

Bioética

ANENCEFALIA E TRANSPLANTE

O Processo-consulta CFM N° 1.839/98 que trata da doação de órgãos de portadores de anencefalia para fins de transplante foi aprovado pelo plenário do Conselho Federal de Medicina (CFM), em 09 de maio de 2003.

Em seu parecer o relator faz menção à Resolução n° 1.480/97, em seu artigo 3°, quando afirma: "a morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida". Segundo o relator, "o anencéfalo é o resultado de um processo irreversível, sem qualquer possibilidade de sobrevida e de causa conhecida". Em continuidade às razões apresentadas cita ainda a Lei n° 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que, em seu artigo 3°, dá competência ao Conselho Federal de Medicina para definir os critérios para o diagnóstico de morte encefálica.

Face a essas considerações, o CFM recomenda que "uma vez autorizado formalmente pelos pais, o médico poderá proceder ao transplante de órgãos do anencéfalo após a expulsão ou retirada do útero materno, dada a incompatibilidade vital que o ente apresenta, por não possuir a parte nobre e vital do cérebro, tratando-se de processo irreversível, mesmo que o tronco cerebral esteja ainda temporariamente funcionando (grifo nosso)".

Comentário

Trata-se de decisão ética das mais difíceis na prática clínica considerar como apto para a doação de órgão recém-nascido com tronco encefálico "funcionante", não importa por quanto tempo, portanto, vivo. O próprio CFM, na resolução que dispõe sobre morte encefálica define alguns pontos que não devem suscitar dúvidas para a sociedade quanto aos critérios de um ente morto. Com esse propósito, convém enfatizar que o anencéfalo, mesmo com a baixa expectativa de vida detém tronco encefálico, respira após o nascimento, esboça movimentos e, na condição de ser vivente, a ninguém é dado o direito de praticar homicídio, promovendo a retirada de órgãos para serem transplantados. Ademais, a Resolução n° 1.480/97 estabelece que o critério de morte encefálica em portador de lesão irreversível de tronco encefálico

somente poderá ser considerada após o sétimo dia de vida, sem oferecer qualquer ressalva.

In casu, constitui-se temerária a postura adotada pelo CFM em relação à doação de órgãos aos portadores de anencefalia aos seus jurisdicionados, não apenas por violar as suas próprias diretrizes, elaboradas à época com base em amplo debate entre especialistas e extensa consulta feita à literatura nacional e internacional, mas pela possibilidade factível de se utilizar tal recomendação como futuro argumento da ladeira escorregadia, tomando por base situações assemelhadas.

Este é um tema que urge discussão mais aprofundada e deve ser enriquecido com argumentos que não ponham em risco a descrença dos critérios de morte encefálica elaborados e defendidos de forma intransigente pelo próprio CFM em defesa da dignidade da pessoa humana.

SÉRGIO IBIAPINA F. COSTA

Referências

1. Resolução CFM n° 1.480/97
2. Processo-consulta CFM n° 1.839/98

Cancerologia

DIRETRIZES PARA DIAGNÓSTICO, ESTADIAMENTO E TRATAMENTO CIRÚRGICO E MULTIDISCIPLINAR DO CÂNCER COLORRETAL

Com o objetivo de ampliar a detecção de lesões suspeitas de câncer colorretal em pacientes assintomáticos, de diagnosticar pacientes sintomáticos, estadiá-los e selecioná-los para tratamento multidisciplinar ou não, foram avaliados os procedimentos relativos a diagnóstico, estadiamento pré, intra e pós-operatório, bem como o tratamento cirúrgico com intenção curativa, com intenção paliativa, por localização com aspectos técnicos gerais em colon e reto e multidisciplinar (neoadjuvante, radioterapia e/ou quimioterapia e adjuvante).

Entre as recomendações gerais, um dos fatores mais importantes para a diminuição da morbi-mortalidade do câncer colorretal (CCR) é o tempo de evolução da lesão. Por este

motivo, na suspeita desta enfermidade, pela história clínica e pelo exame físico, é mandatória a realização de um exame proctológico (toque retal) e para a identificação correta do local da lesão é importante que a retossigmoidoscopia (rígida ou flexível) seja sempre indicada inicialmente na suspeita de câncer retal.

Com a vantagem de melhor poder identificar pequenas lesões e de fornecer um achado histopatológico, a colonoscopia é o exame preferencial para o diagnóstico da lesão, porém o exame radiológico contrastado do cólon (enema opaco) deverá ficar reservado para quando não houver acesso à colonoscopia ou quando existir alguma contra-indicação para a realização desse exame.

Com relação ao estadiamento, o objetivo do mesmo na enfermidade neoplásica é o de identificar não somente a extensão locoregional da lesão primária, mas também a sua extensão à distância para a escolha da melhor opção de tratamento. Para tanto, o mesmo deve compreender todas as fases: pré, intra e também pós-operatória com as classificações TNM e de Dukes e/ou Astler-Coller.

O tratamento cirúrgico deve ser considerado com intenção curativa quando promover a remoção completa do tumor primário, órgãos e estruturas localmente comprometidas e de metástases identificadas, observados sempre os preceitos técnicos oncológicos e o com intenção paliativa quando tiver por finalidade aliviar ou reduzir os sintomas em pacientes que não tenham condições de cura por ressecção (metástases irressecáveis à distância ou localmente disseminadas e invasão de estruturas vitais).

Com relação ao tratamento multidisciplinar do câncer de reto, o neoadjuvante (prévio), radioterapia isoladamente ou acompanhada por quimioterapia, apresenta vantagens no Estádios II e III.

Sempre que o paciente apresentar linfonodos comprometidos, tanto no câncer de cólon quanto no câncer de reto, a quimioterapia está indicada, à base de fluoropirimidinas. Com relação à doença metastática, substâncias como a capecitabina, o raltitrexato, o irinotecan, a oxaliplatina, a gemcitabina constituem importantes instrumentos no armamentário contra o câncer colorretal.