

## *Economia da Saúde*

# A LUTA PELO ACESSO AOS ANTI-RETROVIRAIS

A questão da produção ou distribuição de genéricos de anti-retrovirais nos países economicamente menos favorecidos tem se mostrado e certamente continuará se apresentando como um dos grandes desafios a serem enfrentados pelas políticas de Aids destes países. Porquanto a distribuição gratuita destes medicamentos ou a produção dos genéricos correspondentes, por um preço menor, fere diretamente os interesses do capital internacional, representado pelos laboratórios farmacêuticos multinacionais.

Neste embate, pode-se destacar dois tipos de atores, cujas ações mostram-se caracterizadas por distintos princípios e motivações. De um lado, encontram-se a Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Mundial da Saúde (OMS), Organizações Não-governamentais (ONGs) e os governos dos países menos favorecidos. E, de outro, as empresas multinacionais e os países por elas representados. Estes consideram o medicamento anti-retroviral como um bem de consumo; enquanto aqueles o tratam como um direito e, mais especificamente, como um direito à saúde. Estes são motivados pela legitimidade dada pela política social, aqueles pelo lucro do capital.

Como exemplo deste conflito pode-se citar as batalhas recentemente travadas por Brasil e África do Sul com os laboratórios multinacionais. Após o governo brasileiro ter declarado sua intenção de fabricar dois genéricos de anti-retrovirais, além dos oito já fabricados, os Estados Unidos deram queixa contra o Brasil na Organização Mun-

dial de Comércio, acusando-o de violar a lei de patentes. No caso sul-africano, 39 laboratórios recorreram à justiça para impedir o país de importar e produzir genéricos de anti-retrovirais. Estes laboratórios se posicionavam contra a lei sul-africana que autoriza o governo a adquirir remédios genéricos mais baratos. Nestas duas situações, evidencia-se que os laboratórios multinacionais foram motivados pela busca do lucro na produção de um bem de consumo.

Apresenta-se aqui um paradoxo alarmante: os laboratórios impõem suas políticas de preços altos em países onde não se verifica uma demanda economicamente potencial, embora epidemiologicamente dominante. De acordo com dados da Unaid, 71,4% dos novos casos de Aids registrados no mundo se deram nos países da África Sub-Saariana, 14,6% no Sul e Sudeste da Ásia, 2,8% na América Latina, e apenas 0,8% ocorreram nos Estados Unidos. Sendo que, conforme dados do Banco Mundial<sup>1</sup>, na África Sub-Saariana existem 290,9 milhões de pessoas vivendo com menos de um dólar por dia. No Sul da Ásia, excluindo a China, este número é de 522 milhões de pessoas. Na América do Sul e Caribe, por sua vez, 78,2 milhões de pessoas vivem com menos de um dólar por dia.

Dado o baixo poder aquisitivo de grande parte da população destes países e o elevado número de casos HIV/Aids, ressalta-se, portanto, que a conduta dos laboratórios multinacionais traduz-se na negação do direito à saúde aos portadores do HIV. Cabe assim aos Estados continuarem lutando pela promoção do bem-estar, ou melhor, pela sobrevida dos portadores do vírus.

Foi dentro deste contexto, em que se trava uma luta entre interesses econômicos e político-sociais, que, a despeito do veto

dos Estados Unidos, a Comissão de Direitos Humanos da ONU aprovou, em 23 de abril, uma resolução que define o acesso aos medicamentos anti-retrovirais como uma questão de direitos humanos. Este reconhecimento internacional constitui proeminente vitória pela luta contra a Aids no mundo sub-desenvolvido, pois disponibiliza um instrumento normativo a ser utilizado por estes países no decorrer de suas batalhas pelo direito a saúde. Contudo, além de instrumentos normativos globais, estes Estados devem criar outros mecanismos institucionais – nacionais ou regionais – a fim de reunir esforços políticos para que se possa de fato, garantir, sem discriminação, o acesso a remédios e tecnologia médica para o tratamento da Aids, como assinala a recente resolução da ONU.

### **Comentário**

*A diretriz que o Ministério da Saúde definiu, e para a qual obteve respaldo internacional, tem implicações não apenas para a política de combate à Aids no país, ao permitir sua consolidação a um custo razoável, mas também representa um marco, em nível internacional, já que vários países em desenvolvimento só poderão adotar uma política de combate à doença se contarem com medicamentos a baixo custo, e países como o Brasil e Índia têm condições tecnológicas de produzi-los. Entretanto, esta batalha com implicações humanitárias, econômicas e legais, dificilmente pode ser considerada vencida, pois ao mesmo tempo em que se trava a batalha legal no âmbito da Organização Mundial de Comércio, alguns laboratórios já passaram a oferecer medicamentos contra a Aids a países pobres a um custo bem inferior ao preço de mercado, dessa forma solapando a perspectiva de países como Brasil e Índia produzirem esses*

medicamentos e passarem a vendê-los a outros países.

FABIANA DA CUNHA SADDI

1. Consulte o site <http://www.worldbank.org/poverty/data/trends/income.htm>.

### Ginecologia

## ESQUEMAS DE TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL NO CLIMATÉRIO

Na terapia de reposição hormonal (TRH) é imprescindível considerar os tipos de hormônios, as vias e esquemas.

*Tipos de hormônios* - Entre os mais utilizados neste período incluem-se os estrogênios e os progestógenos. Os androgênios e os fitoestrogênios são empregados em situações especiais.

*Vias de administração* - A oral apresenta como vantagens o menor custo, a maior facilidade de administração, bem como a possibilidade de ajuste de dose e interrupção sempre que for necessário. Os estrogênios, quando administrados por via oral, são metabolizados no fígado e excretados pela urina e bile. Na passagem pelo fígado, inibe a lipase hepática, estimulando a síntese do HDL-colesterol; portanto, a via oral proporciona incremento do HDL-colesterol, melhorando, assim, o perfil lipídico. A via parenteral tem como vantagem uma boa aceitação pelas mulheres, principalmente por aquelas portadoras de distúrbios digestivos; além do mais, provocam um menor impacto sobre o metabolismo glicídico,

além de apresentar uma absorção hormonal uniforme. Entre elas citam-se: a transdérmica (na apresentação de adesivos ou gel); os implantes subcutâneos; a nasal, a vaginal e a intra-uterina (DIU).

*Esquemas - Mulheres com útero*: esquema combinado cíclico, ou seja, a prescrição de estrogênios durante 21 a 25 dias associados a progestógenos (10 a 12 últimos dias dos estrogênios), este esquema está indicado na pré-menopausa. Na pós-menopausa pode-se utilizar o esquema combinado contínuo, principalmente naquelas mulheres que não desejam menstruar. Mulheres histerectomizadas: indica-se o esquema com estrogênios isoladamente.

Os androgênios são utilizados isoladamente ou em associação com os esquemas anteriores; estando indicados principalmente nos casos de osteoporose, depressão, alteração de sexualidade e sintomatologia resistente aos medicamentos convencionais. Os fitoestrogênios (isoflavonas e lignanas) até o momento estão indicados para a sintomatologia de ondas de calor; entretanto, a literatura é ainda controversa.

### Comentário

*Na prescrição de TRH no climatério, deve-se individualizar cada mulher com suas necessidades, bem como com o conhecimento de doenças sistêmicas preexistentes. Assim, deve-se optar pelo melhor tipo de via e de esquema, adequando-os a cada caso em particular. Ressalta-se que as contra-indicações atualmente para a TRH são em número pequeno. Todas as mulheres sob TRH deverão ter uma monitorização adequada.*

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

### Referência

Bagnoli, VR; Fonseca, AM; Assis, JS; Rosas, FC; Pinotti, JA. Terapia de reposição hormonal: Esquemas. In: Terapia de reposição hormonal em situações especiais. Fonseca, AM; Bagnoli, VR; Halbe, HW; Pinotti, JA. Editora Revinter; 2001. p. 1-5.

### Obstetria

## VIGILÂNCIA FETAL ANTEPARTO

*Boletim Prático do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG)\**

A meta da vigilância fetal anteparto é prevenir o óbito fetal. Entre as técnicas para executá-la, destaca-se a monitorização da frequência cardíaca fetal (FCF) que se aplica há mais de 30 anos. Mais recentemente, a ultra-sonografia, permitindo a avaliação de outras variáveis biofísicas do feto (perfil biofísico fetal), e a dopplervelocimetria têm sido usadas para avaliar o bem-estar fetal. Entre os métodos clínicos desponta a percepção materna dos movimentos corpóreos fetais (MF) tendo por base a correlação entre a diminuição destes e a morte fetal.

A avaliação da FCF se faz pelo método cardiotocográfico aplicado de duas formas distintas: a basal ("nonstress test") com a opção da estimulação vibro-acústica e a estressante com a indução de contrações uterinas (estimulação papilar ou ocitocina endovenosa). A primeira (basal) tem a preferência por sua rapidez e simplicidade, apesar de oferecer menor preditibilidade. O perfil biofísico fetal (PBF) associa o método cardiotocográ-

fico com o ultra-sonográfico com o qual são avaliados mais quatro variáveis: movimentos respiratórios fetais, movimentos corpóreos, tônus e volume de líquido amniótico. A técnica dopplervelocimétrica, apesar de ser ampla, o ACOG cita apenas a avaliação das artérias umbilicais, dando ênfase aos casos que evoluem com ausência de fluxo diastólico e fluxo reverso.

Alguns tópicos que merecem ser discutidos:

a) Quando indicar a vigilância fetal anteparto?

*Condições maternas:* síndromes hipertensivas, Diabetes tipo I, nefropatia crônica, Doenças cardíacas cianóticas, hemoglobinopatias (SS, CC, talassemia S), Lúpus, Síndrome Antifosfolípides, hipertireoidismo.

*Condições relacionadas à gestação:* pré-eclampsia, diminuição de MF, oligodrâmnio, poliidrâmnio, crescimento intra-uterino restrito, gestação prolongada, aloimunização, perda fetal anterior sem causa aparente, gestação múltiplas (crescimento discrepante).

b) Quando iniciar?

Modelos teóricos ou os estudos clínicos com grandes casuísticas sugerem segurança para a maioria dos casos com início da vigilância fetal com 32-34 semanas. Entretanto, para gestantes com doenças graves os testes devem ser iniciados tão precoce quanto 26-28 semanas.

c) Qual a frequência dos testes?

Na imensa maioria dos casos um teste semanal é suficiente para que se evitem os decessos fetais. Porém, em presença de riscos maiores (gestação pós-termo, diabetes tipo I, crescimento restrito grave, pré-eclampsia grave) é conveniente a execução

de dois testes semanais.

d) Qual é a garantia de um teste normal?

A confiabilidade de um teste demonstrada por meio das taxas de falsos negativos: CTG basal é 1,9 por 1000; a CTG com estresse é de 0,8 por 1000 assim como o PBF. Portanto, o valor de predição de um resultado negativo para a CTG basal é de 99,8% e mais do que 99,9% para CTG com estresse e PBF. Neste tópico, convém lembrar a importância de se cotejar os resultados dos testes com a condição materna.

e) O que fazer diante de testes anormais?

Considerar sempre a possibilidade de se tratar de um teste falso positivo. Certas condições transitórias maternas (corrigíveis) são causas freqüentes destes resultados. As taxas de falsos positivos, em contraste com as de falsos negativos, não são estimadas considerando-se a natimortalidade. Levam-se em conta novos exames ou resultados de outros testes mais precisos realizados no período anteparto ou na avaliação dos exames realizados no intraparto e do recém-nascido. Por exemplo, 90% de CTGs basais anormais têm testes com estresse negativos. Esta é a razão de se introduzir o conceito do uso de métodos progressivamente mais complexos em subseqüência às alterações verificadas nos testes mais simples. Tal postura visa evitar a prematuridade iatrogênica, uma complicação importante resultante de condutas intempestivas. Assim, o escore 6 no PBF em fetos de termo indica resolução da gestação, enquanto que nos prematuros indica repetição do exame no mesmo dia ou em 24 horas. Nos casos em que os resultados são definitivamente anormais, na ausência de contra-indicações

obstétricas, pode-se indicar a indução do parto com a monitoração contínua da FCF e contrações uterinas.

f) Quando o oligodrâmnio indica parto imediato?

Utilizando-se da ultra-sonografia, o oligodrâmnio pode ser definido de duas formas diferentes: bolsão vertical menor de 2 cm ou índice de líquido amniótico (ILA) menor que 5 cm. Em ausência de malformações fetais, principalmente as renais, e rotura prematura das membranas ovulares, invariavelmente indica redistribuição seletiva do débito cardíaco em resposta à hipoxemia fetal. Em gestações pós-termo é prudente se indicar o parto em função das complicações associadas a esta condição mórbida (eliminação de mecônio espesso). Entretanto, em outras situações de menor risco, convém considerar outras variáveis tais como as condições cervicais e condições maternas, com o intuito de se obter parto por vias naturais. Assumindo-se a conduta expectante, a vigilância fetal freqüente é impositiva.

g) Qual é o papel da dopplervelocimetria?

A utilização da dopplervelocimetria das artérias umbilicais é tida como vantajosa nos casos que evoluem com restrição do crescimento intra-uterino. As vantagens descritas se referem a menor intervenção obstétrica, incluindo: período de internação hospitalar menor, freqüência menor de indução do parto, menores taxas de cesáreas de emergência, necessidade de menor número de CTGs. Não foram observados benefícios em outras condições patológicas tais como: gestação pós-termo, diabetes, lúpus, síndrome antifosfolípide. A dopplervelocimetria das artérias umbilicais não é recomendada como rastreamento

do comprometimento fetal na população obstétrica em geral.

Por outro lado, a vigilância da hemodinâmica fetal por meio da avaliação da centralização da circulação fetal fazendo uso da dopplervelocimetria da artéria cerebral média, segundo o ACOG, não demonstra nenhum benefício aos resultados perinatais devendo ser considerado ainda investigacional.

#### **Comentário**

*A vigilância do bem-estar fetal, embora não seja matéria nova, constitui sempre tema de muito interesse, impulsionada pela notável evolução tecnológica observada em décadas recentes. Muitos autores, tendo por base convicções próprias, sem o abrigo de pesquisas clínicas convincentes, hiperdimensionam o valor da técnica dopplervelocimétrica determinando de forma precipitada novas condutas frente aos seus resultados, principalmente aqui no Brasil. Este Boletim Prático do ACOG vem, oportunamente, subsidiado em consensos anteriores, oferecer respostas claras a vários questionamentos que se enfrentam na abordagem de gestantes de alto risco, quando se enfoca o tema vigilância da vitalidade do feto. De relevo, a mensagem a respeito da restrita utilização da dopplervelocimetria das artérias umbilicais e duvidoso valor da artéria cerebral média, na avaliação do bem-estar fetal, desmistifica a famosa "centralização" da circulação fetal, tida por aqueles incautos como indicativa de parto prematuro terapêutico.*

**SEIZO MIYADAHIRA**

#### Referência

\*ACOG practice bulletin/International Journal of Gynecology & Obstetrics 68 (2000) 175-186.

#### *Clinica Médica*

## **QUAL O PAPEL DA AMIODARONA NO TRATAMENTO DA FIBRILAÇÃO VENTRICULAR/TAQUICARDIA VENTRICULAR SEM PULSO?**

Durante os anos de 1999 e 2000 foram discutidas, nos Estados Unidos, as novas Diretrizes Internacionais de Ressuscitação, publicadas em agosto de 2000<sup>1</sup>. Participaram destas novas diretrizes não só a American Heart Association como também os Conselhos de Ressuscitação da África do Sul, América Latina, Austrália, Canadá, Europa e Nova Zelândia. Seus participantes utilizaram critérios de medicina baseada em evidências para identificar e analisar as publicações científicas disponíveis e propor as necessárias mudanças. Entre estas mudanças, destacamos aqui a utilização de amiodarona no tratamento da parada cardíaca em fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular sem pulso (TV sem pulso).

A amiodarona passa a ser recomendada como o primeiro antiarritmico a ser utilizado no tratamento da FV/TV sem pulso, sendo a dose inicial de 300 mg IV em bolus, seguida, se necessário, por uma nova dose de 150 mg IV, após 5 minutos. A seqüência de atendimento passa a ser: 3 choques (200 J, 300 J e

360 J) a 1 mg de epinefrina a choque de 360 J a 300 mg de amiodarona a choque de 360 J a 1 mg de epinefrina a choque de 360 J a 150 mg de amiodarona a choque de 360 J a 1 mg de epinefrina a choque de 360 J. A partir de então é introduzida a lidocaína, conforme a padronização anteriormente preconizada.

#### **Comentário**

*As Diretrizes Internacionais 2000 constatarem que grande parte das medicações e intervenções utilizadas em ressuscitação cardiopulmonar ainda necessitam de maiores estudos. No que diz respeito à utilização de antiarrítmicos, o cenário não é diferente. A análise dos estudos demonstrou que o uso de lidocaína, nas situações de FV/TV sem pulso, não era apoiado por evidências significativas.*

*Por outro lado, os estudos também não demonstraram indícios de lesão. Assim, a lidocaína passou a ser considerada Classe Indeterminada, aguardando novas investigações. Já a amiodarona teve sua recomendação baseada em um estudo pré-hospitalar, randomizado, duplo cego, placebo controlado em que, embora não tenha havido melhora na sobrevida, um maior número de pacientes chegou vivo ao pronto-socorro<sup>2</sup>. Isto permitiu que ela recebesse uma classificação IIb – recomendada, provavelmente útil, embora também sejam necessários novos estudos. Isto não implica que, certamente, uma medicação seja superior a outra, pois não existem estudos comparativos, nem tão pouco que, ao se utilizar lidocaína como primeira opção, esteja se cometendo um grande erro, significa apenas que, até o presente momento, as poucas evidências existentes apoiam a utilização de amiodarona como o primeiro antiar-*

ritmico na FV/TV sem pulso refratária a choques e epinefrina.

**EDSON PAIVA**

#### Referências

1. Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. International Consensus on Science. Circulation 2000; 102(8-Suppl):11 – 1384.
2. Kudenchuck PJ, Cobb LA, Copass MK, Cummins RO, Doherty AM, Fahrenbruch CE, Hallstrom AP, Murray WA, Olsufka M, Walsh T. Amiodarone for resuscitation after out-of-hospital cardiac arrest due to ventricular fibrillation. N Eng J Med 1999; 341(12):871-8.

#### *Pediatria*

## AS DIFICULDADES DIAGNÓSTICAS NAS DEFICIÊNCIAS DE HORMÔNIO DE CRESCIMENTO (PARTE I)

O diagnóstico e o tratamento da deficiência de hormônio de crescimento (GH) têm gerado muita controvérsia, e para tentar uniformizar e dar diretrizes quanto à conduta, a Sociedade de Pesquisa em GH reuniu-se de 17 a 21 de Outubro de 1999 em Eilat, Israel.

O diagnóstico da deficiência de GH em crianças requer a avaliação clínica e auxológica, combinada com testes bioquímicos do eixo GH/IGF, bem como avaliação radiológica. A deficiência de GH pode estar presente como deficiência única ou pode se acompanhar de

outras deficiências de hormônios hipofisários.

Justifica-se a avaliação de deficiência de GH quando a criança apresenta estatura 2, desvios-padrão abaixo da média populacional e deve ser feita quando se descartaram outras causas de baixa estatura, como hipotireoidismo, doença sistêmica crônica, síndrome de Turner ou osteopatias.

Os critérios para se iniciar investigação imediata incluem:

- 1) Baixa estatura importante (altura mais que 3 desvios-padrão abaixo da média);
- 2) Altura mais de 1,5 desvios-padrão abaixo da altura média dos pais;
- 3) Altura mais de 2 DP abaixo da média e velocidade de Crescimento avaliada por um ano, mais que um DP abaixo da média para a idade cronológica OU diminuição do DP de altura de mais de 0,5 em um ano em crianças de mais de dois anos de idade;
- 4) Na ausência de baixa estatura, Velocidade de Crescimento mais que 2DP abaixo da média por um ano, ou 1,5DP abaixo de média por dois anos;
- 5) Sinais indicativos de lesão intra-craniana;
- 6) Sinais de deficiência pituitária múltipla;
- 7) Sintomas e sinais neonatais sugestivos de deficiência de GH.

Cada vez mais se reconhece que mutações em determinados genes (PROPI, POU1F1, etc) podem ser etiológicas em deficiências isoladas de GH ou em deficiências hipofisárias múltiplas.

A idade óssea deve fazer parte da investigação em crianças com mais de um ano de idade. Em crianças com menos de um ano, RX de joelhos e tornozelos podem ser úteis.

Ressonância nuclear magnética (RNM)

ou tomografia computadorizada de crânio deve ser solicitada naqueles pacientes com suspeita de tumores intra-cranianos, hipoplasia de nervo óptico, displasia septo-óptica ou outras anomalias estruturais ou de desenvolvimento de SNC.

Testes de provocação e dosagens de IGF-I/IGFBP-3 – Recomenda-se o uso de um número limitado de agentes provocativos para secreção de GH, tais como arginina, clonidina, glucagon, insulina e L-dopa. Cuidado especial com o uso de insulina e glucagon, devido à possibilidade de reações hipoglicêmicas graves.

Em crianças, tradicionalmente tem se considerado um pico de GH inferior a 10 mcg/L como diagnóstico de deficiência de GH, mas este valor deve ser revisado quando se usam métodos mais novos, baseados em anticorpos monoclonais.

Quanto à IGF-I e /ou IGFBP-3, valores abaixo 2DP da média sugerem fortemente anormalidade de eixo GH/IGF, desde que outras causas de IGF baixo sejam excluídas. No entanto, em pacientes deficientes de GH, podem ocorrer valores de IGF-I e IGFBP-3 dentro da faixa de normalidade. Na ausência de um "padrão-ouro", é importante que o clínico integre todos os dados disponíveis (clínicos, auxológicos, radiológicos e bioquímicos) para chegar a um diagnóstico.

#### **Comentário**

*Tem se tornado cada vez mais difícil estabelecer o diagnóstico de deficiência de GH em situações em que o quadro clínico não seja exuberante. As recomendações do Grupo de Pesquisa em GH demonstram claramente algumas dessas dificuldades e deve-se salientar a importância aos dados auxológicos no diagnóstico, especificamente a velocidade de crescimento.*

Também é importante salientarmos as recomendações de que é preciso, antes de mais nada, afastar outras causas de baixa estatura antes de partir para a trabalhosa avaliação do eixo GH/IGF: a maior causa de baixa estatura em nosso país é nutricional e não endócrina. Crianças com doenças crônicas, em uso de corticosteróides por longo prazo, apresentam sério prejuízo de seu crescimento, sem terem deficiência da GH. A exclusão de osteopatias, cuja marca clínica é uma baixa estatura desproporcionada, também deve ser feita e lembrar sempre que toda menina com baixa estatura pode ter síndrome de Turner e, daí, a necessidade de cariótipo nessas crianças.

Diante da possibilidade de deficiência de GH, muitas vezes deve-se recorrer a um "teste terapêutico" em que o paciente é submetido a um curso de GH para avaliar o tipo de resposta que se apresenta e poder inferir que algum grau de deficiência de GH estava realmente presente.

Portanto, são absolutamente bem-vindas as recomendações do Grupo de Pesquisa em GH, já que o assunto tem se tornado cada vez mais intrincado e nós, clínicos, ficamos com a árdua decisão de não negar o tratamento a quem realmente precise, e não prescrever em excesso já que há efeitos colaterais inerentes ao tratamento inadequado.

**DURVAL DAMIANI**

#### Referência

GH Research Society. Consensus Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Growth Hormone (GH) Deficiency in Childhood and Adolescence: Summary Statement of the GH Research Society. *J Clin Endocrinol Metab*, 2000; 85(11): 3990-3

### Bioética

## A PRESCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICOS E AS COMISSÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Em 1999, o Conselho Federal de Medicina aprovou a Resolução CFM Nº 1.552/99, com o seguinte teor:

**Art. 1º** – A prescrição de antibióticos nas unidades hospitalares obedecerá às normas emanadas da CCIH.

**Art. 2º** – As rotinas técnico-operacionais constantes nas normas estabelecidas pela CCIH para a liberação e utilização dos antibióticos devem ser ágeis e baseadas em protocolos científicos.

**Parágrafo 1º** – Os protocolos científicos não se subordinam a fatores de ordem econômica.

**Parágrafo 2º** – É ético o critério que condiciona a liberação de antibióticos pela CCIH à solicitação justificada e firmada por escrito.

**Art. 3º** – Os Diretores Clínico e Técnico da instituição, no âmbito de suas competências, são os responsáveis pela viabilização e otimização das rotinas técnico-operacionais para liberação dos antibióticos.

### Comentário

*Esta Resolução é importante por esclarecer, categoricamente, questões suscitadas quanto aos limites éticos da atuação das CCIH no que se refere à prescrição de antibióticos.*

*De fato: segundo a compreensão de alguns médicos (e, até mesmo, de alguns Conselhos Regionais de Medicina), ao se discutir a eventual obrigação de os médicos*

*seguirem as orientações da CCIH, o valor preponderante teria o respeito à autonomia de atuação dos médicos. Assim, se o médico não concordasse com as normas da CCIH poderia prescrever o antibiótico de sua livre escolha.*

*Ao estabelecer, com clareza, que "a prescrição dos antibióticos nas unidades hospitalares obedecerá às normas emanadas da CCIH", o CFM não só reconhece o importantíssimo papel dessas comissões, como consagra - uma vez mais - que a responsabilidade dos serviços de saúde e dos médicos não é apenas com os pacientes individuais, mas também com toda a sociedade. Nesse caso, o aparente comprometimento da autonomia dos médicos se dá em nome de um bem maior, o de proteção da comunidade, com a adoção de condutas que diminuam o risco de desenvolvimento de resistência bacteriana pelo uso indiscriminado de antibióticos.*

*Cabe ressaltar, por fim, que o CFM reitera que as normas estabelecidas pela CCIH devem obedecer a critérios científicos e não se subordinam a fatores de ordem econômica.*

**GABRIEL OSELKA**

### Clínica Cirúrgica

## INFECÇÃO DA FERIDA CIRÚRGICA: TRATAMENTO

Doente, com incisão abdominal para mediana para retal interna D, realizada para tratar úlcera duodenal perfurada. Desenvolveu significativa infecção da ferida operatória, sem evisceração, mas com deiscência dos planos superficiais até a aponeurose, com intensa secreção purulenta. O que fazer? Antibioticoterapia? Uso local de fár-

macos de alto custo? Curativos simples com antissépticos?

A experiência do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, FCMSCSP, demonstrou, desde 1979, a extrema eficácia do açúcar refinado, identificado laboratorialmente como bactericida e bacteriostático no tratamento dessas supurações.

A retirada de corpos estranhos, (fios, por exemplo), seguida da lavagem da ferida com soro fisiológico e colocação de açúcar, repetidas 2 a 3 vezes ao dia, melhoram o aspecto da ferida, negatizam as culturas levando à cura.

É um processo barato, cientificamente comprovado, padronizado pelo Ministério da Saúde, exaustivamente empregado em todo o País.

No doente referido, ponderou-se o açúcar. Na cultura da ferida purulenta isolaram-se colônias de *Echerichia coli* e *Pseudomonas aeruginosa*.

Retiraram-se os pontos de sutura da pele e dos fios que agiam como corpos estranhos e praticaram-se os curativos como antes descritos.

Cerca de 48hs após, a cultura negatizou-se. A ferida purulenta desapareceu numa semana, e a cicatrização ocorreu por segunda intenção.

#### **Comentário**

*Após os trabalhos preliminares do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, FCMSCSP, iniciados no Brasil por Rahal et al. em 1979, o uso do açúcar no tratamento das*

*feridas cirúrgicas infectadas, se difundiu pelo hospitais do Brasil e mesmo no exterior. O seu emprego, realizado de maneira ética e cientificamente bem indicada, propicia resultados extraordinariamente satisfatórios.*

**FARES RAHAL  
CARLOS ALBERTO MALHEIROS  
FRANCISCO CESAR MARTINS RODRIGUES**

#### Referências

1. Rahal, F.; Mimica, I.; Pereira, V.; Athié, E.-O açúcar no tratamento local das infecção feridas operatórias e dos abscessos intracavitários. Nota Prévia Rev. Paul. Med. 94: 132/3 Nov/Dez 1979
2. Rahal, F.; Mimica, I.; Pereira, V.; Athié, E.-Sugar in the treatment of infected surgical wounds. Intern. Surg. 1984; 69: 373-5