

PRATICAMENTE NA VÉSPERA desta edição estar indo para a gráfica, recebemos e ainda tivemos a oportunidade de incluir as duas primeiras cartas abaixo, enviadas pelas Dras. Maria Inês Schmidt e Angela J. Reichelt, coordenadoras do Consenso Sobre Diabetes Gestacional e Diabetes Pré-Gestacional (ABE&M, vol. 43, no. 1, Fevereiro de 1999), em resposta à carta publicada pelo Dr. Eduardo Pimentel Dias e aos meus comentários feitos no Editorial do número anterior dos ABE&M (vol. 43, no. 2, Abril de 1999).

CONSENSO SOBRE DIABETES GESTACIONAL

Prezado Dr. Cláudio,

Qualquer posicionamento oficial sobre a detecção do diabetes gestacional, hoje, não pode ser consensual pela simples razão de ser o tema muito controverso. O Grupo de Trabalho que redigiu o Relatório e os participantes das discussões da 1ª Reunião do Grupo de Trabalho em Diabetes e Gravidez não tiveram essa expectativa, talvez pela experiência prévia de participação em Workshops internacionais e nacionais semelhantes. Por essa razão, naquela 1ª Reunião já definimos a necessidade de um segundo encontro em 2 a 3 anos, com a finalidade de revisar até que ponto os novos conhecimentos acumulados no período podem auxiliar na resolução das controvérsias atuais.

Gostaríamos de parabenizá-lo pela iniciativa e pelo sucesso editorial alcançado com a publicação dos consensos clínicos na edição de fevereiro dos Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia (volume 43, número 1, 1999). Como alguns questionamentos gerais foram feitos especificamente sobre o consenso de diabetes gestacional em seu editorial, e outros na carta de um leitor e editor associado, sentimos o direito e o dever de respondê-los.

Questões 1 e 2: A Primeira Reunião do Grupo de Trabalho em Diabetes e Gravidez correu como uma atividade pré-congresso junto ao último congresso da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) em Porto Alegre, em setembro de 1997. Participaram 125 especialistas no assunto, a maioria deles endocrinologistas, mas houve ativa participação de mais de 20 obstetras. A grande maioria inscreveu-se espontaneamente em resposta a extensa divulgação feita pela organização do Congresso, mas algumas pessoas foram convidadas pela sua experiência e/ou representatividade política (SBD, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia — FEBRASGO, e Ministério da Saúde).

Assim sendo, entendemos ter sido o encontro um dos mais representativos já realizados no Brasil até então para fins semelhantes.

Questão 3: Como pode ser visto na programação da Reunião, anexada à presente carta e que sugerimos seja publicada, bem como a errata, também em anexo, o encontro iniciou pela manhã, com apresentações de três líderes internacionais no assunto: Dr. Metzger

(endocrinologista), que relatou as conclusões do 4º Workshop de Diabetes Gestacional, Dr. Buchanan (endocrinologista) que apresentou seus dados sobre indicação insulínica com base em circunferência abdominal fetal e Dr. Catalano (obstetra), que sumarizou seus dados sobre fisiopatologia do diabetes gestacional. A seguir, o Grupo de Estudo do “Estudo Brasileiro de Diabetes Gestacional” (EBDG) foi representado por três endocrinologistas, que apresentaram o desenho da pesquisa e seus dados sobre a prevalência e os fatores de risco do diabetes gestacional em várias capitais brasileiras. A parte introdutória do encontro foi concluída pela apresentação, por parte das coordenadoras do encontro (endocrinologistas), dos dados do EBDG para o embasamento do rastreamento e diagnóstico do diabetes gestacional. As discussões iniciaram à tarde e foram realizadas em grupos temáticos, o maior deles, como esperado, no tema rastreamento e diagnóstico. Ao final da Reunião, os Relatórios dos Grupos foram apresentados ao grande grupo e, no dia seguinte, em Simpósio do XI Congresso, tendo sido sugerida a elaboração de um documento oficial com os posicionamentos elaborados. Para tanto, o Grupo de Trabalho da 1ª Reunião preparou um sumário das decisões adotadas, com base nos relatos dos grupos de trabalho e em fitas gravadas, e circulou o documento entre os coordenadores dos pequenos grupos e entre os representantes da SBD e da FEBRASGO.

Concluímos, pois, que condutas diagnósticas adotadas internacionalmente foram debatidas e consideradas, mas a tendência foi adotar uma conduta semelhante à da OMS, embasada nos dados do EBDG.

Questão 4: A Reunião foi divulgada em mala direta enviada a todos os associados da SBD, pois nosso compromisso era o de estimular a participação espontânea de todos os endocrinologistas interessados no tema. Mala direta também foi enviada a todos os obstetras gaúchos com a mesma finalidade (obtivemos verba para esse fim por meio de empenho especial do Grupo). Dentro das limitações orçamentárias do Congresso, foram convidados oito “experts” nacionais e internacionais (dois obstetras, uma enfermeira e cinco endocrinologistas), com despesas pagas pelo Congresso ou pelos patrocinadores citados nos Agradecimentos do artigo. Vale ressaltar que nossos convidados internacionais participaram ativamente das discussões, com tradutor particular voluntário para cada um deles.

Como pode ser visto, concordamos e cumprimos com os princípios gerais de reuniões de consenso formuladas em seu editorial.

Atenciosamente,

Maria Inês Schmidt e Angela J. Reichelt

Prezado Dr. Eduardo Pimentel Dias,

Agradecemos sua leitura atenta ao consenso de diabetes gestacional, publicado na edição de fevereiro dos Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia.

Sua primeira questão requer uma releitura do texto. É correto que a OMS optou por definir o ponto de corte da glicemia de jejum para o diagnóstico de DMG pelo ponto de corte de diabetes fora da gravidez – 126 mg/dl. Para a glicemia de 2h, a OMS adotou o ponto de corte correspondente à tolerância à glicose alterada ou *impaired glucose tolerance* – 140 mg/dl. O ponto de corte para glicemia de jejum alterada ou *impaired fasting glycemia* fora da gravidez – 110 mg/dl – não foi adotado pela OMS pela insuficiência de dados na gravidez.

Note que o Grupo de Trabalho em Diabetes e Gravidez adotou como ponto de corte na glicemia de jejum para o diabetes gestacional não 126 mg/dl, mas 110 mg/dl (corretamente colocado no texto e no diagrama, mas incorretamente colocado no resumo do artigo — ver errata). A escolha do valor de 110 mg/dl foi um compromisso entre manter a recomendação da glicemia de 126mg/dl (considerada elevada pelo grupo) e acatar sugestões de alguns participantes para adoção de valores recomendados na literatura como 105mg/dl e até 95mg/dl. Além disso, embora a OMS tenha optado por não reduzir o ponto de corte de 126mg/dl para 110mg/dl, os participantes da Reunião puderam embasar essa decisão a partir dos resultados do Estudo Brasileiro de Diabetes Gestacional apresentados no Encontro, os quais indicam riscos semelhantes para as situações clínicas *impaired glucose tolerance* e *impaired fasting*.

Discordamos de sua segunda colocação. Ao se ler o Sumário de Recomendações do 4º Workshop, à página 163, as 2 tabelas apresentadas (3 e 4) sugerem pontos de corte idênticos (aqueles de Carpenter e Coustan) para sobrecargas tanto de 100g quanto de 75g de glicose, com diferença, apenas, para a coleta do 4º tempo, abolida no segundo procedimento. Àqueles que estiveram presentes à discussão em Chicago, ficou bastante claro que o grupo americano, ali presente em

maior número, esteve relutante em endossar a sobrecarga de 75g, insistentemente sugerida por grupos canadenses, europeus e pelo grupo de Sacks, autor de publicação em que a sobrecarga de 75g foi avaliada em mais de 3000 gestantes. Naquela ocasião, o critério de Carpenter e Coustan foi um dos critérios sugeridos para a interpretação da sobrecarga com 75g, em parte por ser bastante semelhante àquele sugerido por Sacks. Evidentemente, assim como para os pontos de corte sugeridos pela OMS, a validação por desfechos específicos da gravidez (materno-fetais) se impõe.

Em nossa Reunião, apesar de concordarmos em que haja dificuldade de se definir pontos de corte a partir de desfechos específicos da gravidez, por apresentarem-se possivelmente como um "continuum", como percebido pelo senhor, demonstramos, a partir de dados do EBDG em cerca de 4000 mulheres brasileiras, que os pontos sugeridos nos diagramas do documento

se associam a maior risco de macrosomia fetal. As magnitudes das associações são pequenas, daí a cautela em não reduzir pontos de corte para a glicemia de jejum até valores como o de 95mg/dl antes de sua validação com desfechos obstétricos, neonatais e, se possível, por desfechos futuros da mãe e do recém-nascido.

Para finalizar, a 1ª Reunião teve como objetivo sugerir normas para avaliação do diabetes gestacional incorporando um procedimento mais simples (apenas um teste de sobrecarga), com menor número de coletas de sangue e menor sobrecarga de glicose. Serviços que já empregam outros procedimentos e não os consideram inconvenientes podem manter suas condutas, até que consensos internacionais sejam firmados.

Atenciosamente,

Maria Inês Schmidt e Angela J. Reichelt

1ª Reunião do Grupo de Trabalho em Diabetes e Gravidez

Data: 19 de Setembro de 1997

Local: Hotel Plaza São Rafael - Porto Alegre

8:00 - 8:15	Abertura	Maria Inês Schmidt
8:15 - 9:15	Fisiopatologia e Diagnóstico do Diabetes Gestacional <i>Coordenadores:</i>	Laurenice P. Lima / Judith Pousada
8:15 - 8:45	Fisiopatologia do Diabetes Gestacional	Patrick Catalano
9:45 - 9:15	Rastreamento e Diagnóstico 4º <i>Workshop</i> Diabetes Gestacional Consenso Sociedade Brasileira de Diabetes	Boyd Metzger Antônio C. Lerário
9:15 - 9:30	Intervalo	
9:30 - 10:45	Resultados do Estudo Brasileiro de Diabetes Gestacional <i>Coordenadores:</i>	Laércio J. Franco / Eni Fleck Pessoa
	Metodologia	Margareth Teixeira
	Prevalência	Maria C. Matos
	Fatores de risco	Leandro Branchtein
	Rastreamento	Angela J. Reichelt
	Diagnóstico	Maria I. Schmidt
10:30-10:45	Discussão	
10:45 - 12:00	Tratamento do Diabetes Gestacional <i>Coordenadores:</i>	Marilza Rudge / Rosângela Réa
10:45 - 11:15	4º <i>Workshop</i> Diabetes Gestacional Consenso Sociedade Brasileira de Diabetes	Boyd Metzger Antônio C. Lerário
11:15 - 11:45	Medidas fetais como índice de tratamento materno	Thomas Buchanan
11:45 - 12:00	Discussão	
12:00 - 14:00	Almoço	
14:00 - 14:45	Manejo da Paciente com Diabetes e Gravidez <i>Coordenador:</i>	John Hare
14:30 - 14:45	Discussão	Ethel R. Spichler
14:45 - 16:45	Trabalho em Grupos / <i>Coordenadores</i>	
	Grupo 1 - Rastreamento e diagnóstico - Diabetes Gestacional	Lúcia Iochida / Maria M. Britto
	Grupo 2 - Tratamento - Diabetes Gestacional	Maria L. Oppermann / Maria C.T. Costa

Grupo 3 - Parto e Pós-parto - Diabetes Gestacional

Grupo 4 - Gravidez em Paciente Diabética

16:45 - 17:00 Intervalo

17:00 - 18:30 Apresentação de relatórios

Coordenadores:

18:00 - 18:30 Discussão

Déa Gaio / T. Yamashita

Ethel Spichler / Ingeborg Laun

Maria Inês Schmidt / Antônio Roberto Chacra / Paulo Afonso Kalume Reis

Meu caro Claudio Kater,

Fiquei muito grato pela divulgação da nossa Home Page “Dieta do Diabético, Dietas Coloridas ...”, publicada no volume 43, número 2, abril de 1999, em CARTAS, à página 149.

Recebi dois e-mails de pessoas que não conseguiram acessá-la. Verifiquei que a razão foi do código estar incorreto. O endereço real é: http://sites.uol.com.br/diabetes_alimen/

Como você verá, faltou, na revista, o traço inferior entre “diabetes” e “alimen”. Veja bem: não é um traço de união.

Estou lhe escrevendo porque, provavelmente, você vai receber e-mails de pessoas que não conseguiram acessar a Home Page e me fará o favor de esclarecê-las, tendo, também, a bondade de fazer uma retificação no próximo número da Revista.

Hoje virá aqui o técnico para introduzir as novas modificações feitas na Home Page “Retinopatia Diabética”; mandarei, então para você o código desta Home Page.

Com um abraço cordial e os agradecimentos do

Procópio do Valle.

Prezado Amigo,

RETINOPATIA DIABÉTICA impressa, como lhe está sendo enviada, não permite visualizar os detalhes e o colorido que ela encerra. É vendo diretamente na Internet que se pode avaliar bem o seu conteúdo (endereço: <http://sites.uol.com.br/jprvlota/>). Por outro lado, há conceitos que estão sendo mostrados,

inclusive tomando-se uma posição contra o abuso de oftalmologistas que estão desconhecendo a responsabilidade do tratamento com os raios Laser. Cicatrizam pontos hemorrágicos e os menos experientes lesam áreas sadias da retina, sem falar que tratar os efeitos sem integrar o paciente, o diabetólogo, etc, é anti-ético e altamente prejudicial, pois trata-se da visão. Haverá coisa mais importante do que se valorizar o meio de comunicação como é a visão? “Se os olhos não fossem Sol” ... como diz Goethe ...

Do colega e admirador,

Procópio do Valle

Nota do Editor

Esta é a segunda vez seguida que interfiro na correspondência do amigo e colaborador, Prof. Procópio do Valle (embora ela tenha sido efetivamente dirigida a mim), inicialmente para desculpar-me pela incorreção cometida na divulgação do endereço da sua Homepage da “Dieta do Diabético, Dietas Coloridas ...” e, em seguida, para mais uma vez parabenizá-lo pelo magnífico trabalho realizado com sua outra Homepage, “Retinopatia Diabética”.

Ambas são dignas de serem vistas, apreciadas, consultadas e divulgadas mais amplamente. Trata-se de um serviço de interesse público que gostaríamos poder acoplar, também, na nossa Homepage da SBEM, que está sendo devidamente, revisada, atualizada e expandida. Dêem-nos algumas semanas e depois visitem nosso site: www.sbem.org.br e opinem criticamente. Gostaríamos, além disso, de considerar a possibilidade de fazermos “links” com todos os sites que tenham potencial interesse para nosso público.