

O Oncologista, o Câncer e a Ética

The Oncologist, the Cancer and the Ethic

Fernando Borher Pitrez*

“Obviamente, o médico não é demiurgo da vida ou da morte, nem tampouco a ele é dado esse poder“

F. Pitrez

Na atualidade, o avanço tecnológico em todas as áreas da medicina, criou um novo paradigma, responsável por um moral mais atual no que tange ao comportamento profissional e ético do médico, fenômeno esse, que se observa de modo cristalino na oncologia.

A tendência natural ao tecnicismo, que é benéfica e indispensável, trouxe consigo o emergir de um profissional mais preocupado com o resultado da terapêutica, baseado em evidências bibliográficas, esquecendo-se muitas vezes do doente e do aspecto ainda hoje estigmatizante do câncer, no paciente e em seus familiares. Assim como na medicina, a oncologia é ciência e arte; ciência, pelo estudo e arte pela criatividade e posicionamento pessoal frente a casos específicos. A cada novo procedimento surgem novos corolários e reverses, e com eles uma visão contemporânea que deve ser adaptada a cada paciente.

No aspecto iminentemente científico, são inegáveis os resultados animadores das novas terapias no tratamento das doenças neoplásicas. Basta citar como exemplo as novidades do Congresso Americano de Oncologia Clínica (ASCO 2006), em que ficou evidenciada a ação do Trastuzumab como co-adjuvante precioso da quimioterapia para o carcinoma de mama avançado nos casos HER2 positivos, a forma mais agressiva de câncer de mama e a proveitosa inclusão do docetaxel ao tratamento padrão (doxorubicina + ciclofosfamida), com sensível aumento da sobrevida.

Da mesma forma, fruto do desenvolvimento tecnológico, surgem novas perspectivas, algumas já em uso, entre as quais ênfase; a terapia com alvos moleculares; inibidores de receptores de fatores de crescimento; inibidores da tirosina-quinase; anticorpos monoclonais, hormonioterapia moderna, quimioterapia por via oral, drogas antiangiogênicas inibidoras da apoptose e assim por diante.

Em relação à radioterapia, os avanços foram extraordinários com o auxílio da tomografia computadorizada (TC) que permite, por meio de softwares altamente sofisticados, o uso das imagens obtidas, no estudo da distribuição dosimétrica nos tecidos a serem irradiados. Com isso foi possível planejar

de forma tridimensional o tratamento proposto para uma determinada área e assim, minimizados os efeitos colaterais.

Acessoriamente ao estudo por TC tridimensional, foi possível liberar as doses terapêuticas em múltiplas frações, por meio da modulação do feixe de irradiação. Trata-se de uma técnica terapêutica revolucionária, com maior efetividade e menor morbidade. O futuro sinaliza tratamentos por meio de partículas (prótons) em dose única, com controle magnético (TC, RM) mais preciso da área a ser irradiada. Manipulados por robôs que entregam uma irradiação pontual, são obtidas altas doses localizadas com mínimos efeitos colaterais.

No campo restrito da cirurgia, é enfatizada a videolaparoscopia, iniciada em 1987 em Lyon por Phillippe Mouret, um ginecologista que realizou a primeira colecistectomia videolaparoscópica. Esta abordagem, embora o pouco tempo de existência já avança, rumo a horizontes inimagináveis em decorrência da incrível criatividade humana, na busca do que é desafiador e desconhecido. Hoje em dia a cirurgia minimamente invasiva avança celeremente, já com indicações precisas, tornando-se parte indispensável do armamentário cirúrgico no terreno oncológico. Intervenções cirúrgicas de alta complexidade, com resultados comprovados são realizadas na rotina, proporcionando, sucessos semelhantes às abordagens convencionais com um pós-operatório muito menos doloroso e de mais rápida recuperação.

Paralelamente, são efetivados atos operatórios mais conservadores, como na mama, onde hoje impera o conceito do “linfonodo sentinela“ que tem no Prof. Umberto Veronesi, do Instituto Europeu de Oncologia, precursor e maior divulgador. O novo conceito possibilita cirurgias menos agressivas e mais conservadoras, com resultados similares aos métodos clássicos. São procedimentos menos invasivos, complementados por tratamentos neo-adjuvante e adjuvante, sistêmicos e locoregionais, por radioterapia e/ou quimioterapia.

Os transplantes hepáticos, cujo pioneiro foi Thomaz Starlz, nos idos de 1963, é uma realidade comprovada no tratamento de tumores do fígado.

O conhecimento humano não tem limites. Por isso acreditamos piamente na cura do câncer em um futuro talvez mais próximo do que se imagina, visto as últimas descobertas científicas no campo da genética. No momento a busca do diagnóstico precoce, inclusive na fase pré-neoplásica, é o que se impõe, onde a cura passa a ser uma certeza. Apesar disso tudo, um sinal de alerta deve ser emitido em relação ao enfoque em epígrafe. Coações por parte da indústria farmacêutica correlata que tenta induzir o oncologista ao uso de novas drogas, bem como as imposições

* Cancerologista. Cirurgião Oncológico. Professor Adjunto de Cirurgia Geral da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre.

por parte dos famigerados planos de saúde e convênios médicos, constituem-se em permanente tentação que deve ser enfrentada, pois a capitulação do médico ultraja a deontologia que por princípio, deve ser preservada em nome da dignidade profissional e do direito do paciente à cura.

Essa autêntica deformação moral e profissional passa a ser uma grave agressão ética. A respeito desse assunto, já em 1992, o autor Luiz A. Cibils sabiamente proclamou:

-"Não podemos nos opor a aplicação do progresso tecnológico, mas devemos cuidar que se faça dentro dos cânones éticos definidos em medicina"

Reafirmo que a nobre e incomparável intenção de medicar para curar, não seja conspurcada por sórdidos objetivos como, por exemplo, a expectativa solerte de uma vantagem pecuniária indevida, ou de qualquer outra ordem.

Considero que a proficiência profissional, em todas as suas formas, deve estar respaldada e ter a convalidação científica por trabalhos randomizados, meta-análises ou em "guidelines" respeitáveis. A falta deste cuidado incorre, segundo meu ponto de vista, em falha ética sujeita às sanções legais.

Atualmente observa-se uma obsolescência cada vez maior de métodos ou drogas antineoplásicas, tidas até então, como de última geração. O que hoje é tido como inovador, amanhã poderá ser considerado obsoleto e ultrapassado. O simples lançamento de uma droga ou uma metodologia é suficiente para tornar desatualizadas aquelas que até então eram consideradas como as mais indicadas.

Trata-se de um dos fenômenos da era da tecnologia e da globalização a que todo o médico, no caso, o oncologista, está sujeito. O avanço acelerado da especialização em todos os seus ramos, agrega responsabilidades e conhecimentos crescentes e dificultosos, cada um deles trazendo um desafio renovado. Resume em seu significado mais um dos pré-requisitos inelutáveis da ética médica em relação ao desempenho da nobre arte da Oncologia em todas as suas dimensões.

No entanto sob uma ótica holística isso tudo, ainda que indispensável, não é o suficiente. Trata-se apenas de uma parcela, fundamental do compromisso ético-profissional do oncologista assumido diante do paciente. A vocação hipocrática do médico, mesmo especializado, não deve ser esquecida, e normas éticas milenares não podem ser ultrajadas em prol de uma nova conduta iminentemente científica.

Normalmente, hoje em dia, o tratamento é multidisciplinar, abrangendo vários profissionais, cada um na sua área de atuação, onde o paciente é avaliado de forma global, visando um atendimento mais qualificado, para minorar as repercussões de uma enfermidade potencialmente fatal. Nesse contexto o médico assistente deve estar apto a oferecer a melhor terapêutica disponível com a participação ativa do paciente na decisão da conduta a ser tomada. O objetivo de redução da morbi-mortalidade concernente apenas a patologia, somente poderá ser alcançado "in totum" se as necessidades psicológicas inerentes, forem devidamente contempladas. A simples palavra "câncer" é sinônimo de; morte iminente, desfiguramento, incapacitação, abandono, perda da independência e da libido, problemas financeiros, ansiedade, raiva e culpa.

No seio desse conceito, o sacerdócio, em nome da ética, não pode ser esquecido, como afirmou Julio Sanderson, ilustre cirurgião e poeta carioca, já falecido, entendendo-se porém que essa postura tem apenas um significado de dedicação e atenção, e não de um poder divino. O mesmo autor afirmou, com justa razão que, "a única coisa que o homem quer, é estar na vida". Para isso a oncologia luta com todas as suas armas

e o conhecimento científico. O estímulo do oncologista deve ser a cura quando possível, se não, o alívio e em última instância, o consolo. A boa prática oncológica deve ser simultaneamente competente e bioeticamente legítima para que seja exercida decentemente, de tal forma que os inditosos portadores possam sentir-se menos desacompanhados nos momentos de desamparo, frente ao inevitável. Aliás, foi a Profa. Alice Rosa, em sua saudação à uma turma de novos residentes do INCA em 1999 que resumiu de forma singela o significado da Bioética: "o estudo da conduta humana nas áreas das ciências da vida e da assistência à saúde, à luz de valores e princípios morais". Assim deve ser a conduta do oncologista. O momento atual por que passa a cancerologia, enseja uma reflexão sobre esses aspectos, sem o que ela incorrerá no risco de se materializar por elitismo e indiferença. A ética hipocrática dos deveres e atos absolutos, não se restringe unicamente a princípios e normas de conduta técnicas, senão também ao humanismo que deve existir por parte do oncologista no trato de seus doentes.

Um axioma milenar da Medicina afirma que; "a doença não existe sem o doente" Com esse pensamento deve agir o oncologista, sabendo que estas duas entidades constituem uma dualidade indissociável. A doença deve ser tratada, pelas drogas ou pela cirurgia; o enfermo, pela solidariedade e compaixão. O consenso médico avalia que o estado psicológico é fundamental tanto na geração como na cura da enfermidade. O próprio Pasteur, embora cartesiano por excelência, afirmava; "... muitas vezes a condição do paciente - a atitude mental - forma barreira insuficiente para conter a invasão de seres infinitamente pequenos".

Não é crível, em qualquer abordagem oncológica, medicamentosa ou cirúrgica, a inobservância do envolvimento anímico. A atitude humanística cultiva a relação médico-paciente, fator indispensável que nasce, desenvolve-se e vivifica neste liame afetivo, primordial ao êxito do tratamento. Não procede ao oncologista especializado assumir uma postura meramente tecnicista e proficiente e deste modo desqualificar-se como verdadeiro médico que é.

Essa conduta visa agir como fator auxiliar da cura, pois é conhecido que a depressão, que habitualmente acompanha a enfermidade neoplásica, age como elemento predisponente à queda imunitária, fenômeno este já comprovado sobejamente. O estresse prolongado inibe a ação imunológica protetora, acarretando um sensível distúrbio hormonal responsável pela apoptose desequilibrada.

A fragilização anímica constitui-se em sinal de mau prognóstico, de acordo com muitos estudos experimentais e clínicos. Agravando a trágica evolução, vê-se nesta interação uma típica relação hóspede/ hospedeiro em que o tumor age como um genuíno "dreno metabólico" exaurindo as defesas imunitárias do doente portador.

Por isso tudo, no que diz respeito a relação médico assistente/paciente terminal, fato diuturno em oncologia, não pode ser desprezada.

É fartamente conhecido por oncologistas que o canceroso, sabedor de sua condição, segundo a psiquiatra Kubler Ross, passa por uma série de transtornos psíquicos que seguem uma seqüência de comportamentos; negação, raiva, negociação, integração e aceitação. Conforme cada etapa, a atitude do oncologista necessariamente diferencia-se, indo desde a tentativa terapêutica de cura ou palição, até a fase final de comiserção e consolo.

A ciência da cancerologia nos últimos tempos ampliou, de modo significativo, a expectativa de sobrevida. Todavia o cancerologista ainda se vê impotente e vacilante diante da morte inevitável. O óbito foge das suas possibilidades

terapêuticas e do seu saber. Deste modo é capaz de estar despreparado para enfrentá-lo e, em consequência, como proceder com o paciente terminal. Muitas vezes na luta frenética em favor da vida, incorre no erro de negligenciar o humanismo, e com isso passa a tomar atitudes obstinadas, além do necessário, prolongando inutilmente o sofrimento. Esquece de apenas melhorar a qualidade da sobrevivência. O alívio da dor orgânica e o apoio e o acolhimento para minimizar o sofrimento moral e psíquico, devem forçosamente contemplar a sua atuação. Tanto no que se refere ao paciente como a seus familiares. Faz-se mister um senso prático altruísta e conhecedor das necessidades do doente que prefere, muitas vezes, o convívio junto aos seus afetos em ambiente domiciliar, ao invés de sujeitar-se a enfrentar aparelhagens invasivas, mantenedoras de uma vida artificial sem possibilidade de cura. A importância de se permitir ao assistido, morrer humanamente, sem incorrer em processos prolongados e agressivos, resgata a dignidade humana neste momento final. Quando conscientemente tudo foi feito; quando os recursos se esgotaram; quando a medicina não tem mais recursos, ainda assim se pode aliviar a dor e confortar o paciente e seus entes queridos.

Obviamente, o médico não é demiurgo da vida ou da morte, nem tampouco a ele é dado esse poder. Ao mesmo tempo em que é um profissional diferenciado, também não deixa de ser humano, sujeito às fraquezas e virtudes características da natureza terrena. A ortotanásia, é muito mais um ato de verdadeira caridade do que simplesmente uma decisão médica. Mesmo assim, o médico deve sempre ter em mente de que a conduta tomada "in extremis" esteja respaldada pelas normas éticas, definidas pelos Conselhos de Ética Médica ou jurisdicionais.

Sobre esse tema, alguns questionamentos tornam-se pertinentes, tais como:

- Quais seriam as reais fronteiras de responsabilidade e discernimentos legais e religiosos diante dessa problemática e penosa deliberação ?

- Até que ponto seria justo facultar ao médico assistente, o arbítrio de interferir indevidamente na história natural de uma doença, prolongando artificialmente uma vida que já deveria estar extinta ?

- Por acaso, não seria mais correto e humano, um ato extremo de caridade, permitir que a doença seguisse o seu curso, sem uma interferência invasiva e dolorosa?

.- Deveria sujeitar-se às imposições legais, inclusive contra a vontade soberana do doente terminal ou de responsáveis legais, e assim prolongar indefinida e inutilmente um sofrimento através?

- Ao manter uma vida em estado vegetativo irreversível, não seria esse um ato de prepotência, insurgindo-se contra a própria vontade divina?

Essas e muitas outras indagações são reconhecidamente cabíveis e precisam ser motivo de reflexão permanente, visando alcançar um juízo soberano no exercício da oncologia, dentro de um modelo de conduta mais equânime e humanitário.

Na verdade, no seio de preceitos jurídicos ou religiosos, que deveriam ser obedecidos em minha opinião, o ato médico mais humanista frente à morte iminente deve ser primariamente caritativo, proporcionando ao doente terminal, com a aquiescência de familiares responsáveis, uma morte condigna, liberta de um sofrimento supérfluo, físico ou psíquico.

Em síntese, segundo meu ponto de vista, mesmo na contemporaneidade - a era da tecnologia informatizada e da interação, a assistência oncológica, a par da terapêutica mais

atualizada e específica, deverá, por princípio e necessidade, incluir no seu bojo uma parcela humanística, inclusive caritativa. Com isso contempla, senão por razões filosóficas, mas éticas e profissionais, o lado emocional, responsável em grande parte, pela proteção imunitária, fator co-adjuvante indispensável à cura da enfermidade.