado e seus cuidadores. Estudo comparativo³⁴ revela que os cuidadores têm informações distintas sobre as necessidades prognósticas e outras questões de fim de vida, diferindo muitas vezes das necessidades dos pacientes. Além disso, as preferências de informação podem mudar ao longo do tempo, como exemplifica um estudo³⁵ ao revelar que pacientes com câncer terminal costumam fazer poucas perguntas sobre o seu diagnóstico e, em geral, estão menos envolvidos com a tomada de decisões acerca da progressão da doença.

Os profissionais que possam vir a entrar em contato com pacientes com câncer devem tentar fazer uma avaliação do impacto da doença e do tratamento sobre o estado funcional do paciente. Muitos médicos abdicam dessa avaliação holística em função da obstinação e pressa pelo diagnóstico e instauração da terapêutica julgada mais eficaz. Tomar um pouco de tempo para fazer uma revisão sistemática das consequências físicas, emocionais e sociais do câncer pode ser um primeiro passo importante na compreensão da resposta do paciente no processo do adoecer.

Enquanto a maioria dos sobreviventes de câncer se recupera dos tratamentos e encontra um significado positivo na experiência da doença, outros terão problemas e queixas funcionais como resultado do tratamento. A discussão de suas preocupações, de intervenções adequadas de reabilitação e de apoio é fundamental para a manutenção da saúde. Pacientes com câncer em estágio avançado têm diversas patologias associadas passíveis de intervenção clínica, mesmo que a doença de base não possa ser curada³⁶. Promover uma gestão eficaz dos sintomas é essencial para manter o funcionamento do paciente, sobretudo e se possível em esfera multidisciplinar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O homem tem consciência de sua finitude, mas está habituado a valorizar causas naturais da morte (velhice, acidentes, doenças), diminuindo sua necessidade de um fato causal e negando, dessa forma, sua inevitabilidade. Pensar a morte e encará-la em sua essência pode ser penoso, pois há a exposição de lembranças remotas de perdas, dor do luto e receio de um futuro misterioso e incerto. Os profissionais de saúde tendem a não se defrontar com a realidade inexorável da morte, pois isso causaria sofrimento a eles próprios, constituindo um tabu que procuram evitar.

Neste contexto, muitos médicos, em cumplicidade ou não com os familiares, resistem em informar ao paciente sua verdadeira situação, quer explícita ao omitir o diagnóstico, quer implicitamente, com a utilização de termos técnicos incompreensíveis. Assim se corrobora a incomunicação médico-paciente: restringe-se do paciente algo que é seu de direito, o que gera uma relação frágil, calcada na desconfiança deste em relação ao seu cuidador, além de infração ética.

No que tange o universo atual do tratamento do câncer, essa dura via recebe claras direções, pois o médico visa sempre à cura e busca a todo custo oferecer todas as armas que tem disponíveis. Mas não há como se galgar. Não há referências suficientes. Somente viéses da educação médica e dos estigmas desta doença que é uma das maiores causas de morte em todo o mundo contemporâneo.

A clarificação e a proposta de discussão de assuntos como esse limite invisível do “tratar” ou “não tratar” são potenciais fontes de educação. Estudos clínicos, psicológicos e sociais devem ser fortemente encorajados.

REFERÊNCIAS

- Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. *Mundo Saúde* 2003;27(1):15-32.
- International Association for Hospice & Palliative Care. Promoting Hospice & Palliative Care Worldwide. The IAHPC Manual of palliative care. 2nd ed. [citado 26 fev 2010]. Disponível em: <http://www.hospicecare.com/iahpc-manual/iahpc-manual-08.pdf>.
- Hegel GWF. Fenomenologia do espírito. Petrópolis: Vozes; 1992.
- Heidegger M. Être et temps. Paris: Gallimard; 1986.
- Eizirik CL, Polanczyk GV, Eizirik M. O médico, o estudante de medicina e a morte. *Rev AMRIGS* 2000;44(1-2):50-5.
- Marta GN, Marta SN, Andrea Filho A, Job JRPP. O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Rev Bras Educ Med* 2009;33(3):405-16.
- Simon R. O complexo tanalolítico justificando medidas de psicologia para estudantes de medicina. *Bol Psiquiatr* 1971;4(4):113-5.
- Fagundes JO. Ilusion of fusion and narcissism. *Rev Bras Psicanál* 1993;27(3):423-2.
- Tamayo MR. Relação entre a síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos [tese]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 1997.
- Trindade ES, Azambuja LEO, Andrade JP, Garrafa V. The physician when facing diagnosis and prognosis of advanced cancer. *Rev Assoc Med Bras* 2007;53(1):68-74.
- Miura Y, Asai A, Matsushima M, Nagata S, Onishi M, Shimbo T *et al*. Families and physicians predictions of dialysis patients preferences regarding life-sustaining treatments in Japan. *Am J Kidney Dis* 2006;47(1):122-30.
- Rabow MW, Hauser JM, Adams J. Supporting family caregivers at the end of life: they don't know what they don't know. *JAMA* 2004;291(4):483-91.
- Gleason ME, Harper FW, Eggly S, Ruckdeschel JC, Albrecht TL. The influence of patient expectations regarding cure on treatment decisions. *Patient Educ Couns* 2009;75(2):263-9.
- Gilbar R, Gilbar O. The medical decision-making process and the family: the case of breast cancer patients and their husbands. *Bioethics* 2009;23(3):183-92.
- Gomes CHR, Silva PV, Mota FF. Cancer diagnosis communication: analysis of the physician behavior. *Rev Bras Cancerol* 2009; 55(2):139-43.
- Kallergis G. Informing the cancer patient and family. *J BUON* 2009;14(1):109-14.
- Kazdaglis GA, Arnaoutoglou C, Karypidis D, Memekidou G, Spanos G, Papadopoulos O. Disclosing the truth to terminal cancer patients: a discussion of ethical and cultural issues. *East Mediterr Health J* 2010;16(4):442-7.
- Mystakidou K, Parpa E, Tsilila E, Katsouda E, Vlahos L. Cancer information disclosure in different cultural contexts. *Support Care Cancer* 2004;12(3):147-54.
- Surbone A. Persisting differences in truth telling throughout the world. *Support Care Cancer* 2004;12(3):143-6.
- Ozdogan M, Samur M, Bozcuk HS, Coban E, Artac M, Savas B *et al*. "Do not tell": what factors affect relatives attitudes to honest disclosure of diagnosis to cancer patients? *Support Care Cancer* 2004;12(7):497-502.
- Schag CC, Heinrich RL, Ganz PA. Karnofsky performance status revisited: reliability, validity, and guidelines. *J Clin Oncol* 1984;2(3):187-93.
- Syrjala KL, Chapko ME. Evidence for a biopsychosocial model of cancer treatment-related pain. *Pain* 1995;61(1):69-73.
- Desbiens NA, Mueller-Rizner N, Connors AF Jr, Wenger S, Lynn J. The symptom burden of seriously ill hospitalized patients. SUPPORT Investigators. Study to understand prognoses and preferences for outcome and risks of treatment. *J Pain Symptom Manage* 1999;17(4):248-55.
- Knotkova H, Crawford Clark W, Mokrejs P, Padour F, Kuhl J. What do ratings on unidimensional pain and emotion scales really mean? A Multidimensional Affect and Pain Survey (MAPS) analysis of cancer patient responses. *J Pain Symptom Manage* 2004;28(1):19-27.
- Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galiette M *et al*. Depression, hopelessness and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 2000;284(22):2907-11.
- Wilson KG, Scott JF, Graham ID, Kazak JF, Chater S, Viola RA *et al*. Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician-assisted suicide. *Arch Intern Med* 2000;160(16):2454-60.
- Wilson KG, Chochinov HM, McPherson CJ, LeMay K, Allard P, Chary S *et al*. Suffering with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2007;25(13):1691-7.
- Cassell EJ. Diagnosing suffering: a perspective. *Ann Intern Med* 1999;131(7):531-4.
- Okon TR, Evans JM, Gomez CF, Blackhall LJ. Palliative educational outcome with implementation of PEACE tool integrated clinical pathway. *J Palliat Med* 2004;7(2):279-85.
- Okon TR, Gomez CF. Overview of patient evaluation in palliative care. *UpToDate*, version 2.1, 2010.
- Bruera E. Patient assessment in palliative cancer care. *Cancer Treat Rev* 1996;22(Suppl A):3-12.
- Bruera E, Neumann, CM. The uses of psychotropics in symptom management in advanced cancer. *Psychooncology* 1998;7(4):346-58.
- Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie A *et al*. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med* 2007;356(5):469-78.
- Clayton JM, Butow PN, Tattersall MH. The needs of terminally ill cancer patients versus those of caregivers for information regarding prognosis and end-of-life issues. *Cancer* 2005;103(9):1957-64.
- Butow PN, Maclean M, Dunn SM, Tattersall MH, Boyer MJ. The dynamics of change: cancer patients preferences for information, involvement and support. *Ann Oncol* 1997;8(9):857-63.
- Marta GN, Hanna AS, Silva JLF. Cuidados paliativos e ortotanásia. *Diagn Tratamento* 2010;15(2):58-60.