

O QUE ESTÁ PARA ALÉM DE UM PROGRAMA INTENSIVO DE VIGILÂNCIA DA DIABETES? OS BONS RESULTADOS CESSAM QUANDO O PROGRAMA ACABA!

Ménard J, Payette H, Baillargeon JP, Maheux P, Lepage S, Tessier D, et al. Efficacy of intensive multi-therapy for patients with type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2005 Dec 6; 173 (12): 1457-66. Disponível em: URL: <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/173/12/1457> [acedido em 10/01/2006].

Este trabalho, produzido por um grupo de investigadores canadiano, colocou as seguintes hipóteses: 1) um programa intensivo de multiterapia, efectuado por uma equipa multidisciplinar, reduz os níveis de glicemia plasmática, as concentrações de hemoglobina A1, de pressão arterial e os níveis de lipoproteína para os valores recomendados; 2) os benefícios alcançados mantêm-se para além do período de intervenção (i.e., pelo menos até mais 6 meses); e 3) a intervenção melhora a qualidade de vida dos doentes.

Para o efeito seleccionaram 78 doentes com idades entre os 30 e os 70 anos, com hemoglobina glicosilada $\geq 8\%$ e com elevado risco de eventos micro ou macro vasculares. Foram excluídos doentes com complicações cardiovasculares não controladas ou severas, com dispneia, com proteinúria superior a 300mg/dia, com retinopatia proliferativa, com úlceras ou feridas crónicas, com alteração cognitiva ou psiquiátrica. Os doentes foram aleatorizados e divididos num grupo de intervenção e outro de controlo. O programa de vigilância, intensivo, consistiu em visitas mensais para educação dietética individualizada, exercício físico e informação sobre controlo da doença, da hipertensão e dislipidémia. Entre as visitas os doentes faziam a monitorização dos

níveis de glicemia. A adesão ao programa de dieta foi avaliada usando-se um registo alimentar de 3 dias consecutivos. O programa de exercício físico incluiu sessões de 45-55 minutos, 3 a 5 vezes por semana. As informações relativas à terapêutica e à adesão foram obtidas mediante entrevista detalhada aos doentes.

No grupo de controlo, os doentes mantiveram-se sob os cuidados do seu médico de família ou do endocrinologista, ou de ambos, e foram sujeitos a visitas no início do estudo, aos 6 e 12 meses. Em cada visita foram-lhes fornecidas informações sobre a sua saúde em geral, a diabetes e resultados laboratoriais. Os dados clínicos (peso, índice de massa corporal, pressão arterial), os bioquímicos, as normas de seguimento e os objectivos terapêuticos recomendados foram enviados aos doentes, por correio.

Para avaliar a qualidade de vida desenhou-se um questionário específico que foi validado. As características dos 2 grupos foram comparadas, à partida, mediante o teste de Student, do qui-quadrado e o teste exacto de Fischer. As variáveis de resultado foram comparadas usando-se medidas repetidas de análise de variância. A mudança nas variáveis de resultado foi testada com o teste de T de Student e o teste de Wilcoxon. As mudanças de proporção no mesmo grupo foram avaliadas com o teste de McNemar.

Os resultados obtidos foram os seguintes: a concentração média de hemoglobina A1 à entrada foi de 9,1% (DP 1%) para o grupo sujeito a programa intensivo e de 9,3% para o grupo controlo. Aos 12 meses, uma proporção mais elevada de doentes no grupo de intervenção tinha atingido os objectivos terapêuticos instituídos pela Associação Canadiana de Diabetes (CDA): HgA1 $\leq 7\%$: (35%

v. 8%), PAD ≤ 80 mmHg (64% v. 37%), LDL-C $< 2,5$ mmol/L (53% v. 20%) e triglicérides $< 1,5$ mmol/L (44% v. 14%). Não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos para a glicemia em jejum, PAS, colesterol total ou razão HDL/colesterol total. Nenhum doente atingiu a totalidade dos objectivos terapêuticos advogados pela CDA. Com excepção dos níveis de LDL-C, aos 18 meses, não se evidenciaram diferenças entre os dois grupos. A qualidade de vida aumentou em ambos os grupos mas foi superior no grupo de intervenção (13% [DP 19%] v. 6% [DP 13%], $p \leq 0,003$).

Os autores concluem que «os doentes com diabetes 2, não controlada, sujeitos a programa multiterapêutico, intensivo, atingem a maioria dos objectivos definidos pela CDA. Contudo, 6 meses depois dos doentes terem retornado aos cuidados usuais, os benefícios alcançados desaparecem».

Os gastos em saúde não cessam de crescer sem que por isso pareça existir proporcional acréscimo nos ganhos. Estudos como este são fundamentais para introduzir racionalidade no processo de cuidados. Provavelmente «os cuidados centrados no doente» terão que se designar «cuidados centrados na responsabilidade do doente».

Isabel Santos
Centro de Saúde de Oeiras
Departamento de Clínica Geral da
Faculdade de Ciências Médicas – UNL