

nuir o risco cirúrgico, é raramente necessária, a menos que esteja indicada independente do contexto perioperatório.

Durante a anamnese e exame físico, deve-se identificar os preditores clínicos de risco cardiovascular, divididos em *maiores* (Síndromes coronárias instáveis, ICC descompensada, arritmias significativas e valvopatias graves), *intermediários* (angina estável, IAM prévio, ICC compensada, diabetes mellitus e insuficiência renal) e *menores* (idade avançada, ECG anormal, baixa capacidade funcional, história de AVC, HAS não controlada e ritmo não sinusal). Tais preditores orientam a realização de testes adicionais durante a avaliação perioperatória.

Na avaliação de risco coronariano recomenda-se a abordagem por passos, com uma boa relação custo efetividade desde as diretrizes publicadas em 1996. Investigações adicionais não estão indicadas em cirurgias de emergência. Em pacientes revascularizados nos últimos cinco anos, ou naqueles estratificados para isquemia nos últimos dois anos e que permaneçam clinicamente estáveis, nenhum teste adicional deve ser realizado. Na presença de preditores maiores de risco a cirurgia deve ser adiada, se possível, até que tais fatores sejam compensados. Nos pacientes com preditores intermediários, mas com boa capacidade funcional, o risco de complicações é pequeno. Um teste não-invasivo para isquemia é recomendado, entretanto, para pacientes com pobre capacidade funcional que serão submetidos a cirurgias de maior risco. Em pacientes com preditores menores e boa capacidade funcional, a cirurgia não cardíaca é segura. Com relação ao método para a estratificação coronariana, além da cintilografia miocárdica com tálcio-dipiridamol, o ecocardiograma *stress* com dobutamina pode ser uma opção.

Algumas situações merecem destaque. O paciente hipertenso grave deve ser estabilizado antes da cirurgia, com ênfase ao uso dos beta-bloqueadores. Dentre as valvopatias, a estenose aórtica é a que confere maior risco cirúrgico. Para os pacientes submetidos à angioplastia percutânea, recomenda-se que seja respeitado um período de pelo menos quatro semanas até que a cirurgia não cardíaca seja realizada.

Comentário

A intervenção perioperatória para simplesmente baixar o risco cirúrgico é raramente necessária, a menos que esteja indicada

também fora do período perioperatório. O propósito da avaliação perioperatória não é liberar o paciente para algum procedimento, mas sim realizar uma avaliação geral do estado clínico do paciente, fazer recomendações para o manejo e riscos de problemas cardíacos durante todo o período perioperatório e fornecer um perfil de risco para que sejam tomadas decisões que possam influenciar nos eventos cardíacos a curto e longo prazo. Sempre lembrando que esta pode ser a primeira oportunidade de avaliação cardiológica e diagnóstico de cardiopatias em muitos pacientes.

RENATO SCOTTI BAGNATORI
BRUNO CARAMELLI

Referência

ACC/AHA Guideline update on perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery. *J Am Coll Cardiol* 2002; 39:542-53.

Economia da Saúde

UM PLANO MARSHALL PARA COMBATER A EPIDEMIA DE AIDS?

Todos os dias morrem mais de 8 mil pessoas vítimas da Aids. A cada hora, quase 600 pessoas tornam-se infectadas. A cada minuto, uma criança morre como vítima da Aids. 40 milhões de pessoas estão vivendo contaminadas pelo vírus.

Diante desta epidemia que causa um desastre de proporções globais, o Secretário-Geral da ONU, Kofi Annan está pedindo ao mundo rico US\$ 7 bilhões para um fundo global de saúde para combater a Aids, a tuberculose e a malária. O objetivo do fundo é mobilizar recursos adicionais, através de uma parceria público-privada, para financiar ações e programas destinados a reduzir a carga dessas doenças nos países mais afetados. O fundo financiará ações de tipo preventivo, curativo e de apoio, de maneira a complementar e fortalecer a ação dos sistemas de saúde na luta contra essas doenças.

Comentário

A questão dentro de uma ótica de econômica é: o que isto representa? Entre abril de 1948 e dezembro de 1951, os Estados Unidos gastaram cerca de US\$ 13 bilhões para promover a reconstrução de mais de 16 países europeus devastados

pela 2ª Guerra Mundial. Este Programa de Recuperação Européia, que ficou conhecido como Plano Marshall, mudou o destino do mundo. Países até então em guerra, passaram a colaborar e buscar soluções para as reconstruções econômicas, sociais e políticas da Europa. Isto levou a criação da Comunidade Européia, cujo fruto mais recente foi a introdução de uma moeda única, o euro. O Plano Marshall custou aos Estados Unidos menos de 3% do PIB de então a cada ano de sua vigência. Um custo relativamente pequeno para o sucesso conseguido.

Assim, a idéia de um fundo mundial para combater o HIV/AIDS é importante porque potencialmente pode ter um caráter transformador para a epidemia, e minorando de maneira significativa as dívidas sociais com milhões de pessoas carentes de atendimento especialmente na África. A questão é saber se o valor estimado para este fundo é suficiente diante das necessidades e do potencial que existe para criá-lo. Em estudo recente, o economista Jeffrey Sachs, da Universidade de Harvard, considera que se os Estados Unidos elevassem o valor de seu orçamento de ajuda de 0,1% para 0,2% do PIB, haveria mais US\$ 10 bilhões disponíveis para serem alocados aos recursos de desenvolvimento, o que representaria US\$ 3,70 por americano/ano. Se somarmos o potencial dos países membros do G-7, isto agregaria outros US\$ 10 bilhões a cada ano.

É evidente que um fundo de saúde tomado de maneira isolada não tem sentido, como não têm sentido políticas de saúde desvinculadas de políticas sociais e econômicas. Assim, este fundo poderia ter cláusulas de contrapartida por parte das nações interessadas, como existe em inúmeros instrumentos de recursos para o desenvolvimento, multiplicando os valores disponíveis. Neste sentido, o simples fato da ONU levantar essa bandeira, embora de valor tímido, certamente traz um momento auspicioso para se iniciar esta discussão.

MARCOS KISIL

Referências

1. WHO, Department of HIV/AIDS. New Epidemiological Fact Sheets; 2002.
2. Annan Kofi A. No letting up on AIDS. *Washington Post*, Thursday 29 November 2001.
3. The Marshall Plan and the Future of US-European Relations. German Information Center. Available on: <http://www.usaid.gov/multimedia/video/marshall>.

Emergência e Medicina Intensiva

UTILIZAÇÃO DE SEDATIVOS E ANALGÉSICOS EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Recentemente, o American College of Critical Care Medicine propôs uma nova orientação em relação a prática clínica para utilização de analgésicos e sedativos no paciente adulto criticamente enfermo¹. As orientações são baseadas nas evidências clínicas disponíveis e graduadas em três graus: (A- Métodos convincentes, resultados consistentes, pesquisa prospectiva, controlada, randomizada (PCR), não heterogêneo; B- Métodos convincentes, resultados inconsistentes, pesquisa PCR, presença de heterogeneidade; C- Métodos não convincentes, estudos observacionais). No sumário das recomendações, observamos 12 itens com grau de recomendação C, 14 recomendações de grau B e apenas duas de grau A que estão relacionadas ao uso de sedativos. Recomenda-se a utilização a curto prazo do midazolam, já que este produz um despertar e um tempo de desmame para extubação imprevisível, quando a infusão se prolonga por mais do que 48-72 horas. Como segunda evidência, com grau A, recomenda-se a titulação da dose do sedativo para um nível definido com uma diminuição sistemática da dose ou interrupção diária com retitulação para minimizar os efeitos sedativos prolongados.

Comentário

O paciente gravemente enfermo tem o direito de receber uma analgesia e sedação adequadas durante sua permanência na UCI, garantindo a manutenção de um bom nível de conforto. Por isso, é importante estas recomendações baseadas em evidências clínicas no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados fornecidos aos pacientes, além de mensurar as conseqüências do que nós estamos fazendo e diminuir a possibilidade da variabilidade da utilização de analgésicos e sedativos na prática clínica. Entretanto, temos observado, em nosso meio, que estas recomendações não têm freqüentemente sido utilizadas, apesar de concordarmos que em várias situações clínicas não é possível a

aplicação das recomendações com grau de evidência C ou mesmo B.

WERTHER BRUNOW DE CARVALHO

Referência

Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, Riker RR, Fontaine D, Wittbrodt ET, et al. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. Crit Care Med 2002; 30:119-41.

Ginecologia

COMO ABORDAR A MULHER NA PERIMENOPAUSA

O objetivo clínico na perimenopausa é otimizar a saúde da mulher neste período. Como os dados de pesquisa clínica ainda são insuficientes para se estabelecer parâmetros baseados em evidências, a Sociedade Norte-Americana de Menopausa estabeleceu as seguintes diretrizes para esta fase:

1. O exame de saúde anual na mulher na perimenopausa deve ser anual, devendo incluir exames capazes de detectar problemas físicos e psicológicos.
2. Existem dados clínicos suficientes para planejar a abordagem dos diversos sintomas bem como programar o manuseio das diversas doenças crônicas relacionadas à perimenopausa.
3. A importância de se individualizar o rastreamento, assim como planejar individualmente o tratamento e incluir a paciente neste processo decisório, é bastante evidente. Ao selecionar as propostas de tratamento, o médico e a mulher devem conjuntamente considerar:
 - O estado atual de saúde da mulher.
 - A severidade dos distúrbios hormonais presentes.
 - O risco de desenvolver doenças sérias, como osteoporose e doença cardiovascular.
 - Os riscos potenciais e os benefícios de cada tratamento.
 - O estilo de vida da mulher.
 - A visão da mulher sobre cada tratamento.
4. Como os dados clínicos obtidos pelas pesquisas clínicas ainda são limitados, os profissionais de saúde devem considerar extrapolar os dados existentes, bem como se apoiar na experiência clínica na opção dos diversos tratamentos propostos.

5. O manuseio da perimenopausa pode incluir a conduta expectante (haja vista muitos sintomas se extinguirem espontaneamente em curto período de tempo), assim como a associação de tratamentos. Nas mulheres que utilizarem esquemas de reposição estrogênica ou em associação aos progestógenos, o emprego de doses baixas deve ser sempre considerado. Todas as mulheres em tratamento devem ser examinadas pelo menos uma vez ao ano, visando identificar as de maior risco de desenvolvimento como osteoporose, doença cardiovascular e afecções genito-urinárias.

Portanto, a combinação de cuidados preventivos, mudanças no estilo de vida e diagnóstico precoce, seguido de rápida intervenção, são valiosos na manutenção da qualidade de vida e da saúde das mulheres na perimenopausa.

Comentário

Contrariamente à polêmica existente sobre a terapia de reposição hormonal em mulheres após a menopausa, a abordagem das mulheres climatéricas está muito bem fundamentada através de diretrizes sólidas como acima preconizadas. Cabe, portanto, ao médico individualizar as pacientes.

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

Referência

Clinical challenges of perimenopause. Consensus opinion of The North American Menopause Society. Menopause 2000; 7:5-13.

Medicina Baseada em Evidências

PREVENÇÃO DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO NO TRAUMA

Apresentamos as principais recomendações da Eastern Association for the Surgery of Trauma para oito áreas relacionadas a prevenção e diagnóstico do tromboembolismo venoso no trauma. 1) Fatores de risco: nível I de recomendação foi atribuído a vítimas com lesão de medula espinal ou fraturas de coluna. Nível II,

idade avançada, gravidade do trauma e transfusão sanguínea. Fatores de risco tradicionais, incluindo fraturas de ossos longos, pélvicas e trauma craniano, necessitam de confirmação adicional. 2) Heparina não-fractionada: Não há recomendação nível I. Como nível II, há pouca evidência para recomendar a HNF isolada na prevenção; a segurança da HNF não foi estabelecida em pacientes com risco de sangramento. 3) Compressão plantar: não há recomendação nível I ou II para o seu uso na prevenção do TEV; há recomendação nível III para aqueles casos nos quais a compressão pneumática intermitente não pode ser realizada, pela presença de fixadores externos ou talas gessadas, ou para pacientes que não podem ser anticoagulados. 4) Compressão pneumática intermitente: não há recomendação nível I ou II. Como nível III, a CPI parece ser benéfica nos subgrupos de vítimas de trauma craniano. 5) Heparina de baixo peso molecular: Não há nível I. Há nível II para seu uso nas fraturas pélvicas ou fraturas complexas operadas ou necessitando repouso prolongado, assim como nas lesões medulares com paralisia ou paresia. Não é recomendada em pacientes com outras lesões com risco elevado de sangramento. Como nível III, pacientes com trauma grave e que possam receber anticoagulantes devem receber a HBPM como o método de eleição para a prevenção do TEV; ainda não há evidência para o seu uso no sangramento intracraniano pós-trauma ou quando há cateteres epidurais. 6) Filtro de veia cava: Não há recomendação nível I ou II. Como recomendação nível III, a inserção profilática poderia ser considerada nos pacientes de muito alto risco, na impossibilidade de receber anticoagulantes, nos com imobilização prolongada por Glasgow menor que 8, lesão medular, fraturas pélvicas complexas com fraturas de osso longos, e múltiplas fraturas de ossos longos. 7) Mapeamento Duplex: Nível I para o uso do Duplex sem flebografia confirmatória para diagnosticar TVP sintomática. Não há recomendação nível II. Como nível III, o uso do Duplex seriado para triagem de TVP em vítimas assinto-

máticas de alto risco pode ser custo-efetivo. Seu uso é comprometido pela baixa sensibilidade no assintomático. 8) Flebografia: não há recomendação nível I. Como nível II, a flebografia poderia ser usada para confirmar Duplex inconclusivo; a flebografia não deve ser usada para triagem de pacientes de assintomáticos com alto risco para TVP, exceto em pesquisa clínica. Como nível III, a flebografia por ressonância magnética pode ser útil, especialmente nos coágulos localizados na panturrilha e na pelve, locais onde a flebografia e o Duplex são menos confiáveis.

Comentário

Há pouca recomendação nível I em virtude da raridade de estudos prospectivos e randomizados na literatura do trauma. É fundamental que estudos bem desenhados e financiados, semelhantes aos realizados na cardiologia e oncologia, contribuam nas áreas carentes de evidência.

LUIZ FRANCISCO POLI DE FIGUEIREDO

Referência

Rogers FB, Cipole MD, Velmahos G, Rozycki G, Luchtte FA. Practice management guidelines for the prevention of venous thromboembolism in trauma patients: the EAST practice management guidelines work group. *J Trauma* 2002; 53:142-64.

Obstetrícia

DOPPLERVELOCIMETRIA UMBILICAL PARA A AVALIAÇÃO FETAL EM GESTAÇÕES DE ALTO RISCO

A aplicação da dopplervelocimetria em Obstetrícia foi demonstrada pioneiramente por Fitzgerald e Drumm, em 1977¹. Após meados da década de 1980, sua grande difusão coincidiu com o aprimoramento da tecnologia ultra-sonográfica. Decorridos mais de 15 anos de uso, vasta literatura demonstra a sua inegável utilidade em inúmeras situações patológicas no decurso da gravidez. Dois aspectos foram fundamentais para suscitar tamanha sedução por tal método. O primeiro refere-se à possibilidade de se diagnosticar, de forma não invasiva, a insuficiência placentária

e o segundo vincula-se ao acesso às consequências dessa anormalidade, ou seja, a avaliação da hemodinâmica fetal, de particular interesse nos casos que evoluem com importantes injúrias hipoxêmicas fetais. Porém, muitos pontos não esclarecidos persistem a desafiar os pesquisadores envolvidos. Assim, tendo como “background” de que sonogramas umbilicais anormais poderiam indicar um prognóstico fetal adverso e, como consequência, intervenções obstétricas precipitadas, resultando em iatrogenias, foi efetuado um trabalho de revisão², com objetivo de se obter subsídios consistentes acerca do impacto do uso dessa modalidade propedêutica em pacientes com alto risco gestacional. Foram selecionados 11 estudos randomizados, em um total de 7000 gestantes. O critério de escolha dos estudos teve por base a comparação do uso e não uso do método, distribuídos aleatoriamente. A dopplervelocimetria umbilical foi associada à redução das taxas de mortalidade perinatal com odds ratio de 0,71 (intervalo de confiança a 95% - 0,50 - 1,01); menor número de induções do parto, com odds ratio de 0,83 (IC 95%, 0,74 - 0,93) e menor frequência de internações, com odds ratio de 0,56 (IC 95%, 0,43 - 0,72). Não foram observadas diferenças significativas quanto à ocorrência de sofrimento fetal no parto e nas taxas de cesáreas. Como conclusão, admitem a melhora dos cuidados obstétricos pela introdução desse método, evidenciada principalmente pela diminuição do índice de mortalidade perinatal, em 29%.

Comentário

Ainda que a dopplervelocimetria esteja distante de ser disponibilizada para a maioria absoluta da população brasileira, sua eficácia tem sido comprovada, também em território nacional, sugerindo sua vasta aplicabilidade³. A experiência acumulada em centros nacionais, excedem em número para elaborar a proposta de diretrizes para a sua aplicação. Nesse sentido, cabe o alerta de que esse método não é a panacéia para a avaliação fetal, e por isso, não impera soberana, como querem alguns. Os

métodos tradicionais não devem ser relegados a planos secundários. A seleção de pacientes que exibem riscos para evoluírem com insuficiência placentária⁴ é fundamental para que se obtenha desempenho adequado, pois nesses casos é possível se estabelecer, em decorrência do uso dessa propedêutica, um novo delineamento dos cuidados assistenciais. A dopplervelocimetria umbilical torna-se de extrema relevância em gestações com insuficiência placentária muito grave, nas quais o método, isoladamente, pode determinar conduta resolutiva.

SEIZO MIYADAHIRA

Referências

1. Fitzgerald D, Drumm J. Non-invasive measurement of human fetal circulation using ultrasound: a new method. *Br Med J* 1977; 2:1450-1.
2. Neilson JP, Alfirevic Z. Doppler ultrasound for fetal assessment in high risk pregnancies (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3; 2001. Oxford: Update Software.
3. Francisco RPV, Nomura RM, Miyadahira S, Zugaib M. Diástole zero ou reversa na dopplervelocimetria das artérias umbilicais. *Rev Assoc Med Bras* 2001; 47:30-6.
4. Vintzileos A. Antenatal assessment for the detection of fetal asphyxia: an evidence-based approach using indication-specific testing. *Ann N Y Acad Sci* 2000; 900:137-50.

Pediatria

HIPOTIREOIDISMO SUB-CLÍNICO - CONTROVÉRSIAS (PARTE I)

Depois de revisar uma considerável quantidade de dados, os autores concluem que indivíduos com HS raramente precisam ser tratados com L-tiroxina (hormônio tireoideano). Os métodos atuais para avaliar a função tireoideana são inadequados para distinguir pacientes eutireoideanos daqueles com insuficiência tireoideana leve ou incipiente. Dados epidemiológicos mostram que indivíduos com TSH menor que 10mUI/L correspondem à grande maioria dos HS. Um grande número desses indivíduos, especialmente homens, são, na verdade, eutireoideanos. Estudos de corte transversal mostram que eles apresentam anomalias fisiológicas mínimas e provavelmente não

seriam beneficiados pela terapia. A relação risco/benefício de tratar HS permanece indeterminada, dada a falta de dados de evolução e o risco considerável de supressão de TSH em pacientes com L-tiroxina.

Diante desses problemas, nós limitaremos o uso do tratamento com L-tiroxina aos indivíduos com HS que possuam uma combinação dos seguintes fatores: TSH > 10mUI/L em dosagens repetidas, sintomas ou sinais claros (ex: bócio) de insuficiência tireoideana, história familiar convincente de doença tireoideana, gravidez, tabagismo ou hiperlipidêmicos graves não diagnosticados anteriormente. Nossa posição de raramente tratar HS é suportada por um painel de consenso do Reino Unido que advoga tratamento de rotina do HS quando o TSH excede 10mUI/L.

Comentário

A grande questão no momento, com evidentes implicações de ordem prática, é se tratamos ou não o HS. O artigo de James Chu e Lawrence Crapo defende a opção de tratar tais pacientes, enquanto, em nosso comentário no próximo número da RAMB abordaremos a opinião oposta, defendida no artigo de Michael McDermott e Chester Ridgway. Com base nessas informações, nossos leitores tomarão partido no tratamento ou não desta condição. Enfatizamos, para finalizar, que a grande controvérsia está nos TSH menores que 10mUI/L, já que há considerável acordo em que TSH > 10 merecem tratamento.

DURVAL DAMIANI

Referência

- Chu JW, Crapo LM. The treatment of subclinical hypothyroidism is seldom necessary. *J Clin Endocrinol Metab* 2001; 86:4591-9.

Saúde Pública

"ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO: VIVA E DEIXE VIVER"

"Estigma e discriminação" é a diretriz da Campanha Mundial de Aids para o biênio 2002 – 2003. Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS (UNAIDS),

o estigma e a discriminação são os maiores obstáculos para efetivas medidas de cuidado e prevenção do HIV/AIDS. O medo da discriminação pode impedir que as pessoas busquem tratamento contra a Aids como também há o temor de que as suas situações sorológicas em relação ao HIV sejam publicamente conhecidas. As pessoas infectadas ou supostamente infectadas pelo HIV podem ser rejeitadas pelos serviços de saúde, privadas de moradia e emprego, evitadas por amigos e colegas, descobertas por seguros de saúde ou recusadas para ter entradas em países estrangeiros. Em alguns casos, podem ser expulsas de casa por seus parentes, seus cônjuges podem divorciar-se delas e podem ser vítimas de violência física ou mesmo de homicídio. O estigma relacionado com o HIV/AIDS pode estender-se para as futuras gerações com a conseqüente carga psicológica para as crianças que possivelmente estejam também tratando de superar a morte de seus pais por decorrência da Aids. Centrando-se no estigma e na discriminação, a campanha se propõe a encorajar as pessoas para romper o silêncio e derrubar os obstáculos que impedem eficazes medidas de atenção e prevenção do HIV/AIDS. Somente enfrentando o estigma e a discriminação, a luta contra o HIV/AIDS será vitoriosa".

Comentário

Diretrizes, campanhas e temas permitem comentários de diversas naturezas tais como discussões sobre seus objetivos, efetividade e limitações em Saúde Pública e até mesmo análises dos seus conteúdos ideológicos. Aqui, são trazidos para reflexão dois outros aspectos. Citando apenas duas doenças, em épocas não tão longínquas, já passamos pela problemática do estigma e da discriminação em relação à tuberculose com os famosos sanatórios e a hanseníase com os seus temerários leprosários, até levando alguns países, como o Brasil, a mudarem o nome da doença. Uma segunda característica, esta bem peculiar à Aids, aqui e alhures chamada de uma epidemia multifacetada, diz respeito ao tratamento dado à questão por inúmeros programas governamentais, por distintos segmentos da sociedade civil e por organismos internacionais. A interdisciplinaridade e os distintos olhares para a epidemia, têm levado a Aids a constar

Diretrizes em foco

de agendas das mais diversas. Em termos de diretrizes de campanhas do UNAIDS vale lembrar: em 1998, "A força da mudança: com os jovens em campanhas contra a Aids", que por sinal teve o nosso Ronaldo como símbolo;

em 1999, "Pais e filhos"; em 2000, "Não leve Aids para casa"; e em 2001, "Não importa com quem você transa, não importa como. Use camisinha".

EUCLIDES AYRES DE CASTILHO

Referência

Stigma and discrimination: "live and let live". World AIDS Campaign 2002-2003. [cited 2002 Aug]. Available from: URL: <http://www.unaids.org/wac/2002/index.html>.

Arte Brasileira



Bebeth – "Casa de Farinha" – Galeria Jacques Ardies – Tel.: (11) 3884-2916