

"Test your own capacity to survive for one day with discipline we try to impose to our patients."

Dager M. Rocha

Paul Zimmet (1)

LÁ PELOS ANOS SESSENTA, a atitude de um grande especialista me impressionou. Pela frieza. Dizia ele aos clientes diabéticos gordos, ao entregar a prescrição alimentar: "Aqui está a sua dieta. Se você não seguiu-la como mandei, também não precisa voltar aqui ..." (2). Parece que esse é um exemplo da mentalidade da época. Afirmava-se então que a função do médico era receitar e o dever do paciente obedecer a receita (3).

Tempos depois, ao comentar com um também famoso especialista a reação de alguns clientes que se negavam a fazer glicemias capilares várias vezes ao dia, porque sentiam dor à picada dos dedos, o professor me respondeu que aquilo era uma *frescura* S. f. (4). Até hoje vejo colegas monitorando a glicemia por esses processos, com uma série de dosagens ao dia, indiferentes ao sofrimento que impingem. Acho estranho isso tudo. Por temperamento e por razões familiares sempre tive pena dos diabéticos, especialmente das crianças. Talvez também por uma questão de escola.

Quando estudante, no segundo ano de Faculdade, éramos obrigados a fazer tubagem gástrica e duodenal. Passávamos uma sonda pelo nariz para colher os sucos digestivos e fazer os testes de laboratório. Muitos colegas se submetiam à obrigação com má vontade ou simplesmente se recusavam, mas a maioria aceitava bem a exigência do professor. Aquilo era uma tradição no curso de Bioquímica da Escola de Medicina, em Belo Horizonte. As tubagens eram exames clássicos da gastroenterologia da época, bem conhecidos pela sociedade. Como era também o chamado metabolismo basal, para o diagnóstico das doenças da tireóide. O velho professor Baeta Vianna (5), não punia os que se negavam a fazer aqueles exercícios práticos; estimulava todos, entretanto, a passar pela experiência, para que mais tarde, na vida profissional, compreendessem melhor os receios e os sofrimentos dos pacientes.

Um dos problemas do não seguimento das prescrições ou da falta de aderência ao tratamento, como se diz, pode ser simplesmente o de comunicação. Weiss e Coyne (6) chamam a atenção para o problema ao comentar um levantamento feito em 1992 pelo Departamento de Educação dos Estados Unidos, ao testar 26.000 adultos na sua capacidade de entendimento da linguagem escrita. Com base no levantamento efetuado, estimou-se que cerca de vinte e cinco por cento da população norte-americana não compreende qualquer matéria que requeira apenas os conhecimentos básicos para leitura.

Giorgi (7), estudando a questão da aderência entre nós, no Hospital das Clínicas da USP, verificou que a taxa de abandono tem uma associação significativa com o analfabetismo. O fato é importante porque a incapacidade de ler corretamente é associada a uma saúde precária, correlação

*Associação dos Diabéticos de
Juiz de Fora*

*Recebido em 13/04/99
Revisado em 09/06/99
Aceito em 12/06/99*

esta que é independente de outros fatores, tais como educação e renda pessoal ou familiar (8). A relação é tão forte que alguns têm sugerido que um trabalho capaz de melhorar a capacidade de leitura de uma população é também um meio de melhorar a saúde individual ou coletiva (9).

Weiss e Coyne (6) oferecem várias sugestões de como se pode receitar melhor para os deficientes em leitura. Em primeiro lugar, lembrem, não é fácil identificar esses indivíduos. Tais pessoas escondem suas limitações com desculpas e subterfúgios, até mesmo as que não sabem ler nada. É necessário que os médicos e outros profissionais, com tempo e paciência, expliquem aos pacientes as maneiras de aplicar ou de tomar os medicamentos, assim como as suas ações e os seus efeitos colaterais. É preferível utilizar material não escrito, como figuras e imagens ou tudo aquilo que se pode escrever com palavras muito simples. A comunicação pode ser difícil mas é uma função importante no atendimento médico.

Um outro aspecto do problema de comunicação diz respeito ao desconhecimento dos sentimentos do próprio paciente. É realmente difícil para uma pessoa saber exatamente como a outra está se sentindo a menos que ela tenha passado por uma situação semelhante. Isso não quer dizer que seria prático ou desejável que os médicos experimentassem uma doença ou vivessem um tempo com diabetes, como parte de sua educação profissional. Mas seria muito aconselhável que nós ensinássemos aos médicos a serem mais sensíveis às angústias dos seus pacientes e pudessem assim se comunicar melhor. Um depoimento recente, nesse sentido, foi dado por Poulson (10), uma médica canadense, acometida de neoplasia de mama, que sentiu demais os efeitos dos vícios de comunicação dos colegas.

O primeiro método não invasivo, disponível nos Estados Unidos, para determinação da glicemia, desenvolvido pela Frutex Inc. e baseado em raios infravermelhos, foi chamado de "Raio do Sonho" ("Dream Beam") pelos diabéticos norte-americanos (11), revelando a ansiedade com que as pessoas com diabetes esperam ficar livres das picadas nos dedos.

Zimmet (1) escreve ainda que o estresse induzido pela informação distorcida pode ser tão danosa quanto as próprias complicações do diabetes. Afirma categoricamente que deveríamos evitar acusações ou culpar os pacientes pela não aderência ao tratamento e ser compreensivo com as pessoas portadoras de doença crônica.

Com as conclusões do DCCT, divulgadas em 1993, firmou-se o princípio de que um controle rigoroso da glicemia, em diabéticos insulino-depen-

des, é capaz de diminuir o risco de complicações ao longo do tempo. Como controle rigoroso entendeu-se a determinação da glicemia várias vezes ao dia, até de madrugada e as correspondentes aplicações de insulina de ação rápida para manter os níveis de glicose do sangue dentro da normalidade.

O que se esqueceu de enfatizar foi que o grupo submetido ao tratamento intensivo aplicava insulina várias vezes ao dia, consultava-se mensalmente e era assistido por uma equipe constituída de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e outros profissionais, que atendia os pacientes a qualquer hora do dia ou da noite, por telefone, fax, correio e pelas vias eletrônicas. O outro grupo, testemunho da pesquisa, fazia apenas o tratamento convencional, com uma glicemia diária e a aplicação de insulina uma ou duas vezes ao dia e consultava apenas a cada trimestre (12). O que foi intensivo, as múltiplas dosagens e as aplicações de insulina ou a atenção excepcional que foi dada ao grupo que ensaiou o novo método?

Além do DCCT vários outros estudos têm mostrado os benefícios do melhor controle glicêmico. O mais recente, o United Kingdom Prospective Diabetes Study, conhecido pela sigla UKPDS, comprovou essa conclusão nos pacientes portadores do diabetes tipo 2. Como é sabido, entretanto, e bem observam Klein e Klein (13), uma grande porcentagem de pacientes não controla bem a glicemia em parte por causa das limitações das terapêuticas disponíveis atualmente. Na verdade, não conseguimos ainda, com a insulina e os hipoglicemiantes orais, substituir adequadamente as funções do pâncreas normal ou corrigir os processos patológicos da doença.

Será que vale a pena realmente tratar os nossos diabéticos, de maneira rígida, para manter uma glicemia sempre baixa? Numa publicação recente, Purnell e cols. (14) relatam que as alterações nos níveis lipídicos e na pressão arterial que podem ocorrer com o ganho excessivo de peso na terapia intensiva são semelhantes às que são observadas na síndrome de resistência à insulina e podem com o tempo aumentar o risco de doença coronariana nessa subsérie de indivíduos.

A respeito das implicações do UKPDS, a Associação Americana de Diabetes, em sua posição sobre o estudo, afirmou que é necessário que os pacientes e os profissionais da medicina tratem com muita seriedade a questão do diabetes e que os serviços de saúde ofereçam os recursos necessários ao tratamento (15). Este é um outro aspecto a considerar. Não é necessário lembrar as dificuldades da atenção à saúde em nosso país.

Em relação ao diabetes o fenômeno é mundial. A falta de insulina, de seringas e de agulhas ainda

ocorre em 21 de 73 países, especialmente nas zonas rurais, conforme conclui um estudo feito em 1997, pela Federação Internacional de Diabetes (16).

Já tive a oportunidade de declarar que considero como herói o diabético que se cuida (17). Por todas as razões aqui expostas, penso que deveríamos nos manter sensíveis às dificuldades pessoais dos nossos clientes.

REFERÊNCIAS

1. Zimmet P (Editorial). On being optimistic about progress in the battle against diabetes and its complications. **Dialogue** 1997;2nd quarter:5-7.
2. Rocha DM. Problemas do paciente diabético. **Rev Bras Med** 1988;45:205-7.
3. Zagury L. Informação pessoal.
4. Arduino F. Informação pessoal.
5. Rocha DM. Discurso de posse na Academia Mineira de Medicina 1989; Anos XX-XXII:95-102.
6. Weiss BD, Coyne C. Communicating with patients who cannot read. **N Engl J Med** 1997;337:272-4.
7. Giorgi DMA. Modelos de comportamento e estratégias para a melhoria da aderência. **Hipertensão** 1999;2:6-8.
8. Grosse RN, Auffrey C. Literacy and health status in developing country. **Annu Ver Public Health** 1989;10:281-97. (in: Ref. 6).
9. Weiss BD, Hart G, Pust RE. The relationship between literacy and health. **J Health Care Poor Underserved** 1991;1:351-63. (in: Ref. 6).
10. Poulson J. Bitter pills to swallow. **N Engl J Med** 1998;25:1844-6.
11. Dinsmoor RS. Questions and Answers. **Diabetes Self Management** 1996;13:38-40.
12. Dawson LY. DCCT: Team approach takes center stage. **Diab Spectrum** 1993;6:222-32.
13. Klein R, Klein BEK. Relation of glycemic control to diabetic complications and health outcomes. **Diab Care** 1998;21(suppl. 3):39-43.
14. Purnell JQ, Hokanson JE, Marcovina SM, Steffes MW, Cleary MS, Brunzell JD. Efeitos do ganho excessivo de peso com a terapia intensiva do diabetes tipo 1 nos níveis lipídicos e na pressão arterial. **JAMA Brasil** 1998;2:1331-40.
15. Genuth S, Eastman R, Khan R, Klein R, Lachin J, Lebowitz H, et al. Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study. Position Statement, American Diabetes Association. **Diab Care** 1999;22 (suppl. 1):27-31.
16. Tan MH, Jervell J. Results of global survey: Access to insulin. **IDF Bulletin** 1998;43:12-5.
17. Rocha DM. (Editorial) O diabético é um herói. **Tudo Azul** (Jornal Trimestral da Associação de Diabéticos de Juiz de Fora) 1996;Ano XIII:48-2.

Endereço para correspondência:

Dager M. Rocha
Av. Independência, 2.100 Ap. 1.401
36025-290 Juiz de Fora, MG
FAX: (032) 215-5702