

## Bioética

### QUAL O LIMITE DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NO LABORATÓRIO DE IMAGEM?

A relação médico-paciente no Laboratório de Imagem é passageira, mas nem por isso isenta de violação ética. Na circunstância, o médico responsável pelo paciente transfere ao médico da imagem a tarefa de esclarecer certos aspectos do caso, pretendendo que conhecimento/treinamento competente acompanhar-se-á de atitude ética.

O respeito ao paciente e ao colega subentende uma postura de equipe de saúde. Nela, o porta-voz deve ser o médico responsável, pois é ele quem detém os demais dados e a base de conhecimento para tomar condutas.

Cabe ao médico da imagem acrescentar informação por escrito (laudo) e diretamente ao médico-solicitante respeitando a confidencialidade (envelope fechado).

Especialmente em situações em que o exame é solicitado com alta valorização para o paciente ("o exame que estou pedindo irá definir o diagnóstico e o tratamento"), o grau de ansiedade do paciente pode demandar imediatismos e insistências.

Compete ao médico da imagem respeitar os seus limites na "equipe virtual", explicando-os ao paciente de modo direto e respeitoso. Não lhe cabe de nenhum modo expressar condutas como necessidade de cirurgia ou analisar o tratamento instituído, até porque elas poderiam resultar apressadas e significar imprudência.

Na eventualidade de haver urgência de comunicação do resultado ao médico responsável, o médico da imagem deve tomar a iniciativa por contato telefônico ou instruindo o paciente a ir entregar o laudo com brevidade. É atitude de acolhimento do paciente e não de competição com o colega.

Ouvir antes de falar é método eficiente para evitar transpor os limites. Por mais que haja convicção sobre a resposta, por mais que haja solicitação aflitiva, o médico da imagem necessita vigiar-se na quantidade e na qualidade das palavras. Muitas vezes, uma frase enigmática gera uma reação inesperada do paciente que provoca o médico a compeli-lo e a se esforçar em dar explicações com alto potencial de exceder os limites.

Algumas vezes, o despropósito verbal chega indiretamente ao paciente, por conta de ensinamentos a aprendizes ali presentes, como acontece em ambiente universitário. É importante ter em mente que o desnível de conhecimento técnico entre médico e paciente tem se reduzido ultimamente graças a posturas mais dialogadas e à internet. Desta forma, é prudente organizar a docência do exame de imagem, de modo a respeitar os limites de explicação a que está sujeito o médico da imagem diante do paciente.

A boa imagem bioética muito depende do médico da imagem!

**MAX GRINBERG  
CLAUDIO COHEN**

#### Referências

1. Beauchamp TL, Childress JF. *Principle of biomedical ethics*. 4ª ed. New York: Oxford University Press; 1994.
2. Cohen, C. *Bioética e sexualidade nas relações profissionais*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 1999.
3. Reich WT. *Encyclopedie of bioethics*. New York: Free Press; 1978.

## Clínica Cirúrgica

### DOENTE GASTRECTOMIZADO POR ADENOCARCINOMA: É VÁLIDA A QUIMIOTERAPIA?

É importante estadiamento macroscópico e anátomo-patológico para se indicar ou não a quimioterapia (QT). Se o estadiamento for T2 ou T3 com cadeia linfonodal N1 e ressecção a D2, o emprego da QT adjuvante sistêmica está indicada no intuito de atuar nas micrometástases e evitar a recidiva tumoral, assim contribuiria para alongamento e melhoria da qualidade de sobrevivência. Atualmente, a escolha dos agentes quimioterápicos a utilizar baseia-se na experiência do serviço ou dos protocolos randomizados e em alguns centros de pesquisa nos resultados de testes de quimio-sensibilidade. Estes têm por base a avaliação laboratorial da ação de agentes quimioterápicos sobre tumores. São testes *in vivo*, em camundongos geneticamente modificados ou *in vitro*, com meios próprios de cultura de células tumorais. Quando comparados com

dados da literatura em termos de tempo de sobrevivência, o uso da QT adjuvante no tratamento do câncer gástrico é discutível. Em metanálise de 11 estudos randomizados, Hermans et al compararam doentes submetidos à ressecção curativa com e sem QT adjuvante, não notando diferença no tempo de sobrevivência. Já Nakajima et al, numa metanálise de dez estudos japoneses com o total de 1177 doentes operados submetidos a QT adjuvante com mitomicina C isolada ou associada ao 5-fluorouracil, registraram alongamento da sobrevivência. Devido aos graves efeitos colaterais e aos resultados da terapêutica, muitas vezes os médicos hesitam em utilizá-la, especialmente em doentes submetidos à ressecção curativa e que eventualmente poderiam se beneficiar do seu emprego. Os atuais quimioterápicos apresentaram índice de eficácia baixa, em torno de 10% a 20%. Ou seja, cerca de 80% dos doentes tratados estão sujeitos a complicações sem a contrapartida de benefícios. Com a descoberta de novos agentes quimioterápicos mais eficazes e o uso rotineiro de testes de quimio-sensibilidade, o operado de câncer gástrico avançado poderá se beneficiar tanto em termos de tempo como de qualidade da sobrevivência.

**WILSON SHINJIRO MATSUZAKI  
FRANCISCO CÉSAR MARTINS RODRIGUES  
CARLOS ALBERTO MALHEIROS**

#### Referências

1. Kubota T, Sasano N, Abe O, Nakao I, Kawamura E, Saito T, et al. Potential of the histoculture drug-response assay to contribute to cancer patient survival. *Clin Cancer Res* 1995;1:1537-43.
2. Matsuzaki WS. Valor de teste de quimio-sensibilidade para escolha da terapêutica quimioterápica no câncer gástrico avançado (dissertação). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001.
3. Hermans J, Bonenkamp JJ, Boon MC, Bunt AMG, Ohyama S, Sasako M, et al. Adjuvant therapy after curative resection for gastric cancer: meta-analysis of randomized trials. *J Clin Oncol* 1993;11:1441-7.
4. Nakajima T, Ota K, Ishihara S, Oyama S, Nishi M, Hamashima N. Meta-analysis of 10 postoperative adjuvant chemotherapies for gastric cancer in Cancer Institute Hospital. *Jpn J Cancer Chemother* 1994;21:1800-5.