

## Bioética

### ATOS SIMULTÂNEOS

A Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.670/03, aprovada em 13 de junho de 2003, disciplina uma prática bastante comum entre os profissionais que trabalham com procedimentos pouco invasivos tanto diagnósticos como terapêuticos. Tome-se como exemplo os exames endoscópicos realizados em clínicas e consultórios. Esses profissionais costumam assumir, simultaneamente, a responsabilidade pela sedação do paciente e a execução do exame ou do tratamento. Ao considerar como prioritária a segurança do paciente durante o procedimento e após sua realização, e a necessidade de se criar normas que definam os limites de segurança com relação ao ambiente, qualificação do pessoal, responsabilidades por equipamentos e drogas disponíveis para o tratamento de eventuais complicações, o CFM determina que os locais onde tais práticas sejam realizadas devam contar com material mínimo indispensável para o atendimento de intercorrências. Ademais, exige que "o médico que realiza o procedimento não pode encarregar-se simultaneamente da administração de sedação profunda/anestesia, devendo esta tarefa ficar a cargo de outro médico". Anexa ao corpo da citada resolução definições dos níveis de sedação e relaciona os equipamentos considerados de uso corrente nos casos de emergência e reanimação.

#### Comentário

*Esta determinação do CFM rompe com as práticas que costumam banalizar os procedimentos mínimos na área médica. Isto é, profissionais que agem sem a devida cautela ou sensatez e assumem a responsabilidade por atos simultâneos. Segundo Gomes e França<sup>1</sup>, "exceder-se na terapêutica ou nos meios propedêuticos mais arriscados é uma forma de desvio de poder e, se o dano deveu-se a isso, não há porque negar a responsabilidade profissional." Face à importância do teor da resolução urge a sua reiterada divulgação nos meios de comunicação dos conselhos. Espere-se que com a observância dessa medida, os conselhos regionais em suas ações judiciais não tenham que enfrentar o constrangimento*

de aplicar pena aos pares em decorrência do insucesso de atos simultâneos praticados, por violarem preceitos éticos contidos no Código de Ética Médica.

SÉRGIO IBIAPINA F. COSTA

#### Referência

1. Gomes JCM, França GV. Erro médico. In: Costa SI F, Garrafa V, Oselka G. Iniciação a Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p.243-56.

## Clinica Cirúrgica

### CONDUTA NO CÂNCER DO RETO

A conduta no câncer do reto continua sendo polêmica e gerando diversas opções quanto ao seu tratamento ao redor do mundo. Tentaremos dar os principais pontos de concordância para o tratamento desta doença.

**Excisão total do mesorreto:** deve ser realizada quando o tumor for de reto médio ou reto baixo, lembrando que esta técnica também leva a um aumento nas taxas de fistulas das anastomoses colorretais devido à desvascularização do coto retal.

**Adjuvância:** quimioterapia não deve ser feita em tumores T1 e T2. Nos tumores T3 e T4 pode ser realizada, porém apresenta baixa resposta em relação a se evitar a recidiva. A radioterapia pode ser realizada quando houver invasão pélvica, no pré-operatório para diminuir a recorrência e nos idosos para realizar operações mais conservadoras.

**Excisão local do câncer de reto:** pode ser realizada no adenoma viloso degenerado e nos tumores T1. Nos tumores T2 e avançados não deve ser realizada, a não ser que as condições clínicas do paciente não permitirem a cirurgia e sempre com radioterapia pós-operatória.

**Laparoscopia no câncer de reto:** pode ser feita se o tempo cirúrgico for aceitável, quando os conceitos e técnicas oncológicas forem respeitados e quando os resultados não forem comprometidos.

#### Comentário

*Em nossa opinião, o tratamento do câncer do reto deve ser individualizado. Cada caso deve ser discutido e analisado para se optar pela melhor conduta para aquele doente em parti-*

*cular. Como exemplo, podemos citar um indivíduo com câncer avançado de reto, passível de ser extirpado pelas condições locais pélvicas, mas sem que as condições clínicas o permitam; nesse caso pode ser uma boa indicação a quimio e a radioterapia para aumentar a sobrevivência e melhorar a qualidade de vida.*

ELIAS JIRJOSS ILIAS  
OSVALDO ANTONIO PRADO CASTRO  
PAULO KASSAB

#### Referência

Diretrizes para o tratamento do câncer do reto. In: 52º Congresso Brasileiro de Coloproctologia, Salvador; 2003. Resumo.

## Emergência e Medicina Intensiva

### HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR EM CRIANÇAS

Até recentemente, o diagnóstico da hipertensão pulmonar primária determinava uma sentença virtual de óbito da criança, com uma média de sobrevida menor do que um ano. Nas últimas décadas houve um progresso considerável na compreensão e tratamento da hipertensão arterial pulmonar. Recentemente, Widlitz et al, 2003<sup>1</sup>, realizaram uma revisão na qual colocam a compreensão atual da hipertensão arterial pulmonar com recomendações específicas relacionadas à prática terapêutica. Dentre as linhas gerais de modalidades terapêuticas, as novas drogas, por exemplo, epoprostenol, treprostnil e bosentan, e as intervenções cirúrgicas, por exemplo, septostomia atrial e transplante têm um impacto significativo na evolução e prognóstico do paciente, referindo que a Sociedade Internacional de Transplante Pulmonar e Cardíaco demonstra uma sobrevida em pediatria de ~65% com dois anos pós-transplante e de ~40% em cinco anos (Spray et al, 2001<sup>2</sup>, nas crianças em que houve falha da terapêutica medicamentosa e da septostomia atrial. Ressaltam também<sup>1</sup> que a terapêutica vasodilatadora crônica, com bloqueadores do canal de cálcio, nos pacientes que respondem agudamente ao teste do vasodilatador e o uso intravenoso contínuo do epoprostenol nos que não respondem é pelo menos tão efetivo nas crianças como nos adultos, com respeito à melhora da sobrevida e dos dados hemodinâmicos, além do alívio dos sintomas.