

Ginecologia

OSTEOPOROSE: DIRETRIZES FUTURAS

Os objetivos para diagnóstico de mulheres com risco para osteoporose incluem o reconhecimento do início da perda da massa óssea e a avaliação do risco de fraturas, a fim de que se possa instituir a terapêutica adequada.

O diagnóstico da osteoporose inclui não somente a anamnese e o exame físico, mas principalmente a medida da densidade mineral óssea (BMD), através da densitometria óssea por DEXA (*dual-energy X-ray absorptiometry*). Recentemente, o emprego da ultra-sonografia quantitativa (QUS), tem conseguido avaliar o risco para fraturas de quadril quase que equivalentes aos constatados pela DEXA, embora ainda não haja unanimidade na padronização de técnicas. Os marcadores bioquímicos de formação e reabsorção óssea também são utilizados, pois identificam mudanças na remodelação óssea em curtos intervalos de tempo. Seu emprego é bem definido na monitorização do tratamento; a osteocalcina e a fosfatase alcalina são indicadores de formação óssea, enquanto a piridinolina, a deoxipiridinolina e os telopeptídeos do colágeno tipo I (CTX ou NTx) o são da reabsorção óssea.

O valor da BMD para predizer risco de fratura está estabelecido, sendo que usuárias de corticóides por mais de dois meses ou com outros fatores de risco presentes devem fazer a medida. O rastreamento universal vem sendo questionado, não havendo consenso sobre quando iniciar seu emprego. No futuro, a determinação dos fatores de risco e a medida da BMD associa-

damente poderão precisar o diagnóstico para o risco de fraturas.

O tratamento ideal para osteoporose, com qualquer droga, necessita níveis adequados de cálcio e vitamina D obtidos da dieta e exposição solar. A atividade física é necessária para aquisição e manutenção da massa óssea. Exercícios de alto impacto, embora aumentem a massa óssea, devem ser evitados, pois elevam o risco de quedas e microfraturas.

A terapia de reposição hormonal atua como importante agente na prevenção e tratamento da osteoporose. O emprego dos bisfosfonatos (etidronato, alendronato e risedronato) aumentam a BMD, propiciando menor risco de fraturas (30 a 50 %). Os SERMs (selective estrogen receptor modulators), especialmente o raloxifeno, demonstram redução de risco para fraturas em 36%.

Comentário

Pelas considerações acima constatam-se ainda alguns aspectos controversos; por este motivo as diretrizes futuras de investigação devem incluir:

1. *Estratégias para maximizar o pico de massa óssea, assim como para o diagnóstico precoce de eventuais perdas.*
2. *Definir o impacto da carência do cálcio e da vitamina D em crianças e como revertê-las.*
3. *Estabelecer quais os marcadores genéticos e como aplicá-los na prática.*
4. *Determinar a necessidade de suplementação dietética.*
5. *Identificar as pacientes que necessitam de tratamento.*
6. *Verificar em que situações devem ser utilizados os marcadores bioquímicos de osteoporose.*

PAULO AUGUSTO DE ALMEIDA JUNQUEIRA
ANGELA MAGGIO DA FONSECA
JOSÉ MENDES ALDRIGHI

Referência

Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. NIH Consensus Statements 2000 March 27-29; 17(1): 1-36.

Clínica Médica

"CONSENSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES SOBRE O DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DO DIABETES MELITO E TRATAMENTO DO DIABETES TIPO 2"

O que é "Consenso médico"? Nos últimos anos tem sido bastante freqüente a elaboração dos assim chamados "Consensos médicos", seja sobre diagnósticos, seja sobre tratamento de diferentes entidades nosológicas. Geralmente, os consensos são organizados por Sociedades Médicas e excepcionalmente por alguns centros universitários e deles participam colegas médicos considerados grandes conhecedores do assunto, muitas vezes ligados à vida acadêmica, outras vezes indicados pelas Sociedades Médicas devido ao notório saber ou pelo fato de serem possuidores de grande experiência clínica.

A Sociedade Brasileira de Diabetes lançou, no ano passado, o Consenso Brasileiro sobre diabetes, focalizando o diagnóstico e classificação e, em uma segunda parte, versando sobre tratamento do dia-

betes tipo 2. A SBD não apresentou um consenso sobre tratamento ao diabetes tipo 1. Em relação ao diagnóstico, o Consenso da SBD seguiu as recomendações da Associação Americana de Diabetes e da Organização Mundial da Saúde (OMS) ressaltando que a OMS recomenda que além da glicemia de jejum (procedimento básico para se estabelecer o diagnóstico, também seja realizado o teste oral de tolerância à glicose, uma vez que os valores da glicemia plasmática de 2 horas após 75 gramas de glicose acima dos limites normais de 140 mg/dl e, particularmente acima de 200 mg/dl, constitui fator de risco importante para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares (aumento da mortalidade) mesmo em indivíduos com glicemia de jejum normal (< 110 mg/dl). O Consenso da SBD não recomenda campanha de rastreamento da massa populacional mas tão somente nos indivíduos de risco.

Em relação ao tratamento do diabetes tipo 2, as diferentes opções farmacológicas são apresentadas, porém não houve nenhuma posição firmada do Consenso referente ao uso de novos fármacos, recentemente introduzidos no Brasil (repaglinida, nateglinida e tiazolidinedionas). Os argumentos basearam-se na falta de experiência clínica dos participantes por ocasião da realização do Consenso.

Comentário

Estes novos fármacos têm revolucionado o tratamento do diabetes tipo 2, o que torna a realização de um novo Consenso altamente necessário. O Consenso encontra-se publicado nos Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia (vol. 44, n.º 4 (suplemento 1), setembro 2000, pag.58).

ANTONIO ROBERTO CHACRA

Obstetria

O QUE FAZER PARA EVITAR A PREMATURIDADE?

O nascimento prematuro, ou seja, aquele que ocorre em idades gestacionais inferiores a 37 semanas é a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal. A chance de morte neonatal é maior em idades gestacionais (IG) precoces e pode ser 40 vezes maior do que no recém-nascido (RN) de termo. Para os RN com peso inferior a 1500g, o risco de complicações neurológicas é cerca de 20 vezes maior. As internações hospitalares durante o primeiro ano de vida são três a quatro vezes mais frequentes nos prematuros. Portanto, o impacto social e econômico é enorme.

Por outro lado, evitar a prematuridade continua sendo um grande desafio ao obstetra. Trata-se de uma missão difícil, não apenas devido ao conhecimento incompleto dos fatores etiológicos e da fisiopatologia da prematuridade por não se tratar apenas de um problema de ordem médica, mas, também, educativo e social, o que o torna mais complexo.

A antecipação eletiva ou indicada do parto, que corresponde a cerca de 50% dos prematuros deve ser criteriosamente praticada, principalmente com o emprego de novas tecnologias para avaliação do bem estar fetal. É importante salientar que, na maioria das vezes, o determinante direto do parto eletivo é a chamada "alteração da vitalidade fetal".

O parto prematuro espontâneo que corresponde à outra metade dos casos

pode ter sua frequência diminuída se as alterações que surgem semanas ou dias antes do trabalho de parto, tais como as de contratilidade uterina, cervicais e bioquímicas forem diagnosticadas em tempo hábil. Quando detectadas oportunamente, o obstetra deve reavaliar as possíveis causas, afastar as infecções urinárias e vaginais (principalmente vaginose bacteriana), além de manter a gestante em repouso. Além disso, pode-se utilizar a progesterona natural (Oral: 300 mg/dia ou vaginal: 100 mg/dia) com o intuito de relaxar a fibra muscular uterina. Caso aquelas alterações não sejam detectadas precocemente, restarão algumas horas apenas para que o obstetra tente inibir as contrações uterinas através de tocolíticos, o que na maioria das vezes não se consegue, ou então empregar o corticóide para tentar evitar as complicações neonatais.

Assim, o aumento da frequência e ritmicidade das contrações uterinas pode ser detectado pela monitorização das contrações durante o pré-natal. O parto prematuro também é precedido por alterações do colo uterino, tais como o esvaecimento e a dilatação. O colo pode ser avaliado clinicamente pelo toque vaginal ou mais precisamente pela ultra-sonografia transvaginal. Este último exame, quando realizado entre 23 e 24 semanas e revelar um comprimento do colo menor que 20 mm, identifica a gestante de alto risco para o parto prematuro. Os marcadores bioquímicos do parto prematuro, tais como a fibronectina fetal, têm-se revelado úteis para a predição. Entretanto, seu emprego de rotina tem sido dificultado em nosso meio pelo seu custo elevado, apesar de estudos realizados no exterior terem demonstrado vantagens econômicas de sua utilização não só pelo

fato de se diminuir os gastos com os cuidados neonatais, mas, também, de se evitar internações e uso de drogas uterolíticas desnecessárias nos casos de falso trabalho de parto.

Embora o emprego dos métodos preditivos e das medidas profiláticas serem ainda discutíveis, quando empregados em conjunto e com bom senso clínico, podem diminuir consideravelmente a prematuridade.

Comentário

A Literatura tem demonstrado que, apesar de nos últimos anos ter ocorrido importante avanço nos estudos relacionados ao parto prematuro e sua prevenção, a taxa de prematuridade se mantém constantemente elevada em alguns locais. É imprescindível a melhora da assistência pré-natal como um todo e procurar identificar aqueles casos de maior risco para diagnosticar os estágios iniciais do trabalho de parto prematuro. Com isso, pode-se não só impedir ou postergar o nascimento prematuro, mas, também, propiciar melhores condições de nascimento.

ROBERTO EDUARDO BITTAR

Referências

1. Althabe F; Carroli G; Lede R; Belizán JM; Althabe OH. El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos. *Rev Panam Salud Publica*, 5:373-84, 1999.
2. Bittar RE; Yamasaki AA; Sasaki S; Zugaib M. Cervical fetal fibronectin in patients at increased risk for preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 175(1):178-81, 1996.
3. Perroni AG; Bittar RE; Fonseca ESB; Messina ML; Marra KC; Zugaib M. Prematuridade Eletiva: Aspectos Obstétricos e Perinatais. *Rev Ginec Obstet*, 10:67-71, 1999.

Clinica Cirúrgica

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO NO SÍTIO CIRÚRGICO

Este documento, destinado a cirurgiões, enfermeiras, profissionais de controle de infecção, anestesistas e outros envolvidos na prevenção da infecção nosocomial, apresenta as recomendações do CDC para a prevenção das infecções no sítio cirúrgico (ISC), comumente conhecidas por infecções da ferida. Consta de duas partes: Uma, inicial, em que é feita revisão a respeito do tema e uma segunda que inclui uma série de recomendações para a prevenção das infecções no sítio cirúrgico. O documento não distingue intervenções realizadas em nível ambulatorial das realizadas em doentes internados e não discute, especificamente, a prevenção em situações específicas (como trauma, queimaduras, transplantes, etc.), no caso de procedimentos realizados fora do centro cirúrgico (endoscopia, radiologia intervencionista, etc.) e em cirurgia laparoscópica. Também não recomenda produtos específicos para o preparo da pele ou para a anti-sepsia das mãos e antebraços dos profissionais que participam de procedimentos cirúrgicos. Na introdução, são abordados aspectos históricos do problema, estabelecidos os critérios para definir uma ISC, assinalados os agentes bacterianos mais comumente envolvidos, discutida a patogênese das ISC e enfatizados os fatores ligados ao doente (diabetes, uso de nicotina, uso de corticosteróides e outras drogas imunossupressoras, desnutrição), ao tratamento (permanência hospitalar, transfusões, preparo do campo cirúrgico e da

equipe, antibioticoprofilaxia) e vários outros (características da sala, proteção do cirurgião e auxiliares, etc.) que mais comumente contribuem para uma ISC. A introdução continua com uma estratificação dos riscos de ISC, incluindo os métodos para garantir uma vigilância adequada no pré e pós-operatório precoce (hospitalar) e tardio (após a alta). A segunda parte do documento inicia com as recomendações pré-operatórias no preparo do doente e da equipe cirúrgica, os cuidados a serem tomados com profissionais infectados ou colonizados, as normas gerais da antibioticoterapia profilática. Continua com as recomendações per operatórias incluindo os cuidados na ventilação, na limpeza e na desinfecção da sala, na esterilização do instrumental cirúrgico e os cuidados a serem tomados pela equipe cirúrgica. Termina com sugestões quanto à proteção pós-operatória da ferida e quanto à vigilância. Cada recomendação é categorizada com base em vários critérios: evidências científicas disponíveis no momento, considerações teóricas e critérios de aplicabilidade. Há quatro categorias definidas: I-A: recomendações apoiadas em evidências experimentais, clínicas e epidemiológicas consistentes e, como tais, fortemente aconselhadas; I-B: recomendações apoiadas em algumas evidências experimentais, clínicas ou epidemiológicas e em fortes argumentos teóricos e, também, fortemente aconselhadas; II : recomendações apoiadas em estudos clínicos ou epidemiológicos sugestivos ou em argumentos teóricos e, como tais, apenas sugeridas para implementação. Há temas não resolvidos e que não resultaram em recomendações. São assinaladas as regras estabelecidas pelas autoridades federais nos Estados Unidos. O documento inclui 497 referências bibliográficas.

Comentário

A importância das recomendações contidas neste documento é óbvia para qualquer profissional que participa de procedimentos cirúrgicos e, como tal, merecem ser lidas. Aliás, seria conveniente que elas fossem divulgadas amplamente entre os profissionais de saúde e que se constituíssem em assuntos a serem obrigatoriamente ensinados a estudantes de medicina e a residentes.

DÁRIO BIROLINI

Referência

Guidelines for prevention of surgical site infection, 1999. Centers for disease control and prevention 9 (cdc) hospital infection control practices advisory committee. *American journal of infection control*, 27(2): 250-277, 1999.

Bioética

ASPECTOS ÉTICOS DA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR

A ressuscitação cardiopulmonar (RCP), quando adequadamente indicada, é procedimento no qual o consentimento do paciente e sua família é presumido e universalmente aceito. Entretanto, no paciente terminal, sem perspectiva de cura ou recuperação, quando preservar a vida já não é mais factível, pode ser fútil e cruel. Nestas condições, a RCP só tem a finalidade de postergar a morte, podendo determinar um estado de coma persistente, já que o coração tolera hipóxia por mais tempo que o cérebro. Apesar de ser uma

decisão que causa angústia em todos que dela participam, oferecer a estes pacientes a opção de não realizar manobras de RCP é conduta amparada moral e eticamente, mesmo não tendo, ainda, aceitação unânime em nosso meio.

A relutância dos profissionais de saúde em sugerir a não-indicação da RCP em seus pacientes terminais deve-se, em parte, à sensação de que estarão desistindo deles e ao desconforto em lidar com assuntos que envolvem a vida e a morte; em nosso meio, deve-se, também, ao medo de serem processados por omissão de socorro. Daí a necessidade de ampliar a discussão para melhor entendimento deste assunto.

Os Departamentos de Bioética e de Cuidados Intensivos da Sociedade de Pediatria de São Paulo, com o objetivo de oferecer subsídios aos médicos, bem como a pacientes e seus familiares, apresentam as seguintes recomendações em relação à RCP:

1. A ressuscitação cardiopulmonar (RCP) é procedimento no qual o consentimento do paciente e sua família é presumido e universalmente aceito, porém nem sempre atende aos interesses do paciente.
2. Não havendo possibilidade de recuperação do paciente terminal, a atenção da equipe multiprofissional deve ser canalizada para o conforto físico, afetivo e emocional do paciente e de sua família.
3. A equipe multiprofissional deve participar da discussão para propor à família a decisão de não reanimar. Havendo incertezas, deve-se recorrer ao parecer de outros médicos para um julgamento preciso da situação clínica. Todo este processo, e conseqüente proposta de conduta, deve ser registrado e justificado no prontuário do paciente.

4. Os pais são os defensores dos interesses de seus filhos e, em tese, são eles que decidem. Detalhes sobre a doença, seu prognóstico e opções terapêuticas devem ser explicados claramente à família. A participação da criança ou adolescente nas decisões deve ser considerada. Idade, capacidade intelectual, cognitiva e emocional estão envolvidas na sua habilidade em contribuir para as decisões.

5. Situações em que a família deseja que a RCP seja efetuada, conflitando com a opinião da equipe multiprofissional, exigem que a RCP seja realizada. Os pais devem receber apoio, informações e esclarecimentos apropriados para que o assunto possa ser discutido novamente em outra oportunidade.

6. Nas situações em que os responsáveis pelo paciente encontram-se divididos, a RCP deve ser realizada e, se mesmo após apoio, informações e esclarecimentos adequados ainda não houver consenso, deve-se recorrer a decisão judicial, com a participação da Comissão de Ética da Instituição.

7. A obtenção de consentimento informado da família para não realizar manobras de RCP é tarefa da equipe multiprofissional. Este procedimento deve ser registrado no prontuário do paciente e não requer documento assinado por familiares.

8. A decisão de não reanimar, adotada em conjunto pela equipe multiprofissional e responsáveis pelo paciente, deve ser claramente registrada e justificada no prontuário do paciente.

9. Na morte encefálica não se aplica o conceito de preservação da vida. Neste caso, o médico, antes da suspensão dos meios artificiais de sustentação de funções vegetativas, deverá comunicar o fato à família do paciente.

Comentário

No Brasil, muitos médicos ainda acreditam que a RCP deve ser indicada em todos os casos de parada cardiorrespiratória. Essa indicação deve-se, muitas vezes, não a uma expectativa de benefício para o paciente, mas ao receio de que a não-indicação da RCP possa acarretar conseqüências legais e na esfera dos Conselhos Regionais de Medicina. As recomendações dos Departamentos de Bioética e de Cuidados Intensivos da Sociedade de Pediatria de São Paulo são importantes por oferecer aos médicos o respaldo de uma reconhecida Sociedade Científica, caso decidam que a não realização da RCP é a conduta mais indicada para o seu paciente.

GABRIEL OSELKA
EDUARDO JUAN TROSTER

Pediatria

AUMENTO DA INCIDÊNCIA DE DIABETES MELITO TIPO 1 EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE

É sabido de há muito tempo que o Diabetes Melito tipo 1 (DMI) apresenta uma grande variabilidade de incidência dependendo do país ou da região geográfica que se considere. Nesta forma de diabetes, ocorre uma dependência de insulina para a sobrevivência do paciente, uma vez que as ilhotas de Langerhans, produtoras de insulina, são progressivamente destruídas

num processo de auto-imunidade.

Num estudo realizado pelo EURODIAB ACE Study Group, procurou-se avaliar a epidemiologia do Diabetes Melito tipo 1 no período de 1989-94, analisando-se 16362 pacientes registrados por 44 centros, representando a maioria dos países europeus e Israel e cobrindo uma população de aproximadamente 28 milhões de crianças. A incidência anual variou de 3,2 casos por 100.000 na antiga República Iugoslávia da Macedônia a 40,2 casos por 100.000 em duas regiões da Finlândia.

O fato que chamou muito a atenção neste estudo é que, considerando toda a região em conjunto, houve um aumento de incidência de 3,4%. Quando se faz uma análise por idade, verifica-se que houve aumento de 6,3% de incidência em crianças de 0 a 4 anos de idade: 3,1% para 5 a 9 anos e 2,4% para 10 a 14 anos.

Os resultados deste estudo confirmam a ampla variação de incidências nos diversos países europeus (isto também se verifica em outras partes do mundo) e chama muito a atenção o rápido aumento de incidência em crianças abaixo de cinco anos de idade. A variabilidade nas diversas regiões do mundo encontra explicação na variabilidade genética entre as diferentes populações já que o aspecto imune está na origem do DMI e diferentes populações apresentam diferenças imunológicas importantes.

Comentário

Não deixa de ser preocupante o rápido aumento de incidência numa faixa etária menor. Supõe-se que a exposição a algum agente desencadeando do processo imune (vírus, por exemplo) deva estar operando numa época muito precoce da vida, mas não é claro qual o fator ou os fatores responsáveis por tal aumento de incidência. A

pesquisa de fatores desencadeantes pode tornar a prevenção uma realidade se imaginarmos vacinas contra vírus que podem desencadear o processo de destruição de células beta. Os próximos anos talvez testemunhem uma grande evolução nos aspectos preventivos do DMI, o que terá, sem dúvida, sido um passo gigantesco na tentativa de evitar todo o contexto de complicações potenciais envolvendo esta doença. Como dizia Louis Pasteur. "Quando eu penso em uma doença, eu não penso em um medicamento para tratá-la, mas em um meio de preveni-la".

DURVAL DAMIANI

Referência

Eurodiab ACE Study Group, Variation and Trends in incidence of childhood diabetes in Europe. *Lancet* 2000; 355:873-6

Economia da Saúde

POR QUE AVALIAÇÃO ECONÔMICA EM SAÚDE?

Nos últimos anos tem crescido entre as autoridades responsáveis pela definição de políticas e investimentos de saúde a preocupação com a efetividade e o custo das ações de saúde. Embora as preocupações tradicionais com a qualidade da assistência à saúde, a cobertura e o acesso aos serviços permaneçam importantes, cada vez mais os responsáveis pelas decisões no setor, seja no âmbito público ou privado, devem se preocupar em obter o maior resultado possível com os recursos disponíveis. Isto se deve principalmente a três fatores: a ten-

dência sempre crescente dos custos da saúde frente a recursos sempre limitados; a crescente pressão de usuários e consumidores cada vez mais organizados e exigentes; e a identificação de muitas fontes de desperdícios na organização e prestação de serviços de saúde.

Esta tendência se traduz primeiro pela aplicação crescente de técnicas econômicas de avaliação como a Análise Custo-Benefício e a Análise Custo-Efetividade. Estas técnicas consistem basicamente em confrontar os custos de uma intervenção ou programa de saúde com o impacto ou benefício obtido. Quanto maior a relação Impacto/Custo, mais o programa “vale a pena” sob o ponto de vista econômico. Estas técnicas são cada vez mais utilizadas na alocação de recursos entre programas alternativos, e para avaliar

o mérito de intervenções específicas, protocolos de tratamento, tecnologias ou medicamentos.

Outro aspecto desta tendência se verifica na recente preocupação em avaliar a performance de sistemas de saúde, demonstrada no último relatório anual da Organização Mundial da Saúde. Neste relatório, os técnicos da OMS elaboram uma metodologia sofisticada para comparar a performance relativa de 190 países, em que confrontam os resultados obtidos pelos sistemas de saúde (em termos de indicadores de saúde, equidade e resposta às expectativas dos usuários) com o gasto nacional em saúde.

Comentário

A orientação de se avaliar políticas e ações do ponto de vista econômico não

implica a predominância da dimensão econômica sobre as demais, e sim que esta dimensão não pode ser ignorada e deve ser obrigatoriamente parte integrante do processo decisório que determina a adoção de políticas de saúde e a alocação de recursos. O dinheiro disponível para a saúde é limitado e, portanto, deve ser utilizado eficientemente e de maneira a maximizar o resultado obtido.

BERNARD F. COUTTOLENC

Referências

- Drummond, M.F., Stoddart, G.L., e Torrance, G.W.: *Metodos para la Evaluación Económica de los Programas de Atención a la Salud*. Editora Diaz de Santos, 1991.
- World Health Organization: *The World Health Report 2000*. WHO, Genebra, 2000.