

O neurocirurgião e o paciente com neoplasia cerebral maligna – considerações éticas

The neurosurgeon and the patient with malignant brain's tumor – ethical considerations

Carlos Frederico de Almeida Rodrigues¹

RESUMO

O presente trabalho possui como objetivo abordar o difícil momento da tomada de decisão do médico frente ao paciente com neoplasia cerebral maligna. Vislumbrando algumas questões éticas presentes no trato com o paciente terminal e sua família.

Unitermos. Ética, Neoplasias Cerebrais.

Citação. Rodrigues CFA. O neurocirurgião e o paciente com neoplasia cerebral maligna – considerações éticas.

SUMMARY

This work has as objective to address the difficult moment of decision-making by the medical management of patients with malignant brain tumor. Seeing some ethical issues in the deal with terminal patients and their families.

Keywords. Ethical, Brain Tumors.

Citation. Rodrigues CFA. The neurosurgeon and the patient with malignant brain's tumor – ethical considerations.

Endereço para correspondência:
Av. Brasil 450/1301
CEP 85501-080, Pato Branco-PR, Brasil.
E-mail: rodriguescfa@hotmail.com

1. Neurocirurgião, residência médica no Hospital Souza Aguiar – RJ, Pós-graduação lato-sensu em neurocirurgia pediátrica no IFF-FioCruz – RJ, Mestrando em Filosofia e Ética na PUCRS, Porto Alegre – RS, Brasil.

Artigo de Revisão
Recebido em: 01/12/2008
Revisado em: 02/12/2008 a 18/08/2009
Aceito em: 19/08/2009
Conflito de interesses: não

“O médico que esteja envolvido no tratamento de um paciente com tumor cerebral deve mergulhar neste problema com muita atenção, dedicação e esforço. Colocar muito cuidado, vigorosa ação e formidável otimismo pois os dados dos deuses foram lançados”. (Foster Kennedy)

Durante a abordagem do paciente com tumor cerebral maligno, devemos ter em mente uma batalha árdua, já que nos referimos neste trabalho ao glioblastoma multiforme (1-3 anos de sobrevida¹), um dos maiores desafios da neurocirurgia.

É necessário aceitar que não há solução para o problema; a família do paciente, sobretudo, deve estar ciente deste fato e não se deve criar falsas expectativas, mesmo quando ocorrem melhoras sintomáticas no início do tratamento.

Com a confirmação da malignidade, o médico não deve sentir-se constrangido, deve sim, informar a verdade. A confirmação diagnóstica traz consigo a tendência tão humana (do médico, da família e do paciente) de tentar a extirpação deste “invasor” do doente da maneira mais rápida e completa possível, ato nem sempre factível. A nossa difícil visão de que a doença não estaria “em nós” e sim “perante nós”². A aceitação de que a doença é parte do ser humano torna-se extremamente cara a uma civilização hedonista e acostumada a comprar a felicidade propagada pela mídia. A presença da doença seria a concretização da finitude humana, o que poderia abrir uma perspectiva de sentido mais amplo, uma experiência humana mais ampla e profunda.

Quando o médico opina que o tumor é inoperável, produz-se um enorme choque, grande intranquilidade e desespero, uma busca desenfreada por novas intervenções, opiniões, misticismos, busca no exterior ou por centros maiores e, diversos outros meios extraordinários que não devem ser estimulados. Entretanto, o médico não deve opor-se a entregar todos os documentos em seu poder, caso a família decida consultar outro profissional. As viagens e buscas podem satisfazer a família, que assim teria feito “tudo o que podia”, algo verdadeiramente louvado por toda a comunidade.

Infelizmente, não faltarão médicos que ofereçam uma intervenção para tentarem “salvar” o paciente, realizando um “ato heróico” e mesmo que o desfecho seja conhecido, não faltarão fami-

liares agradecidos pelo “doutor ter tentado”, ainda que saibamos não ter sido ético.

Em geral, se pode ter em mente algumas normas que servem de guia para a realização ou não da cirurgia³:

1. Se os exames de neuro-imagem demonstram um processo expansivo de ambos os hemisférios cerebrais através do corpo caloso (“asa de borboleta”).

2. Se existem outras patologias graves, tais como, cardiopatias, nefropatias, insuficiência respiratória, endocrinopatias, etc.

3. Paciente demenciado previamente ao tumor e em idade avançada.

4. Tumores múltiplos (metástases) em pacientes terminais.

É necessário recordar que a qualidade de vida é mais importante que a quantidade de vida, no entanto alguns familiares preferem ter seus entes vivos, seja como for. Outros não pensam o mesmo, sendo um ponto nevrálgico do questionamento ético a manutenção dos pacientes em estado vegetativo. Devemos explicitar que o que entendemos, neste ensaio, como qualidade de vida, considera o respeito ao tempo; nem prolongar a vida a qualquer preço com o encarniçamento terapêutico, muito menos induzir a eutanásia, “acelerando a morte”, em um pretense ato de domínio.

Encarniçamento terapêutico e eutanásia seriam, então, dois lados da mesma moeda, seriam ambos baseados no sacrifício: sacrifício da vida em nome da qualidade de vida e sacrifício da qualidade de vida em nome da vida. Devemos buscar um equilíbrio ético de respeitar o tempo, não caindo na tentação do domínio da morte (tornando-nos imortais ou decidindo quando morrer), onde não há espaço para a aceitação de uma experiência mais humana, reflexo de uma sociedade tecnicista que pretende dominar vida e morte.

A relação dano-benefício deve ser bem ponderada, a primeira norma ética é: “não maleficência”. O médico capaz não deve saber somente quando operar, também deve saber quando não. Não deve cair no encarniçamento terapêutico, que não leva a qualquer lugar, por meras questões de vaidade pessoal.

Em caso de tumores cerebrais, a relação médico-paciente e médico-familiares é de extrema importância. Em alguns casos pode durar tempo considerável, sendo necessário conservá-la.

Os familiares podem tornar-se gratos por esta atenção do médico até o último momento; o inverso também é verdadeiro. Sempre pode ficar algo por dizer ou fazer, alguém a culpar. Há familiares exigentes em excesso e conflitivos.

É verdade que ninguém aceita abertamente que morra um ente querido, procura-se uma causa ou alguma maneira para culpar o médico. Em nossa sociedade, em que a crença na ciência substituiu o dogma religioso como solução de todos os nossos anseios, transformamos a morte em um erro médico, sobretudo, do médico com o qual não se teve bom contato.

Outro problema ético bastante comum é se devemos ou não dizer a verdade ao paciente sobre o seu diagnóstico e prognóstico. Sobre este ponto há diferentes opiniões; a maioria dos estudiosos de ética é favorável em contar ao paciente toda a verdade, para que não se tenha a sensação de se estar enganando o paciente e para que o mesmo não se sinta enganado.

Alguns pacientes reagem depressivamente à notícia, acelerando de maneira catastrófica a evolução da doença. Outros tomam a verdade em sentido positivo ou com resignação. Vários fatores influenciam esta abordagem, influências culturais, sociais, familiares, religiosas. Entretanto, a maioria das pessoas e dos seres vivos em geral, não aceita a morte e a temem. O sentido de sobrevivência é muito forte para todos eles.

Não se deve estimular ao paciente o encarniçamento terapêutico, a ilusão da medicina bélica que vence todas as batalhas com sua armadura científica. Devemos tatear nosso paciente e se necessário revelar a verdade aos poucos, entretanto, jamais escondê-la.

Em caso de opção por cirurgia, faz-se necessário um bom consentimento do paciente, fornecendo ao mesmo toda informação necessária. Se o paciente não se encontra capaz de consentir, devemos obter o mesmo com o familiar ou com o responsável.

Deve-se informar sobre todas as possíveis alternativas da cirurgia, as complicações que podem ocorrer e seqüelas, incluindo porcentagem de mortalidade e em quanto se supõe o prolongamento da vida, para que seja tomada a decisão da cirurgia.

Os benefícios esperados devem sempre superar os possíveis danos e a continuidade de atenção, é um dever indissociável do ato médico. Não se trata somente de operar e sim de acompanhar, cuidar do enfermo. A função do médico, como diz Foucault, é “restituir a espessura do ser humano”. O médico não pode abandonar o paciente, deve aceitar o peso das complicações (hemiplegias, afasias, convulsões, etc.) não é ético operar um tumor e outro médico acompanhar o paciente, não se pode abandoná-lo ao acaso.

“Aja como se a menor de tuas ações pudesse ser transformada em uma lei universal”. (Kant).

REFERÊNCIAS

- 1.Youmans JR. Neurological surgery. Philadelphia: WB Saunders, 1996, vol IV, p. 2493-3175.
- 2.Marcel G. Os homens contra o homem. Rio de Janeiro: Ediouro, 1988, p.52.