

## Bioética

### COMO DECIDIR PELA NÃO-REANIMAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS MUITO IMATUROS EM SALA DE PARTO?

As noções de beneficiência e de não-maleficiência, que norteiam qualquer ato médico, têm, na reanimação neonatal, aspectos complexos incluindo autonomia do paciente e a distribuição justa de recursos.

Não sendo possível, a nosso ver, resposta direta à questão, enumeramos a seguir pontos que podem auxiliar nas condutas.

1. A decisão de não-reanimação não deve ser tomada na sala de parto;
2. Eventual decisão de não reanimar pode ser planejada antes do nascimento, com respaldo do obstetra, do neonatologista e da família, com base em informações consistentes.
3. Essa decisão poderá ser mudada ao ocorrer o nascimento, frente à alteração no diagnóstico.
4. O "ponto de corte" para sobrevida a ser relatado aos pais deve ser o do serviço onde se dará o nascimento. Lembrar que a "viabilidade" tem mudado com o correr do tempo e não é atributo exclusivo do RN, mas da interação RN/meio que o recebe.

O ato de "não-reanimar" só pode representar o reconhecimento tácito de que o óbito do RN é inevitável, segundo o melhor conhecimento dos cuidadores.

Dados do ACOG, de 2002, com dados dos EUA em 1995/96, indicam sobrevidas de 0% a 21 semanas de idade gestacional, até 75% a 25 semanas e de 11% com 401-500g de peso até 75% com 701-800g. Os resultados de sobrevida diferem grandemente entre os diversos países.

5. Sequelas neurológicas e sensoriais atingem cerca de 50% de prematuros com menos de 25 semanas. A grande diferença na sobrevida que existe entre RN de 23 e 25 semanas não se repete no que diz respeito a seqüelas.

Frente a um RN imaturo vivo, a conduta provavelmente correta seria (modificada de Kraybill, 1998):

- todos, em princípio, são viáveis;
- portanto, receberão ressuscitação cardiopulmonar na sala de parto (presumivelmente excluindo-se malformações letais reconhecidas);
- atualizar o prognóstico e as opções de conduta, completando dados pré-natais;
- encorajar os pais para participação nas decisões, enfatizando não haver decisões "irrevogáveis"; o cuidado intensivo poderá ser retirado se a evolução o indicar;
- a opção dos pais deve ser sempre respeitada, porém a equipe de saúde não pode renunciar a sua responsabilidade profissional no cuidado. Diferenças de opção sobre não-reanimação deverão ser levadas ao Comitê de Bioética, sempre que possível, ou pelo menos a uma consultoria.

**JOSÉ LAURO ARAÚJO RAMOS**

#### Referências

1. Kraybill EN. Ethical issues in the care of extremely low birth weight infants. *Semin Perinatol* 1998; 22:207-15.
2. Jones KL; Goldsmith JR, Ginsberg HG, McGettigan. Ethical decisions in the delivery room. *Clin Perinatol* 1996; 23:529-50.
3. Munro M, Yu VYH, Partridge JC, Martinez AM. Antenatal counselling, resuscitation practices and attitudes among Australian neonatologists towards life support in extreme prematurity. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2001; 43:275-80.
4. Stevenson DK, Goldworth A. Ethical dilemmas in the delivery room. *Semin Perinatol* 1998, 22:198-206.

## Cancerologia

### TRATAMENTO DO CÂNCER DE PULMÃO DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS IRRESSECÁVEIS: QUAL A MELHOR FORMA DE COMBINARMOS QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA?

Caso clínico: C.A.B., 65 anos, comerciante, início de tosse, emagrecimento de 5 Kg e dor torácica posterior progressiva há dois meses. Tabagista: um maço de cigarros ao dia

por 30 anos. Sem passado mórbido de importância. Ao exame clínico, diminuição do murmúrio vesicular do terço superior do pulmão esquerdo e hipocratismo digital leve. "Performance Status" OMS<sup>1</sup>. Radiografia de tórax: massa no lobo superior esquerdo. Punção guiada por TC: adenocarcinoma broncogênico moderadamente diferenciado. TC e RNM de tórax e coluna torácica: tumor ocupando o segmento posterior do LSE já com invasão inequívoca e de vértebra T3, além de linfadenomegalia mediastinal homolateral (linfonodo paratraqueal com 2,2cm de diâmetro). Cintilografia óssea mostrou apenas hipercaptação em vértebra T3. RNM de crânio sem alterações. Estadiamento TNM: T4N2M0 – IIIB.

Conduta tomada no caso: recebeu tratamento radioterápico (60 Gy) associado e de forma concomitante a CDDP: 40 mg/m<sup>2</sup>, semanalmente, por seis semanas. Teve esofagite grau 3 e vômitos grau 2. TC após tratamento: resposta completa. Encontra-se sem evidência de doença há 18 meses do tratamento

#### Comentário

Para os tumores pulmonares de células não pequenas irressecáveis (estádio IIIB), a radioterapia isolada oferece poucas chances de sobrevida de longo prazo, que não ultrapassam a 5%. Já a adição de quimioterapia proporciona melhor controle da doença e sobrevida, de acordo com quatro estudos controlados que comparam a radioterapia isolada com a associação de quimioterapia e radioterapia. Entretanto, o modo de associação entre estas duas modalidades pode influir nos resultados. Sabemos hoje, através de dois estudos controlados (Furuse et al. e RTOG 9410) que o uso concomitante das duas modalidades oferece resultados superiores aos de seu uso de forma seqüencial. A droga padrão para ser utilizada em tal combinação é a cisplatina pois, além de ser ativa no tratamento do câncer pulmonar, potencializa a ação da radioterapia (quimioterápico radiosensibilizante). Com este tratamento, as chances de controle definitivo triplicam em relação ao uso da radioterapia isolada, alcançando-se índices de sobrevida de longo prazo de 17% a 21%.

**ANDRÉ MÁRCIO MURAD**