



Revista Brasileira de Cirurgia
Cardiovascular/Brazilian Journal of
Cardiovascular Surgery

ISSN: 0102-7638

revista@sbccv.org.br

Sociedade Brasileira de Cirurgia
Cardiovascular

Meier, Milton A.

Paciente com dissecação aguda da aorta em choque, com 97 anos de idade. Operar ou
não operar?

Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular/Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery,
vol. 22, núm. 1, enero-marzo, 2007, pp. VI-VII
Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular
São José do Rio Preto, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=398941862004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Paciente com dissecação aguda da aorta em choque, com 97 anos de idade. Operar ou não operar?

*Milton A. Meier**

Ao anoitecer do dia 31 de dezembro de 2005, o Dr. Michael Ellis DeBakey, só em sua casa, sentiu uma forte dor no peito. Em poucos minutos, a dor tornou-se insuportável, propagou-se para o pescoço e depois para as costas. Sendo o cirurgião que é, o Dr. DeBakey diagnosticou imediatamente estar com uma dissecação aguda da aorta e teve a certeza que morreria em seguida. Essa seria a melhor maneira de livrar-se da dor que sentia, pensou...

O Dr. DeBakey ocultou da família a gravidade da sua situação e recusou-se a ser levado para o hospital. Somente três dias depois, concordou submeter-se a uma tomografia. Os exames mostraram uma dissecação aguda do Tipo II da classificação do próprio DeBakey. Para a decepção geral, o paciente exigiu voltar para casa, onde ficou sob os cuidados de médicos e enfermeiros. O seu estado agravou-se e, ainda sob seus protestos, foi internado no Hospital Metodista de Houston, quase um mês após os primeiros sintomas. Novos exames mostraram que a dissecação estendera-se. Agora havia líquido no saco pericárdico, com sinais de tamponamento. Apesar disso, continuou obstinadamente recusando o tratamento cirúrgico repetindo: “Prefiro morrer”. No início de fevereiro, devido à piora do seu quadro clínico e perda da lucidez, a equipe médica decidiu operá-lo. Para eles, a única contra-indicação era a idade avançada.

Surgiram então vários problemas. Os anestesistas do hospital recusaram-se a aceitar o paciente, preocupados com a idade e o seu precário estado físico. Argumentavam que nunca uma pessoa tão idosa havia sido submetida a um operação de tão grande porte.

Administradores, advogados e médicos discutiram a situação e convocaram a Comissão de Ética do hospital, que se reuniu tarde da noite. Os membros da comissão queriam obedecer às leis do estado do Texas que estabelecem ser os médicos obrigados respeitar sempre a vontade dos pacientes e familiares. A questão que se colocava era obedecer ou não o desejo do doente. No prontuário permanecia a ordem de “Não ressuscitar”, escrita com sua anuência e assinatura.

Mas agora o Dr. DeBakey, que sempre esteve no comando das situações, estava inconsciente. A esposa, filhos e irmãos pressionavam pela operação. Os anestesistas mantinham-se irredutíveis na decisão de não participar da intervenção. Com dificuldades, essa atitude foi contornada pela família, chamando uma anestesista, que por muitos anos trabalhara com o grupo e aceitou o desafio. A Comissão de Ética decidiu-se favoravelmente e o Dr. DeBakey foi levado para o centro cirúrgico pouco antes da meia-noite de 9 de fevereiro de 2005.

A operação durou 7 horas. Com o uso de circulação extracorpórea e hipotermia, o Dr. George Paul Noon, da equipe de DeBakey por mais de 40 anos, substituiu a aorta ascendente com um enxerto de Dacron, quase igual ao que o Dr. DeBakey desenvolveu pioneiramente, para o mesmo tipo de operação no fim da década de 1950.

DeBakey sobreviveu! Porém, o pós-operatório decorreu longo e pleno de complicações. Ele foi traqueostomizado, gastrostomizado, precisou de assistência respiratória e de sessões de hemodiálise por seis semanas, desenvolvendo vários tipos de infecção. Durante os dois meses seguintes, passou a maior parte do tempo em coma. Houve suspeita de lesão neurológica grave e chegou-se a pensar que estaria quadriplégico. Mas, apesar de tudo, em maio, surpreendendo a todos, estava em condições de alta para continuar o tratamento em domicílio. Devido a um edema agudo de pulmão, teve que ser hospitalizado novamente poucos dias depois. Permaneceu no hospital por mais quatro meses, resistindo a penoso tratamento. Finalmente, foi levado para casa em condições razoáveis.

Hoje, o Dr. DeBakey pode caminhar, mas se locomove a maior parte do tempo em cadeira de rodas motorizada. Vai ao hospital, para trabalhar umas poucas horas por dia, alguns dias da semana. Diz estar feliz porque o operaram e declarou que, a despeito de ser contra a sua vontade, os médicos fizeram o que deveria ser feito.

A epopéia vivida por DeBakey, entretanto, suscita uma série de considerações. A despeito dos avanços técnicos, que permitiram contornar os acontecimentos dramáticos da doença com a conseqüente recuperação do enfermo, temos que admitir que houve um desrespeito flagrante aos direitos do paciente. Ninguém poderia ser mais bem informado e em melhores condições de recusar a operação do que ele. E o Dr. DeBakey havia sido taxativo. Não queria ser operado!

Entrar em coma na fase final de uma doença é parte normal da história natural de muitas doenças. Existem, hoje, normas para proteger um paciente incapaz de tornar-se vítima de familiares ansiosos demais para decisões lúcidas. As comissões de ética dos hospitais agem na maioria das vezes pressionadas pelos parentes próximos ou responsáveis, do que pelos princípios éticos envolvidos.

O Dr. DeBakey recebeu o melhor tratamento do mundo, ficou meses no hospital e foram gastos mais de um milhão de dólares para salvar-lhe a vida. Afortunadamente, houve um final feliz. Se o paciente não fosse o Dr. DeBakey, teria sido operado? Todos pacientes na idade dele, com dissecação aguda da aorta e em estado precário, devem ser operados?

Os pacientes comuns que recusam procedimentos invasivos e dispendiosos, que só prolongam a agonia, contrariando a família, o Estado e as igrejas, não devem ser ouvidos? Devemos oferecer a eles tais tratamentos, só porque dispomos da tecnologia?

Entre os princípios éticos, na relação médico-

paciente deve prevalecer a autonomia. A autonomia se refere ao direito básico que o paciente tem de controlar o seu corpo. O direito de escolher, entre os vários tratamentos que lhe são oferecidos, aquele que acha melhor para si. A autonomia significa também que um paciente adulto, legalmente competente, tem o direito de recusar qualquer tipo de tratamento, mesmo nos casos em que esse tratamento é indispensável para a sua sobrevivência.

Quase todas as grandes teorias éticas convergem para a conclusão de que o ingrediente mais importante na vida moral de uma pessoa é o desenvolvimento de um caráter que permita motivação interna e a força para fazer o que é direito e o que é bom para os outros. A ciência basicamente preocupa-se em distinguir aquilo que é verdadeiro ou falso e não o que é bom ou mau. Entretanto, mesmo a ciência sendo amoral, o cientista não pode sê-lo. Através da história, as forças primárias por trás do desenvolvimento dos códigos de ética têm sido sempre devidas aos próprios médicos. Têm sido eles que estabelecem a escala de valores para a prática da medicina. Esses valores não apenas existem, eles são subjetivamente criados e devem ser aplicados. O progresso contínuo da ciência e da tecnologia aplicado à medicina e à cirurgia, cria novos dilemas éticos que devem ser lucidamente analisados e enfrentados.

** Prof. Livre Docente
Ex-Presidente da SBCCV*