

## ANTIDIABÉTICOS ORAIS

As pessoas com diabetes mellitus não insulino-dependente estão em geral menos bem informadas e motivadas sobre a sua diabetes do que as que requerem insulina. Isto deve-se sobretudo à negligência dos profissionais de saúde e às ideias preconcebidas dos doentes e familiares. Afirmações como «a minha diabetes é muito ligeira», «não preciso de insulina», «não me sinto doente», são frequentes.

Contudo, este grande grupo de diabéticos merece possivelmente tanta atenção médica e de natureza educativa como os insulino-dependentes. De facto, tanto os doentes como os profissionais que deles cuidam têm de compreender que o tratamento baseado exclusivamente nos *antidiabéticos orais* não melhorará a saúde desta população, mas que, juntamente com a dieta, a actividade física e a educação, estes medicamentos podem contribuir para uma melhor compensação diabética e consequentemente para a prevenção de complicações tardias.

O objectivo desta Carta informativa é o de dar algumas normas para a educação deste grupo tão frequentemente descurado de diabéticos.

### 1. COMECE POR AVALIAR OS DOENTES E O QUE SABEM SOBRE DIABETES

Dado que se pensa que estes doentes estão mal informados e motivados relativamente à diabetes, embora a doença possa ser de longa data, os profissionais de saúde devem começar por avaliar os conhecimentos que o doente individual possa já ter. Para organizar um plano apropriado de educação a curto e longo prazo e poder prevenir um possível bloqueio na aprendizagem, é preciso avaliar o grau de aceitação da doença e os conhecimentos sobre ela e sobre os possíveis tratamentos. A melhoria destes conhecimentos e a motivação desde o início favorecem um resultado final positivo. A motivação pode depender da idade e de factores pessoais como

- modo como o doente se adaptou à doença
- hábitos de vida e hábitos alimentares
- ocupações diárias
- meio familiar
- meio social e cultural

### 2. QUE INFORMAÇÕES DEVEM SER INICIALMENTE DADAS?

Ao decidir prescrever uma sulfanilureia (geralmente para os doentes não obesos) ou uma biguanida (para doentes obesos) o médico deve fornecer um mínimo de informação necessário para ajudar o doente a compreender os objectivos terapêuticos. Esta informação deve procurar dar resposta a duas questões:

- Porque é que me receita um antidiabético oral?
- Que efeito vou obter com esta medicação e que mais devo fazer?

#### • *Porque é que me receita um antidiabético oral?*

O peso e o grau de hiperglicémia do doente estiveram na base da escolha do antidiabético oral. O médico deve portanto explicar o significado das glicémias elevadas e como elas podem ser corrigidas. Outros pormenores (porque um antidiabético oral e não insulina?) dependerão do conhecimento prévio que o doente tem sobre diabetes e podem incluir alguns ou todos os aspectos seguintes

- os antidiabéticos orais não substituem a dieta
- os antidiabéticos orais não são insulina por via oral
- possibilidades alternativas de tratamento
- modo de acção da medicação
- importância da insulina endógena residual
- acções periféricas.

#### • *Que efeitos vou obter com esta medicação e que mais devo fazer?*

Em resposta a esta pergunta o médico deve explicar que o melhor controle da glicémia aliviará a fadiga, a sede e o prurido, se presentes. O período necessário para se verificar a melhoria é variável. Aos doentes assintomáticos deve explicar-se que pode haver melhoria dos níveis glicémicos sem o doente notar quaisquer efeitos subjectivos.

O médico deve também fornecer ao diabético alguns dados informativos sobre o medicamento:

- o nome dos comprimidos (que o diabético deve assentar);
- quantos deve tomar e a que horas, sugerindo maneiras de se não esquecer;
- os antidiabéticos orais só resultam em conjugação com a dieta. A ingestão muito reduzida de hidratos de carbono e os horários irregulares devem ser evitados;
- deve explicar-se a possibilidade e os sinais e sintomas de hipoglicémia, se a medicação é com sulfanilureias;
- o consumo de álcool pode contribuir para um aumento de peso e para o risco de hipoglicémia (se o diabético toma cloropropamida pode ter sintomas de afrontamento e congestão facial, sendo nesse caso de receitar outra sulfanilureia);
- é essencial contactar o médico se a ingestão de alimentos é muito reduzida (sobretudo em caso de vômitos) ou se surge doença intercorrente;
- qualquer dificuldade digestiva no início da medicação é geralmente transitória, não requerendo a suspensão da medicação;
- a associação de alguns medicamentos com os antidiabéticos orais pode trazer problemas, e o diabético deve informar os médicos que consultar de que se trata com um determinado antidiabético, que deve ser capaz, de especificar ou de mostrar, pois:
  - os antidiabéticos orais podem ter que ser interrompidos se o diabético tem de estar em jejum, como preparação para certas investigações (por ex., radiológicas);
  - os antihipertensivos (diuréticos e outros) e as infiltrações locais com corticosteroides podem piorar a compensação metabólica;
  - a aspirina e os antireumáticos não esteroides podem dar hipoglicémia quando associados aos antidiabéticos orais;
- Outros pormenores sobre a medicação podem ser acrescentados ocasionalmente:
  - o diabético deve ser alertado para não tomar quaisquer antidiabéticos orais, além dos receitados pelo médico;
  - deve contactar o médico se inadvertidamente excedeu a dose ou se está a pensar alterá-la;
  - o apetite e a memória estão com frequência diminuídos nas pessoas idosas: devem ser alertadas para não omitirem refeições nem esquecerem os comprimidos;
  - deve explicar-se que o tratamento será provavelmente a longo termo e não deve ser interrompido no fim da embalagem (a medicação receitada deve dar até à próxima consulta).
- *Necessidade permanente da dieta e da actividade física.*

Em visitas subsequentes a necessidade de manter bons *hábitos alimentares* deve ser acentuada e devem discutir-se maneiras de aumentar a actividade física, de modo a que o diabético não se sinta falsamente protegido pelo medicamento. Para assegurar um controle ponderal satisfatório e prevenir a hipertensão, o médico e o diabético devem chegar a um acordo realista sobre um peso aceitável. Comer é importante para toda a gente. Uma refeição é muitas vezes para os idosos uma maneira de quebrar o dia. O plano alimentar e as ementas sugeridas devem ser flexíveis e ter em conta a situação financeira e familiar e as condições de vida do diabético. A pessoa com quem o diabético vive ou um familiar devem participar nas discussões sobre a alimentação com os profissionais de saúde.

Frise que mesmo as *actividades físicas mais vulgares do dia a dia* como lavar ou limpar a casa, podem contribuir para uma sensação de bem-estar e de independência, reduzir o risco de doença cardiovascular e melhorar a acção da insulina endógena do diabético. Vale a pena acentuar estas vantagens. A escolha do exercício físico dependerá da condição física do diabético (idade, estado cardíaco) e dos seus interesses pessoais.

### 3. FUTURAS MEDIDAS DE CONTROLE

Os diabéticos mais jovens devem ser informados de que a melhoria da sua compensação metabólica é a chave da prevenção das complicações. Com este objectivo em vista, devem ser encorajados a vir à consulta regularmente para controle de peso, tensão arterial e compensação metabólica.

O diabético deve também pesar-se regularmente e aprender a avaliar o seu grau de compensação através de testes urinários e de sangue.

Para os diabéticos idosos o autocontrole é dirigido à eliminação dos sintomas e à manutenção dessa situação. Os testes urinários podem ser necessários em circunstâncias específicas ou se o doente não se sente bem.

A um diabético mais jovem tratado por antidiabéticos orais pode recomendar-se a execução de testes na urina ou no sangue duas a três vezes por semana, depois de uma refeição (habitualmente a meio da manhã). Em caso de doença intercorrente as pesquisas na urina devem ser feitas três vezes

ao dia. Se a quantidade de açúcar na urina sobe significativamente, deve-se executar a pesquisa de acetona; glicosúria persistente ou o aparecimento de cetonúria são sinais de que deve ser estabelecido contacto com o médico. Do ponto de vista prático as tiras reagentes são geralmente preferidas como método mais conveniente de fazer os testes na urina. O autocontrolo é uma boa maneira de encorajar o diabético a participar activamente no seu tratamento. As técnicas podem ser demonstradas por qualquer dos profissionais de saúde usando as condições locais disponíveis (veja Carta informativa sobre Autocontrolo).

Deve também dizer-se ao diabético que a sua glicémia e a sua hemoglobina glicosilada serão determinadas na altura das consultas o que reflectirá os resultados do controlo executado por ele próprio.

#### 4. MUDANÇA DE TERAPÊUTICA

Deve dizer-se ao doente logo de início que 1) não se pode garantir a duração do efeito do antidiabético oral e que 2) este pode não ser necessário para o resto da vida.

- o *tratamento insulínico* pode ser necessário nalgumas ocasiões; o diabético deve ser informado de que isso pode ocorrer temporariamente, por exemplo em caso de infecção grave ou cirurgia;
- pode surgir indicação para uma mudança definitiva para o tratamento insulínico; é preciso explicar que se isto ocorrer não é por «culpa» do doente;
- o tratamento por *antidiabéticos orais* pode ocasionalmente ser *suspensó* se se manteve uma boa compensação por um determinado período. A razão mais habitual é a redução da obesidade.

#### 5. ALGUNS PONTOS A NÃO ESQUECER DURANTE O ENSINO

- O objectivo da informação não é só melhorar os conhecimentos mas sobretudo estimular o doente a efectuar os *actos apropriados* (o doente percebeu o que *fazer*?)
- Use *palavras simples* que o doente compreenda («grande quantidade de açúcar no sangue» em vez de «hiperglicémia»).
- *Procure atenuar as receios do doente* quando trata de assuntos que possam causar ansiedade, como os sinais e consequências da hipoglicémia.
- *Não explique muita coisa ao mesmo tempo* (limite as mensagens a duas ou três ideias chave).
- Pelo menos um terço do período de discussão *deve ser reservado para o diabético expressar os seus próprios sentimentos*.

#### 6. CONCLUSÃO

Iniciar o tratamento de um diabético não insulino dependente com antidiabéticos orais não se limita à passagem de uma receita. É oportunidade ideal para o grupo de profissionais de saúde modificar atitude de um doente habitualmente menos motivado e bem informado sobre a diabetes do que o insulino dependente. Isto pode conseguir-se reforçando assuntos como a dieta, actividade física e o autocontrolo, o que vai ajudar o doente a participar mais activamente no seu tratamento e a obter a melhor qualidade de vida possível.

#### NOTA SOBRE A UTILIZAÇÃO DESTA CARTA INFORMATIVA

##### Temas para futura discussão com o seu grupo

- ★ como nos podemos assegurar de que o doente toma a medicação?
- ★ todos os doentes receberam conselhos dietéticos suficientes e apropriados?
- ★ como podem motivar-se os doentes para a prática regular de actividade física?
- ★ o autocontrolo permitirá ao doente aperceber-se do efeito do medicamento?
- ★ qual o tratamento de escolha do clínico para os diabéticos não insulino dependentes?
- ★ os educadores informaram-se se o doente tem funções renal e hepática normais?

#### AUTORES:

D. Halimi, M.D. (França) — C. Juge, M.D. (Suíça) — M. Mackinnon, R.N. (Reino Unido)  
I. Piva, M.D. (Itália) — L. van Gaal, M.D. (Bélgica)