

# Como evitar a catástrofe?

ROSA GALLEGO\*

**A** diabetes atinge pelo menos um em cada 15 portugueses, sendo que um em cada dez está em risco de a desenvolver. Através da rede Médicos Sentinela, calculou-se uma incidência de 27.000 novos casos/ano, entre 1992 e 1999. A distribuição do Guia do Diabético identificou 413.613 portadores em Fevereiro de 2007 (4,1%), enquanto o Inquérito Nacional de Saúde de 2005/2006 determinou uma prevalência de 6,5%, estimada, já em 2003, pela Federação Internacional da Diabetes (IDF), em cerca de 6% para o nosso país.

O crescimento do número de pessoas com diabetes, a sua maior longevidade e os anos com incapacidade, tornam ainda mais relevante o interesse na organização dos cuidados em Medicina Geral e Familiar (MGF), onde cada médico terá uma média de 100 diabéticos na sua lista.

A diabetes é um exemplo paradigmático do potencial da prática médica baseada na evidência. Existe o conhecimento necessário da evolução da doença e a evidência suficiente para a prevenção efectiva das suas complicações, do envolvimento da equipa de cuidados de saúde e do próprio diabético.

A maior parte do tratamento baseia-se na manutenção a longo prazo do programa terapêutico e de um comportamento saudável, definidos ao longo da evolução da diabetes e promovidos pelos profissionais envolvidos na equipa de cuidados de saúde. As alterações propostas só terão efeito se o diabético for informado, estiver capacitado, reconhecer a importância das mesmas e actuar em consonância com a equipa de cuidados. Em suma, é necessário colocar o doente no centro do processo de tratamento e dotá-lo da capacidade necessária para assumir essa posição. A pessoa com diabetes deve estar envolvi-

da no controlo da sua doença, conhecer os objectivos do seu tratamento e reconhecer as alterações necessárias ao seu estilo de vida, para prevenir as complicações agudas e crónicas desta doença.

A evidência sobre a importância da automonitorização<sup>1</sup> demonstra que a necessidade de uma correcta autovigilância é necessária, mas não suficiente, devendo o diabético ser capacitado para um adequado conhecimento da variação do seu tratamento face aos resultados do autocontrolo, para que este tenha um efectivo custo-benefício.

As crises de hiperglicemia e hipoglicemia podem ser prevenidas e tratadas pelo próprio diabético, desde que capacitado para tal, e, em situações de maior risco, como na presença de intercorrências debilitantes ou em doentes com incapacidade de se auto-cuidar, devem ser identificadas, tratadas e/ou referenciadas precocemente pelo médico de família (MF). No artigo sobre complicações agudas, procurou-se estabelecer linhas de orientação simples e aplicáveis consoante os casos e os locais de prestação de cuidados.

A doença microvascular da diabetes relaciona-se, sobretudo, com a duração da doença e com o controlo glicémico. As revisões sobre a nefropatia, retinopatia e neuropatia procuram substantiar orientações adequadas à sua prevenção na população diabética, baseadas na evidência actual, que possam ser enquadradas na prática da MGF.

«O pé dos diabéticos», artigo de Gema Ponce e colegas, relaciona as consequências da doença microvascular e doença macrovascular com a pessoa com diabetes – ela própria como factor de risco – fornecendo orientações que nos permitem adequar, na nossa prática, as medidas preventivas urgentes e necessárias para inverter a tendência

\*Médica de Família – Centro de Saúde VFXira  
Coordenadora do Núcleo de Diabetes da APMCG

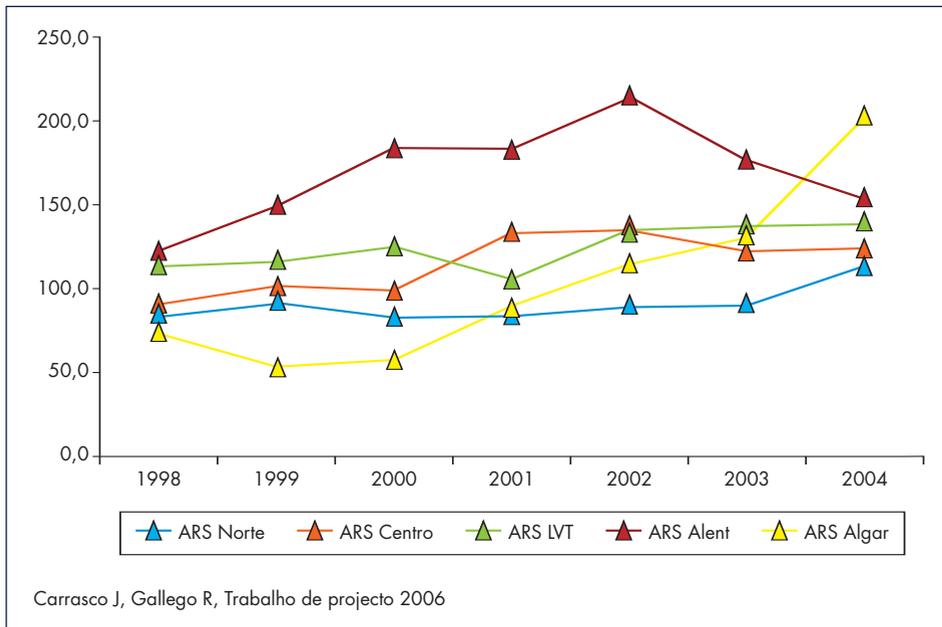


Figura 1. Taxa amputações *major* ARS e Continente por 100.000 diab (padronização indirecta).

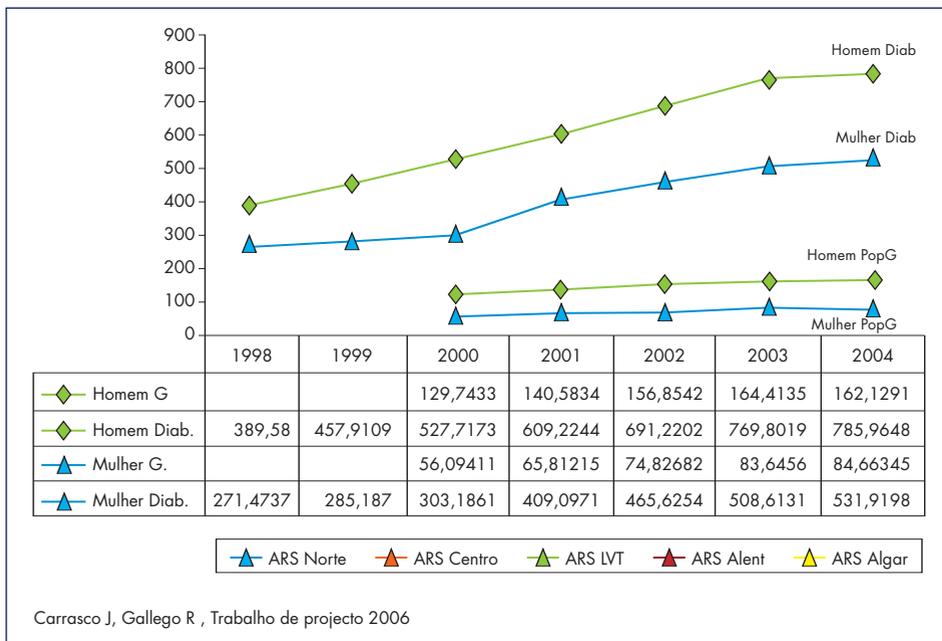
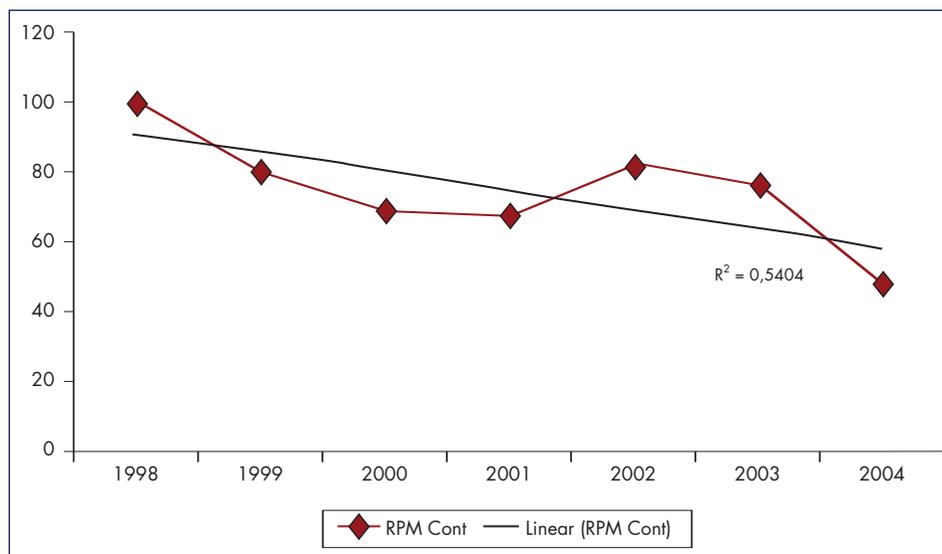


Figura 2. Taxa padronizadas de episódios de internamento por Enfarte do Miocárdio na População Geral e População Diabética por sexo

das amputações *major* (acima do tornozelo) no nosso país (Figura 1).

Investigadores do *Framingham Heart Study* observaram que o facto de uma

pessoa ter diabetes tipo 2 aumenta em duas vezes e meia o risco de doença cardiovascular (DCV) e em duas vezes a mortalidade por DCV, se esta já existir.<sup>2</sup>



**Figura 3.** Taxa inc. episódios de coma cetoacidótico e hipoglicémico no continente p/100.000 diab (padron. indirecta)

Este risco relativo é consistente com outros estudos, mas os dados encontrados na população Portuguesa apontam para um risco relativo superior (Figura 2). O artigo de Monteiro e colegas descreve a evidência em que se baseiam as orientações sobre a prevenção das doenças cardiovasculares na diabetes e a necessidade de uma intervenção mais intensiva, a fim de reduzir a morbimortalidade cardiovascular na diabetes.

O Programa Nacional de Controlo da Diabetes Mellitus para os Cuidados de Saúde Primários, iniciado em 1992,<sup>3</sup> tornou mais evidente o papel chave da MGF na prevenção da diabetes e suas complicações, reforçado com a publicação do Programa para todos os níveis de cuidados, pela Direcção Geral da Saúde, em 1995, e a sua operacionalização em 1998 na Estratégia Nacional de Saúde.

Nos Centros de Saúde, apesar dos recursos e de uma organização limitados nos cuidados prestados à população diabética, o aumento da eficiência nesta área de cuidados tem sido progressivo e contribuiu certamente para a melhoria dos resultados, traduzida num decréscimo das complicações agudas nos últimos anos (Figura 3).

As orientações pretendem ser apenas um mapa que deve sempre ser adaptado a cada caso. Contudo, apenas o empenho e motivação dos MF na melhoria contínua das suas competências técnicas, associados a uma organização de cuidados efectiva na prevenção das complicações da diabetes, poderá promover melhores resultados em ganhos de saúde para a população com este problema.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lobo FA, Ponte C. Automonitorização da glicemia capilar em diabéticos tipo 2 não insulino-tratados. *Rev Port Clin Geral* 2007 Jul-Ago; 23 (4): 395-404.
2. Franco OH, Steyerberg EW, Hu FB, Mackenbach J, Nusselder W. Associations of diabetes mellitus with total life expectancy and life expectancy with and without cardiovascular disease. *Arch Intern Med* 2007 Jun 11; 167(11): 1145-51.
3. Programa de Controlo da diabetes mellitus em cuidados de saúde primários. Lisboa: Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários; 1992.
4. Carrasco J. Programa Nacional de controlo da diabetes mellitus: uma estratégia de acção [tese de mestrado]. Lisboa: ENSP; 2007.