

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%¹.

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%².

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 dia¹.

Utilizando-se dessas medidas, Survey¹, 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 sólidas². 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 prática².

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 educativas².

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%². Nos EUA intervenções também de realimentação e educativas reduziram a mortalidade na cirurgia coronariana em 24%².

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 experiência³.

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