



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA-TRABALHO FINAL

PEDRO MIGUEL ALVES COELHO DIAS CARDOSO

Revisão do Impacto das Intervenções e da Medicina Centrada na

Pessoa na Diabetes Mellitus

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

DOCTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO

MARÇO DE 2017

Revisão do Impacto das Intervenções e da Medicina Centrada na Pessoa na Diabetes Mellitus

Artigo de Revisão

Pedro Miguel Alves Coelho Dias Cardoso¹

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

¹(pedromacdc@gmail.com)

Trabalho final do 6.º ano médico com vista à atribuição do grau de mestre no âmbito do ciclo de estudos do Mestrado Integrado em Medicina.

Área científica: Medicina Geral e Familiar

Orientador: Doutora Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano

Coimbra, Março de 2017

Índice

Índice	3
1. Tabelas e Figuras	4
2. Resumo	4
3. Introdução	6
4. Materiais e Métodos	7
5.1 Diabetes Mellitus	9
5.1.1 Tratamento e Controlo da Diabetes Mellitus	9
5.2. Medicina Centrada na Pessoa	16
5.2.1. Métodos de Implementação	18
5.2.2. Auto-monitorização da Glicemia Capilar	19
5.2.3. A Empatia	20
5.2.4. Simpatia	23
5.2.5. O papel da Tecnologia	24 23
5.2.6. A Medicina Centrada na Pessoa e a Diabetes Mellitus	25
5.2.7. O Ensino e a Medicina Centrada na Pessoa	27 26
Conclusão	31 30
Agradecimentos	33 32
Referências	33

1. Tabelas e Figuras

Tabela 1- Escala *Strength of recommendation taxonomy* (SORT)

Tabela 2- Escala *Strength of recommendation taxonomy* (SORT)

2. Resumo

Introdução: Em 2015, estimava-se que o diagnóstico de Diabetes Mellitus nos adultos perfazia um total de 415 milhões de doentes.¹ Se recuarmos até 1980 verificamos que o valor era substancialmente menor (108 milhões de adultos).² Se restringirmos a nossa análise a Portugal verificamos que, no mesmo ano, considerando a população com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, 12,3% tinham Diabetes Mellitus – 6,9% diagnosticada e 5,4% por diagnosticar³. A Medicina Centrada do Doente mostra claros resultados em patologias crónicas, especialmente as que dependem do doente para melhores resultados.

Materiais e Métodos: A pesquisa bibliográfica em que se baseou a construção deste artigo de revisão científico foi feita por via da *Pubmed* e da página da Direção-Geral de Saúde (DGS). Na elaboração deste artigo de revisão baseada na evidência foram obtidos um total de 415 artigos, dos quais foram selecionados 44.

Resultados: A introdução da Medicina Centrada na Pessoa (MCP) como componente auxiliar da abordagem à Diabetes Mellitus deve ser encorajada. Embora alguns elementos da Medicina Centrada na Pessoa ainda careçam de maior investigação, como é o caso de algumas áreas específicas da Empatia, são evidenciáveis e inegáveis os benefícios que resultam da introdução da MCP na terapêutica antidiabética. Os benefícios que tal medida representa potencialmente nos níveis de glicemia e de HbA1c são claros, com uma redução, neste último, na ordem de 1%. Outro benefício da promoção da MCP no doente diabético tem a ver com o incremento da informação de que o médico dispõe, conseguindo, assim, monitorizar mais atenta e detalhadamente a evolução da doença quase que diariamente. Na perspetiva do doente, aumenta, assim, o conhecimento da sua própria doença, a adesão terapêutica e o grau de compromisso com a tomada de decisão, que deverá ser sempre acordada de forma bilateral, com a mesma a ser ajustada às comorbilidades e às particularidades individuais

de cada doente. Foi possível, ainda, encontrar consideráveis lacunas ao nível da formação direcionada para a MCP. Se tal for combatido, a efetividade da MCP nos *outcomes* da Diabetes aumentarão exponencialmente.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Medicina Centrada no Doente, Fatores de Risco Cardiovasculares, Mortalidade, Qualidade de Vida, Controlo Metabólico

Keywords: Diabetes Mellitus, Patient-Centered Care, Diabetes Mellitus/Risk Factors, Diabetes Mellitus/Mortality, Diabetes Mellitus/Quality of Life,

3. Introdução

A *Diabetes Mellitus* é uma doença metabólica, crónica, caracterizada pela existência de Hiperglicemia resultante de defeitos na secreção e/ou ação da Insulina.⁴ Atualmente, a sua prevalência à escala mundial, na população adulta, ronda os 415 milhões de pessoas¹, das quais 193 milhões têm Diabetes não diagnosticada¹. Em Portugal, o cenário não é mais animador. A prevalência em território nacional é de 12,9%, um valor que representa um crescimento, considerando as últimas décadas.³ Estima-se que a mortalidade anual inerente à Diabetes ronde os 5 milhões de casos.¹ A juntar a isto, em termos económicos, os custos anuais relacionados com a Diabetes estimam-se, em valores mínimos, na casa dos 673 mil milhões de euros¹. Mediante tal cenário, urge, portanto, desenvolver e estimular medidas que visem um melhor controlo dos níveis de glicemia e da HbA1C, e, por consequência, da diabetes. Para 45% dos diabéticos tal permanece um desafio particularmente desafiante.⁵ Alvo de intervenção prioritária, também, deverá ser o controlo dos fatores de risco cardiovasculares, dado serem a estes atribuídos maior preponderância no que aos níveis de mortalidade diz respeito. E, por fim, mas com tanta ou maior importância deverá ser a implementação de medidas que melhorem a qualidade de vida e diminuam as complicações da doença.⁶

Este trabalho teve como objetivo ~~inferir acerca~~ [fazer uma revisão da evidência](#) do impacto da Medicina Centrada na Pessoa, ~~d~~ [no controlo metabólico e](#) ~~d~~ [nos fatores de risco cardiovasculares](#), na mortalidade e na qualidade de vida ~~associados às~~ [das pessoas com](#) Diabetes Mellitus [tipo 2](#), procurando ~~concluir~~ [perceber se há](#) ~~qual~~ [a](#) vantagem ~~da~~ [na](#) implementação ~~desta~~ [na](#) prática ~~destas~~ [abordagens](#) ~~na~~ [à](#) ~~doença~~ [diabética](#).

4. Materiais e Métodos

A fim de proceder à revisão baseada na evidência na qual este projeto se baseia, procedeu-se a um trabalho de pesquisa artigos originais e normas de orientação clínica. As fontes usadas para tal efeito foram a *Pubmed* e a página da Direção-Geral de Saúde (DGS), usando como palavras chave “Diabetes Mellitus, Medicina Centrada no Doente, Fatores de Risco Cardiovasculares, Mortalidade, Qualidade de Vida, Controlo Metabólico”. Como critério de inclusão, relativamente aos artigos selecionados, foi tido em conta o facto de datarem de há 10 anos ou menos. As exceções a esta última regra são o *United Kingdom Prospective Diabetes Study*, o *Strenght of Recommendation Taxonomy (SORT): a Patient Centered Approach to Grading Evidence in the Medical Literature*, o *Diabetes and glucose tolerance as risk factes for Cardiovascular Disease*, e o *Obstacles which patients with type 2 diabetes meet while adhering to the therapeutic regimen in everyday life*. Estes artigos foram incluídos na pesquisa bibliográfica ~~„fosse~~ pela sua importância reconhecida na investigação do tema, ~~fosse ou~~ por conterem escalas avaliativas essenciais ao rigor científico do trabalho, ou [ainda](#) por apresentarem conclusões com elevado grau de evidência adequadas ao presente artigo. Os artigos selecionados encontram-se nas línguas inglesa ou portuguesa. De um total de 415 artigos obtidos, foram selecionados 44, de acordo com os objetivos deste trabalho. Classificaram-se os níveis de evidência e recomendação segundo a escala *Strenght of Recommendation Taxonomy (SORT)* da *American Academy of Family Physicians*⁷.

Força de Recomendação	Definição
A	Recomendação baseada em evidência consistente, de boa qualidade, orientada para o doente.
B	Recomendação baseada em evidência inconsistente, de qualidade limitada, orientada para o doente.
C	Recomendação baseada em consensos, prática clínica, opinião, orientada para a doença ou series de casos acerca do diagnóstico, tratamento, prevenção ou rastreio.

Tabela 1- Escala *Strength of recommendation taxonomy* (SORT) Adaptado de ⁷.

Níveis de Evidência	Definição
1	Estudos de boa qualidade, evidência orientada para o doente
2	Estudos de qualidade limitada, evidencia orientada para o doente.
3	Outra evidência.

Tabela 2-- Escala *Strength of recommendation taxonomy* (SORT) Adaptado de ⁷.

5. Resultados

5.1 Diabetes Mellitus

5.1.1 Tratamento e Controlo da Diabetes Mellitus

5.1.1.1. A Diminuição da HbA1c e os seus benefícios microvasculares

Estima-se que da sua redução de 1 mmol/mol resulte um decréscimo de 3% ao nível do risco de surgimento de complicações cardiovasculares, nomeadamente microvasculares (Nível de Evidência 1), mas também renais, oftálmicas ou neurológicas.

Por outro lado, estudos de coorte comprovaram que diabéticos com um pobre controlo glicémico, calculado pelo valor da HbA1c, teriam risco mais elevado de desenvolver eventos cardiovasculares⁹ (Nível de Evidência 2).

Esta relação, com o desenvolvimento de episódios de índole microvascular, é mais notória quando os valores de HbA1c são iguais ou maiores do que 6,5%⁹ (Nível de Evidência 1).

Em ensaios clínicos, é sugerido que o surgimento de eventos microvasculares associados à Diabetes, não pode ser tido em conta apenas como dependente do nível sanguíneo de HbA1c ou do controlo metabólico⁹ (Nível de Evidência 1). Mais, é referido que as características particulares do doente devem ser tidas em conta na hora de estipular estes valores. Deste modo, doentes mais novos, com história insignificante de doença cardiovascular, e/ou níveis baixos de HbA1c à data do diagnóstico irão beneficiar de um controlo metabólico mais restritivo deste último parâmetro⁹ (Nível de Evidência 1). Ao invés, se estivermos perante um doente mais idoso, com historial de doença cardiovascular, e/ou elevados níveis de HbA1c à data do diagnóstico, um controlo destes contornos pode trazer mais riscos do que benefícios no que toca ao surgimento de comorbilidades e degradação do estado geral do doente (Nível de Evidência 1)⁹.

Mais uma vez, é, pois sugerido, por estes resultados, que um controlo da HbA1c não irá, por si só, significar um melhor controlo da doença ~~(Nível de Evidência 1)~~⁹.

Contudo, é também concluído que um aumento de 1% na HbA1c representa um aumento na mortalidade cardiovascular⁹ (Nível de Evidência 1).

De referir ainda que, para doentes com diferentes riscos cardiovasculares, o mesmo aumento na HbA1c, representa um aumento de risco semelhante de surgimento de novos episódios de microvasculares (Nível de Evidência 1)⁹. O mesmo não acontece para a mortalidade geral ligada à doença (Nível de Evidência 1)⁹.

Porém, se o doente tiver doença cardiovascular prévia, a associar à doença diabética, o aumento da HbA1c, não irá representar um aumento da mortalidade por eventos cardiovasculares (Nível de Evidência 1)⁹. Isso pode sugerir que é necessário a combinação de outros fatores de risco, alguns deles associados à Diabetes, casos da hipercolesterolemia, do tabagismo, ou da hipertensão arterial, para que esta relação se verifique. ~~(Nível de Evidência 1)~~.

Desta forma, diminuir a HbA1c deve ser uma preocupação pelo impacto positivo que pode ter no não surgimento de eventos microvasculares ⁹ ~~(Nível de Recomendação A)~~, mas deverá sempre ser acompanhado do rastreio e controlo de fatores de risco cardiovasculares, especialmente se diretamente ligados à Diabetes (Nível-Grau de Recomendação A).⁹

Conforme se entende pelas afirmações supramencionadas, a HbA1c desempenha um importante fator de prognóstico e de avaliação do sucesso ou insucesso terapêutico na *Diabetes Mellitus*. Relativamente aos valores de referência a atingir por cada diabético no que a este parâmetro diz respeito, os mesmos nunca devem ser generalizados sem que se abram exceções adaptadas a cada caso. ~~(Nível de Recomendação A)~~.^{2,10} Deve, pois, haver um ajuste individual dos valores-alvo a atingir.¹⁰ Para a criação destes *targets* de HbA1c deverá ser tida em conta a esperança de vida, os anos de evolução de *Diabetes Mellitus*, o risco de hipoglicemia, e a presença de doença cardiovascular

ou de outras comorbilidades ~~(Nível de Recomendação A)~~.¹⁰ Ainda assim, são estipulados valores tidos como envolventes e ajustados para a grande maioria da população diabética. Para esse grupo, o valor de HbA1c deverá ser de 7% (Grau de Recomendação A). Este foi um valor no qual se verificou haver redução dos eventos microvasculares inerentes à *Diabetes Mellitus* ~~(Grau de Recomendação A)~~, logo que seja seguida a Norma nº052/2011 e o seu algoritmo.¹⁰ Em populações mais jovens, o valor pode ser ainda mais reduzido, e ser colocada a fasquia nos 6,5%, logo que não sejam documentadas hipoglicemias significativas (Grau de Recomendação A).¹⁰

5.1.1.2. O papel da Metformina

O tratamento da *Diabetes Mellitus* contempla uma estratégia amplificada, estipulada na Norma da Direção-Geral de Saúde nº052/2011, um documento assinado e reconhecido pelo Ministério da Saúde do Governo de Portugal.¹⁰

Neste documento, à semelhança do que é recomendado em outras publicações de organismos diferentes, a Metformina, fármaco pertencente ao grupo das biguanidas, é o fármaco de primeira linha (Grau de Recomendação A)¹⁰ A Metformina é, então, por norma, o primeiro fármaco a ser instituído devido à sua ação no controlo metabólico, mas também pela sua ação na redução de eventos microvasculares (Nível de Evidência 1).⁸ Outro motivo que leva à sua escolha tem a ver com a reduzida quantidade de efeitos secundários, bem como a pouca gravidade dos mesmos¹⁰, em que talvez o de maior gravidade seja a acidose láctica, reportada em cerca de 3 a 6 casos por cada 100 000 doentes por ano¹⁰. A Metformina, se tolerada pelo doente e corretamente administrada, pode reduzir a HbA1c em 1 a 1,5%¹⁰ (Nível de Evidência 1). Estudos de coorte, porém, estabelecem a relação direta entre a Metformina e o surgimento de eventos cardiovasculares, bem como o seu impacto na mortalidade cardiovascular (Nível de Evidência 2)¹¹. Este fármaco provou-se como sendo redutor deste tipo de eventos (Nível de Evidência 2) Além disso, o facto de não ter qualquer impacto no peso do doente diabético (Nível de Evidência 1)⁸, conduz a que seja ainda mais bem vista junto do médico,

como fármaco preferencial na instituição da terapêutica anti-diabética oral. Sendo a redução da HbA1c na ordem de 1% associada à diminuição das complicações microvasculares⁸ (Nível de Evidência 1), conclui-se que, ao ser capaz de ter este impacto na HbA1c, a Metformina irá melhorar o prognóstico cardio e microvascular de forma significativa (Nível de Evidência 1)⁸. Por último, não menos importante, contudo, a Metformina associa-se a um número reduzido de eventos hipoglicémicos (Nível de Evidência 1)⁸.

A par desta medida, devem surgir ou ser já precedentes, medidas corretivas relativamente ao estilo de vida (Grau de Recomendação A).¹⁰ Posto isto, só deverá ser acrescentado novo fármaco se tiverem já sido otimizadas as orientações higieno-dietéticas, assim como atingida a dose máxima recomendada de Metformina – 2000mg/dia. (Grau de Recomendação A).¹⁰ Em caso de intolerância à Metformina, a escolha deverá recair sobre a Sulfonilureia (Grau de Recomendação [CA](#)).¹⁰ Se houver intolerância à Sulfonilureia, ou os efeitos adversos mais graves e/ou comuns – hipoglicemia, por exemplo – forem reportados, então o médico deverá optar por um inibidor da α -glicosidases (Acarbose), ou por um inibidor da Dipeptidil Peptidase 4 (iDPP4) (Grau de Recomendação [CA](#)).¹⁰ Se, por outro lado, o doente apresentar glicemias entre 300-500mg/dl ou HbA1c superior a 10%, dever-se-á iniciar insulinoaterapia (Grau de Recomendação [CA](#)).¹⁰

5.1.1.3. O Controlo dos Fatores de Risco Cardiovascular

Atualmente, a Doença Cardiovascular Aterosclerótica continua a ser a principal causa de morte na Diabetes¹². Na realidade portuguesa, Diabetes Mellitus, Doença Coronária e Acidente Vascular Cerebral são conceitos que não podem ser dissociados ([Nível de Evidência 1](#))¹³. Controlar a eficácia de múltiplos fatores de risco cardiovascular é algo que tem eficácia comprovada¹⁴.

Por esse motivo, preconiza-se a avaliação anual dos fatores de risco cardiovasculares na análise diabética. Aqui serão abordados a Hipertensão, a Dislipidémia e o Tabagismo.

A Hipertensão é um fator de risco cardiovascular (FRCV) encontrado com maior frequência na Diabetes, comparativamente à população em geral¹⁵. ~~(Nível de Evidência 1).~~ Diabetes e Hipertensão surgem associadas, de tal forma que, mundialmente, cerca de 40% das mortes na Diabetes são causadas pela condição hipertensa¹⁶. ~~(Nível de Evidência 1).~~

Há, pois, evidência de que reduzindo a Tensão Arterial na população diabética, o risco cardiovascular é substancialmente reduzido, também¹⁷. De resto, a sua redução é, inclusive, vista como mais importante do que o controlo glicémico no que à redução da mortalidade diabética diz respeito¹⁸ (Nível de Evidência 1).

Deve, contudo, ter-se em conta que baixar a tensão arterial drasticamente de valores de tensão sistólica de 140 mmHg e de tensão diastólica de 90mmHg não parece ser especialmente benéfico¹⁹ (Nível de Evidência 1+).

De referir, ainda, que em Portugal, os programas de combate à Hipertensão na Diabetes vêm tendo resultados animadores. Entre 2006 e 2014, a quantidade de diabéticos com níveis de tensão abaixo de 140/90 quase que duplicou.²⁰

Também o Tabagismo é considerado um fator de risco cardiovascular com significância na Diabetes Mellitus. Aliás, o tabaco, enquanto fator de risco para morbi-mortalidade na condição diabética, é elemento mais preponderante do que qualquer alteração fisiológica alocada à Diabetes²¹ (Nível de Evidência 1). A Cessação Tabágica deve ser uma estratégia prioritária, particularmente em doentes com outros fatores de risco e mal controlados a ponto de puderem desenvolver eventos a curto-prazo²¹ ~~(Nível de Evidência 1)~~ Grau de Recomendação A.

Quanto à dislipidemia, a redução dos níveis de colesterol LDL coincidiu com uma redução na mortalidade total de 9%, na mortalidade cardiovascular de 13%, e no surgimento de eventos cardiovasculares de 21%²². ~~(Nível de Evidência 1).~~

5.1.1.4 Multidisciplinaridade do Tratamento da Diabetes

Na abordagem à *Diabetes Mellitus* a estratégia deve ser reconhecidamente multidisciplinar. De facto, há evidência de que uma orientação deste tipo deve ser praticada, contendo, preferencialmente, além da equipa médica, enfermeiros com experiência em tratamento da Diabetes, e com as ferramentas necessárias para promover a educação do doente, além de dietistas e podólogos com conhecimento marcado nesta área ([Nível-Grau](#) de Recomendação A).⁶

Para lá da terapêutica farmacológica, a estratégia terapêutica da *Diabetes Mellitus* deve incluir medidas gerais, das quais resulta impacto comprovado na qualidade de vida do doente. ([Nível de Recomendação A](#))⁶

As mudanças no estilo de vida são importantes para a redução da mortalidade, e conseqüente melhoria do prognóstico geral da Diabetes. De cada vez que o doente se prepara para alterar o seu estilo de vida e estabelecer novos objetivos, seja para que parâmetro for, algumas questões deverão ser colocadas²³(Nível de Evidência 3):

1. Quanto tempo demorará a atingir o objetivo? ²³
2. É algo fácil de colocar em prática na vida real?²³
3. Tem um âmbito restrito?²³
4. Quão frequentemente fará esta nova prática?²³

5.1.1.4.1. Alimentação na Diabetes

Também a alimentação deve constituir um pilar essencial do combate à Diabetes. Reforça-se, portanto, a necessidade de recurso a consultas de nutrição frequentes. De acordo com dados fornecidos em consultas de nutrição, o impacto das alterações e ajustamentos dietéticos no controlo metabólico da diabetes é comprovado, com a HbA1C a diminuir entre 0,5 a 2%. ^{6,8,24} (Nível de Evidência 1).

O regime alimentar segue algumas diretrizes específicas, ainda que deva obedecer a uma política de adaptação do plano dietético a cada doente, de forma personalizada. Ainda assim, algumas orientações devem ser seguidas, pelas evidências que delas advêm. A dieta deve ser cardioprotetora. Para tal, a ingestão diária de calorias respeitante a gorduras saturadas e gorduras trans não deve ultrapassar os 7% (Nível-Grau de Recomendação C)⁶, e a ingestão lipídica global não deve ultrapassar os 35% (Nível-Grau de Recomendação C)⁶. Apenas com estas medidas, o colesterol total pode ser reduzido em 7 a 21%, o LDL em 7-22%, e os triglicérides em 11-31% (Nível de Evidência 3).⁶ Sendo estes parâmetros importantes na fisiopatologia de doenças cardiovasculares e residindo nesta área uma das principais comorbidades da *Diabetes Mellitus*, é de inferência direta o impacto que estas medidas e o cuidado com esta área da dieta tem no prognóstico da *Diabetes Mellitus*.

De acordo com as recomendações da *American Diabetes Association (ADA)*, são elaboradas algumas diretrizes específicas nesta área e com aplicações práticas. O doente diabético recebe a informação acerca das quantidades que deve ingerir de cada tipo de alimento, contudo, facilmente podem ser esquecidos conselhos práticos que a ADA não descarta. Exemplos disso são as recomendações de ao jantar e ao almoço, preencher metade do prato com vegetais desprovidos de amido (Nível de Recomendação A),² como são os casos das cenouras, brócolos ou feijão verde. Ao nível da carne é recomendado o recurso a carnes brancas, como galinha ou peru (Nível de Recomendação A).² É também aconselhada a preferência por grãos integrais em detrimento dos grãos refinados (Nível de Recomendação A).² Em termos de gorduras, são recomendadas algumas como as provenientes do azeite, logo que em quantidades reduzidas (Nível-Grau de Recomendação C).

5.1.1.4.2. Exercício Físico na Diabetes Mellitus

Também o exercício físico é de especial importância no combate à *Diabetes Mellitus*. Estudos de meta-análise, e revisões sistemáticas sobre o exercício físico em diabéticos tipo 2 reportaram melhorias quantitativas na HbA1c de 0,7% (Nível de Evidência 12).⁶

O exercício físico parece também estar associado a um melhor controlo dos fatores de risco cardiovasculares, nomeadamente no que diz respeito ao controlo tensional, perfil lipídico e perímetro abdominal (Nível de Evidência 1)²⁵.

5.2. Medicina Centrada na Pessoa

A Medicina Centrada na Pessoa (MCP) define-se como todo o tipo de comportamento médico que tem por base as necessidades específicas do doente²⁶, sendo os parâmetros avaliados, e os seus *targets* acordados entre médico e doente, a fim de que este último sinta que é parte ativa no estabelecimento dos mesmos. Na MCP é notório que cada pessoa tem a necessidade de ser vista como um todo, como um todo biopsicossocial.²⁷

Estudos de revisão têm considerado 5 dimensões para a Medicina Centrada na Pessoa. Uma primeira, dita abordagem biopsicossocial, que mais não é do que a extensão da medicina, para lá do nível do que é puramente psicológico, para o campo social e psicológico; a segunda dimensão que se narra é a do paciente enquanto pessoa – aqui entra a necessidade, por parte do médico, de entender a experiência pessoal da doença por parte do doente-; segue-se a partilha do poder e da responsabilidade; a penúltima dimensão da MCP é a aliança terapêutica, para a qual é fundamental desenvolver uma relação profissional baseada na sensibilidade, na capacidade de cuidar e na empatia; e, por último, ser capaz de ver o médico como humano²⁷.

Para lá do seu grande interesse na temática da abordagem à *Diabetes Mellitus*, falar de MCP implica necessariamente debater uma área de elevado interesse por estar intimamente correlacionado com

serviços médicos de melhor qualidade e com percentagem de erro menor, além da maior eficácia do mesmo e dos custos reduzidos.²⁶

De igual modo, a MCP faz especial sentido em doenças crónicas, não só na Diabetes, mas também, por exemplo, na Hipertensão Arterial, onde há necessidade de realizar ações autónomas, não absolutamente dependentes do médico, por parte do doente, como seja monitorizar sinais vitais, levar a cabo alterações do estilo de vida, e a adesão à terapêutica implementada (Nível de Recomendação B).²⁸

Um dos motivos que muito contribui para o sucesso da MCP no doente diabético é o facto de, nos cuidados de saúde primários, haver um conhecimento do doente²⁶ em termos, não só de saúde, mas também do seu contexto socio-económico e, portanto, haver uma informação que, não se resume a um foro longitudinal da própria patologia diabética, neste caso, mas também a uma amplitude transversal.

As vantagens da MCP na abordagem concreta à *Diabetes Mellitus* acentuaram-se à medida que o tema foi sendo aprofundado e alvo de mais e melhor investigação por parte da Comunidade Científica. De facto, hoje, é sabido que esta perspetiva é uma importante ajuda, na patologia diabética, para manter os níveis de glicemia controlados (Nível de Evidência 2)²⁸. É, contudo, de conclusão direta que os *outcomes* da MCP serão tanto melhores, quanto mais adequados à população-alvo, neste caso, os doentes com *Diabetes Mellitus*, forem os mecanismos de avaliação dos parâmetros desejados.

É, porém, uma certeza, que a adesão à terapêutica da *Diabetes Mellitus* é encarada como um enorme desafio, particularmente nos doentes com níveis metabólicos subclínicos, embora com *Diabetes Mellitus* já diagnosticada²⁹. Não é menos certo, igualmente, que a implementação de medidas relacionadas com a MCP conduz a um incremento nesta área específica da patologia diabética (Nível de evidência 3)⁶.

Outro dos fatores de tamanho sucesso da MCP, especialmente nos cuidados de saúde primários, prende-se com o facto de, aqui, “se tratar a pessoa, não a doença”²⁶. Aliás, há evidência de que as

atividades médicas mais praticadas ao longo de uma consulta médica, na consulta do diabético, são de cariz social e tecnológico, com valores percentuais que rondam os 100% e os 81%, respetivamente (Nível de Evidência 3).²⁶ Só depois destas duas áreas é que surgem áreas mais viradas para o conhecimento técnico teórico e prático, com valores já na casa dos 75% (Nível de Evidência 3).²⁶

Contudo, nem todas as patologias beneficiam da MCP. Tome-se a título de exemplo, o caso das doenças mentais. Equipas de investigação inferiram que, no caso deste tipo de maleitas, a MCP pode ter mais riscos que benefícios. Como prova disso é dado o facto de a articulação entre cuidados primários e secundários poderem resultar em sobremedicação, com um doente partilhado entre ambos os serviços a ser medicado, para a mesma patologia, de forma diferente (Nível de Evidência 3).²⁶ Tal é atribuído, primeiramente, ao facto de haver diferenças na metodologia de trabalho entre os profissionais de uma e outra área.²⁶

5.2.1. Métodos de Implementação

Os métodos a que se recorrerá para otimizar a MCP variam e devem sempre ser entendidos como tendo que ser adaptados ao doente e às suas particularidades. De tal forma que, se nos encontramos perante um doente que se encontra perfeitamente à vontade com o recurso a meios tecnológicos, uma metodologia organizacional que assente naquele formato deverá ser fomentada, quanto mais não seja pelos benefícios comprovados da utilização do mesmo.²⁸

Um outro aspeto que deve ser tido em conta, à partida, na instituição de uma estratégia de MCP reside na concordância dos targets entre o profissional de saúde e o doente.²⁹

Para que a MCP seja instituída de forma eficaz, deve haver lugar à correta integração de múltiplos serviços de forma coordenada. De tal forma que, cuidados de saúde primários e secundários devam trabalhar em cooperação constante.²⁶

Há, todavia, importantes entraves à implementação da MCP no cotidiano médico. Ultrapassar esses entraves é um passo de especial importância, particularmente em patologias complexas, com grande percentagem de comorbidades associadas²⁶, características que a *Diabetes Mellitus* satisfaz integralmente. De resto, há evidência de que, se implementada satisfatoriamente, a MCP pode ter impacto positivo no controlo glicémico do doente diabético.²⁶

5.2.2. Auto-Monitorização da Glicemia Capilar

Outra das particularidades da diabetes e, concretamente, do seu tratamento, prende-se com a educação ao doente. Com o objetivo de obter um melhor controlo dos níveis sanguíneos de glicose juntos dos doentes que realizam insulino-terapia, deve ser promovida, a educação do doente, a fim de que o mesmo esteja capacitado a monitorizar autonomamente a sua glicemia, num conceito que vem sendo amplamente difundido sob a designação de Auto-Monitorização da Glicemia Capilar (AMGC).

O AMGC é um programa estabelecido na terapêutica da *Diabetes Mellitus* a fim de promover, em insulino-dependentes, um melhor controlo da doença, assim como o providenciar de informações mais precisas acerca da própria patologia.⁶ Concretamente, com a AMGC pretende-se colher mais informação ou, idealmente, evitar as hipoglicemias; avaliar a resposta dos valores de sanguíneos de glucose a alterações medicamentosas ou do modo de vida; monitorizar o efeito das refeições na glucose pós-prandial; e vigiar as alterações nos níveis sanguíneos de glucose em período coincidente com outras intercorrências (Nível de Evidência 3).⁶

Contudo, nem todos os doentes estão habilitados a cumprir exemplarmente este regime. Para que esta estratégia possa ser implementada é necessário que o doente tenha o conhecimento, as aptidões e a intenção de usar a informação obtida para que ativamente possa ser capaz de ajustar o tratamento.⁶

A AMGC deve ser implementada, especialmente no que à intensidade e frequência dizem respeito, de forma individual, para que vá ao encontro das exigências educacionais, comportamentais, e clínicas.⁶ Além disso, o programa deve ser capaz de satisfazer e abranger aquilo que serão os

requisitos de dados acerca dos padrões de glicemia necessários para monitorizar corretamente as decisões terapêuticas tomadas em consulta.⁶

Anualmente, deverá ser feita uma análise estrutural das capacidades de auto-monitorização, dos resultados obtidos e da sua qualidade, bem como da qualidade do próprio material ⁶(~~Nível-Grau~~ de Recomendação A).

Não se deve fazer do uso da AMGC, porém, um hábito rotineiro em situações como patologia diabética bem controlada por medicação oral e alterações higieno-dietéticas (~~Nível-Grau~~ de Recomendação B).^{6,30}

5.2.3. A Empatia

É, hoje em dia, sugerido que uma das características mais importantes que o Médico de Família deve ter e trabalhar é a capacidade de usar eficazmente do conhecimento das relações interpessoais para se dirigir aos seus pacientes.²⁷ Falar de tal significa introduzir no quotidiano médico o conceito de Empatia.

Empatia é um vocábulo cuja raiz remonta à civilização grega. Mais não é do que, à palavra *pathos*, usada pelos helénicos para se referirem a todos os sentimentos experimentados pela pessoa, acrescentar o prefixo “-en”, formando “*empathia*”, cuja significância era inerente à capacidade de uma pessoa de quase que se colocar nos sentimentos de outra pessoa, sem, porém, os sentir ou deles ser parte. É, de resto, nesta parte que, na sua etimologia, reside a principal diferença entre Empatia e Simpatia.

Aplicada à Medicina, a Empatia é vista como elemento fundamental da relação médico-doente, especialmente no que à implementação, e conseqüente adesão, de uma estratégia terapêutica diz respeito.³¹ Mas a sua definição, na área médica, está longe de gerar consenso. E as opiniões são de tal formas díspares que variam desde “o ato de se aperceber corretamente do estado emocional de outra pessoa sem vivenciar esse mesmo estado”, passando pela “capacidade de tentar sentir, perceber,

partilhar ou conceitualizar a forma como outra pessoa experiencia o mundo”³¹. Morse, tentando clarificar o conceito, estabeleceu 4 conceitos-chave da empatia:

1. A componente emotiva: caracterizada pela capacidade de, subjetivamente, experienciar e partilhar do estado psicológico de terceiros, ou dos seus sentimentos intrínsecos;³¹
2. A componente moral: uma força interna, altruísta, que motiva à pratica da empatia³¹;
3. A componente cognitiva: compreende a parte intelectual que permite identificar e compreender os sentimentos e as perspetivas de outra pessoa³¹;
4. A componente comportamental: envolve a capacidade de comunicar e transmitir que se percebe a perspetiva de outra pessoa³¹.

Por sua vez, Barrett-Lennard desenvolveu um modelo multidimensional acerca da empatia clínica, o qual apelidou de Ciclo da Empatia. O mesmo compreende 3 fases:

1. Fase 1: Envolve o processo de ouvir empaticamente, racionalizando e entendendo, alguém a expressar-se³¹;
2. Fase 2: Compreende a tentativa de transmitir a capacidade de entender, de uma forma empática, o que a outra pessoa experienciou³¹;
3. Fase 3: A receção da mensagem empática por parte de quem previamente se expressara³¹.

Concluindo, para Empatia, muitas são as ramificações quanto à sua definição partindo, contudo, do tronco comum que indica que a Empatia se relaciona com a capacidade de uma pessoa, no caso aplicado à Medicina, o médico, entender e compreender os sentimentos de uma outra pessoa, aqui o doente, sem, contudo, se envolver nos mesmos.

Perante o que se consideram as bases da MCP, a Empatia deverá, sempre, desempenhar, um papel de destaque. Ao contribuir para uma melhor relação médico-doente, a Empatia está ativamente a contribuir para uma melhor adesão terapêutica por parte do doente³², contribuindo para que seja cumprido, desde logo, um dos objetivos prioritários da MCP.

É, também, evidenciada, em artigos de investigação, a relação íntima que se verifica entre a Empatia e os *outcomes* de patologias várias²⁷. Ao comunicar empaticamente, o médico propicia a que o doente exponha, com maior facilidade e frequência, os seus sintomas e preocupações (Nível de Evidência 3)²⁷. Simultaneamente, a satisfação do doente aumenta consideravelmente, a acuidade diagnóstica incrementa, também (Nível de Evidência 3)²⁷. A juntar a tudo isto, também a relação médico doente é promovida e estreitada, enquanto que o doente se sente mais habilitado e capaz de lidar com a sua doença.²⁷

No caso específico da *Diabetes Mellitus*, os benefícios são claros. De tal forma que o controlo metabólico dos valores de HbA1c ou de Colesterol LDL – parâmetros ligados diretamente ao controlo da *Diabetes Mellitus* ou das suas comorbilidades – é muito mais eficaz em doentes com quem os médicos desenvolvem uma melhor relação empática (Nível de Evidência 1).³³

Por estes motivos, a “Empatia deveria ser considerada uma componente básica da competência médica”³³

Devido à sua subjetividade, que começa, conforme é constatado, na própria definição de Empatia, denota-se uma ausência assinalável de escalas que avaliem quantitativamente a Empatia, a fim de se conseguirem dados dotados de maior objetividade. A maior exceção talvez seja a *Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy*.

5.2.3.1. Como avaliar a Empatia

Conforme foi supramencionado, apesar de haver métodos que avaliem qualitativamente a Empatia e, inclusivamente estudos que neles se baseiam para formular as suas hipóteses^{34,35,32}.

Quanto às escalas quantitativas que permitem avaliar a perceção dos doentes em relação ao contacto empático, ou não, realizado por parte do médico, a *Jefferson Scale of Patient's Perception of Physician Empathy* (Escala de Jefferson). Este é um método avaliativo desenvolvido pela Thomas Jefferson University e aprovado pelo *The American Board of Internal Medicine*.³⁶

Concretamente, a Escala de Jefferson baseia-se num conjunto de 5 itens. Aos pacientes, são colocados esses 5 itens sob a forma de questões, às quais os mesmos devem responder segundo uma escala de Likert, ou seja, as respostas podem variar de 1 a 5, sendo o 1 correspondente a “Discordo Fortemente”, e o 5 “Concordo Fortemente”.³⁶ Esta é, pois, uma escala unidimensional, com o foco a incidir no *empathic engagement*³⁶.

Contudo, deve ser tido em conta que a Escala de Jefferson, *per si*, não responde a todas as questões que se possam colocar acerca de Empatia. Investigações que se debrucem mais ativamente sobre uma vertente mais empírica da investigação são necessárias para complementar o trabalho e as respostas que a Escala de Jefferson encontra³⁶.

Também aqui a avaliação da Empatia encontra as suas barreiras. Efetivamente, a pesquisa empírica à volta desta temática é escassa³⁶. Um motivo encontrado para esta lacuna tem a ver com a reduzida disponibilidade de materiais técnicos para captar as reações dos doentes quando lhes são prestados cuidados médicos.³⁶

A Simpatia é muitas vezes associada com a área afetiva da Empatia.³⁷ É a resposta emitida, logo que emocional, por parte do médico, neste caso específico. Ainda assim, importa ter em conta que uma resposta com maior carga simpática, não representa necessariamente um incremento proporcional na empatia³⁷. Tal tem a ver com algumas fronteiras que se estabelecem entre os conceitos que contribuem para esta ausência de linearidade. A empatia é considerada como algo que se enquadra mais no campo do intelecto. Ao invés, a simpatia é vista como uma área com um cunho emocional muito próprio e distintivo³⁷. Também ao nível da posição em relação ao doente, a simpatia difere da empatia. Nesta, o médico consegue dissociar-se dos sentimentos expressos pelo doente, ao passo que na primeira o mesmo não é, idealmente, realizado.

Há, perante esta perspetiva, resumindo, quem defenda que a Simpatia, inclusive, não deva fazer parte da prática clínica por interferir com os *outcomes* clínicos³⁷, contrariamente ao que acontece com a Empatia.

5.2.5. O papel da Tecnologia

Num mundo que vive em grau constante e intenso de evolução tecnológica, evolução essa à qual a Saúde não foge à regra das demais áreas de interesse, é mandatório abrir uma nota para a reflexão sobre a introdução direta de meios tecnológicos na MCP. E, dentro deste tema, o foco incidirá, com especial interesse, no uso por parte do utilizador que é, neste caso, o diabético.

Embora esteja documentado o benefício claro, se aplicado eficazmente, do uso de tecnologias por parte do doente diabético, como ferramenta de auxílio para a auto-monitorização dos valores sanguíneos prognósticos da doença²⁸, a análise efetuada não pode seguir uma lógica inteiramente linear. Se tomarmos como medida uma escala tão global quanto possível, verificaremos que será difícil estabelecer uma relação de custo-benefício que justifique a introdução e a fomentação da utilização de suporte tecnológico manuseado pelo doente. As disparidades existentes ao nível económico, em primeiro lugar, estabelecem logo uma fronteira de viabilidade entre países desenvolvidos e países em vias de desenvolvimento. *À priori* será mais difícil promover a utilização de meios tecnológicos, por parte do doente, para otimizar a MCP e Diabetes Mellitus, num meio onde o acesso a tal, por falta de poder de compra, seja mais escasso. Da mesma forma que, se tivermos em conta, mesmo dentro dos países tidos como desenvolvidos, a existência de países com uma esperança média de vida acima do que se verifica na maioria dos outros países, como é o caso de Portugal, onde este parâmetro atinge os 80,41 anos para a população em geral - 77,36 anos nos homens e 83,23 anos nas mulheres -, de acordo com dados de 2016 do *Instituto Nacional de Estatística*, e atendendo à dificuldade maior que as faixas etárias têm para encarar e manusear de forma rotineira qualquer ferramenta tecnológica, é de esperar que a introdução de meios tecnológicos enquanto método de recolha e registo de dados relativos à vigilância de parâmetros avaliados periodicamente na *Diabetes Mellitus* se afigure como uma tarefa que, além de complicada, traga mais riscos na adesão global à terapêutica do que propriamente benefícios no controlo da doença.

Em suma, na abordagem à tecnologia na MCP o médico deve ser sempre alvo de cuidadosa ponderação o meio em que o mesmo se encontra em plenas funções da *ars medica*, bem como as características individuais do doente com quem interage à data da intervenção médica.

5.2.6. A Medicina Centrada na Pessoa e a Diabetes Mellitus

A *Diabetes Mellitus* é uma doença que pertence ao grupo de patologias cujo diagnóstico deve ser realizado com o maior grau de certeza e celeridade possível, devido ao dano irreversível nas células β -pancreáticas – por processos de *stress* oxidativo – em caso de exposições prolongadas a níveis elevados de glicose.³⁸ Também pelo mesmo motivo urge instituir a estratégia terapêutica eficaz para o doente, a qual dependerá, entre outros fatores, da adesão por parte do doente. E, para que este passo seja cumprido, com todas as vicissitudes que dele podem advir, importa recorrer à MCP como importante ferramenta para que se aumente a autonomia, a compreensão, a adesão e o controlo metabólico da *Diabetes Mellitus*, por parte do doente.

Um dos desafios é, então, não só o alcance, mas, acima de tudo, a manutenção de níveis metabólicos ótimos ajustados ao doente diabético, ou seja, a capacidade do mesmo atingir o alvo para os parâmetros-chave.³⁸

Para isso, é fulcral a educação do doente. De resto, isso mesmo é reconhecido por parte dos próprios doentes que, em trabalhos de investigação, priorizaram, em esmagadora maioria, esta medida de ação em detrimento da recomendada instituição de antidiabéticos orais ou insulinoaterapia³⁸. Não se quer, com isto, diminuir ou desprezar a importância da terapêutica farmacológica na abordagem à *Diabetes Mellitus*, mas sim, apenas indicar que antes do tratamento farmacológico deverá estar sempre a Educação do Doente, e, por adjacência, a MCP.

O tratamento da *Diabetes Mellitus* envolve, portanto, uma troca de pontos de vista que deve ser aberta entre doente e médico.³⁹ Conseguir chegar a um acordo, na tomada de decisão pode, contudo, ser difícil de alcançar. A concordância na tomada de decisão depende de fatores não só técnicos, como

também interpessoais e, principalmente, individuais, tanto do médico, como também do próprio doente.⁶ Não obstante, quando a mesma concordância é alcançada, entre ambas as partes, com um grau de satisfação perentório, a compreensão da doença por parte do doente incrementa, bem como a capacidade de avaliação, tanto por parte do médico, como por parte do doente, acerca da efetividade do plano de controlo glicémico.⁶

Quer isto dizer que, se hipoteticamente já pudesse ser sugerida como prioridade a educação do doente e a MCP como primeira base do tratamento da *Diabetes Mellitus*, estes dados vêm também dizer que este ponto de vista é partilhado pelo doente. Enquanto patologia crónica, a *Diabetes Mellitus* atrai comorbilidades sistémicas dos mais diversos tipos, desde o foro neurológico ao renal, passando, naturalmente, pelo endocrinológico ou oftálmico. E o doente manifesta desejo que lhe deem a conhecer todas essas possibilidades, no fundo, o que lhe pode acontecer, antes de ser implementada qualquer tipo de estratégia terapêutica³⁸. Aliás, ensinar o paciente como lidar e ultrapassar a doença foi mesmo a prioridade máxima colhida em trabalhos de investigação, seguida imediatamente por, como atingir os valores-alvo de HbA1c³⁸. Mais ainda, sabendo-se que, para muitos dos doentes diabéticos, a alteração mais complicada que estava relacionada com o surgimento da doença é compreender que são os próprios, e não as pessoas que os rodeiam, os maiores responsáveis pelo seu estado de saúde³². E este é, e deve sempre ser, um dos maiores desafios da MCP adequada ao doente diabético. Tudo o que daí advém, é consequência direta da implementação da MCP e da ação natural dos fármacos instituídos, em estreita colaboração.

Se este passo for cumprido e se forem fornecidos ao doente ferramentas, não só físicas, como também técnicas, que permitam ao doente controlar de forma regrada os seus níveis metabólicos, finalizam-se importantes avanços para que os [outcomes, resultados da doença, do tratamento e controlo](#) sejam amplamente positivos.

5.2.7. O Ensino e a Medicina Centrada na Pessoa

Atualmente, o ensino de uma Medicina Centrada na Pessoa é já prática corrente nas escolas médicas na formação de novos médicos⁴⁰. Tanto na criação e desenvolvimento de unidades curriculares englobadas no plano de estudos dos diferentes Mestrados Integrados em Medicina, em Portugal, como na alteração da própria estruturação das aulas, com o ensino à cabeceira do doente a tomar parte essencial do normal funcionamento das mesmas.

Porém, quando colocados em cenário de terem que abordar o doente, o cenário não é proporcional a esses avanços teóricos⁴⁰. O motivo para que tal aconteça prende-se com o facto de, muitas vezes, quando nesta situação, o diálogo dos estudantes não ir muito além do meramente científico⁴⁰, em função daquilo que são também as exigências técnicas dessas mesmas unidades curriculares. Quer isto dizer que, em muitas delas, a Medicina Centrada na Pessoa é abordada mas está ainda longe de ser fomentada, com espaço para as devidas exceções naturalmente. Não obstante, as exceções, ao existirem *per si*, não podem ser consideradas como contribuindo para um cenário animador. Ao invés, são apenas pontos positivos isolados num panorama global que está longe de se aproximar do desejável.

Discussão

A Medicina Centrada na Pessoa é recomendada como importante ferramenta na abordagem à Diabetes^{41,42,43}(Nível de Recomendação B). Além de estar relacionada com melhores *outcomes* da doença⁴³(Nível de Evidência 2+), à MCP também se associa a um aumento da capacidade do doente em lidar com a própria patologia, não só em termos fisiopatológicos, como também psicológicos, o que, também por si, irá contribuir para um melhor controlo metabólico, por exemplo, da doença de base⁴⁴(Nível de Evidência 3+).

A Medicina Centrada na Pessoa deve ser entendida como uma importante mais-valia, em qualquer instituição de Saúde, mas particularmente nas que se inserem nos cuidados de saúde primários, onde é exigido um conhecimento acerca da pessoa de forma muito mais evidente do que o que é feito nas restantes instituições de Saúde. Ali, “trata-se a pessoa, não a doença”.

É demonstrado, da mesma forma, que o próprio paciente prioriza a Medicina Centrada na Pessoa, não a vendo apenas como um acessório capaz de aumentar a relação médico-doente, o conhecimento da Diabetes e a capacidade de auto-monitorização dos níveis metabólicos, mas sim como a principal prioridade, pela forma da educação ao doente, quando se encontra em consulta médica³⁸ (Nível de Evidência 3).

Em Portugal, o aumento da prevalência da Diabetes Mellitus, na população adulta, obriga à revisão constante das medidas que constituem a abordagem a esta patologia, por forma a tentar contrariar esta tendência crescente. Veja-se a redução na HbA1c que é feita com uma dieta adequada e implementada eficazmente. De acordo com dados recolhidos, verifica-se uma redução entre 0,5 a 2% na HbA1c em alguns doentes com esta medida^{6,8,24}(Nível de Evidência 1). Tal coloca esta medida em grau de importância semelhante à terapêutica farmacológica. Ora, para que se implemente um regime alimentar regrado é necessário que haja alterações do estilo de vida e é precisamente aí que a Medicina Centrada Na Pessoa exercerá o seu importante papel.

O papel da Medicina Centrada na Pessoa como mecanismo a ser trabalhado e desenvolvido tem potencial para ganhar um cariz basilar no tratamento da Diabetes.

Como papel prático da Medicina Centrada na Pessoa temos o SMBG que permite ao doente adquirir autonomia, conhecimento e melhor controlo sobre os seus níveis metabólicos de glicemia e HbA1c (Nível de Evidência 3).

Alinhados com estas perspetivas, a Direção-Geral de Saúde, a Administração Central do Sistema de Saúde, entre outros, como entidades de regulamentação internacional, desenvolveram documentos, como o Plano Nacional de Controlo da Diabetes, através do qual se pretende incluir aspetos diretamente relacionados à Medicina Centrada na Pessoa como recomendações para o bom controlo da Diabetes Mellitus.

Todavia, é ainda com algumas reservas que se promove e propaganda a Medicina Centrada na Doença, especialmente em algumas áreas específicas da Medicina, isto apesar do seu declarado benefício.

O problema tem que ser tratado a curto, médio e longo prazo. Primeiro por se tratar de uma urgência aplicar corretamente à Medicina Centrada na Pessoa, não só em situações de consulta de doente diabético, mas também em qualquer outra patologia ou consulta rotineira.

O presente artigo de revisão baseado na evidência apresenta limitações. O desenvolvimento de algoritmos terapêuticos é ainda escasso no que a recomendações baseadas na evidência diz respeito⁶. Esta escassez faz com que não existam estudos acerca de todas as combinações terapêuticas possíveis de serem realizadas. Outra das limitações tem a ver com o facto de haver carência de estudos que equilibrem uma avaliação qualitativa com uma avaliação quantitativa da Medicina Centrada na Pessoa e dos seus componentes²⁶. Também algumas áreas estão ainda pouco exploradas em termos de estudos baseados na evidência.

Por isso, sugere-se a realização de estudos que avaliem, tanto em termos quantitativos como qualitativos, a MCP e os seus componentes. Outra recomendação vai no sentido de que se efetuem estudos em que diretamente sejam colocadas em avaliação e investigação acerca da relação a MCP, medidas comportamentais, como a cessação tabágica, e o seu impacto nas comorbilidades da doença diabética.

Conclusão

A Diabetes Mellitus é uma doença que afeta, mundialmente, cerca de 422 milhões de adultos. Um valor que apresenta um franco crescimento nas últimas 3 décadas.

A piorar o prognóstico, é uma das patologias em que o tratamento mais varia de acordo com as características individuais do doente. Também daí se explica a necessidade de apresentar uma diversidade tão significativa de fármacos ao dispor do doente. Mas o tratamento da Diabetes está longe de se ficar pela componente farmacológica. Bem pelo contrário, deve ser distintivamente multidisciplinar, e sempre com o cuidado de integrar o doente na tomada de decisão terapêutica.

De facto, as melhorias são assinaláveis, e traduzidas no controlo metabólico da Diabetes, se o doente for chamado a ser parte na tomada de decisão, com impacto, tanto nos níveis de glicemia, como nos de HbA1c, além de outros parâmetros associados às comorbilidades da doença, como é o caso do colesterol LDL.

Como importante via para aumentar a autonomia do doente, o conhecimento da doença, para auxiliar no controlo dos níveis metabólicos tipicamente alterados da doença e, não menos importante, para melhorar na quantidade e qualidade de informação de que o médico dispõe, sugere-se a Medicina Centrada na Pessoa como utensílio importante na melhoria dos *outcomes* e, assim, do próprio prognóstico geral e evolução natural da Diabetes Mellitus.

Com esta, os objetivos para controlo da doença são adaptados numa ponderação entre o que são as capacidades, os *targets* ideais e estipulados para a doença, e as ambições pessoais do doente. Simultaneamente, o doente é educado a poder efetuar um controlo dos níveis de glicemia, neste caso, autonomamente, o que vai providenciar mais e, à partida melhor, informação junto do médico. Informação essa fornecida pelo doente e que estará, por esse facto, a aumentar o compromisso e a adesão à terapêutica por parte do paciente. Assim, também a relação médico-doente vê claras melhoras.

Quanto à introdução de meios tecnológicos como ferramenta, na Medicina Centrada na Pessoa, deve haver algumas reservas, a fim de não fazer cair aquilo que devem ser os objetivos primordiais da MCP. É preciso tomar em conta a região em que o médico se encontra, a faixa etária da pessoa, onde, apesar de não ser algo transversal a toda a população, mas uma boa percentagem das pessoas numa faixa etária mais elevada, têm mais dificuldade a lidar com meios tecnológicos que representem uma novidade na sua rotina. Também deve ser levado em conta o estado económico da pessoa, caso o sistema de saúde não consiga providenciar esses mesmos meios.

Por todos estes motivos, a Formação Médica deve privilegiar e fomentar a MCP, em detrimento do ensino puramente técnico-científico. Mediante todo o conteúdo explanado, a opção que trará mais resultados em termos práticos será aquela que apresentar a integração e, por que não dizê-lo, a fusão das duas áreas, algo que ainda é feito com um de forma vestigial. No entanto, é largamente positivo ver que esforços são feitos e que há quem já se destaque pelos passos que dá para que a MCP seja uma realidade bem difundida e impregnada na Formação Médica em Portugal e não só.

Em suma, devem ser colocadas em prática estratégias que propiciem a prática da Medicina Centrada na Pessoa. Esta medida deve ser aplicada não só à Diabetes Mellitus, como também a outras patologias. Este é um projeto de fundo, para ser trabalhado no presente, pensando num futuro que está cada vez menos longínquo.

Agradecimentos

À Doutora Inês Rosendo, pela enorme disponibilidade, capacidade de orientação, pela correção científica.

Aos meus pais, irmã, avós, namorada e restante família, por serem todos os dias um apoio essencial e exemplos daquilo a que devemos almejar enquanto médicos, mas, acima de tudo, enquanto pessoas.

Aos amigos, por serem a família do dia-a-dia nos últimos seis anos e terem sido capazes de me mostrar que, efetivamente, como diria o poeta, “o Homem é do tamanho do seu Sonho”.

Referências

1. International Diabetes Federation (IDF). *IDF Diabetes Atlas 7th edition*. idf.org. 2015.
2. World Health Organization. *Global Report on Diabetes*. ISBN. 2016.
3. Administração Central do Sistema de Saúde (Instituto Público). *Domínio da Diabetes*. 2012. 107 p.
4. Baldoni NR, Aquino JA, Sanches-Giraud C, Di Lorenzo Oliveira C, de Figueiredo RC, Cardoso CS, et al. Collective empowerment strategies for patients with Diabetes Mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Prim Care Diabetes* [Internet]. 2016;11(2):201–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcd.2016.09.006>
5. Beverly EA, Ganda OP, Ritholz MD, Lee Y, Brooks KM, Lewis-Schroeder NF, et al. Look who’s (not) talking: Diabetic patients’ willingness to discuss self-care with physicians. *Diabetes Care*. 2012;35(7):1466–72.
6. Aschner P, Beck-Nielsen H, Bennett P, Boulton A, Colagiuri R, Colagiuri S, et al. Global guideline for type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2014;104(1):1–52.
7. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, Woolf SH, Susman J, Ewigman B, et al. Strength of Recommendation Taxonomy (SORT): A Patient-Centered Approach to Grading Evidence in the Medical Literature. *Am Fam Physician*. 2004;69(3):548–56.
8. Schmitz OE, Mogensen CE. United Kingdom Prospective Diabetes Study. *Ugeskr Laeger*. 1996;158(15):2137–9.
9. Bots SH, van der Graaf Y, Nathoe HMW, de Borst GJ, Kappelle JL, Visseren FLJ, et al. The influence of baseline risk on the relation between HbA1c and risk for new cardiovascular events and mortality in patients with type 2 diabetes and symptomatic cardiovascular disease. *Cardiovasc Diabetol* [Internet]. 2016;15(1):101. Available from: <http://cardiab.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12933-016-0418-1>
10. Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde. Norma da DGS nº 052/2011. Atualizada a 27/04/2015. 2011;28.
11. Raei, Mohammad Reza, Nargesi, Arash Aghajani, Heidari, Benham, Mansournia, Mohammad Ali, Larry, Mehrad, Rabizadeh, Soghra, Zarifkar, Mitra, Esteghamati, Alireza, Nakhjavani M. All-Cause and Cardiovascular Mortality following Treatment with Metformin or Glyburide in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. 2017;20(3):141–6.
12. King RJ, Grant PJ. Diabetes and cardiovascular disease: pathophysiology of a life-threatening epidemic. *Herz*. 2016;41(3):184–92.
13. Fiúza M, Cortez-Dias N, Martins S, Belo A. Síndrome Metabólica em Portugal: Prevalência e Implicações no Risco Cardiovascular. *Rev Port Cardiol*. 2008;27(12):1495–529.
14. Lund-andersen H, Parving H, Pedersen O. Effect of a Multifactorial Intervention on Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2008;
15. Kannel WB, McGee DL. Diabetes and glucose tolerance as risk factors for cardiovascular

Código de campo alterado

Formatada: Inglês (Estados Unidos)

disease: The Framingham study. *Diabetes Care*. 1979;

16. IFPMA. Hypertension : Putting The Pressure On The Silent Killer. 2016;(May).
17. Ismail-Beigi F. Action to Control Cardiovascular Risk In Diabetes (ACCORD) trial - Clinical implications. *Clin Chem*. 2011;57(2):261–3.
18. Hemmingsen B, Ss L, Gluud C, Vaag A, Tp A, Wetterslev J, et al. Targeting intensive glycaemic control versus targeting conventional glycaemic control for type 2 diabetes mellitus (Review) Targeting intensive glycaemic control versus targeting conventional glycaemic control for type 2 diabetes mellitus. *Jama* [Internet]. 2014;315(11):1034–45. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4823136&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
19. McBrien K, Rabi DM, Campbell N, Barnieh L, Clement F, Hemmelgarn BR, et al. Intensive and Standard Blood Pressure Targets in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *Arch Intern Med* [Internet]. 2012;172(17):1296–303. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22868819>
20. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes: Factos e Números. Vol. 11, Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 11/2014. 2014. 0-64 p.
21. Erlich DR, Slawson DC, Shaughnessy AF. “Lending a hand” to patients with type 2 diabetes: A simple way to communicate treatment goals. *Am Fam Physician*. 2014;89(4):257–8.
22. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18 686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis. *Lancet*. 2008;371(9607):117–25.
23. American Diabetes Association. Small Steps For Your Health. 2017. p. 1–4.
24. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes - 2017. *J Clin Appl Res Educ*. 2017;40(January).
25. Chudyk A, Petrella RJ. Effects of exercise on cardiovascular risk factors in type 2 diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care*. 2011;34(5):1228–37.
26. Trepman PC, Goldfracht M. How do integrative practices influence. 2016;41(2):113–26.
27. António M, Luís Filipe C, Marlene S, Paulo P, José Agostinho S, Alexandra M. Empathy in Family Medicine. *Rev Port Clin Geral* [Internet]. 2011;527–32. Available from: [/scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lang=pt](http://scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lang=pt)
28. Or C, Tao D. A 3-Month Randomized Controlled Pilot Trial of a Patient-Centered , Computer-Based Self-Monitoring System for the Care of Type 2 Diabetes Mellitus and Hypertension. 2016;1–13.
29. Mishali M, Sominsky L, David A, Heymann AD. Reducing resistance to diabetes treatment using short narrative interventions. *Fam Pract* [Internet]. 2010;27(2):192–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20032167>
30. Farmer A, Wade A, Goyder E, Yudkin P, French D, Craven A, et al. Impact of self monitoring of blood glucose in the management of patients with non-insulin treated diabetes: open parallel group randomised trial. *BMJ* [Internet]. 2007;335(7611):132. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1925177&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
31. Jani BD, Blane DN, Mercer SW. The role of empathy in therapy and the physician-patient

relationship. *Forsch Komplementarmed*. 2012;19(5):252–7.

32. Vinter-Repalust N, Petricek G, Katić M. Obstacles which patients with type 2 diabetes meet while adhering to the therapeutic regimen in everyday life: qualitative study. *Croat Med J* [Internet]. 2004;45(5):630–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15495293>
33. Markham F, Hojat M, Louis DZ, Markham FW. Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients Physicians' Empathy and Clinical Outcomes. *Acad Med*. 2011;86(November 2015):359–64.
34. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *Br J Gen Pract*. 2013;63(606):76–84.
35. Parkin T, de Looy A, Farrand P. Greater professional empathy leads to higher agreement about decisions made in the consultation. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2014;96(2):144–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.019>
36. Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M. Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: preliminary psychometric data. *Croat Med J* [Internet]. 2007;48(1):81–6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2080494&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
37. Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Educ Couns*. 2009;74(3):339–46.
38. Suraci C, Mulas F, Rossi MC, Gentile S, Giorda CB. Management of newly diagnosed patients with type 2 diabetes: What are the attitudes of physicians? A SUBITO!AMD survey on the early diabetes treatment in Italy. *Acta Diabetol*. 2012;49(6):429–33.
39. Figueiredo RC de, Snoek FJ, Barreto SM. Do patients and physicians agree on diabetes management? A study conducted in Public Healthcare Centres in Brazil. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2013;92(1):107–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.01.017>
40. Canale S Del, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, et al. The Relationship Between Physician Empathy and Disease Complications. *Acad Med*. 2012;87(9):1243–9.
41. Grohmann B, Espin S, Grohmann B, Espin S. Patients' experiences of diabetes education teams integrated into primary care Recherche Les expériences vécues par les patients avec les équipes d'information sur le diabète intégrées aux soins primaires. 2017;63:128–36.
42. Christie D, Channon S. The potential for motivational interviewing to improve outcomes in the management of diabetes and obesity in paediatric and adult populations: A clinical review. *Diabetes, Obes Metab*. 2014;16(5):381–7.
43. Olivarius N d. F, Beck-Nielsen H, Andreasen AH, Hørder M, Pedersen PA, Horder M, et al. Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus. *Bmj* [Internet]. 2001;323(7319):970–970. Available from: https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=AdvancedSearch&qid=2&SID=P2buqYXRSSv6yAuBgKS&page=7&doc=339%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=59690&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
44. Jones A, Vallis M, Cooke D, Pouwer F. Working Together to Promote Diabetes Control: A Practical Guide for Diabetes Health Care Providers in Establishing a Working Alliance to Achieve Self-Management Support. *J Diabetes Res*. 2016;2016.

