

SPNC NEWSLETTER

Nº 5, Outubro de 2012

Newsletter

Patrícia Polónia
Flávia Dias
João Paulo Farias

Direção

João Paulo Farias
Célia Pinheiro
José Augusto Costa
Carlos Vara Luiz
Patrícia Polónia

Mesa da Assembleia Geral

António Cerejo
António Vilarinho
Alexandre Campos

Conselho Fiscal

Domingos Coiteiro
Flávia Dias
Bernardo Ratilal

Comissão de Treino

Miguel Casimiro

Comissão Editorial

Gonçalves Ferreira

Webpage

Alexandre Rainha Campos

Secretariado

Paula Nora, Acrópole
Tel 217977457; Tm 968900358
secretariado@spnc.pt



Sociedade Portuguesa

NEUROCIRURGIA



'Hector et Andromache', Giorgio de Chirico, 1912, Galeria Nazionale d'Arte Moderna, Roma

'Heitor e Andrómaca, protagonistas da Iliada e aqui representados na obra de Giorgio De Chirico, simbolizando a agonia no momento da despedida, duas figuras enigmáticas desprovidas de rosto, a meio caminho entre o homem, o robô e a estátua, e cuja abstração congela o tempo e nos catapulta além da realidade, além da natureza, em uma dimensão que é a da metafísica.'

'Foi nosso desejo, ao criar a Newsletter, criar um espaço agradável que motivasse todos os colegas a participar com opiniões e/ou temas que, embora fugindo um pouco a questões puramente técnicas no âmbito da neurocirurgia, julgámos sempre do interesse de todos. Esperamos que, agora que passamos o testemunho à próxima direção (a quem desejamos desde já as maiores felicidades), o entusiasmo se mantenha e a Newsletter seja cada vez mais um veículo de comunicação/partilha acessível a toda a comunidade neurocirúrgica.'

Patrícia Polónia

Flávia Dias



João Paulo Farias

Presidente
da Sociedade Portuguesa
de Neurocirurgia

Caros amigos,

Graças à Patrícia Polónia e à Flávia Dias, aqui vai mais um número da nossa Newsletter; desta vez abrindo com uma pintura sobre a despedida, muito a propósito, uma vez que este é o último número sob a responsabilidade desta Direção. Quero muito agradecer-lhes e congratulá-las pelo bom gosto, empenho e entusiasmo na conceção desta e de todas as outras edições da Newsletter da SPNC. Muito obrigado.

Nesta edição, pedimos ao presidente da EANS (Prof. Vladimir Benes) e ao presidente da FLANC (Prof. Rogelio Revuelta) para nos falarem sobre as respetivas associações/federações e sobre os seus objetivos, missão e projetos. Na próxima edição, será a vez do presidente eleito da WFNS – Prof. Yong-Kwang Tu (que toma posse como presidente em 2013, no congresso mundial da Coreia do Sul), a escrever para nós. Se bem se lembram, estiveram os três no nosso congresso deste ano, o Neuro 2012, como conferencistas convidados.

Atualmente a SPNC é sócia destas três federações/associações (EANS, WFNS e FLANC), e tem havido uma cada vez maior participação de neurocirurgiões portugueses nos congressos respetivos, tanto como conferencistas convidados como com trabalhos livres, o que muito nos orgulha. É para isso que temos trabalhado ao longo dos últimos anos, e começamos agora a colher os frutos desse investimento. Assim, vários sócios participaram por convite nos congressos da FLANC e da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia no Rio de Janeiro, e na reunião intermédia da FLANC na Cidade do México. Há ainda convites já feitos para conferências no Congresso Mundial em Seoul e no Congresso Europeu de Praga.

Nesta edição da Newsletter há também um artigo de opinião do Leonel Cardeira sobre ética, que vos aconselho vivamente a ler e sobre o qual merece a pena refletir. Vejam se não tenho razão!

Desde a última edição de Maio, decorreu o Neuro 2012, de que tivemos ‘feed back’ excelente tanto dos neurocirurgiões como dos colegas de Neurologia. Depois de duas edições com tanto sucesso, em 2009 e este ano, é definitivamente uma receita a repetir, quiçá em 2015.

O Curso da SPNC decorreu entretanto na Lousã, sob a orientação do Miguel Casimiro, também com ótimas avaliações (anónimas) de quem lá esteve.

Infelizmente, o curso prático de Abordagens Cranianas, previsto para Novembro em Lisboa, teve de ser adiado por impossibilidade de ter os microscópios cirúrgicos necessários, e será realizado em Maio de 2013.

Como futuros projetos internacionais em curso, temos muito bem encaminhadas as candidaturas ao Symposium da WFNS (uma espécie de ‘supercurso’ com os mestres mundiais em cada área), a realizar em Lisboa em Maio de 2014, acoplado ao nosso congresso nacional, e o congresso conjunto SPNC/SENEC (Sociedade Espanhola de Neurocirurgia) em 2016, também em Lisboa. Em 2013 o congresso nacional realizar-se-á em Coimbra, de 23 a 25 de Maio.

Finalmente, gostaria de vos falar de um projeto que tem vindo a germinar na minha mente: o de lançar um programa de apoio a estágios para internos no final de internato ou recém-especialistas que queiram dedicar-se a áreas estratégicas para a neurocirurgia. Inicialmente proporia duas áreas: 1- terapia endovascular – há pouca oferta nacional de médicos dedicados a esta área tão importante das neurociências, e seria extremamente importante para a neurocirurgia (e, atrevo-me a dizê-lo, para os doentes sujeitos a tratamentos endovasculares), ter médicos com experiência clínica em patologia vascular do SNC (neurocirurgiões) na vanguarda e dedicados a estas técnicas; 2- cirurgia complexa da coluna vertebral, para manter no âmbito da neurocirurgia a patologia vertebral mais diferenciada e tecnicamente mais exigente. Espero num futuro próximo conseguir lançar este projeto.

Não me despeço ainda, apesar desta ser a última Newsletter sob a atual Direção da SPNC, porque gostaria de, no próximo número, já em 2013, fazer um balanço destes dois anos de Direção. E pretendo continuar, com artigos de opinião, a participar desta publicação que foi nossa criação e me é tão cara.

Abraço amigo a todos!

'Educación Neuroquirúrgica en Latinoamérica'

RETOS DE LA FLANC



Rogelio Revuelta

Presidente da Federação Latinoamericana das Sociedades de Neurocirurgia (FLANC)

La Federación Latinoamericana de Sociedades de Neurocirugía nace en 1981 y desde ese entonces con una gran tradición, vanguardista desde el inicio del más antiguo y regular Congreso de Neurocirugía en el Mundo. Nuestra Federación siempre ha mantenido constancia y equilibrio buscando la excelencia. En los últimos años hemos intensificado nuestra presencia en diversos foros internacionales dando a conocer lo que es en la actualidad la Neurocirugía Latinoamericana.

Varios son los retos que se nos presentan en un futuro cercano, sin embargo, el más importante en mi opinión es el entrenamiento y educación de nuestros Jóvenes Neurocirujanos y es por eso que en esta ocasión quiero compartir con ustedes algunas reflexiones sobre este tema:

1- Intensificar al máximo el entrenamiento de nuestros Jóvenes Neurocirujanos dentro de nuestra América Latina. Es una realidad que en varios de nuestros países contamos con Centros Neuroquirúrgicos de Excelencia, con amplio reconocimiento internacional, en los cuales podrán recibir no solo su entrenamiento Neuroquirúrgico, sino que éste vaya de acuerdo con nuestra Idiosincrasia, Cultura, Educación y condición Socio-económica.

2- La orientación y educación de nuestros Jóvenes Neurocirujanos deberá acompañarse de una muy sólida preparación física y psicológica, preparándolos para ejercer una de las especialidades más demandantes que los obligará a realizar esfuerzos importantes enfrentándose día a día a grandes contrastes.

En nuestra América Latina el trauma sigue siendo un problema de salud muy importante y también debemos reconocer que no en todos los hospitales se cuenta con recursos de alta tecnología, por lo que es una obligación de nosotros prepararlos para resolver el problema que se les presente bajo cualquier circunstancia.

3- Una vez que nuestros jóvenes han terminado su entrenamiento deberemos enviar a los más destacados a los países con mayor desarrollo con el fin de obtener a través de ellos información y conocimientos teniendo siempre en mente

las condiciones en las que ellos trabajaran al retornar a sus respectivos países. Un aspecto muy importante es estar conscientes que los avances tecnológicos de la especialidad no siempre estarán al alcance de estos jóvenes neurocirujanos y es por eso que es nuestra obligación deberá ser entrenarlos para resolver en forma satisfactoria todos los problemas a los que se enfrenten aún con las limitaciones tecnológicas

4- El sustento financiero es crucial para poder ofrecer lo antes mencionado y es por eso que deberemos de desarrollar convenios con Fundaciones o Gobiernos que estén dispuestos a ayudar a la Neurocirugía, a todos los lineamientos legales que para esto se requieran.

5- Un aspecto esencial es Educar a todos y cada uno de nuestros cirujanos con sólidos principios Éticos y Morales que los haga fuertes ante la cada vez más demandante sociedad, y mantenerlos alertas ante las tentaciones del actual comercialización de la medicina.

Estoy seguro que si bien estas metas no son fáciles de alcanzar, sí lo vamos a lograr con una actitud positiva, de cooperación y trabajo.

APRENDAMOS A CONJUGAR

EN NOS Y NO EN YO

POR UNA FLANC SIEMPRE UNIDA

European Association of Neurological Societies (EANS)



Vladimir Benes

Presidente da EANS

The EANS is the only neurosurgical continental association of Europe. Portuguese society, as its founding member, has a prominent position, giving us one of the past presidents and hosting us for a memorable congress. The following points are the most important highlights and goals of my tenure and I believe they will be of some importance for Portuguese neurosurgeons. What is the mission of EANS in 2011-2015:

- To increase the importance of EANS, for its national and individual members, who should all feel that the Society is there for them and provides relevant benefits.
- To provide an umbrella for all European neurosurgeons.
- To retain the EANS independent scientific identity.
- To improve financial stability (sources of income): congresses, subscription fees from societies and IMs, fees by TC and PGE courses organisers, other sources of revenues.
- To ensure that elected officers are active and given specific areas of responsibility, more interaction with AC and member societies.
- To move to a biannual European Congress of Neurosurgery by 2014 and a shift of Annual meeting to the September/October date.
- To continue the two Training Course cycles (230 participants each, probably get some quota for non-Europeans).
- To add trauma and critical care section to existing onco, functional, cerebrovascular and radiosurgery courses to existing spine PGE course. Some of these could possibly be attached to Annual meetings.
- To advertise individual membership, not only for European neurosurgeons.
- To develop affiliated society membership: european neuro-societies, non-european neurosurgical societies. Closer relations with interventional neuroradiological, neurooncological, spine, ESPN, ESBS and any other societies (affiliated membership, joint meetings, part of the programme at our Annuals and courses).
- To work towards central sponsorship for the courses, i.e. to develop the system of special membership for the companies at the European HQ level, thus also preserving independence and academic purity.
- To expand to the non-European countries like Caucasus republics, Kazakhstan, Middle east, North Africa countries – going more global.
- Cooperation on the global scene with other continental societies (CNS, FLANC, Asian countries).
- To develop and maintain closer relations with UEMS.
- To develop fellowships, funded by the EANS providing it is strong enough financially or by industry as with the Spine fellowships and planned new research fellowships.
- To develop a more comprehensive website to meet members' needs.
- To continue to develop our database of members, teachers, sponsors to enhance flexibility in mailing, etc.
- To enhance the role of Young neurosurgeons committee and seek their input on courses, fellowships, etc.
- To start Virtual Library attached to the EANS website.

We certainly have more plans but the above mentioned are the really priority ones. I hope and I'm strongly convinced the neurosurgeons of Portugal and the Portuguese society will play an important role in all the EANS endeavors. I also hope to see as many of you as possible at EANS congress in 2014 in Prague.

Conhecimento Científico e Ética

Por Leonel Cardeira

Quando argumentamos a propósito de um dado problema é comum a citação da ciência como afirmação do rigor das nossas propostas. Mas, falaremos todos de um mesmo conceito de conhecimento científico e existirão algumas consequências éticas que resultem deste conceito?

O conhecimento decorre da necessidade de resolvermos problemas. Estes resultam da perplexidade originada quando da frustração de expectativas perante uma determinada situação e são inerentes a todos os seres vivos. O conhecimento é mesmo inerente a toda a evolução. São, as soluções a que o organismo chega, incorporadas na sua evolução enquanto organismo e enquanto espécie, como conhecimento inato.

Também existirá conhecimento na forma como os seres vivem, os quais podem, acumulando vivências e soluções de problemas, construir um conhecimento para além do inato, o chamado conhecimento adquirido.

Mas a razão (independentemente das considerações ligadas à importância da linguagem necessária à construção da comunicabilidade e da própria razão) adquiriu, até prova em contrário, um caráter único no ser humano - o questionar e o questionar-se acerca da própria existência, criando um conhecimento que transcende o indivíduo e tornou-se pertença de toda a Humanidade.

O conhecimento dito científico surgiu como resultado da razão crítica, estabelecendo como método a discussão crítica e a procura ativa da refutação de teorias propostas como explicativas dos problemas, cuja metodologia mais reconhecida, mas não única, será a do método experimental.

Aprendemos, assim, com a crítica dos nossos enganos e erros, mas com a vantagem de tal já não pressupor a eliminação do organismo perante o erro.

Estas teorias são refutáveis mas não verificáveis constituindo, por este motivo, uma aproximação progressiva à verdade. Será uma teoria científica aquela em que poderemos estabelecer condições para a sua eventual refutação.

Este conhecimento cresce com teorias cada vez melhores e mais abrangentes mas que, necessariamente, originam novos problemas.

A objetividade deste conhecimento deriva do método da discussão aberta - do racionalismo crítico - e não do cientista, o qual pode e deve defender as suas teses com convicção porque, mesmo que caía no dogmatismo, outros se engarregarão de as refutar.

Este conceito de ciência recusa o conhecimento como um acumular de teorias aceites, ('em que vale a pena acreditar'). Este não é um valor da ciência mas sim um sistema de crenças que, no entanto, suportam muitas das nossas convicções.

Por outro lado, a negação da existência de verdades científicas absolutas e definitivas termina com a chamada 'religião secularizada da ciência'. Todavia ainda prevalece, no entendimento da ciência, o conceito da ciência como um acumular de teorias aceites, estabelecendo a normalização de um corpo homogêneo de método e teoria, a não procura da refutação e, por vezes, a recusa das contradições existentes nas mesmas, o que conduz a dogmas, a modas na própria ciência. Esta atitude originou períodos de estagnação que só foram interrompidos quando do ressurgimento da razão crítica, motivadora de aparentes revoluções.

A Ciência tem tido um enorme sucesso na procura da auto-emancipação do Homem através do conhecimento mas, por outro lado, criou a ilusão do domínio do Homem sobre a Natureza, esquecendo a responsabilidade inerente ao conhecimento, (até porque atualmente toda a ciência tende a ser aplicável), menosprezando a inquietação da incerteza e da nossa ignorância. Nesta forma messiânica, felizmente ainda não catastrófica, deu origem a dirigentes e profetas.

Todavia, o presente entendimento do conhecimento científico recusa, necessariamente, qualquer autoritarismo. Recusa igualmente o relativismo - as verdades existirão independentemente do fato de, mesmo que estejamos perante as mesmas não poderemos ter a certeza de as ter alcançado.

Poderemos concluir que existirá um substrato moral neste conceito de conhecimento científico que promove a humildade, necessária à procura da compreensão do outro, a igualdade porque o reconhecemos como igual na discussão aberta e, finalmente, a liberdade sem a qual não existe sequer discussão.

A razão, dependente da discussão crítica, revela uma particularidade, (que até prova em contrário apenas existe no ser humano): a de questionar a natureza dos seus atos, procurando estabelecer um critério do bem e do mal, mesmo sabendo que a razão não seja a única ponte relacional entre os seres humanos. Dito de outro modo o ser humano será o único ser com um pensamento moral quando age.

Este fato único constitui o fundamento da chamada Dignidade da Vida Humana. A preservação deste conceito universalista da dignidade humana constitui um elo fundamental da coesão da humanidade, pretexto para estabelecer pontes de entendimento.

Se aceitarmos a falibilidade inerente a todo o conhecimento, mesmo o científico, saberemos procurar as soluções possíveis e rejeitar as infalíveis utopias. Crescerá um conhecimento moral de base prudencial construído na resolução dos problemas de complexidade crescente com que nos confrontamos, mas sempre baseado na responsabilidade da decisão individual.

Ao constatar a sua condição animal, insignificante perante uma inexplicável Natureza, apenas uma entidade externa toda-poderosa poderia estar na origem do Mundo - uma Entidade Divina, origem de todas as vontades e determinismos. Mas este será o domínio da crença, da fé, e que veio a ser interrompido pela originalidade do pensamento filosófico da Escola de Mileto - com Tales e Anaximandro. Pela primeira vez os membros de uma escola eram chamados a tentarem, de forma aberta e por argumentação lógica, aperfeiçoar a doutrina do mestre. Considerou-se que modificar ou ultrapassar uma doutrina era algo de positivo, incorporável na tradição da escola com o nome do inovador - e não originando um cisma ou uma reinterpretação atribuída, imutavelmente, ao mestre. Deu origem a uma história evolutiva do conhecimento, interrompendo o conhecimento como o somatório de propostas individuais de inspiração divina. Após dois séculos de racionalismo crítico o mesmo só viria a ser redescoberto no Renascimento, passados mil e quinhentos anos. Apesar de tudo produziu uma ética que, como Aristóteles afirmou, é uma ciência prática - aplicando princípios abstractos a problemas concretos da acção humana e produzindo conhecimento que auxilia a pessoa que quer agir moralmente bem.

Existe, inegavelmente, uma unidade da Humanidade no

que concerne à procura do Bem, que refuta qualquer relativismo moral, negando que seja variável conforme o contexto social, político ou histórico e, sobre o qual, se procura edificar o ceticismo e o inevitável niilismo moral, o qual destrói a possibilidade de entendimentos entre os homens.

Assim, aceitando a existência do Bem, o conhecimento ético que procuramos poderá, na humildade da razão crítica, percorrer o caminho que nos aproxima do mesmo.

Aristóteles afirmou que, todas as circunstâncias têm apenas a precisão que é consentida pelo respetivo objeto. A incerteza inerente, aliás inerente a todo o conhecimento, deveria afastar-nos de utopias e de definições essencialistas de evidente futilidade. O que releva será o fato de todos podermos raciocinar e emitir juízos críticos, mesmo que não partilhemos os mesmos princípios ou os mesmos valores. Será fácil de constatar que, mesmo nestas circunstâncias, tem vindo a existir progresso científico. Todavia obriga a estabelecer princípios ou valores, já não de 'natureza divina' mas com origem na razão humana.

Os problemas atuais do exercício da Medicina, em circunstâncias clínicas de maior complexidade e premência, como os inerentes aos processos de fim de vida ou os derivados da acessibilidade a recursos escassos, vieram colocar questões de difícil resposta. Numa tentativa de análise da correção ética das atitudes a tomar iniciou-se uma metodologia analítica complexa - a ética aplicada das ciências da vida - que esqueceu, por vezes deliberadamente, que deve sempre reportar a um plano teórico, a uma filosofia moral.

Como afirma um autor... 'fazer ética aplicada não é o mesmo que andar de bicicleta; uma pessoa não «monta no selim e avança», como parecem pensar alguns que se dedicam a esta actividade. O processo é diferente, consiste em partir de uma teoria, explícita ou implícita, e aplicar essa teoria.' Aliás, o montar na bicicleta originou novas teorias morais, por vezes condicionando os princípios morais aos valores éticos que se pretendiam salientar.

Também existem outros que afirmam: '...Muitos dos livros sobre ética nos cuidados de saúde são organizados à volta de princípios morais, tais como o respeito pela autonomia, beneficência, não maleficência e sinceridade...', e os casos são analisados à luz destes princípios.

O nosso método é diferente. Conquanto apreciemos a importância dos princípios, ao mesmo tempo acreditamos que perante uma situação o médico necessita de um método que melhor se adapte à realidade do cenário clínico. Sugerimos que cada caso clínico, quando observado como problema ético, seja analisado em função de quatro tópicos: 1- indicações médicas, 2- preferências do doente, 3- qualidade de vida e 4- características sociais, económicas, legais e contexto administrativo em que a situação ocorre. Deste modo procura-se um pragmatismo necessário a questões inadiáveis.

O debate ético levantará, independentemente da metodologia adotada, uma diversidade de opiniões éticas, até porque o unanimismo seria o fim da responsabilidade individual. Todavia creio que, na maior parte das circunstâncias comuns e com base numa discussão crítica aberta, será possível um debate conclusivo quanto à melhor decisão de base ética. Será óbvio que, apesar de não imprescindível, seria mais fácil se existisse uma Teoria Moral comum.

Assim temos não uma mas várias Teorias da Moral e não será coerente evocar, de forma oportunista, a teoria que melhor justifica o resultado procurado. Poderá ser eleito, após uma discussão crítica dos diferentes modelos, um modelo teórico em detrimento dos restantes, como já outros hospitais fizeram. Mas tal pode revelar-se redutor e, na prática, ineficaz. Principalmente se apenas traduz um retrocesso ao passado ou origina divisões inconciliáveis.

Por outro lado, existem alguns que advogam uma Teoria Unitária, a qual deverá combinar a procura de uma fundamentação universal e a promoção de consensos. Não deverá ter objetivos minimalistas - porque esta vertente será sempre imposta pelo Direito - e a discussão ética, se bem que base do Direito, está para além do mesmo.

A ética também não é pessoal ou subjetiva. Reafirma-se mesmo para os que não defendem os mesmos princípios, as conclusões que deles derivam podem ser argumentadas com base em raciocínios lógicos, os quais são comuns a todo o ser humano.

Uma Teoria Moral que procure uma aceitação geral terá que constituir um sistema coerente, razoável e utilizável - aplicável às decisões concretas.

Certamente partilhamos um princípio moral fundamental: fazer o Bem e evitar o Mal. O Bem como conceito humano tem de ser universal - corresponderá àquilo porque todos nós ansiamos e queremos da vida, vivendo plenamente as nossas capacidades e potencialidades de forma harmoniosa, inseridos no mundo em que vivemos. O fundamental deste bem será a Vida - sem a qual tudo o resto será inexistente. Os outros bens relativos à vida serão: o conhecimento, a amizade, a família, o trabalho/repouso, a apreciação da beleza e a crença e a prática religiosa.

Detalhemos o bem fundamental - A Vida Humana. Será a mesma inviolável? Pelo menos o ordenamento jurídico português assim o reconhece: ‘...A Vida é um bem jurídico, indisponível, e que o consentimento do paciente não pode justificar os atentados à vida’ (artigo 38º nº1 C.P.)

A Teoria Moral clássica, dita cristã, afirma que a vida não é alienável, como não é, de forma irreversível, qualquer outro direito. Mas, aplicando o conceito de inocência e da sua perda, elabora o justificativo para a violação do direito à vida. Importa sublinhar que, mesmo aceitando esta Teoria, o reconhecimento da incerteza inerente ao conhecimento humano deveria justificar a prudência na aceitação desta violação, prudência aliás consagrada na Constituição da República Portuguesa quando proíbe a Pena de Morte.

Diferentemente até da ética cristã será preferível, dada a natureza conjectural e hipotética do conhecimento humano, reconhecer a Vida como um Bem Inviolável. Caso contrário, não só poderemos errar irreversivelmente, como concederemos a outros um poder discricionário sobre a nossa própria Vida. Se a Vida Humana adquire um caráter de inviolabilidade teremos de considerar que os juízos de Qualidade de Vida poderão ser realizados mas não deverão ser determinantes para a violação do Bem - Vida.

Não obstante a anterior conclusão, e apenas como suposta tese, será aceitável a violação da Vida com base em juízos de qualidade de vida? Será que podemos e devemos dispor da Vida neste contexto? Ao aceitá-lo inevitavelmente atribuímos uma relevância exclusivamente instrumental à Vida.

Teremos de aceitar a subjetividade destes juízos por parte de terceira pessoa e o direito à Vida virá a ser marcadamente contingente e circunstancial.

Poderemos inferir que tal será, no mínimo, contraditório para aqueles que defendem a autonomia do sujeito acima de qualquer outro princípio. A outros será facultado o poder de decidir, independentemente do rigor do critério, quem vive e quem morre.

Por outro lado, o conceito da Dignidade da Vida Humana, ao conferir especial valor à mesma apenas reafirma que, se a ética tem por base uma Teoria Moral, necessariamente o valor da vida humana será a base primordial do edifício ético, e não só porque imprescindível à prossecução dos outros bens.

A Dignidade da Vida Humana decorre do fato único do ser humano ser, além de racional, um ser moral que se questiona acerca do Bem e do Mal, donde resulta, necessariamente, uma responsabilidade única - a existência de liberdade de vontade de natureza moral.

O Ser Humano não pode abdicar da Dignidade, embora possa viver de forma pouco digna, porque não pode abdicar da sua condição de ser humano. Assim será esta situação que tem um valor moral intínseco e não o conceito, essencialista ou existencialista, de dignidade humana. Deste modo a discussão do valor da vida humana não se pode centrar na perda, reconhecidamente impossível, da Dignidade da Vida Humana.

Também não podemos recorrer a teses que serão divisionistas da unidade do Ser Humano como certas teses em que só um sujeito que possua as características como a razão, a reflexão e a autoconsciência, é que constitui um sujeito moral e, logo, ser detentor de plenos direitos - diferença entre pessoa e ser humano. Será a origem, inevitavelmente, da aceitação de um regime de 'castas'. Mesmo nos Estados Unidos da América esta aceitação foi equilibrada, em jurisprudência, ao entender que qualquer ser humano nascido seria, por imposição constitucional, detentor dos direitos básicos da pessoa- do direito à vida, da liberdade e da procura da felicidade.

Igualmente as teorias consequencialistas das preferências, da maximização da utilidade ou do prazer, se bem que úteis como perspectiva no debate ético, estão longe de revelar uma harmonia conceptual e não terminaram, conforme anunciaram, com a teoria moral clássica centrada no valor da Vida Humana.

Partindo destas considerações e regressando à já citada proposta de debater sempre as indicações clínicas, as preferências do doente, a qualidade de vida e as questões conjunturais poderemos esquematizar uma metodologia prática para a análise de uma situação clínica, como as que ocorrem todos os dias em unidades de cuidados intensivos e que envolvem uma problemática ética. Facilitaremos, desta forma, a nossa tarefa até porque o primeiro ponto resolverá, possivelmente, muitas questões. Assim teremos: 1- Indicações médicas, 2- Preferências do doente, 3- Qualidade de vida e 4- Factores conjunturais (características sociais, legais, económicas e institucionais).

1- Indicações médicas

As indicações médicas têm como limite o imperativo constante no artigo 58º do Código Deontológico da O.Médicos - um dever de abstenção da terapêutica sem esperança, em casos em que não haverá melhora e recuperação do estado da pessoa prolongando uma vida sem esperança clínica, no respeito do seu direito a uma morte digna. Este poderá ser o caso de um doente que irá inevitavelmente morrer dentro de um prazo curto - dias - e que, por insuficiência respiratória necessitará, previsivelmente de modo definitivo, ventilação mecânica ou que sofre uma paragem cardíaca. Assim será útil a existência de um protocolo de decisão colegial estabelecendo ordens de não reanimação. Deste modo só interferiremos num processo de morte em curso numa perspectiva de alívio do sofrimento. Esta situação poderá ser extensível à discussão das intervenções terapêuticas num doente terminal. Mas teremos, desde logo, de definir o que entendemos por terminal e lembrar que a medicina é 'a ciência da incerteza e a arte da probabilidade'.

Assim será útil a existência de um protocolo de decisão colegial estabelecendo ordens de não reanimação. Deste modo só interferiremos num processo de morte em curso numa perspectiva de alívio do sofrimento. Apesar de existir um entendimento de que nada obriga à realização de terapêuticas ineficazes permanece uma certa ambiguidade quando à consideração da futilidade das mesmas.

Diferente será o caso de um doente já ventilado, em coma mas não em morte cerebral. A ventilação assistida se eficaz não pode ser considerada fútil e desproporcionada. A sua eficácia não causará grande sofrimento em relação ao benefício esperado - ventilar o doente. Por outro lado, se da sua suspensão resulta obrigatória e inevitavelmente a morte do doente, interferimos acelerando o processo de morte. Donde se conclui que não será um meio extraordinário e do nosso ato resulta necessariamente a morte do doente - será um ato de eutanásia.

Do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida emanou um parecer que refere: ‘...que é ética a interrupção de tratamentos desproporcionados e ineficazes, mais ainda quando causam incómodo e sofrimento ao doente, pelo que essa interrupção, ainda que vá encurtar o tempo de vida, não pode ser considerada eutanásia.’ Penso que o caso anterior não se enquadra aqui.

Igualmente cito o Dr. Lopes Cardoso, para sublinhar a ambiguidade: ‘... Entendo que não é lícito, à face da nossa lei, e mantendo-se um estado de vida, tomar a iniciativa de omissão de cuidados ou da supressão de meios, sob pena, pelo menos, de prática de homicídio por negligência’.

Mas também sublinha: ‘...As situações têm extrema delicadeza, mas não devem ser vistas no puro plano objetivo’. Não será exigível, por exemplo, a prática de tratamentos sucessivos para debelar afeções esporádicas que, pela sua natureza, estão ligadas a um processo patológico global e irreversível, tratamentos esses que neguem de fato o direito de morrer dignamente. Ao médico incumbe uma decisão

consciente, mas em permanente conflito de deveres sendo justificável que se decida pela morte digna e certa em vez de um retardamento desta à custa de um debelar momentâneo de patologias parciais. Mas já não poderá deixar de exigir uma ação médica de tratamento quando o estado de vida do paciente ‘estabilizar’, ainda que à custa de ‘meios aparentemente artificiais’.

2- Preferências do doente

Existindo uma clara indicação médica esta terá de submeter-se às preferências do doente, exceto se tal colide com a boa prática médica, a lei vigente ou a consciência do médico.

3- Qualidade de vida

O Juízo da Qualidade de Vida tem sido esquematizado até em conceitos como ‘Qaly’ (Quality Adjusted Life Years) relacionando a relação entre os estados de saúde e a expectativa de vida. No entanto este conceito tem como base inquéritos e dados necessariamente subjetivos sobre o que os doentes consideram valioso e, segundo vários autores, será mais relevante para política do que para as decisões clínicas. Podemos considerar que a qualidade de vida é um objetivo fundamental das terapêuticas propostas mas o juízo concreto de uma situação clínica em que a qualidade de vida está manifestamente diminuída não pode justificar o abandono do mesmo. Também importa sublinhar que o único juízo aceite sobre qualidade de vida será o do próprio doente. Finalmente é reconhecido, atualmente, que os casos de suspensão de apoio vital com base em juízos de qualidade de vida levantam problemas legais, para além de envios graves e conduzirem à discriminação.

4- Fatores conjunturais

Estes fatores de ordem económica, social, cultural, religiosa, de investigação ou ensino podem colocar questões éticas importantes, mas infrequentemente decisivas nas decisões éticas de fim de vida no contexto na nossa prática clínica.

XVI Curso da Sociedade Portuguesa de Neurocirurgia

**Pedro Santos Silva (CHSJ), Bruno Carvalho (CHSJ), Vitor Moura Gonçalves (HGO),
Edson Oliveira (CHLN), Alexandra Santos (CHLO), Pedro Ferreira (CHUC)**

Decorreu mais um Curso da Sociedade Portuguesa de Neurocirurgia, desta vez no ambiente montesino da Lousã e que assistiu a mais um encontro dos internos que se dedicam à aprendizagem da neurocirurgia. Um evento em plena maturidade que se tem afirmado como tradição, não só como elemento útil na formação dos internos, como ponto de partilha de experiências e contacto entre mais novos e mais velhos. Sob a égide de um grupo dedicado de especialistas e dos mestres da nossa arte, que trouxeram a neurocirurgia portuguesa

pelo caminho das últimas décadas, o curso aconteceu por meio de sessões do maior interesse dos internos: quer pelas conferências, no seu valor teórico-científico ou no seu impacto filosófico, quer pelas sessões de casos clínicos, de ampla utilidade prática e de troca de experiências. Não menos importante, o convívio entre colegas de serviços e cidades diferentes mantém-se aceso, com o natural conhecimento de caras novas e a confiança de um ambiente fraterno no futuro da nossa sociedade.



2nd ANNUAL CEREBROVASCULAR SURGERY SYMPOSIUM

(Aneurysm, Vascular Malformation, Ischemia)

30 de Novembro 2012 - Tribeca Grand Hotel, New York City

NEUROCHIRURGIE UPDATE 2013

15 a 16 de Março 2013 - Cologne, Germany

SBNS SPRING MEETING

22 a 24 de Maio 2013 - Sheffield, UK

WFNS XV CONGRESS

(World Federation of Neurosurgical Societies)

8 a 13 de Setembro 2013 - Seul, Coreia

CURSOS 2012 - 2013

2º SIMPÓSIO DA COLUNA VERTEBRAL

Patologia da Charneira Crânio-Vertebral

30 de Novembro - Centro de coluna do Hospital da Luz - Hotel Altis Belém

THIRD BASIC NEUROSURGERY SKILLS (Hands on) CADAVER COURSE

19 a 20 Janeiro 2013 - Coventry, UK

LISBON HANDS-ON SPINAL COURSE

20-23 de Fevereiro de 2013 - Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa

‘LIVE SURGERY’ (Prof. Dr. V. Dolenc) - REUNIÃO DE MICRONEUROCIRURGIA, 4ª EDIÇÃO

12 e 13 de Abril, 2013 - Serviço de Neurocirurgia, HSJ, Porto

CURSO PRÁTICO DE ABORDAGENS TRANSCRANEANAS

11 e 12 Maio de 2013 - Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa


XVII CURSO ANUAL DA SPNC

Outubro de 2013

CONTROL VIEW NAVIGATE STREAM CURVE

READY... SET... GO TO BRAINLABCURVE.COM



 **BRAINLAB**

© 2012 Brainlab AG. NS, AD, EN, Curve Spine Advertisement, Phase 8, Apr 2012.
© Registered trademark of Brainlab AG in Germany and/or the US.


reddot design award
winner 2012