

Impacto de um programa de orientação dietética sobre a velocidade de ganho de peso de gestantes atendidas em unidades de saúde

Impact of a dietary counseling program on the gain weight speed of pregnant women attended in a primary care service

Carta ao Editor

A respeito do editorial publicado neste fascículo¹, temos as seguintes observações a apresentar:

O primeiro e, possivelmente, mais grave questionamento ao nosso estudo², refere-se ao princípio ético da beneficência, que “parece não ter sido atendido”. No entanto, o conceito amplamente aceito é que “a base ética para qualquer ensaio clínico é a incerteza sobre se a intervenção é benéfica, denominada equipolência”³. Em outras palavras, “as evidências atuais não provam a superioridade de nenhum dos braços terapêuticos do estudo”. Tranquilizamos o fato de que o próprio autor do editorial, reconhece não haver evidências em relação a recomendações com o objetivo de reduzir o ganho de peso excessivo durante a gestação, baseando sua afirmação em recente revisão sistemática.

Na essência, essa interpretação da questão ética possivelmente decorre da confusão prosaica entre ética na prática médica e ética em pesquisa científica⁴. Nesta última circunstância, comparar o tratamento em teste com o tratamento usual não só tem fundamento ético, como também é uma questão chave em ensaios clínicos: o quanto o Grupo Controle reflete as práticas padrão⁵. O próprio CONSORT, documento produzido por *experts* e reconhecido pelos corpos editoriais de revistas científicas como modelo para reportar ensaios clínicos, considera o cuidado “usual” como uma das possibilidades de Grupo Controle⁶. Para solucionar sua preocupação, o autor propõe “controle histórico ou externo”. Embora tais delineamentos sejam plausíveis, são marcados fortemente pelo erro sistemático, com ênfase para o fato de que diferentes locais ou tempos estão estritamente relacionados ao prognóstico, evidentemente impedindo a comparação entre os grupos⁷ (conforme Hulley et al.³, delineamentos não randomizados às vezes são escolhidos devido à falsa crença de que são mais éticos. Na verdade, um estudo só será ético se a qualidade de seu delineamento possibilitar uma resposta correta para a questão de pesquisa). Enfatizamos que o estudo garantiu os princípios éticos, não privando as gestantes do Grupo Controle de qualquer atendimento ao qual já tinham direito ou recebiam no serviço de saúde, e não abrindo mão do rigor científico necessário para produzir conhecimento de qualidade.

Já quanto à sugestão de análise multivariada, ressaltamos que a força de ensaio clínico randomizado está exatamente em promover grupos nos quais os fatores de risco conhecidos e não conhecidos fiquem igualmente distribuídos, sendo contraindicada tal análise⁷, e a comparação bruta entre os grupos é tudo o que se deve fazer na maioria dos ensaios clínicos⁸.

A falta de impacto da intervenção no estado nutricional foi atribuída a uma proposta “que não vislumbra o rompimento da lógica normativa”. É possível que isso esteja relacionado à própria natureza das intervenções no mundo real. É irreal crer que uma intervenção possa reduzir drasticamente vários desfechos, afirmação que pode ser suportada pela análise dos resultados de revisões sistemáticas e metanálises que demonstram que intervenções verdadeiramente efetivas obtêm efeitos não mais que moderados⁹. Quem trabalha ou já vivenciou o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) tem conhecimento das dificuldades e limitações vigentes quanto à atenção à saúde e, mais enfaticamente, da ausência do atendimento

nutricional sistematizado nos serviços. A amplitude da atuação do nutricionista em serviços de saúde de atenção primária, não envolve somente o atendimento de gestantes e puericultura. Sabemos que os nutricionistas que atendem em Unidades Básicas de Saúde possuem demanda imensa de atenção às doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e dislipidemias (a inserção ou ampliação dos cargos de nutricionistas nesses serviços seria indubitavelmente um ganho para a saúde da população atendida pelo SUS e, considerando a enorme demanda das ações, a viabilidade da proposta comentada no Editorial só seria alcançada com investimento de diferentes setores governamentais, o que envolve mudanças no longo prazo). Por conhecer o sistema de saúde vigente e entender a necessidade de intervenções que forneçam respostas de curto prazo, assim beneficiando grupos populacionais de risco, a metodologia adotada teve o objetivo de produzir conhecimento de técnicas mais efetivas na condição atual do SUS. Sendo assim, justifica-se a escolha de orientações mais objetivas para se ter resultados mais imediatos antes da estrutural mudança nos serviços de saúde para alcançar condições ideais, incluindo a abordagem nutricional de rotina em todos os âmbitos da atenção à saúde.

Outro aspecto a ser comentado refere-se ao referencial utilizado para avaliar o estado nutricional das gestantes. Nossa decisão de utilizar a curva de índice de massa corporal (IMC) adotado pelo Ministério da Saúde teve o objetivo de desenvolver um estudo alinhado às recomendações determinadas pelo órgão máximo das políticas de saúde de nosso país.

Referências

1. Saunders C, Santos MAS, Padilha PC. A orientação dietética e a qualidade da assistência pré-natal. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011; 33(1):9-12
2. Vítolo MR, Bueno MSF, Gama CM. Impacto de um programa de orientação dietética sobre a velocidade de ganho de peso de gestantes atendidas em Unidades de Saúde. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011; 33(1):13-19.
3. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. *Designing clinical research: an epidemiologic approach.* 3rd ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
4. Miller FG, Silverman HJ. The ethical relevance of the standard of care in the design of clinical trials. *Am J Respir Crit Care Med.* 2004;169(5):562-4.
5. Silverman HJ, Miller FG. Control group selection in critical care randomized controlled trials evaluating interventional strategies: An ethical assessment. *Crit Care Med.* 2004;32(3):852-7.
6. Altman DG, Schulz KF, Moher D, Egger M, Davidoff F, Elbourne D, et al. The revised CONSORT statement for reporting randomized trials: explanation and elaboration. *Ann Intern Med.* 2001;134(8):663-94.
7. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Clinical epidemiology: the essentials.* 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
8. Kirkwood BR, Sterne JAC. *Essential medical statistics.* 2nd ed. Malden: Blackwell Science; 2003.
9. Collins R, MacMahon S. Reliable assessment of the effects of treatment on mortality and major morbidity, I: clinical trials. *Lancet.* 2001;357(9253):373-80.

Nota do Editor

Artigo “Pré-eclâmpsia: estresse oxidativo, inflamação e disfunção endotelial” publicado na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 32(12): 609. O autor Karumanchi A. enviou, após a publicação, a seguinte nota sobre conflito de interesses: “Karumanchi A. is a co-inventor on patents related to angiogenic proteins for the use in diagnosis and therapy of preeclampsia. Dr. Karumanchi is a consultant to Beckman Coulter, Roche and Johnson & Johnson”.