

Obstetria

RESSUSCITAÇÃO INTRA-UTERINA NO TRABALHO DE PARTO: EXISTE FACTIBILIDADE ATUALMENTE NO BRASIL?

A banalização da cesárea, em sua acepção ampla, desloca para planos ínfimos de importância as manobras e as técnicas¹ existentes para reverter quadros de possível depressão fetal, durante o trabalho de parto, recursos esses elaborados para se concretizar um parto por via vaginal. O aprimoramento da tecnologia de vigilância do bem-estar fetal², aplicada durante esse curto período da gestação, facilitou sobremaneira a instituição de cuidados preventivos e terapêuticos porque as ferramentas disponibilizadas permitem a detecção precoce dos desvios agudos na fisiologia feto e uteroplacentária. Entretanto, observa-se que, ao avesso de se aproveitarem dessas vantagens para o estabelecimento de medidas corretivas, ao reconhecerem quaisquer irregularidades, os obstetras brasileiros utilizam-nas como subterfúgio para a indicação imediata da via abdominal de nascimento, a despeito das eloqüentes taxas de falsos-positivos (até 80%) exibidas pelos testes aplicados². Embora essas anormalidades do trabalho de parto sejam responsáveis por número irrisório de casos com desfecho tão crítico e sua ocorrência seja pouco freqüente, a paralisia cerebral³ e outras seqüelas neurológicas pós-natais são preocupações constantes nas atividades em Centro Obstétrico. De fato, as complicações profissionais resultantes disso, na esfera civil e judicial implicam grande ônus emocional e, às vezes, econômico. Em face disso, é oportuno, mesmo que soe anacrônico e de pouca factibilidade, enfatizar as medidas fundadas para a correção da hipoxia intraparto. Por óbvio, é desnecessário salientar que uma instrumentalização mínima é obrigatória. Nesse sentido, a cardiocardiografia (CTG) é soberana para a monitorização da freqüência cardíaca fetal (FCF) e compõe a metodologia primária para essa finalidade, empregada na maioria dos centros obstétricos dos países desenvolvidos e nos centros nacionais mais bem estruturados. Nos resultados não-tranquilizadores desse exame, idealmente pode-se complementar a análise da vitalidade fetal por meio da gasometria⁴, oximetria ou pela eletrocardiografia fetal². Se, porventura, existirem fortes indícios de hipoxia fetal, mesmo na indisponibilidade de métodos complementares à CTG, deve-se instituir os procedimentos de ressuscitação intra-uterina constituídos por: a) reposicionamento materno, nas situações de inadequações hemodinâmicas maternas e mal posicionamento do cordão umbilical (desacelerações variáveis da FCF); b) redução da atividade uterina, suspendendo a infusão de ocitocina ou ministrando uterolíticos; c) infusão de fluido intravenoso, seja solução fisiológica ou de ringer-lactato, mesmo não havendo evidências de déficit volumétrico materno; d) administração de oxigênio, de preferência, por meio de máscaras especiais, tipo "non-rebreather facemask"; e) amnioinfusão para corrigir os efeitos das compressões

funiculares; f) suspensão temporária dos esforços expulsivos (puxos) até a recuperação da reserva fetal em oxigênio¹. Nada a obstar à inexistência de consenso a respeito da eficácia de cada medida de ressuscitação ou de todo o conjunto de manobras se o profissional tiver o escopo franco de propiciar à parturiente um parto vaginal, a correta observância de todos os passos diagnósticos e terapêuticos pertinentes é imprescindível e, seguramente, pode coroar de êxito o seu propósito. Portanto, a factibilidade da reanimação intra-uterina está diretamente vinculada não só à cognição e domínio do obstetra em relação à propedêutica do bem-estar fetal durante o período intraparto, mas também à sua verdadeira intenção na assistência à parturiente.

SEIZO MIYADAHIRA
ROSELI MIEKO YAMAMOTO NOMURA
MARCELO ZUGAIB

Referências

1. Simpson KR. Intrauterine resuscitation during labor: review of current methods and supportive evidence. J Midwifery Women's Health. 2007;52:229-37.
2. Norén H, Blad S, Carlsson A, Flisberg A, Gustavsson A, Lilja H, et al. STAN in clinical practice: The outcome of 2 years of regular use in the city of Gothenburg. Am J Obstet Gynecol. 2007;195:7-15.
3. Strijbis EMM, Oudman I, Van Essen P, MacLennan A. Cerebral palsy and the application of International Criteria for Acute Intrapartum Hypoxia. Obstet Gynecol. 2006;107:1357-65.
4. Ross MG, Gala R. Use of umbilical artery base excess: algorithm for the timing of hypoxic injury. Am J Obstet Gynecol. 2002;187:1-9

Medicina Farmacêutica

QUAL A IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE ORÇAMENTÁRIA DE PROJETOS DE PESQUISA CLÍNICA?

A Resolução CNS 196/96, assim como a RDC 219/04, consideram o orçamento financeiro de estudos clínicos como um dos itens que compõem o projeto de pesquisa¹⁻². A análise criteriosa deste documento, a fim de verificar se os custos oferecidos pelo patrocinador (em geral, a indústria farmacêutica) satisfazem os custos institucionais para a realização do estudo, deve ser, pois, uma prática comum às instituições que conduzem pesquisa clínica, devendo, sempre que possível, ser realizada por equipe especializada. Saber defender os direitos da instituição no que tange aos custos de estudos clínicos demonstra bom preparo da instituição e certamente é apreciado pelos patrocinadores³, além de ser parte fundamental na estratégia de manutenção da sustentabilidade dos centros de pesquisa.

O orçamento do estudo deve contemplar os custos diretos, como honorários profissionais, testes diagnósticos e terapêuticos, procedimentos cirúrgicos, custos administrativos, devendo ainda contemplar as despesas com transporte e alimentação a serem reembolsadas pelo paciente. Adicionalmente, custos indiretos também devem ser incluídos no orçamento; estes se referem aos custos não atribuíveis diretamente ao estudo e que, por este motivo, são de difícil mensuração e usualmente esquecidos. Uma alternativa, utilizada por boa parte