

plastia estão planejadas. Permanece contraindicado nesses pacientes o uso de fibrinolíticos assim como do abciximab quando a angioplastia não está programada.

Dois outros pontos merecem destaque, a preferência da enoxaparina em relação a HNF ou às demais HBPM nos pacientes com critérios de alto risco, a menos que haja programação de RM cirúrgica nas 24 horas subsequentes e os critérios para indicação de terapia intervencionista precoce: - angina / isquemia recorrentes embora em uso de intensa terapia antiisquêmica, - elevação de troponinas, - depressão do segmento ST dinâmica.

FABRÍCIO ASSAMI BORGES
CARLOS VICENTE SERRANO JÚNIOR

Referência

Braunwald E, Antman EM, Beasley JW, Califf RM, Cheitlin MD, Hochman JS, et al. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction: a Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. [cited 2002]. Available from: URL: http://www.acc.org/clinical/guidelines/unstable/summary_article.pdf

Ginecologia

INDICAÇÕES ATUAIS DA TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL (TRH) APÓS A MENOPAUSA

A Sociedade Norte-Americana de Menopausa (NAMS), após a publicação do estudo WHI, convocou um grupo de renomados especialistas em Chicago, no último mês de outubro, com o objetivo de avaliar as indicações atuais da TRH.

Ei-las:

1. O tratamento dos sintomas da menopausa (vasomotores e urogenitais) permanecem como indicação primária, tanto para a terapia de reposição isolada com estrogênios (TRE), quanto para a associação estrogênios/progestógenos;

2. Os progestógenos estão indicados exclusivamente para as usuárias de estrogênio com útero intacto, com o objetivo de proteção endometrial;

3. Nenhum regime de TRH está indicado para a prevenção primária e secundária da DCV. Outras alternativas terapêuticas devem ser consideradas. Não há clareza, ainda, sobre o uso do estrogênio isolado no que tange a prevenção primária da DCV;

4. Os resultados do WHI e HERS não podem ser extrapolados para mulheres sintomáticas, na fase inicial do climatério (40 aos 50 anos) ou naquelas com menopausa prematura (<40 anos);

5. Apesar dos esteróides já terem sido aprovados pela FDA, com o intuito de prevenção da osteoporose, outras formas alternativas devem ser consideradas, avaliando sempre a equação risco-benefício;

6. O uso isolado do estrogênio ou associado ao progestógeno deve ser limitado a curtos períodos de duração, atentando especificamente para a qualidade de vida das mulheres;

7. Se indicados, os esteróides de reposição devem ser de baixas doses, pois são eficazes na melhora dos sintomas, preservação da densidade mineral óssea, além de não propiciar risco de hiperplasia endometrial;

8. Não há, até o momento, confirmação de benefícios a longo prazo do uso de esteróides por outras vias;

9. Toda mulher, candidata à utilização de terapia de reposição após a menopausa, deve ser informada sobre os riscos e benefícios.

Comentário

Essas orientações não diferem da preconizada por alguns, nos quais nos incluímos. Sempre individualizávamos e prescrevíamos a TRH para mulheres sintomáticas e/ou com osteopenia/osteoporose. A partir do WHI e destas recomendações, entendemos que, prudentemente, a TRH só deve ser prescrita em mulheres sintomáticas, num período nunca superior a cinco anos, utilizando-se de hormônios naturais e de baixas doses. É imperioso, no entanto, sempre individualizar os casos. Monitorização anual com mamografia deve ser obrigatória. Estímulos em relação à atividade física, dieta equilibrada e abolição do tabagismo devem ser sempre considerados.

SÔNIA MARIA ROLIM ROSA LIMA
JOSÉ MENDES ALDRIGHI

Referências

1. WHI (Women's Health Initiative). Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002;228:321-333.

2. Herrington DM, Vittinghoff E, Lin F, Fong J, Harris F, Hunninghake D, et al. Statin therapy, cardiovascular events, and total mortality in the Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) *Circulation* 2002; 105: 2962-7.

3. Amended report from NAMS Advisory Panel on Postmenopausal Hormone Therapy. NAMS Annual Meeting. Chicago; October 6, 2002.

Medicina Baseada em Evidências

TIPO E INTENSIDADE DE EXERCÍCIOS EM RELAÇÃO A DOENÇA CORONARIANA

Os autores avaliaram o tipo, quantidade e intensidade da atividade física com relação ao risco de doença coronariana, em um estudo tipo *cohort* denominado *Health Professionals Follow-up Study*, envolvendo 44452 homens, avaliados a cada dois anos, entre 1986 a 1998. Foram identificados os potenciais fatores de risco e os casos novos de doença coronariana, relacionando-os com os níveis de atividade física. O principal objetivo foi determinar a incidência de infarto miocárdico fatal e não-fatal.

Foram encontrados 1700 novos casos de doença arterial coronariana. Tanto a atividade física total quanto corridas, levantamento de peso, remo e caminhadas apresentaram relação inversa com o risco de doença coronariana. Homens que corriam por uma hora ou mais por semana apresentaram uma redução de risco de 42% (RR, 0,58; IC 95%, 0,44-0,77), comparados aos que não corriam ($p < 0,001$). Os que treinavam com pesos por 30 minutos ou mais por semana tiveram uma redução de risco de 23% (RR, 0,77; IC 95%, 0,61-0,98) comparados com os que não treinavam com pesos. Remar por uma hora ou mais por

semana reduziu o risco em 18% (RR, 0,82; IC95%, 0,68-0,99). O exercício de intensidade média reduziu o risco de doença coronariana, independente do volume total de atividade física, moderada ou alta, comparado com baixa intensidade ($p < 0,02$). Caminhadas de 30 minutos ou mais por dia reduziram o risco em 18% (RR, 0,82; IC 95% CI 0,67-1,00).

Comentário

Este trabalho realizado pelo grupo de Loma Linda, Califórnia, ressalta, de modo impressionante, que exercícios semanais, mesmo quando realizados com baixa frequência e intensidade moderada, são eficazes na redução das doenças coronarianas e eventos associados. Com base nestes dados recentes, as campanhas de prevenção devem enfatizar o combate ao sedentarismo como meta a ser atingida na redução da mortalidade associada ao infarto do miocárdio.

**RUY GUILHERME RODRIGUES CAL
LUIZ FRANCISCO POLI DE FIGUEIREDO**

Referência

Tanasescu M, Leitzmann MF, Rimm EB, Willett WC, Stampfer MJ, Hu FB. Exercise type and intensity in relation to coronary heart disease in men. JAMA 2002; 288:1994-2000.

Obstetrícia

O FÓRCIPE AINDA É NECESSÁRIO?

"A arte e a ciência do parto a fórcepe está se tornando uma coisa do passado" (Douglas e Stromme, 1988). Esta observação traz à reminiscência Magalhães, que em 1933 prognosticou que o parto do futuro será normal ou cesárea. O resgate dessas afirmações reconduz à tona um apelo para que aqueles que se dedicam ao ensino e à assistência obstétrica façam uma reflexão quanto ao papel do parto a fórcepe no início deste novo século, e sobre suas perspectivas futuras. Será que o fórcepe, conhecido desde 1500 a.C e melhor estudado e praticado a partir do século XVIII, não tem mais utilidade? Seguramente o fórcepe alto e o médio não devem ser mais realizados devido às grandes complicações e seqüelas materno-fetais decorrentes de sua prática. Por outro

lado, estamos vivendo uma época de estímulo ao parto vaginal, levando a uma necessidade de se aprimorar o ensino e a assistência obstétrica. Em contraposição, duas vertentes inundam a literatura pertinente: a primeira diz respeito ao legítimo direito de escolha da via de parto pela interessada (a paciente) e a segunda, relaciona-se à melhoria nos conhecimentos acerca das alterações na urodinâmica feminina em face às mudanças do assoalho pélvico e às lesões neurológicas durante o trabalho de parto. As repercussões negativas (incontinência urinária e fecal, eliminação involuntária de flatos) ganham publicidade porque são, no mínimo, constrangedoras às pacientes vítimas por tais incômodos. Em virtude disso, não é nada surpreendente os resultados de pesquisa realizada no Canadá, na qual, indagados, obstetras (homens e mulheres) optaram, em grande número, pela cesárea, nada a obstar o inequívoco e incontestável dogma da obstetrícia: a via abdominal envolve maior risco para a mãe e para a criança. Alternativamente, o parto vaginal, independentemente de como consegui-lo, é considerado mais natural. Por isso, dispendo-se de amplo domínio do saber obstétrico, é salutar, mesmo estreitando seu uso, reservar ao fórcepe, indicações precisas e convincentes. É essencial que o profissional esteja atento aos preceitos que regem a boa prática obstétrica, não negligenciando nenhuma das etapas da semiologia pertinente. Examinar, tocar, avaliar a bacia obstétrica adequadamente, conhecer os mecanismos de parto, saber identificar as distocias e a maneira de corrigi-las, são tópicos inegociáveis. Nessa composição, a avaliação da proporcionalidade do objeto com o trajeto é imprescindível para o sucesso da tarefa. Jamais pode ser procrastinada. No período expulsivo do trabalho de parto residem todas as variáveis que norteiam a decisão para um parto instrumentalizado, sendo o fórcepe, uma ferramenta obrigatória a ser lembrada. Podemos citar como as melhores indicações o expulsivo prolongado, a distocia de rotação, a cesárea anterior, as condições maternas anormais (neuropatias, cardiopatias, hipertensão arterial, estafa) e o sofrimento fetal agudo (mecônio, bradicardia prolongada).

Comentário

Observa-se, portanto, que para a prática do fórcepe é necessário conhecer as condições de aplicabilidade maternas e fetais, o tipo a ser utilizado (Simpson, Kielland) e as regras gerais de aplicação. A utilização de manequins próprios, de maneira exaustiva, seguida da prática clínica com professor habilitado, tornam o parto a fórcepe útil, auxiliando a ultimar o parto de maneira rápida, elegante e segura. Inversamente, a lembrança e a utilização, por conveniência, da máxima que, por presunção, delinea a arte médica: "primum non nocere" tão arraigada na mentalidade de tantos profissionais médicos, em geral, caminha em conflito com a doutrina obstétrica "obstare" e dá vazão àqueles não habilitados que, utilizando-se de subterfúgios, optam por caminhos mais simples, rápidos e de grande comodidade: a cesárea, indiferentes às aspirações de sua cliente.

**MARIO MACOTO KONDO
SEIZO MIYADAHIRA
MARCELO ZUGAIB**

Referências

1. Farrell AS. Cesarean section versus forceps-assisted vaginal birth: it's time to include pelvic injury in the risk-benefit equation. Can Med Assoc J 2002; 166:337-8.
2. Hankins GDV, Clark SL, Cunningham FG, Gilstrap LD. Operative obstetrics. New York: Appleton & Lange; 1995.

Pediatria

HIPOTIREODISMO SUB-CLÍNICO — CONTROVÉRSIAS (PARTE II)

Nós acreditamos que a insuficiência tireoideana leve é um distúrbio comum que frequentemente progride para hipotireoidismo franco. A condição pode estar claramente associada a sintomas somáticos, depressão, alteração cognitiva e de memória, anomalias neuromusculares sutis, disfunção cardíaca sistólica e diastólica leves, elevação de níveis séricos de LDL colesterol (low-density lipoprotein) e um risco aumentado para o desenvolvimento de aterosclerose. Há evidência documentada que muitos, se não todos os efeitos adversos são melhorados ou corrigidos com o tratamento com L-tiroxina (hormônio tireoideano). Ainda mais, o trata-