

## Bioética

### OS DIREITOS DO MÉDICO

No final do ano passado, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, lançou e distribuiu a todos os médicos do Estado de São Paulo, o Guia da Relação Médico-Paciente. O documento ressalta, além dos “direitos do paciente”, os direitos que os profissionais de saúde devem ter garantidos no exercício de sua profissão. Direito de exercer a Medicina sem ser discriminado por sexo, raça, idade, orientação sexual, opção religiosa, opinião política ou de qualquer outra natureza. Liberdade de escolha dos métodos diagnósticos e procedimentos terapêuticos que sejam adequados às necessidades individuais de seus pacientes, respeitando as normas legais e o conhecimento científico existente. Devem poder dedicar ao paciente o tempo necessário que sua experiência e capacidade profissional recomendarem para o adequado exercício de suas atividades, e têm o direito de apontar aos dirigentes institucionais, públicos e privados, ao CRM e às Comissões de Ética, assim como aos órgãos públicos de fiscalização sanitária, as condições que possam interferir em seu trabalho comprometedoras da qualidade da assistência prestada ao paciente, podendo até recusar-se a exercer a profissão nas instituições, cujas condições ambientais puderem prejudicar a saúde ou a vida dos pacientes.

#### Comentário

Vários fatores parecem estar contribuindo para as atuais dificuldades existentes na relação médico-paciente. Dentre eles, pode-se destacar a desacralização da Medicina e dos profissionais de saúde, pois a falibilidade e a imperfeição da arte médica é cada vez mais manifesta, apesar da constante evolução técnico-científica de nossos tempos. Concorrem também para essas dificuldades na relação, a exacerbada especialização e a tecnificação do ato médico, e o aparecimento de novas formas organizacionais do trabalho, que impõem instrumentos de contenção de custos da assistência, às vezes, de forma prejudicial aos interesses do paciente. Isto resulta em um progressivo afastamento do médico de seus pacientes, tornando a relação entre eles mais

distante, impessoal e despersonalizada. Assim sendo, é fundamental que se atente aos “direitos do médico”, que não devem ser compreendidos como de interesse meramente corporativo, mas que se implementados podem resultar na garantia da eficácia dos “direitos do paciente”.

PAULO ANTONIO DE CARVALHO FORTES

#### Referência

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. O guia da relação médico-paciente. São Paulo: CREMESP; 2001.

## Clinica Cirúrgica

### CÂNCER DO ESTÔMAGO — ORIENTAÇÕES QUANTO À LINFADENECTOMIA

O câncer gástrico pode se disseminar através de invasão por contigüidade, disseminação hematogênica e linfática. As duas primeiras dependem de fatores não controláveis como a agressividade do tumor e a resistência do hospedeiro. A última, por sua vez, pode ser controlada com certa eficiência através das cirurgias radicais. As metástases linfáticas são os fatores preditivos mais significativos na recidiva da doença<sup>1</sup>.

O índice de metástases linfonodais no câncer precoce de submucosa varia de 9,7% a 24,3%, sendo que parte do acometimento ocorre no nível 2<sup>2</sup>.

Em cerca de 50% dos pacientes, as recidivas locais ou abdominais são os únicos sítios da primeira recidiva após a cirurgia curativa. Tanto nos cânceres avançados como nos precoces, a linfadenectomia parece melhorar a sobrevida. Em serviços ocidentais, a dissecação radical dos linfonodos levou a sobrevida quase idêntica à assinalada em várias ocasiões pelos autores japoneses. A morbidade e a mortalidade pós-operatórias não foram sacrificadas pela cirurgia radical. Nos cânceres precoces, as gastrectomias D2 tiveram morbidade total de 10,3%. Numa série prospectiva a morbidade total na linfadenectomia D2 foi de 43% e na linfadenectomia D1 foi de 25%. Essa morbidade estava relacionada à ressecção do baço e do pâncreas distal<sup>3</sup>.

#### Comentário

A linfadenectomia D2 aumenta significativamente o controle regional da doença, a sobrevida e a taxa de cura em comparação com as ressecções não radicais. Há consenso, porém, que esta cirurgia também eleva o tempo operatório, a permanência hospitalar e a morbidade, não elevando a perda sanguínea intra-operatória e a mortalidade.

A idade maior que 70 anos não constitui fator limitante para a linfadenectomia D2. A invasão maciça de linfonodos N2 e a comprovação histológica de comprometimento de N3 na ausência de metástases à distância são critérios de ampliação da dissecação D2 para D3. Os tipos macroscópicos (III e IV) e histológicos (difuso de Laurén ou indiferenciado de Nakamura) não consistem em critérios de ampliação da dissecação<sup>4</sup>.

PAULO KASSAB  
OSVALDO PRADO CASTRO  
ELIAS JIRJOSS ILIAS

#### Referências

1. Adachi Y, Oshiro T, Mori M, Maehara Y, Sugimachi K. Prediction of early and late recurrence after curative resection for gastric carcinoma. *Cancer* 1996; 77: 2445-8.
2. Baba H, Maehara Y, Takeuchi H, Inutsuka S, Okuyama T, Adachi Y, et al. Effect of lymph node dissection on the prognosis in patients with node negative early gastric cancer. *Surgery* 1994; 117: 165-9.
3. Bonenkamp JJ, Hermans J, Sasako M, Van de Veld CJ. Extended lymph node dissection for gastric cancer. *N Engl J Med* 1999; 340: 908-14.
4. Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Consenso em linfadenectomia no tratamento do câncer gástrico. São Paulo: CBC; 2002. p.14-8. (Boletim Informativo do Colégio Brasileiro de Cirurgiões).

## Clinica Médica

### AValiação Cardiovascular PERIOPERATÓRIA EM CIRURGIAS NÃO CARDÍACAS

A American Heart Association, em sua publicação sobre avaliação cardiovascular perioperatória em cirurgias não cardíacas, fornece uma estrutura para a avaliação do risco cardíaco em diferentes pacientes e situações cirúrgicas. Seu enfoque principal: a intervenção perioperatória, com o objetivo de dimi-

tando o contato real com as obrigações e as dificuldades de ser mãe. Com o intuito de minimizar os riscos de depressão pós-parto e auxiliar as adolescentes no processo da maternidade, desenvolve-se, durante todo o pré-natal, um trabalho em equipe, ensinando, discutindo, orientando. Consegue-se, assim, um baixo índice de depressão pós-parto (2%), e, por consequência, de ideações suicidas. Nossa

preocupação se dá na questão do elevado índice de gestação desejada, que tenderá a aumentar enquanto nossos adolescentes não tiverem apoio social suficiente para encontrarem outras saídas para a crise instaurada nesse período do desenvolvimento.

**GLÁCIA GUERRA BENUTE**  
**MARCO AURÉLIO GALLETTA**

#### Referências

1. Cassorla RMS. O que é suicídio. São Paulo: Brasiliense; 1984.
2. Versiani M, Reis R, Figueira I. Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. J Bras Psiquiatr 2000; 49:367-82.
3. Serfaty E. Suicídio en la adolescencia. Adolesc Latinoam 1998; 1:105-10.

## *Arte Brasileira*



Ana Maria Dias - "Cavalinho Cansado" - Galeria Jacques Ardies - Tel.: (11) 3884-2916