

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.

Comentário

O objetivo deste projeto foi, fundamentalmente, oferecer à classe médica as melhores possibilidades atuais no diagnóstico e tratamento da enfermidade e não ditar regras para tanto. Sem dúvida, a evolução incessante faz com que continuamente estejamos revendo os conceitos emitidos.

FERNANDO CORDEIRO

Referências

1. Benson AB 3rd, Desch CE, Flynn PJ. 2000 update of American Society of Clinical Oncology colorectal cancer surveillance guideline. *J Clin Oncol* 2000; 15:3586-8.
2. Lieberman DA, Weiss DG, Bond JH, Ahnen DJ, Garewal H. Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. Veterans affairs cooperative study group 380. *N Engl J Med* 2000; 343:162-8.
3. Wexner SD, Rotholtz N. Surgeon influenced variables in resectional rectal cancer surgery. *Dis Colon Rectum* 2000; 43:1606-27.
4. Moertel CG. Chemotherapy for colorectal cancer. *N Engl J Med* 1994; 330:1136-42.
5. Hoff PM, Royce M, Medgyesy D, Brito R, Pazdur R. Oral fluoropyrimidines. *Semin Oncol* 1999; 26:640-6.
6. Von Hoff DD. Promising new agents for treatment of patients with colorectal cancer. *Semin Oncol* 1998; 25: 47-52.

Clinica Cirúrgica

ESTADIAMENTO DO CÂNCER DO ESTÔMAGO

Durante a avaliação pré-operatória, é importante tentar determinar o estágio da doença, usando a classificação tumor, linfonodo e metástase, que permite o planejamento do tratamento, uniformiza a nomenclatura entre os diversos serviços e facilita o estudo dos resultados da terapêutica empregada.

A endoscopia nos informa o tamanho do tumor, sua localização, características macroscópicas e tipo histológico. A tomografia computadorizada auxilia na investigação da ressecabilidade da lesão, invasão de órgãos adjacentes e detecção de metástases. A tomografia helicoidal aumentou a acurácia da avaliação da invasão da parede gástrica

(T), que se encontra em torno de 77% com o método e o índice de subestadiamento está em torno de 19%.

A ultra-sonografia endoscópica parece ser o método mais adequado para avaliar a profundidade da lesão. Quando as lesões não são ulceradas, sua acurácia é de 91% nos tumores precoces. O método também é de grande importância para avaliar a ressecabilidade.

O comprometimento linfonodal (N) pode ser avaliado pela tomografia (acurácia de 25% a 51%) e pela ultra-sonografia endoscópica (acurácia de 74% a 87%).

A laparoscopia também é de grande importância na avaliação do estágio do câncer gástrico, principalmente na avaliação dos cânceres avançados.

Comentário

A Associação Brasileira de Câncer Gástrico (ABCG) adota o método da "Japanese Gastric Cancer Association" (JGCA), onde é avaliada a profundidade do tumor (T), a presença de metástases linfonodais (N), peritoneais (P) e hepáticas (H). O estudo citológico do lavado peritoneal ou da ascite também pode ser designado (CY), assim como as outras metástases à distância (M). Quando se desconhece a extensão é utilizada a letra X.

A complementação do estágio é feita no intra-operatório com a avaliação local da doença. Este estadiamento é importante e uniformiza as informações, permitindo o estudo dos resultados e a comparação dos dados obtidos por vários cirurgiões.

**CARLOS ALBERTO MALHEIROS
PAULO KASSAB**

Referências

1. Malheiros CA, Kassab P. Classificação, diagnóstico e estadiamento. In: Gama-Rodrigues JJ, Lopasso FP, Del Grande JC, Safatle NF, Bresciani C, Malheiros CA, et al., editores. Câncer do estômago. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento. São Paulo: Andrei; 2002.p.121-38.
2. Rahal F, Pereira V, Malheiros CA, Rodrigues FCM, Gonçalves AJ, editores. Câncer gástrico. In: Condutas normativas-Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 9^o ed. 1998. p.28-47.

Clinica Médica

ASPECTOS DO 7º JOINT

A recente publicação do JNC-VII (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and the Treatment of High Blood Pressure) destaca alguns aspectos novos em relação à hipertensão arterial sistêmica que é a doença crônica mais prevalente no mundo e um dos principais fatores de risco cardiovascular. Esta publicação ressalta a falha do sistema de saúde na detecção e no controle da hipertensão arterial. Nos Estados Unidos somente 59% dos hipertensos detectados estão em tratamento e em 34% a pressão arterial está controlada. Em países não menos desenvolvidos, como a Inglaterra, o percentual de controle não chega a 9%. Não temos estatísticas no Brasil a respeito do tratamento e controle da hipertensão, e é fácil imaginar como deve ser calamitosa a situação. Por isso é importante a conscientização, tanto da população quanto dos profissionais da saúde.

Os tópicos deste JNC-VII em destaque foram:

- Apresentação de uma nova classificação, onde os indivíduos com PAS (Pressão arterial sistólica) entre 120-139 mm Hg ou PAD (Pressão arterial diastólica) entre 80-89 mm Hg, são considerados pré-hipertensos. Continuou a definição de hipertensão arterial quando os níveis pressóricos são iguais ou superiores a 140/90 mm Hg. Porém, na classificação em estágios restou apenas dois; Estágio I (PAS entre 140-159 ou PAD entre 90-99 mm Hg) e Estágio II (PAS igual ou superior a 160 ou PAD igual ou superior a 100 mm Hg)
- Em pessoas com idade acima de 50 anos a PAS superior a 140 mm Hg é um fator de risco para todas as doenças cardiovasculares mais importante que a PAD.
- O risco de eventos cardiocerebrovasculares em indivíduos com pressão arterial acima de 115/75 mm Hg, dobra a cada aumento de 20/10 mm Hg.
- As modificações do estilo de vida que mais diminuem os níveis pressóricos são a redução do peso (5-20 mm Hg/10 Kg de PAS) e a dieta rica em frutas, vegetais e com pouca gordura saturada (Dieta DASH).