



AUTOCONTROLE

1. DEFINIÇÃO DE AUTOCONTROLE

O objectivo do autocontrole é envolver activamente o diabético e os que o rodeiam na gestão do tratamento e verificar se os objectivos terapêuticos acordados estão a ser atingidos. O «auto»-controle da criança diabética será inicialmente assumido pelos pais mas deve passar progressivamente para o cuidado da criança logo que possível. Por «objectivos terapêuticos acordados» referimo-nos a objectivos que o médico e o doente acordaram em considerar desejáveis, factíveis e aceitáveis.

Não é demais realçar a importância do autocontrole. Um certo grau do autocontrole não só está inerente ao tratamento da diabetes mas também dá uma oportunidade natural de melhorar o diálogo entre médico e doente no que respeita aos problemas do viver com a diabetes.

Nalguns doentes o autocontrole pode não significar mais do que estar alerta para os sintomas e as variações de peso, enquanto noutros requiere múltiplas determinações diárias da glicémia. Para dar exemplos extremos, a consciência de que a sede, a poliúria ou o prurido significam subida do açúcar no sangue e na urina e devem levar a procurar a ajuda do médico, é provavelmente tudo quanto é necessário num diabético de 80 anos sem complicações, enquanto uma diabética jovem que planeia engravidar deve executar pelo menos quatro determinações diárias de glicémia. Nos dois casos mencionados os objectivos terapêuticos são diferentes, para o primeiro doente consiste em evitar os sintomas, enquanto para o segundo é conseguir uma gravidez bem sucedida, com a prevenção de complicações a curto e a longo prazo para a mãe e a criança.

Mesmo o programa mais simples de autocontrole requiere aceitação, educação e actividade da parte do doente. A colheita e registo de dados que permitam ao diabético e/ou ao médico modificar o programa terapêutico à luz da informação obtida são aspectos comuns a qualquer forma de autocontrole. Esta participação activa é a chave para se conseguir que a vida diária do diabético seja minimamente perturbada pela sua condição.

2. PRESSUPOSTOS

Qualquer programa de autocontrole implica que o doente está a *receber instrução* e a *adquirir certas técnicas*. A demonstração repetida de que os resultados são compensadores deve ser uma *força motivadora* mesmo quando as tarefas são maçadoras. Pode fazer-se a comparação com o pagamento de um prémio de seguro muito alto para garantir a segurança presente e os benefícios materiais futuros.

3. O PROGRAMA EDUCATIVO

O seu objectivo é assegurar que o doente:

- Tenha a capacidade de *reconhecer e interpretar correctamente sintomas relevantes, por exemplo:*
 - *sensações de hipoglicémia, anotando a hora e as circunstâncias como meios de identificação da causa e prevenção da repetição;*
 - *sede, poliúria, prurido e outros sintomas de deficiente controle metabólico, com avisos de que deve procurar auxílio;*
 - *inspecção dos pés para detecção precoce de ferimentos;*
 - *alterações de peso*
- *Saiba fazer os testes na urina* para glicose e acetona, e *interpretar os resultados* tendo em conta o limiar renal.
- *Saiba como executar uma determinação de glicémia* e registar os resultados num diário que o acompanha às consultas.

A *escolha de um programa de autocontrolo* depende de cinco factores principais:

- O tipo de diabetes
- A modalidade terapêutica
- O grau de compensação metabólica requerido para se atingir o objectivo terapêutico acordado
- A vontade e capacidade de participação do diabético
- Os recursos materiais disponíveis.

Os doentes devem ser encorajados a expressar quaisquer reservas que sintam sobre o autocontrolo, de modo a que os profissionais de saúde possam tomá-las em conta ao explicar as vantagens a curto e longo prazo da maior autonomia obtida pelo autocontrolo.

Assumindo que há recursos disponíveis, sugerem-se as normas apresentadas no quadro da página seguinte, mas esquemas alternativos podem ser mais apropriados em diferentes situações.

Explique que há *causas de erro* em todos os procedimentos e interpretações relacionadas com os testes, por exemplo:

<i>Urina</i>	<i>Sangue</i>
– má técnica	– má técnica
– limiar renal alterado	– aparelho de medição desafinado
– tiras reagentes fora da validade ou incorrectamente guardadas	– tiras reagentes fora da validade ou incorrectamente guardadas
– visão alterada	– visão alterada

4. TREINO DOS DOENTES NO AUTOCONTROLE

O programa de treino deve assegurar uma execução meticulosa e uma interpretação precisa dos testes pelo doente. Eles devem ser executados sob supervisão da enfermeira ou do médico até que o diabético tenha adquirido a competência necessária para os realizar independentemente. O programa de treino deve ser adaptado ao *ritmo de aprendizagem* do diabético e durante ele este deve ser motivado para continuar o autocontrolo numa base permanente. Deve dar-se ao diabético a oportunidade de *cometer erros e aprender a partir deles, tentando averiguar por si próprio onde é que se enganou. As suas capacidades de execução devem ser revistas periodicamente.* Pode pedir-se que mostrem as suas tiras reagentes usadas quando vêm à consulta para ter a certeza de que usam uma gota suficientemente grande de sangue e que a removem completamente, etc..

Sempre que possível o diabético deve ser ensinado a modificar o seu tratamento à luz dos resultados dos testes, com ênfase especial para:

– *raciocínio correcto*: por ex. um guarda livros com uma diabetes habitualmente bem controlada apenas com dieta, e que estabelece a relação entre um teste uirinário positivo ao deitar e uma segunda dose de sobremesa ao jantar;

– *o reconhecimento de padrões*: por ex. um carteiro que distribui a correspondência a pé e iniciou recentemente a insulinoterapia, tendo glicémias excelentes durante a semana mas altas no fim de semana e que reconhece a necessidade de aumentar a dose matinal de insulina aos sábados e domingos;

– *solução de problemas*: por ex. uma jornalista que acabou de chegar a Nova York vinda de Milão ficando com um dia seis horas mais longo do que habitualmente determina a sua glicémia e injecta insulina rápida antes do seu segundo jantar (às 8 da noite de Nova Iorque).

A solução de problemas pode ser abordada quer *individualmente* quer *em grupo*, podendo neste caso o compartilhar de experiências enriquecer os exemplos de situações da vida real. Podem distribuir-se ao grupo fotocópias de uma semana do diário de um dos diabéticos como base para discussão. O ensino de grupo pode também ser útil para atenuar receios da picada no dedo e da tomada de resoluções.

NORMAS SUGERIDAS PARA UM PROGRAMA DE AUTOCONTROLE

- A. Diabéticos tipo II, da «maturidade» não fazendo tratamento insulínico Testes urinários pós-prandiais (a meio da manhã ou da tarde) três vezes por semana

Explique que se surge glicosúria ou uma doença intercorrente é necessário fazer os testes com mais frequência e contactar o médico se a glicosúria persiste

- B. Diabéticos tipo II, da «maturidade» que requerem insulina Testes urinários diários, dependendo as alturas dos testes do regime insulínico e da conveniência do doente

Explique o valor da determinação da glicémia quando há risco de hipoglicémia (antes do exercício ou da condução automóvel, se as hipoglicémias surgem sem sintomas premonitórios ou em doentes cardiovasculares), quando a diabetes é instável, quando se pretende a normoglicemia, quando os testes na urina não são de confiança ou não são factíveis (limiar renal alto, problemas prostáticos, bexiga neurogénica, problemas visuais, etc.).

- C. Diabéticos tipo I, de «tipo juvenil» Perfil de três determinações de glicémia preprandiais – diariamente ou pelo menos duas vezes na semana

Insista em que sempre que possível, a glicémia deve ser determinada antes de injectar a insulina de acção rápida (com seringa ou bomba). Devem estabelecer-se esquemas especiais para diabéticos com bombas infusoras. Deve pesquisar-se a cetonúria sempre que o controle seja deficiente – sobretudo em doentes com bombas infusoras.



Explique que em certas circunstâncias é necessário um autocontrole intensivo

- gravidez
 - confirmação de suspeita de hipoglicémia nocturna (determinação da glicémia ao deitar)
 - doença intercorrente, sobretudo se há vómitos ou diarreia
 - sintomas persistentes de hiper ou hipoglicémia
 - cetonúria
 - actividade não habitual
 - viagens com mudanças de fusos horários ou com alteração do horário das refeições.
-

5. REFORÇO DO ENSINO

O médico deve discutir e analisar o resultado dos testes com o diabético em cada consulta e lembrar-se de o congratular pela sua perseverança. Uma aparente indiferença, atitude de pressa ou de crítica ríspida resulta num doente não cooperativo. Deve insistir-se na interpretação dos testes, auto-ajustamento das doses e reforço da educação.

6. RESULTADOS QUE INDUZEM EM ERRO

Pode haver discrepâncias entre os registos do diabético no seu diário e as determinações laboratoriais de glicémia ou de hemoglobina glicosilada. Deve admitir-se sempre a hipótese de que o doente possa ter razão e antes de concluir que ele está a assentar resultados errados ou a fazer «batota», deve excluir-se a possibilidade de erros técnicos, testes feitos em alturas inapropriadas ou determinações incorrectas da hemoglobina glicosilada. Se de facto o diabético está a registar dados falsos é necessário uma discussão feita com tacto e sem juízos de valor, para descobrir as causas. Na raiz do problema pode estar uma não aceitação da diabetes, talvez agravada por conflitos familiares (sobretudo tratando-se de um adolescente), conflitos no emprego ou até com os profissionais de saúde. Isto não deve provocar rejeição da parte da equipe que deve tornar claro que está ali para apoiar o diabético.

7. RELAÇÃO CUSTOS/RESULTADOS

O autocontrolo intensivo pela determinação das glicémicas é caro e nalguns centros pode ser proibitivo. Têm pois de estabelecer-se prioridades. Contudo os benefícios de uma gravidez com sucesso, de uma diminuição dos dias de doença ou de hospitalização por acidocetose ou outras complicações agudas, da redução da frequência de amputações, da perda de visão ou de nefropatia terminal, pesa muito mais do que os custos do autocontrolo pela glicémia e não podem avaliar-se apenas em termos monetários. São benefícios para a comunidade e não só para o diabético. Para este o preço é a inconveniência de ter de fazer os testes. Todavia as recompensas são muitas: maior bem-estar físico, às vezes a possibilidade de recomeçar um desporto que abandonara por receio de hipoglicémia, maior flexibilidade de horário e conteúdo das refeições e maior liberdade na vida social, diminuição da ansiedade pessoal e familiar a respeito das hipo e hiperglicémias e a satisfação de assumir a responsabilidade pelo seu próprio tratamento.

Contudo mesmo o mais autónomo dos diabéticos não pode dispensar o seu médico. Tem de reconhecer a importância de manter as suas consultas regulares para exame da vista, controlo da tensão arterial e da função renal e para ter oportunidade de discutir as suas experiências com o médico, que reforçará a motivação para o diabético continuar a executar o seu autocontrolo.

NOTAS SOBRE A UTILIZAÇÃO DESTA CARTA INFORMATIVA

Temas para futura discussão com os profissionais de saúde

Os resultados do autocontrolo devem ser continuamente avaliados de modo a melhorar a eficiência dos profissionais do seu grupo.

- ★ Quantos doentes e de que grupos *não* executam um autocontrolo adequado no seu serviço?
- ★ Compare o número de diabéticos que se autocontrolam na sua consulta com a experiência de outros centros.
- ★ Quantos dos seus doentes adaptam correctamente as doses de insulina baseados nos resultados do autocontrolo? Quais são os erros mais frequentes?
- ★ Pergunte aos doentes o que acham do autocontrolo pela determinação das glicémias e que problemas encontram? Preço muito elevado? É um método doloroso?
- ★ Encoraje os profissionais da sua equipa a fazerem três determinações diárias da sua própria glicémia por alguns dias e discuta depois o que pensa do assunto.

AUTORES:

N. de Kalbermatten, M.D. (Suíça) — M. I. Drury, M. D. (Irlanda) — V. Jörgens, M.D. (República Federal Alemã) — C. Liniger, M.D. (Suíça) — H. Pelsler, M.D. (Holanda) — N. Thalassinou, M.D. (Grécia)