

Clinica Médica

INTOLERÂNCIA A GLICOSE EM JOVENS OBESOS

Um dos principais impactos da epidemia de obesidade entre crianças americanas é o aparecimento precoce de diabetes mellitus tipo 2. O estudo de Sinha et al¹ avaliou a prevalência de tolerância à glicose diminuída (TGD) numa amostra multi-étnica de 167 crianças e adolescentes obesos, submetidos a teste oral de tolerância à glicose. Além da glicemia, foram dosados alguns hormônios e calculados índices para avaliar função de célula beta e resistência à insulina. A prevalência de TGD foi de 25% e 21% das crianças e adolescentes, respectivamente, e 4% dos últimos apresentaram diabetes. Insulina e peptídeo-C pós-sobrecarga foram mais elevados nos adolescentes com TGD, mas não nos diabéticos, os quais apresentaram queda da razão entre os incrementos da insulinemia/glicemia aos 30'. Na regressão multivariada, a resistência à insulina foi o melhor preditor de TGD. Chama-se a atenção para prevalência alarmante de TGD nestes jovens e sugere-se que a resistência à insulina seja o grande fator implicado na sua gênese. A função da célula beta está relativamente preservada nesta fase da história natural da doença e, no momento em que ocorre falência das células beta, há eclosão do diabetes.

Comentário

Este estudo é de grande relevância no âmbito clínico e da saúde pública, alertando sobre a epidemia de obesidade que afeta crianças e adolescentes americanos. Além dos danos sociais e psicoló-

gicos que acarreta, a obesidade é fator de risco para uma série de distúrbios orgânicos desencadeados pela resistência à insulina. Doenças que compõem a síndrome metabólica, característica do adulto em idade avançada, passam a se manifestar mesmo em crianças obesas. Dentre estas, é enfatizada a ocorrência prematura da intolerância à glicose. Também nos faz refletir sobre a importância relativa da história familiar de diabetes nestes jovens diante do impacto tão deletério da obesidade. A frequência de antecedentes familiares não difere entre aqueles que apresentam ou não TGD, o que sugere que o componente genético perde em importância para a intolerância à glicose em grupos de alto risco como o da obesidade grave. Os achados hormonais e índices indicativos de função da célula beta e efeito nos tecidos-avulsos permitem acompanhar a história natural do diabetes tipo 2. O fator "idade", responsável por deterioração da sensibilidade à insulina, não está presente nesta faixa etária. Assim, é razoável supor que a resistência à insulina nestes jovens seja atribuída ao excesso de adiposidade corporal. O tecido adiposo, especialmente o visceral, tem sido incriminado no distúrbio de captação tecidual de glicose de indivíduos obesos. Os achados reforçam a teoria de que a resistência à insulina precede a deficiência deste hormônio. A boa notícia advinda desta conclusão é que este fator etiopatogênico pode ser tratado. "Tratamento", neste contexto, refere-se à prevenção da evolução da TGD para o diabetes tipo 2. Estudos epidemiológicos recentes² apontam a eficácia de certo estilo de vida na redução do risco desta doença. Se a evidência existe, é o momento de encarar o desafio

de aumentar a atividade física das populações e estimular hábitos alimentares saudáveis.

SANDRA ROBERTA G. FERREIRA

Referências

1. Sinha R, Fish G, Teague B, Tamborlane WW, Banyas J, Allen K, et al. Prevalence of impaired glucose tolerance among children and adolescents with marked obesity. *N Engl J Med* 2002; 346:802-10.
2. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Perikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344:1343-50.

Clinica Cirúrgica

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE ANOPERIANAL

Os autores analisam os aspectos diagnósticos e de tratamento da tuberculose anorectal. Citam sua experiência com a apresentação de sete casos que coletaram na sua vivência profissional, salientando a incidência da doença, suas complicações e tratamentos.

A infecção pelo bacilo de Koch continua sendo problema mundial de saúde pública. A epidemia provocada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), o aparecimento de bacilos multiresistentes, a grande população de imigrantes e a pobreza são responsáveis pelo aumento de incidência da doen-

ça. A tuberculose pode acometer qualquer tecido e a região perianal não é poupada. Todavia, sua raridade faz com que as lesões não sejam reconhecidas, retardando o tratamento específico.

A tuberculose perianal é mais comum em homens e ocorre secundariamente à doença pulmonar. A contaminação ocorre a partir da deglutição de secreções respiratórias repletas de bacilos. A preexistência de lesões anais é relatada. A fístula é o sintoma mais freqüente da tuberculose anorretal (80% a 91% dos casos) e é indistinguível da afecção de origem criptoglandular, embora a incidência de lesões complexas seja maior (62% a 100%). O período longo de instalação e a recidiva, apesar do tratamento cirúrgico bem conduzido, sugerem o diagnóstico, bem como a história de doença pulmonar prévia. Os sintomas incluem emagrecimento, inapetência, febre, sudorese noturna e tosse seca. As radiografias de tórax e o teste cutâneo da tuberculina são mandatórios.

O quadro histológico típico mostra granuloma de células gigantes rodeando área de necrose caseosa. Entretanto, a presença de caseum não é freqüente, dificultando a diferenciação com doença de Crohn. A bacterioscopia com a coloração de Ziehl-Nielsen, a cultura e a detecção do DNA bacteriano pela técnica da reação em cadeia da polimerase (PCR) também fazem o diagnóstico. Este, muitas vezes, só é feito pela combinação de achados de exames. O tratamento inclui a operação convencional da sepse e a terapia antituberculose. Embora o tratamento específico seja efetivo e eventualmente cicatrize as fístulas, o tratamento cirúrgico é recomendado. O tempo de cicatrização depende do tamanho da lesão inicial. A evolução costuma ser favorável.

Comentário

A importância desse artigo é lembrar a associação de fístulas e tuberculose, o que ocorre em 10% dos casos. A pesquisa de tuberculose deve ser realizada previamente à operação. O retardo no diagnóstico causa complicações na ferida operatória e recidiva de fístula. Sabe-se, também, que portadores dessa doença apresentam maior freqüência de fístulas anais que a população sadia. O esquema triplice antituberculose elimina as micobactérias do escarro em até 40 dias, período após o qual os doentes poderão ser operados sem risco para a cicatrização.

SIDNEY ROBERTO NADAL
CARMEN RUTH MANZIONE

Referência

Sultan S, Azria F, Bauer P, Abdelnour M, Atienza P. Anoperineal tuberculosis. Diagnostic and management considerations in seven cases. Dis Colon Rectum 2002; 45:407-10.

Economia da Saúde

CUSTO-MINIMIZAÇÃO E NÚMERO DE PESSOAS A SEREM TRATADAS NA HIPERTENSÃO NÃO COMPLICADA

Pearce e colaboradores compararam os custos associados com a prescrição de diuréticos tiazídicos, beta bloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores alfa e antagonistas

dos canais de cálcio para a prevenção de acidente vascular cerebral (AVC), infarto do miocárdio (IM) e morte prematura em casos de hipertensão sem complicações.

Os autores realizaram uma análise de custo-minimização, ou seja, assumiram que a eficácia dos medicamentos era a mesma e pesquisaram as diferenças no custo de sua utilização. Com base em uma metanálise de 15 estudos clínicos importantes, Pierce e colaboradores derivaram o número de pessoas que precisavam ser tratadas para evitar cada um dos eventos mórbidos citados anteriormente. Apenas foram selecionados para a metanálise os trabalhos randomizados e com grupo controle que estudavam medicamentos para tratamento de hipertensão leve a moderada e que tinham como desfecho o AVC, o IM ou a morte.

Foram, também, estudados os preços da droga mais freqüentemente prescrita e da droga mais barata em cada classe. Nesse estudo, as medidas de impacto foram o custo das drogas e o custo direto total de atendimento ambulatorial para prevenir um dos desfechos (AVC, IM ou morte prematura) entre pessoas hipertensas de meia idade ou idosas.

O custo de aquisição de medicamentos para prevenir um AVC, IM ou morte variou de US\$ 4.730 a US\$ 346.236 entre os pacientes de meia idade, e de US\$ 1.595 a US\$ 116.754 entre os idosos. Diuréticos ou beta bloqueadores foram os mais custo-efetivos quando comparados a outras classes de medicamentos anti-hipertensivos. O número de pessoas que precisavam ser tratadas durante cinco anos para evitar um AVC, IM ou morte foi estimado em 86 para os pacientes de meia idade e 29 entre os idosos. A terapia com diuréticos mostrou-se mais custo-efetiva, mesmo quando se

assumia que as drogas mais modernas eram 50% mais eficazes que os diuréticos na prevenção dos eventos citados. O custo associado à suplementação com potássio não eliminou a vantagem dos diuréticos.

Comentário

O estudo apresenta algumas limitações metodológicas, salientadas pelos próprios autores, ou seja, o estudo da eficácia do medicamento na prevenção de eventos cardiovasculares e morte se limita a um período de cinco anos; apenas se avalia o tratamento da hipertensão leve e moderada; não são considerados efeitos colaterais dos medicamentos (exceto hipopotassemia) ou grau de adesão pelo paciente. Contudo, este trabalho é importante por chamar a atenção para as implicações de custo de suas prescrições. Ao longo de anos de tratamento de um paciente hipertenso, diferenças no custo dos medicamentos podem significar volumes de recursos importantes para o paciente e para a sociedade. Embora os profissionais de saúde não sejam treinados para tomar decisões considerando custo, é importante lembrar que os recursos, sejam os do paciente, sejam os da sociedade, são finitos. Quando utilizados para comprar medicamentos mais caros, eles deixam de ser usados para outros investimentos pessoais (comprar alimentos de boa qualidade, por exemplo) ou sociais (investir em pesquisa, ensino, outros programas de saúde, saneamento etc), que também trazem repercussões para a saúde. No Brasil, onde existem mais de uma centena de produtos farmacêuticos comerciais destinados a tratar hipertensão, com grande variação de preços entre produtos equivalentes, é importante o médico estar atento ao custo ao realizar a prescrição a seu paciente.

ANA MARIA ARATANGY PLUCIENNIK

Referência

Kevin A. Pearce, Curt D. Furberg, Bruce M. Psaty, Julianne Kirk. Cost-minimization and the number needed to treat in uncomplicated hypertension. *Am J Hypertens* 1998; 11:618-29.

Ginecologia

CONTRACEPÇÃO HORMONAL ORAL, HPV E RISCO DE CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

Estudo multicêntrico realizado pelo IARC (International Agency for Research on Cancer) em oito países, incluindo o Brasil, e publicado no *Lancet* (2002)¹ revela que os contraceptivos hormonais orais podem atuar como um importante co-fator no risco do câncer de colo em mulheres com positividade para o HPV cervical.

Comentário

Há dez anos, estudos epidemiológicos já revelavam uma forte suspeita entre o uso de contraceptivos hormonais orais e um maior risco de câncer cervical².

A infecção do colo uterino pelo HPV, por sua vez, também se mostrou importante fator na eclosão do câncer cervical, sendo até considerada para alguns pesquisadores provavelmente como um pré-requisito para o desenvolvimento da doença.

O estudo em epígrafe é o primeiro que analisou a relação contraceptivo oral, HPV e câncer de colo; os resultados demonstraram maior risco da doença (3 vezes) - quer para o câncer *in situ*, quer para o invasor - em mulheres HPV positivas e usuárias de pílulas contraceptivas por cinco ou mais anos.

Inúmeras são as hipóteses explicativas. Parece que os esteróides femininos exógenos atuam sobre o genoma do HPV, desencadeando estímulos sobre o processo da carcinogênese cervical. A literatura descarta qualquer possibilidade do contraceptivo facilitar a infecção pelo HPV.

Estes resultados devem alertar pacientes e médicos sobre alguns aspectos quando da prescrição de contraceptivos hormonais orais:

1. mulheres com infecção persistente pelo HPV devem ser informadas que poderiam ter maior risco de desenvolvimento do câncer de colo uterino;
2. mulheres com múltiplos parceiros deveriam ser submetidas a uma avaliação prévia do DNA - HPV, antes de se iniciar a contracepção hormonal oral;
3. usuárias de contraceptivos hormonais orais, por longo tempo, deveriam ser incluídas em programas de rastreamento do câncer de colo uterino de uma forma mais prudente.

**JOSÉ MENDES ALDRIGHI
ANA PAULA SANTOS ALDRIGHI
CARLOS ALBERTO PETTA**

Referências

1. Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV, Walboomers J, et al. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *Lancet* 2002; 359:1085-92.
2. Delgado-Rodriguez M, Sillero Arenas M, Martin-Moreno JM, Galvez-Vargas R. Oral contraceptives and cancer of the cervix uteri: a meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992; 71:368-76.

Medicina Baseada em Evidências

USO PROLONGADO DE CORTICÓIDE NA SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO

Inflamação e disfunção endotelial estão implicados na gênese da disfunção de múltiplos órgãos. O fator nuclear kb (*do inglês nuclear factor kb*, NFkb), regula a expressão de genes envolvidos nas respostas inflamatória e imunológica, aumentando a taxa de transcrição destes genes, com conseqüente síntese de RNAm e proteínas. Apresenta papel importante na produção de mediadores pró-inflamatórios (citocinas, enzimas, receptores imunes e moléculas de adesão), além de regular a síntese de proteína C reativa (PCR), e iniciar a transcrição de citocinas como TNF- α , IL - 1b, IL- 2, e IL-6¹. Em pacientes com sepse, a expressão do NFkb é elevada, e quando persistente, está associada a maior mortalidade². O corticóide é responsável pela inibição da ação e ativação do fator nuclear kappabeta (NFkb)².

Meduri et al.³ demonstraram, em estudo recente sobre a utilização prolongada de metilprednisolona, em doses elevadas, na fase tardia (> 7 dias sem resolução do quadro) da síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), o impacto na redução da atividade inflamatória sistêmica e na resistência periférica adquirida ao cortisol endógeno no grupo de pacientes que utilizavam metilprednisolona. Tal fato demonstra a existência de resistência sistêmica e periférica ao corticóide endógeno

(cortisol), e que a administração de corticóide exógeno (metilprednisolona) aceleraria a resolução deste problema. O mecanismo de ação proposto baseia-se na capacidade do corticóide exógeno em diminuir a atividade NFkb, e desta forma a produção de citocinas como TNF- α , IL - 1b e IL-6, além de aumentar a disponibilidade do receptor do corticóide, permitindo maior interação com o DNA e maior atividade antiinflamatória.

Comentário

A SDR é causa frequente de hipoxemia em pacientes gravemente enfermos e está associada com uma taxa de mortalidade muito elevada. Nestes pacientes, a disfunção pulmonar e extrapulmonar é em grande parte atribuída ao processo inflamatório sistêmico excessivo. Os hormônios glicocorticóides são os inibidores fisiológicos mais importantes da inflamação. Os achados do estudo de Meduri et al³ apontam efeitos benéficos dos corticóides na fase tardia da SDR. Entretanto, é fundamental que estes achados sejam corroborados por estudo multicêntrico, com número muito maior de pacientes, para que os reais benefícios sejam comprovados e que potenciais complicações e/ou limitações desta prática sejam melhor conhecidas.

**GUSTAVO FAISSOL JANOT DE MATOS
LUIZ FRANCISCO POLI DE FIGUEIREDO**

Referências

1. Barnes PJ, Karin M. Nuclear factor-kappa B: a pivotal transcription factor in chronic inflammatory diseases. *N Engl J Med* 1997; 336:1066-71.
2. Van Leeuwen HJ, Van der Bruggen T, Van Asbeck BS, Boereboom FTJ. Effect of corticosteroids on nuclear factor-kB activation and hemodynamics in late septic

shock *Crit Care Med* 2001; 29:1074-7.

3. Meduri G, Tolley EA, Chrousos GP, Stentz F. Prolonged methylprednisolone treatment suppresses systemic inflammation in patients with unresolving acute respiratory distress syndrome. Evidence for inadequate endogenous glucocorticoid secretion and inflammation-induced cell resistance to glucocorticoid. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165:983-91.

Pediatria

EFEITOS DO ANÁLOGO DA GONADOTROFINA SOBRE A ALTURA NA PUBERDADE AVANÇADA

A puberdade avançada (PA) é definida como início da puberdade em meninas entre 8 e 10 anos de idade cronológica (IC) e em meninos entre 9 e 11 anos de IC. Os autores analisaram a altura final de 57 crianças com PA, sendo que 17 delas (9 meninas e 8 meninos) foram tratados, durante dois anos, com análogo do hormônio liberador de gonadotrofinas (LHRH) para bloquear a puberdade numa tentativa de se conseguir aumento da altura final (AF). O tratamento foi suspenso quando a idade óssea (IO) era > 12 anos na menina e > 13 anos no menino. Este grupo foi comparado com crianças não tratadas com o análogo (31 meninas e 9 meninos). A AF foi considerada quando a velocidade anual era < 1cm. A previsão da AF foi calculada aos 4 anos de IC no grupo não tratado, e na época de início do tratamento. A previsão de AF no início do tratamento nas meninas ($151,9 \pm 1,7$ cm)

foi semelhante a AF ($155,3 \pm 1,4$), porém menor do que a altura alvo ($157,2 \pm 1,6$). As meninas não tratadas tiveram uma previsão de altura no início do estudo ($156,7 \pm 1$ cm) semelhante a altura final (157 ± 1), porém menor do que a altura alvo ($157,6 \pm 1$). Nas meninas, a altura final nos dois grupos (com e sem tratamento), foi semelhante à altura alvo. A previsão de AF no início do tratamento nos meninos ($173,2 \pm 3,1$ cm) foi maior do que a altura final ($164,1 \pm 2,1$) que, por sua vez, foi menor do que a altura alvo ($170,4 \pm 1,2$). Para os meninos que não receberam tratamento, a previsão da AF no início do estudo ($170,8 \pm 2,7$) foi semelhante aos resultados da AF ($169,1 \pm 1,9$) e da altura alvo ($170,2 \pm 1,2$). Os autores concluem que o tratamento de crianças com PA não alterou a altura final das meninas e foi associado a uma redução do potencial de crescimento dos meninos. A altura final do grupo não tratado foi semelhante à previsão de altura no início da avaliação e das alturas alvo, mas nas meninas elas estiveram 1 DP abaixo da altura aos 4 anos de IC. Os autores concluem que a PA diminui o potencial de crescimento em 5 cm, e que o tratamento com o análogo não previne este resultado.

Comentário

A primeira preocupação na avaliação da puberdade, seja ela precoce ou avançada, é afastar uma doença que provoque esta anomalia puberal. A literatura tem se mostrado pouco convincente quanto ao resultado de ganho de altura final com o uso de bloqueadores puberais. No entanto, este uso tem sido registrado com uma frequência alarmante. Seu uso tem sido associado a um aumento de peso entre os adolescentes e a irregularidade menstrual,

situações nem sempre fáceis de se controlar, consequência do uso de um medicamento não aprovado quanto ao seu resultado de ganho final de altura.

NUVARTE SETIAN

Referência

Couto-Silva AC, Adan L, Trivin C, Brauner R. Adult height in advanced puberty with or without gonadotropia hormone releasing hormone analog treatment. J Pediatr Endocrinol Metab 2002; 15:297-305.

Saúde Pública

RELATÓRIO MUNDIAL DE SAÚDE 2000 — SISTEMAS DE SAÚDE: APRIMORANDO A PERFORMANCE*

A Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1995, anualmente lança um *report* temático. O último, referente a 2001, diz respeito a *Mental Health: New Understanding, New Hope*. O de 2000 contempla os sistemas de saúde com o título acima exposto¹. Na apresentação, a diretora geral da OMS, Gro Harlem Brundtland, diz que esse relatório é um marco milímetro e que a avaliação dos sistemas de saúde é uma das prioridades da sua gestão. Os autores do trabalho, a partir de oito medidas de avaliação dos sistemas de saúde, listam 191 países, apontando, em ordem decrescente de melhor performance, o posto de cada país. França e Itália receberam os postos 1 e 2, respectivamente, ficando o Brasil com o 125º posto.

Comentário

É bastante usual em textos médicos reivindicar que a "OMS estima..."; a "OMS diz...". Isto é, sem qualquer criticismo, os dizeres da OMS são tidos, habitualmente, como verdades absolutas. No entanto, em relação a esta avaliação, a postura da comunidade científica brasileira foi diferente.

Uma unidade da Fundação Oswaldo Cruz abriu um espaço para discussão do tema no seu site <<www.fiocruz.br/cict/dis/departamentosframe.htm>>. Um grupo interdisciplinar fez rigorosa avaliação da metodologia do trabalho, redundando em, pelo menos, duas publicações^{2,3}. Nessas publicações, são apontadas, entre outras, as seguintes preocupações: a) não havia disponibilidade de dados para o cálculo das medidas para 70% - 89% dos países; b) informantes-chave eram provenientes de 35 países e mesmo sem ser representativos dos seus países, as suas informações foram generalizadas para o total de 191; c) há tratamento inadequado para as questões de desigualdade versus equidade; d) 26 das 32 referências bibliográficas dizem respeito a quatro documentos internos da OMS, publicados sem critério de revisão por pares, e 30 das 32 referências são de autoria dos responsáveis pelo documento; e) a adequação e a validade de determinadas medidas estatísticas de desigualdade em saúde foram completamente ignoradas; f) alguns indicadores referentes a indivíduos foram generalizados para o coletivo.

Diante da posição da delegação brasileira, em reunião do "Executive Board" da OMS, em janeiro de 2001, ficou decidido criar um comitê para reavaliar questões teóricas e metodológicas.

Assim, vale a lembrança de que a postura crítica sempre imperativa ao ler artigos científicos também é válida para documentos oriundos da OMS e de agências similares.

* tradução livre.

EUCLIDES AYRES DE CASTILHO

Referências

1. WHO. The World Report 2000. Geneva: WHO; 2000.
2. Almeida C, Braveman P, Gold MR, Szwarcwald CL, Ribeiro JM, Miglionico A, Millar JS, et al. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet* 2001; 357: 1692-7.
3. Szwarcwald CL. On the World Health Organization's measurement of health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56:177-82.

Bioética

BIOÉTICA E ABUSO SEXUAL

Curiosamente, dois artigos diferentes sobre abuso sexual chamaram nossa atenção sobre a mesma questão bioética: uma visão desumanizada do ser humano.

O primeiro artigo¹ trata de uma avaliação do declínio de casos de abuso sexual de crianças nos Estados Unidos do período de 1992 a 1999, que entendemos ser apenas o declínio de denúncias de abuso sexual, já que são estas que foram avaliadas. Não nos aprofundaremos nesta questão, até porque os problemas deste tipo de estatística e suas interpretações neste trabalho já foram comentados por um outro autor na mesma revista², questionando a validade de tais dados.

O segundo artigo³ rotula as pessoas denunciadas por terem cometido um abuso sexual como "predadores sexuais", observando apenas o lado animal destes seres e, portanto, livrando os outros seres humanos de qualquer semelhança com os mesmos.

Sabemos que a maioria dos casos de abuso

sexual denunciados ocorrem entre pessoas que têm um vínculo de confiança e que, portanto, torna a denúncia um ato conflituoso e, conseqüentemente, muito difícil. Sendo assim, compreendemos que as estatísticas conhecidas tratam apenas da ponta de um iceberg e não nos ajudam a desvendar esta complexa relação no abuso sexual. Aliado a tal fato, quando se cria uma categoria de "predador sexual", descaracterizando-os como seres humanos, parecemos mais uma tentativa das pessoas de se afastar do problema devido, provavelmente, à angústia que estas situações evocam.

Comentário

O que torna o indivíduo humano é justamente ter que lidar com os instintos e desejos (pulsões) presentes em todos. A impossibilidade de reprimir certas pulsões podem ser conseqüência de uma falha no desenvolvimento do indivíduo, não sendo, portanto, o comportamento destes fruto de uma possibilidade de reflexão e escolha, ou seja, é um comportamento aéctico.

Consideramos antiética a distorção do problema do abuso sexual feita pela grande maioria da sociedade, que projeta sua agressividade em alguns indivíduos, isolando-os, para não precisar entrar em contato com as próprias emoções, negando esta possibilidade humana.

Concluindo, entendemos que as pessoas envolvidas em casos de abuso sexual precisam ser tratadas nos âmbitos da Saúde e da Justiça. A abordagem ética dos atos de abuso envolve uma maior aproximação às questões humanas, também aos aspectos destrutivos presentes nas relações humanas. Nem os números nem a nossa raiva frente aos nossos próprios conflitos depositada no outro vão nos mostrar a real dimensão do problema do abuso sexual.

CLAUDIO COHEN
GISELE GOBBETTI

Referências

1. Jones LM, Finkelhor D, Kopiec K. Why is sexual abuse declining? A survey of state protection administrators. *Child Abuse Negl* 2001; 25:1139-58.
2. Leventhal JM. A decline in substantiated cases of sexual abuse in United States: good news or false hope? *Child Abuse Negl* 2001; 25:1137-8.
3. Glancy GD, Regehr C, Bradford J. Sexual predator laws in Canada. *J Am Acad Psychiatry Law* 2001; 29:232-7.

Obstetrícia

ESTIMULAÇÃO VIBRO-ACÚSTICA PARA FACILITAR OS TESTES DO BEM-ESTAR FETAL

Com o objetivo de avaliar o mérito ou os efeitos adversos do uso da estimulação vibro-acústica em conjunção com testes de avaliação do bem-estar fetal, os autores fazem uma revisão abarcando trabalhos controlados sobre o assunto. Respeitando-se os critérios recomendados (seção 6 do Manual Cochrane), de 23 estudos pesquisados foram selecionados sete, totalizando 4325 pacientes. Apresentam como substrato teórico numerosas pesquisas anteriores publicadas nos primórdios da década de 1980, as quais já asseveravam a capacidade desse método em mudar o estado de sono fetal para o de vigília, e desta forma, promover a desejada diminuição dos resultados falsos-positivos da cardiocardiografia anteparto. Em adendo, referem outras fontes de estudos as quais sugerem que a exposição fetal ao estresse sônico seja se-

guro, embora não exibissem dados convincentes para a comprovação do fato. O método mereceu particular atenção por sua popularidade ascendente na década de 90, embora vários estudos frustrassem em demonstrar maior confiabilidade da cardiotocografia quando foi associada à estimulação sônica. A análise da casuística selecionada revelou redução na incidência de testes não reativos (sem acelerações transitórias), redução do tempo de execução da cardiotocografia anteparto. Além disso, foi verificado também aumento na quantidade de movimentação corpórea (MF) fetal quando comparado com um simulacro do teste (*mock stimulation*). Esta última observação estimula os autores a sugerirem sua aplicação durante exames ultra-sonográficos para a avaliação da vitalidade fetal. Entretanto, constatam considerável lacuna

no que concerne ao esclarecimento dos efeitos adversos, tais como: prejuízo no aparelho auditivo, seqüelas no desenvolvimento neurológico. Nesta ótica, também o grau de ansiedade materna e sua satisfação, assim como os reflexos na mortalidade perinatal não foram adequadamente enfocados. Desta forma, não encontram bases sólidas para recomendar o uso rotineiro da estimulação sônica por ocasião da cardiotocografia anteparto.

Comentário

Muito pertinente e oportuna a presente revisão, visto a inegável disseminação do método nos diversos centros de ensino e em grande parte dos consultórios no contexto nacional. Não obstante seu inestimável valor, mormente em pacientes usuárias de medicamentos depressores do SNC e beta-bloqueado-

res, seus efeitos adversos são dissimulados convenientemente, mercê do desconhecimento da maioria absoluta dos profissionais. Em razão disso, na atual conjuntura da assistência obstétrica, é oportuno analisar a aplicabilidade deste recurso propedêutico também sob o abrigo da vertente ética, deontológica e jurídica, tendo em vista constituir-se em método cujos reflexos sobre o produto da concepção ainda são incompletamente conhecidos pelas ciências médicas.

SEIZO MIYADAHIRA

Referência

Tan KH, Smyth R. Fetal vibroacoustic stimulation for facilitation of tests of fetal wellbeing. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2001. Oxford: Update Software.