

## Bioética

### ENSINO DE ÉTICA NO CURSO DE MEDICINA

O último número da Revista Bioética<sup>1</sup>, do Conselho Federal de Medicina, apresenta Simpósio sobre Ética e Ensino Médico. Em quatro artigos diferentes, professores de Medicina analisam o tema considerando a conduta médica e pedagógica de docentes do mencionado curso, a experiência no ensino da disciplina em duas universidades brasileiras que são pioneiras na apresentação da temática utilizando o enfoque da bioética. O derradeiro artigo tem como título: “É possível ensinar Ética Médica em um curso formal curricular?”, e propõe discussão profunda sobre o modelo pedagógico e a inserção de conceitos básicos de filosofia, antropologia e sociologia no ensino da matéria.

#### Comentário

*Indiscutivelmente o ensino de ética no curso de medicina passa por momento de transformações. O modelo clássico representado pela disciplina de Medicina Legal e Deontologia parece ser insuficiente para atender a necessária formação humanística do profissional. Numa sociedade plural e secularizada, em que o médico entra cotidianamente em contato com diferentes concepções de vida, torna-se imperioso considerar tomadas de decisões sintonizadas com a realidade social.*

*Eventuais reformas no modelo pedagógico devem levar em conta ainda a complexidade do momento em que as informações são oferecidas em veículos cada vez mais ágeis, o que coloca em xeque o tradicional modelo que apresenta o professor como emissor do conhecimento e os discentes receptores passivos das informações. É preciso estar atento, pois, presentemente, não é suficiente conhecer normas deontológicas, pois o comportamento que se exige do médico envolve tolerância, prudência e poder de discriminação em casos de conflitos de interesses surgidos por diferentes enfoques morais.*

JOSÉ EDUARDO DE SIQUEIRA

#### Referência

1. Simpósio: Ética e Ensino Médico. Bioética 2002;10(1).

## Clínica Cirúrgica

### EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER GÁSTRICO

A incidência do câncer do estômago está diminuindo nos países desenvolvidos, mas é alta nos países em desenvolvimento. Esta incidência aumenta com a idade e é maior no homem. O câncer do estômago era o mais incidente do mundo nos anos 80, mas atualmente perde para os tumores de pulmão. O declínio do número de doentes se deve à melhora da conservação dos alimentos. Os processos de defumação ou de cura, onde ocorre acúmulo de substâncias carcinogênicas, devem ser evitados. O melhor armazenamento de frutas e verduras frescas, ricos em vitaminas A, C e E também previne o aparecimento da doença.

A mortalidade em vários países por câncer gástrico diminuiu entre 40,7% e 73,4%, quando são comparados períodos distintos: 1950-1952 e 1977-1979. Parece que as áreas mais frias do planeta apresentam uma incidência maior de câncer do estômago e isto pode estar relacionado a hábitos alimentares, fatores genéticos e ambientais.

No Brasil, estatísticas do Instituto Nacional do Câncer mostram uma incidência de 18,29/100.000 habitantes entre os homens e 8,14/100.000 entre as mulheres. Em 2001, estima-se que ocorreram 22.330 casos novos, representando o terceiro tumor em incidência no país. As taxas de mortalidade diminuíram se comparados os dados do final dos anos 70 e o final dos anos 80, mas a mortalidade global em 2001 foi de 10.765 óbitos, menor apenas que a mortalidade relacionada ao câncer de pulmão.

#### Comentário

*A incidência do câncer gástrico é preocupante no país, e sua ocorrência sempre deve ser lembrada quando o doente, principalmente do sexo masculino, referir dispepsia. Não prescrever bloqueadores ou inibidores da secreção gástrica para as queixas dispépticas aparentemente banais, sem um diagnóstico correto. Lembrar que estas drogas, além de mascarar os sintomas e retardar o diagnóstico, podem favorecer a cicatrização*

*da mucosa sobre o tumor nas lesões precoces. Em nosso país, a endoscopia é o “padrão-ouro” para o diagnóstico do câncer gástrico e, atualmente, o diagnóstico das lesões precoces com melhor prognóstico para o doente deve ser a meta a ser alcançada. Tomar cuidados especiais na orientação dos doentes com lesões ulceradas gástricas. As lesões pépticas geralmente aparecem na região pré-pilórica e da incisura angular. As lesões em outras regiões do estômago devem ser encaradas, em princípio, como neoplasia. A úlcera gástrica é uma doença de tratamento clínico curto (6 a 8 semanas). A não cicatrização da lesão ou sinais evidentes de lesão em cicatrização neste período indicam o tratamento operatório.*

PAULO KASSAB

PEDRO LUIZ SKULLACCI LEME

#### Referências

1. Kassab P. Epidemiologia do câncer gástrico no Brasil e no mundo. In: Gama-Rodrigues JJ, Lopasso FP, Del Grande JC, Safatle NF, Bresciani C, Malheiros CA, Lourenço LG, Kassab P, editores. Câncer do estômago. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento. São Paulo: Andrei; 2002.p.21-8.
2. Rahal F, Pereira V, Malheiros CA, Rodrigues FCM, Gonçalves AJ. Câncer gástrico. In: Condutas normativas – Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 9ª edição; 1998. p. 28-36.

## Emergência e Medicina Intensiva

### NECESSIDADES DE MICRONUTRIENTES EM NUTRIÇÃO PARENTERAL

Em 1988, a American Society of Clinical Nutrition elaborou normas para a oferta micronutrientes em soluções de nutrição parenteral em Pediatria<sup>1</sup>. Endossando estas recomendações, em publicação recente<sup>2</sup>, a ASPEN definiu duas diretrizes práticas: 1) Vitaminas e oligoelementos devem ser incluídos em todas as soluções de nutrição parenteral e fórmulas enterais; 2) Se a nutrição parenteral for

administrada por períodos longos, as concentrações de vitaminas e oligoelementos devem ser monitoradas periodicamente. A primeira recomendação baseia-se em evidências de estudos prospectivos randomizados e controlados; a segunda, em opinião de especialistas e editoriais.

## Comentário

*Doenças que cursam com anorexia e diminuição da ingestão alimentar podem levar à deficiência de micronutrientes. A antibioticoterapia prolongada, alterando a flora bacteriana intestinal, diminui a síntese e a disponibilidade das vitaminas K e biotina. Por sua vez, o estresse metabólico pode causar deficiência de micronutrientes por aumentar sua utilização nos processos do metabolismo intermediário e oxidativo. Outros mecanismos são: 1) Redução da absorção; 2) Perda de micronutrientes hidrossolúveis (diarréia, sonda, fístula, diálise). No extremo dessa escala está a grande queimadura, com grandes perdas de zinco, cobre e selênio; 3) Liberação intracelular e excreção urinária, especialmente de zinco, secundária ao aumento do turnover protéico de tecidos nos estados inflamatórios. É difícil determinar a real necessidade de cada paciente e, embora as formulações para uso endovenoso possam ser adequadas para a maior parte, algumas situações demandam oferta de maiores quantidades de certos micronutrientes como o zinco e as vitaminas hidrossolúveis. Algumas doenças podem requerer a supressão ou o ajuste da dose, como a de cobre e de manganês na icterícia colestática; na insuficiência renal pode ser necessário reduzir a oferta de selênio, cromo e molibdênio e a vitamina A não deve ser suplementada. Para se evitar tanto a deficiência quanto a toxicidade, recomenda-se ofertar uma solução balanceada de micronutrientes.*

**WERTHER BUNOW DE CARVALHO**

## Referências

1. Greene HL, Hambidge K, Schanler R, Tsang RC. Guidelines for the use of vitamins, trace elements, calcium, magnesium and phosphorus in infants and children receiving total parenteral nutrition: Report of the Subcommittee on Clinical Practice Issues of the American Society for Clinical Nutrition. *Am J Clin Nutr* 1988; 48:1324-42.

2. ASPEN Board of Directors and the Clinical Guidelines Task Force. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. *JPEN* 2002; 26(suppl):31SA.

## Ginecologia

### OS FENÓTIPOS DA ENDOMETRIOSE PÉLVICA

Em 2000, Brosens e Brosens propuseram que a endometriose pélvica fosse dividida em endometriose propriamente dita, que acomete peritônio e/ou ovários e a adenomiose, comprometendo o útero, a bexiga ou o septo retovaginal. Justificaram esta divisão pelo fato de que a adenomiose, em qualquer dos sítios citados, apresenta evidente comprometimento muscular, diferentemente da endometriose. Afirmaram também que a endometriose por eles denominada é doença mais comum; ocorre por implante, é mais superficial, gera menos sintomas, tem sua progressão questionada e responde mais aos estrogênios e progestógenos, contrariamente à adenomiose, que, por sua vez, é menos comum, ocorre por metaplasia, é mais profunda, tem mais sintomas, é nitidamente progressiva e responde menos aos esteróides. Concluem que estes dois fenótipos, apesar de serem de uma mesma doença, merecem abordagem terapêutica distinta.

## Comentário

*Assim como em outras áreas da Medicina, a abordagem da endometriose sofreu mudanças importantes nos últimos anos. Quanto à sua denominação, oscilou entre endometriose interna e externa dos anos 70 até esta terminologia proposta por Brosens e Brosens. À luz deste estudo, é fundamental considerar que sendo a endometriose uma doença de alta prevalência, é imprescindível que se detecte adequadamente em sítios como bexiga, região retrocervical e septo retovaginal, objetivando um tratamento correto. Para tal, é essencial realizar anamnese, exame físico/ginecológico, ultra-sonografia e/ou ecocolor Doppler e determinação sérica do CA 125, o que permitirá indicação da cirurgia laparoscópica, recurso importante para seu correto tratamento.*

**MAURÍCIO SIMÕES ABRÃO**

## Referências

1. Brosens IA, Brosens JJ. Redefining endometriosis: is deep endometriosis a progressive disease? *Hum Reprod* 2000; 15(1):1-3.  
2. Abrão MS, Podgaec S, Ribeiro S, Marques JA. Tratamento cirúrgico da endometriose: quando e como fazer. In: Abrão MS. Endometriose: uma visão contemporânea. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. cap. 11, p. 137-47.

## Medicina Baseada em Evidências

### DIRETRIZES PARA O MANEJO DA VIA AÉREA DIFÍCIL

A via aérea difícil é definida como a situação clínica na qual o médico tem dificuldade de ventilar com máscara, dificuldade com intubação orotraqueal ou ambos. É uma interação complexa entre fatores do paciente, o quadro clínico e a habilidade e experiência do médico. Todo o médico deve estar treinado a lidar com esta situação que está associada com risco imediato de vida ou seqüela neurológica permanente. A força-tarefa da Sociedade Americana de Anestesiologistas apresenta as diretrizes atualizadas quanto à avaliação da via aérea (história, exame físico), preparação básica para o manejo da via aérea, estratégia ou algoritmo para intubação e extubação na via aérea difícil e cuidados no acompanhamento do paciente.

As definições sugeridas incluem a dificuldade de ventilação com máscara, dificuldade de laringoscopia, dificuldade e falha de intubação. A história deve reconhecer as associações entre via aérea difícil e uma variedade de doenças congênitas, adquiridas ou traumáticas, e com antecedentes e complicações ocorridas com acesso prévio a via aérea. Componentes do exame físico da via aérea incluem o comprimento dos dentes na arcada superior, a relação entre a arcada superior e inferior durante o fechamento mandibular normal, a relação entre a arcada superior e inferior durante a protusão voluntária mandibular, a distância interincisivos, a visibilidade da úvula, o formato do palato, a complacência do espaço