

Após correta ressuscitação volêmica e utilização de drogas, caso haja persistência da hipotensão, deve ser avaliada a instituição de corticoterapia.

RONALDO ARKADER  
WERTHER B. DE CARVALHO

#### Referências

1. Fernandez E, Schrader R, Watterberg K. Prevalence of low cortisol values in term and near-term infants with vasopressor-resistant hypotension. *J Perinatol* 2005;25(2):114-8.
2. Ng PC, Lee CH, Lam CW, Ma KC, Fok TF, Chan IH, et al. Transient adrenocortical insufficiency of prematurity and systemic hypotension in very low birthweight infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004;89(2):F119-26.
3. Pizarro CF, Troster EJ, Damiani D, Carcillo JA. Absolute and relative adrenal insufficiency in children with septic shock. *Crit Care Med* 2005;33(4):855-9.
4. Annane D, Briegel J, Sprung CL. Corticosteroid insufficiency in acutely ill patients. *N Engl J Med* 2003;348(21):2157-9.

### Ginecologia

## QUAIS OS BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA NO CLIMATÉRIO?

Em recente estudo realizado na Austrália, um grupo de clínicos gerais avaliou os benefícios da atividade física sobre alguns agravos à saúde em uma população de 628 pacientes com idade entre 20 e 75 anos. Após dois anos de implementação de um programa de atividade física, que incluiu fundamentalmente a prática de caminhadas durante 30 minutos (uma ou duas vezes por semana), os clínicos constataram melhora do peso corporal em 40,9%; da hipertensão em 33,9%; da hipercolesterolemia em 26,4%; da artrite em 14,8%; do diabetes em 14,2% e da DCV em 8%<sup>1</sup>.

#### Comentário

*O impacto benéfico da atividade física sobre a saúde é inequívoco; ademais, repercute de forma expressiva na redução de custos para o sistema de saúde, conforme demonstrou o estudo australiano.*

*Estudo brasileiro realizado nas regiões nordeste e sudeste mostrou que a prática de exercícios regulares é mais prevalente no sexo masculino, igualando-se após os 50 anos entre os gêneros; a caminhada por 30 minutos, uma vez por semana, foi praticada por 13% e, cinco vezes por semana, por 3,3%<sup>2</sup>.*

*Os dados oriundos do estudo brasileiro denotam significativa taxa de sedentarismo, tornando imperiosa a criação de programas educativos e informativos no sentido de estimular a prática regular de atividade física, principalmente em mulheres no climatério (40 a 65 anos), quando são mais prevalentes agravos que sabidamente melhoram, tais como obesidade, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, artrite, diabetes e DCV.*

*Em função disso, a disciplina de pós-graduação Saúde da Mulher no Climatério, da Faculdade de Saúde Pública da USP, desenvolveu o Decálogo de Benefícios dos Exercícios, com o objetivo de aumentar a adesão aos programas de prevenção de*

*doenças e promoção de saúde. O Decálogo foi elaborado na figura de um decaedro, em que cada vértice representa o benefício da atividade física sobre um determinado agravo, assim distribuído: cardiovascular, câncer de mama, respiratório, diabetes, osteomioarticular, psicológico, neurovegetativo (ondas de calor na pós-menopausa), obesidade, dislipidemia e hipertensão arterial.*

*Assim, após inúmeras discussões com os pós-graduandos e apoiado na literatura, o grupo concluiu que o mais apropriado para mulheres nesse estágio da vida seria a prática da caminhada regular com duração de 150 minutos semanais.*

*Todos os participantes entenderam que a forma didática, ilustrativa e estimuladora de apresentação do decálogo poderá ser de grande utilidade prática não só para os profissionais de saúde utilizarem no seu dia-a-dia, mas também para ser incorporado em programas institucionais.*

AURORA DE FÁTIMA GAZOLIN CECILIO MAFRA CABRAL  
ELAINE CRISTINA ALVES PEREIRA  
JOSÉ MENDES ALDRIGHI

#### Referências

1. Sims J, Huang N, Pietsch J, Naccarella L. The Victorian Active Script Programme: promising signs for general practitioners, population health, and the promotion of physical activity. *Br J Sports Med* 2004; 38:19-25.
2. Monteiro CA, Conde WI, Matsudo SM, Matsudo VR, Bonseñor IM, Lotufo PA. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brasil, 1996-1997. *Rev Panam Salud Publica* 2003; 14:246-54.

### Medicina Baseada em Evidências

## APESAR DAS EVIDÊNCIAS, POR QUE PERSISTE A VARIÇÃO NOS CUIDADOS AO PACIENTE CIRÚRGICO?

São abundantes, por exemplo, as evidências sobre o melhor cuidado perioperatório na cirurgia colorretal. As medidas específicas que podem ser usadas na rotina incluem: nenhum preparo intestinal, analgesia/anestesia epidural por um a dois dias, nenhuma descompressão gástrica por sonda, restrição de infusão endovenosa de fluidos, e ingestão oral livre desde o primeiro dia<sup>1</sup>.

Utilizando-se dessas medidas, Survey<sup>1</sup>, envolvendo cirurgiões de vários centros de cirurgia digestiva de cinco países do norte europeu (Escócia, Holanda, Alemanha, Suécia e Noruega), pôde confrontar a prática perioperatória na cirurgia do câncer colorretal nesses locais, frente às melhores evidências disponíveis. Nesse estudo, apresentava-se aos cirurgiões um cenário clínico hipotético, de um paciente de 70 anos, com câncer de cólon, submetido à laparotomia eletiva e ressecção colônica, e perguntava-se qual a conduta com relação ao preparo intestinal, analgesia, sonda nasogástrica, infusão de fluidos e realimentação.

Como resultado verificou-se que as rotinas perioperatórias no tratamento do câncer colorretal no norte da Europa diferem substancialmente da prática baseada em evidências. Os pacientes são submetidos uniformemente à

desagradável, desnecessária e prejudicial prática do preparo intestinal e a jejum com dependência exagerada de fluidos intravenosos, no perioperatório. Para muitos pacientes, a situação é ainda mais agravada quando a sonda nasogástrica e o jejum são mantidos por muito tempo, fluidos intravenosos são administrados irrestritamente e um bloqueio adequado de dor não é realizado.

## Comentário

A cirurgia e a medicina baseada em evidências têm tido relações turbulentas há algum tempo. Há amplo reconhecimento que muito da prática corrente não conta com conhecimento ou educação advindos de evidências médicas sólidas<sup>2</sup>. Além disso, a aplicação de métodos de pesquisa, como ensaios clínicos randomizados e controlados, para responder questões cirúrgicas é quase sempre difícil ou impraticável. No entanto, existe uma crescente uniformidade na opinião da comunidade cirúrgica de que a qualidade da evidência que suporta os cuidados cirúrgicos necessita ser melhorada e de que necessitamos de métodos inovadores para disseminar a evidência na prática<sup>2</sup>.

A cirurgia tem algumas limitações, quando se trata da pesquisa em saúde:

- Ao contrário dos ensaios sobre novos tratamentos com drogas, a pesquisa em procedimentos cirúrgicos não tem fonte de financiamento natural;
- A falta de mecanismos reguladores estritos para a aprovação de procedimentos cirúrgicos e dispositivos novos, em muitos países, leva ao entendimento de que ensaios clínicos randomizados não são necessários para novas intervenções cirúrgicas serem adotadas;
- Como os procedimentos cirúrgicos e os cuidados perioperatórios são providos por diferentes cirurgiões e hospitais, estes variam enormemente, levando a um viés de experiência, o que pode tornar um válido ensaio clínico randomizado impossível de ser realizado em várias circunstâncias, ou em outras situações limitar a generalização dos resultados para outras localidades que prestam cuidado em saúde;
- Há ainda nos ensaios cirúrgicos tradicionais a limitação quanto ao cegamento, bem como excessiva migração de pacientes entre os grupos de intervenção, comprometendo a validade dos mesmos.

As mudanças imediatas necessárias para se melhorar a qualidade dos cuidados cirúrgicos não são oriundas da descoberta de novos conhecimentos, mas estão relacionadas com a integração do que nós já sabemos, na prática diária. Traduzir a melhor evidência na prática cirúrgica requer o envolvimento dos cirurgiões, em uma atitude centrada no contexto do cuidado à saúde do paciente, e associada à utilização de uma variedade de técnicas educativas<sup>2</sup>.

Evidências, em vários países, de intervenções educativas, com análise de resultados antes e depois, mostram que o comportamento dos cirurgiões pode ser mudado e a qualidade

dos cuidados cirúrgicos pode ser melhorada. Por exemplo, intervenções educativas na Noruega no ano de 1994 levaram a um melhor resultado no tratamento do câncer de reto, com redução na recidiva local de 28% para 8%, e aumento na sobrevida de cinco anos, de 55% para 71%<sup>2</sup>. Nos EUA intervenções também de realimentação e educativas reduziram a mortalidade na cirurgia coronariana em 24%<sup>2</sup>.

O sucesso de programas para melhoria nos cuidados cirúrgicos está no engajamento individual de cirurgiões em nível local e regional, por meio do desenvolvimento e monitoramento de indicadores de qualidade em saúde, da pesquisa e da criação de comunidades regionais de prática. Essas intervenções inovadoras, unindo os cirurgiões, podem requerer investimentos substanciais, mas serão eficazes. Ao mesmo tempo, deve-se trabalhar no desenvolvimento de um conteúdo sólido da cirurgia baseada em evidências, por meio de ensaios randomizados controlados baseados na experiência<sup>3</sup>.

WANDERLEY M. BERNARDO  
FÁBIO B. JATENE  
MOACYR C. NOBRE

## Referências

1. Lassen K, Hannemann P, Ljungqvist O, Fearon K, Dejong CH, Von Meyenfeldt MF, et al. Patterns in current perioperative practice: survey of colorectal surgeons in five northern European countries. *BMJ* 2005; 330:1420-1.
2. Urbach DR, Baxter NN. Reducing variation in surgical care. *BMJ* 2005; 330:1401-2.
3. Devereaux PJ, Bhandari M, Clarke M, Montori VM, Cook DJ, Yusuf S, et al. Need for expertise based randomised controlled trials. *BMJ* 2005; 330:88.

## Pediatria

### DETERMINANTES DO CRESCIMENTO DURANTE O TRATAMENTO DA PUBERDADE PRECOCE

O tratamento da puberdade precoce (PP) tem como objetivo o bloqueio da evolução puberal precoce em crianças e a normalização da velocidade de crescimento que se acompanha de avanço da idade óssea (IO), o que leva a um prejuízo da altura final. No entanto, algumas crianças, durante o tratamento com o análogo (aGnRH), não normalizam sua velocidade de crescimento e até a tornam menores do que a velocidade de crianças normais. Buscando uma explicação para este fato, alguns autores analisaram a evolução de 100 meninas com idade cronológica (IC)  $5,8 \pm 2,1$  anos portadoras de PP central, tratadas com aGnRH. Durante o tratamento, a velocidade de crescimento ficou abaixo do normal para a idade ( $-1,6 \pm 1,7$  DP). Os autores consideraram a IO como um marcador do envelhecimento da placa de crescimento e verificaram que a velocidade de crescimento se correlaciona com a IO. A importante diminuição da velocidade de crescimento apresentou correlação com a gravidade da prévia exposição ao estrógeno, duração da PP, estágio puberal mamário e avanço da IO. A análise de regressão apontou a IO como o melhor preditor do