ISSN 2317-5079

Centro Universitário Uninovafapi
Revista Interdisciplinar
Volume 11 - número 1 – jan. fev. mar. 2018

PESQUISA

Prática da farmácia clínica a pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em um centro de saúde da família de Sobral – Ceará

Practice of the clinical pharmacy to patients with diabetes mellitus type 2 in a health center of the Sobral family – Ceará

Práctica de la farmacia clínica a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un centro de salud de la familia de Sobral - Ceará

Karysia Bezerra Brito Veras[1], Olindina Ferreira Melo[2], Karlla da Conceição Bezerra Brito Veras[3]
Moacira Lopes Carvalho[4], Francielzo Ferreira Lima[5], Moisés Lopes Carvalho[6]

RESUMO

O objetivo do estudo foi realizar o Acompanhamento Farmacoterapêutico (AF) de usuários com Diabetes Mellitus tipo 2, acompanhados em um Centro de Saúde da Família (CSF) no município de Sobral – Ceará. A metodologia foi do tipo intervencionista descritiva com abordagem qualitativa e quantitativa. Os resultados e discussões foram expressos através da construção de uma tabela, junto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e com o apoio da gerente, dos pacientes diabéticos identificados e acompanhados pelo CSF. Desta forma, 45 pacientes se enquadraram nos critérios de inclusão do estudo. O AF foi realizado no período de outubro a dezembro de 2015, por meio de 39 visitas domiciliares. A mais frequente intervenção farmacêutica utilizada foi o aconselhamento ao paciente/cuidador sobre os tratamentos de forma geral. Dentre as considerações finais, o AF se mostrou uma estratégia adequada para a busca, identificação e resolução dos resultados negativos associados à medicação. **Descritores:** Diabetes Mellitus. Estratégia Saúde da Família. Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

The objective of the study was to perform the Pharmacotherapeutic Follow - up (AF) of patients with Type 2 Diabetes Mellitus, followed at a Family Health Center (CSF) in the municipality of Sobral - Ceará. The methodology was descriptive interventionist with a qualitative and quantitative approach. The results and discussions were expressed through the construction of a table, together with the Community Health Agents (ACS) and with the support of the manager, of the diabetic patients identified and monitored by the CSF. Thus, 45 patients were included in the inclusion criteria of the study. The AF was performed in the period from October to December 2015, through 39 home visits. The most frequent pharmaceutical intervention used was patient / caregiver advice on general treatments. Among the final considerations, AF was an adequate strategy for the search, identification and resolution of negative results associated with medication. **Descriptors:** Diabetes Mellitus. Family Health Strategy. Comprehensive Health Care.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue realizar el Acompañamiento Farmacoterapéutico (AF) de usuarios con Diabetes Mellitus tipo 2, acompañados en un Centro de Salud de la Familia (CSF) en el municipio de Sobral - Ceará. La metodología fue del tipo intervencionista descriptivo con abordaje cualitativo y cuantitativo. Los resultados y discusiones se expresaron mediante la construcción de una tabla, junto con los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y con el apoyo de la gerente, de los pacientes diabéticos identificados y acompañados por el CSF. De esta forma, 45 pacientes se encuadraron en los criterios de inclusión del estudio. El AF fue realizado en el período de octubre a diciembre de 2015, por medio de 39 visitas domiciliarias. La más frecuente intervención farmacéutica utilizada fue el asesoramiento al paciente / cuidador sobre los tratamientos de forma general. Entre las consideraciones finales, el AF se mostró una estrategia adecuada para la búsqueda, identificación y resolución de los resultados negativos asociados a la medicación. **Descriptores:** Diabetes Mellitus. Estrategia Salud de la Familia. Asistencia Integral a la Salud.

[1]Farmacêutica. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Sobral- CE, Brasil. [2]Farmacêutica. Doutoranda em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza- CE, Brasil. [3]Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza- CE, Brasil. [4]Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. [5]Tecnólogo em Radiologia. Graduação pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI . [6]Enfermeiro. Doutor em Engenharia Biomédica pela Universidade do Vale do Paraíba.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crescente. De acordo com as estatísticas, da 6ª edição do Diabetes Atlas (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013). Atualmente há 382 milhões de diabéticos no mundo, com projeções para o ano de 2035 de um aumento de 55%, ou seja, 592 milhões de pacientes. O DM constitui uma desordem metabólica de etiologia múltipla caracterizada por hiperglicemia crônica proveniente de alterações na secreção ou ação da insulina, resultando em redução da captação de glicose pelos tecidos periféricos (FERREIRA et al., 2011). Geralmente, as pessoas com esta patologia não têm conhecimento dos danos à longo prazo causados por essa doença. As opções de tratamento farmacológico são com o uso de hipoglicemiantes orais e a insulina, o que vai depender do tipo de diabetes e quadro clínico do paciente.

Todos os tipos de diabetes requerem uma estreita colaboração entre as pessoas afetadas e os seus prestadores de cuidados de saúde, a fim de evitar uma série de complicações perigosas (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013). Assim, a natureza crônica do DM, a gravidade das complicações e os meios necessários para controlá-la tornam o DM uma doença muito onerosa. Os custos do DM afetam o indivíduo, a família e a sociedade, porém não apenas economicamente. Os custos intangíveis como dor, ansiedade, inconveniência e perda de qualidade de vida apresentam grande impacto na vida das pessoas com diabetes e seus familiares, o que é difícil de quantificar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Dessa forma, tendo em vista a alta prevalência da Diabetes, as complicações que esta patologia pode ocasionar ao paciente e os gastos expressivos em saúde que esta patologia crônica onera a nação, o Ministério da Saúde (MS), com o intuito de promover a redução da morbimortalidade relacionadas as duas doenças crônicas mais prevalecentes no Brasil (Hipertensão arterial e Diabetes mellitus), criou um plano nacional de atenção a estas enfermidades: o Programa HIPERDIA. Com o objetivo de executar ações para apoiar a reorganização da rede de saúde e promover a melhoria da atenção aos portadores dessas doenças em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS). Este programa promoveu a reorientação da Assistência Farmacêutica proporcionando o fornecimento contínuo e gratuito de medicamento, além do monitoramento das condições clínicas de cada usuário (BRASIL, 2001). Entretanto, a criação de políticas e/ ou programas para a prevenção das doenças cardiovasculares pode não ser garantia de resolutividade do problema.

Atualmente é enorme o arsenal de fármacos adotados nos estabelecimentos de saúde para o tratamento da DM. Contudo, todo esse cenário se anula diante da não aderência desses clientes a essas drogas. Diante desta realidade, a adesão farmacológica de diabéticos coloca-se, também, como uma temática relevante de saúde pública (SKYLER, 2007; GRANT et al., 2007). Principalmente pelo fato de muitos pacientes acreditarem ser dispensável a terapia farmacológica em virtude do caráter assintomático assumido pela doença em algumas situações (GIMENES et al., 2006). No controle da DM, a falta de adesão ao tratamento é um desafio frequentemente enfrentado na prática clínica pelos profissionais das instituições de saúde (ARAÚJO et al., 2011; SARTI et al., 2012). Pessoas com diabetes precisam de acompanhamento regular para monitoramento das complicações

decorrentes desta doença crônica (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013).

Mediante a situação apresentada, observar-se a necessidade de buscar estratégias de intervenções junto ao paciente para que o mesmo possa ter assistência, informação e acompanhamento contínuo e adequado para tentar minimizar as complicações associadas à patologia. Assim, o estreitamento de vínculos e a corresponsabilização do profissional de saúde junto ao paciente mediante sua saúde é essencial para mostrar a este a importância que se deve ter mediante a adesão ao tratamento medicamentoso prescrito, a prática regular de atividade física, a busca por uma alimentação saudável visando mostrar a importância dessas práticas para sua qualidade de vida.

A prática da Atenção Farmacêutica (ATENFAR) facilita a interação do farmacêutico com o usuário do sistema de saúde, auxiliando o acompanhamento dos pacientes para um efetivo controle da farmacoterapia, otimizando o tratamento farmacológico e prevenindo problemas relacionados com os medicamentos (PRMs) como também solucionando problemas que possam surgir durante o processo (PANEL DE CONSENSO, 2007). O Terceiro Consenso de Granada (2007) define PRMs como aqueles parâmetros circunstanciais que causam ou podem causar o aparecimento de um Resultados Negativos associados a Medicação (RNMs).

Um importante componente da ATENFAR é o acompanhamento farmacoterapêutico que para a realização deste serviço clínico, o farmacêutico e o usuário estão comprometidos e se responsabilizam em garantir uma farmacoterapia racional, segura e custo-efetiva, obtendo, assim, resultados que ofereçam a melhoria da qualidade vida do usuário.

Desta forma, a gestão e controle dos serviços farmacêuticos prestados pelo profissional, seja serviços técnicos gerenciais ou assistências, poderão ser otimizados pela presença do farmacêutico no SUS, pois esse profissional é habilitado para a prestação de serviços com foco no medicamento e de quem faz uso do medicamento. Assim, no cenário atual do município de Sobral o farmacêutico possui a oportunidade de inserir-se no SUS através do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). Nessa perspectiva, o farmacêutico poderá acompanhar estes pacientes, avaliando sinais e sintomas, evolução da doença, otimização do tratamento farmacológico e não farmacológico do paciente com Diabetes Mellitus tipo 2.

Nessa perspectiva, a presente pesquisa apresentou como objetivo realizar o acompanhamento farmacoterapêutico de usuários com Diabetes Mellitus tipo 2 acompanhados no Centro de Saúde da Família Estação do município de Sobral – Ceará.

METODOLOGIA

O presente estudo foi classificado como intervencionista descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa. Este foi conduzido na zona urbana da cidade de Sobral, Ceará, localizada a 235 km da capital do estado cearense, Fortaleza - CE, com população estimada em 199.750 habitantes para o ano de 2014 (IBGE, 2014).

Desta maneira, a pesquisa foi realizada em um Centro de Saúde da Família (CSF) da zona urbana do município de Sobral – CE. Nas equipes mínimas do CSF Estação em 2014, somaram-se à equipe básica cinco residentes multiprofissionais em saúde da família, dos quais têm-se: Educadora Física, Farmacêutica, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga e Nutricionista. Neste período, assim como o grupo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), também foi inserido nesta área o Núcleo de Apoio

à Saúde da Família (NASF) - composta pelas seguintes categorias profissionais: Assistente Social, Educadora Física, Fisioterapeuta e Psicóloga. Ambos as equipes estão inseridas em uma nova política da saúde voltada para a inserção de novas categorias profissionais vinculados às equipes da ESF.

Nesse contexto, a população em estudo foi de 22 membros da equipe do CSF Estação e 13 usuários, triados em momento citado posteriormente, diagnosticados com DM tipo 2, de ambos os sexos, cadastrados no Centro de Saúde da Família (CSF) da Estação, que realizavam o acompanhamento por médicos, enfermeiros e agente comunitário de saúde (ACS) e que estavam cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA).

Como critérios de inclusão para participar da pesquisa, os mesmos deveriam ser capazes de responder as entrevistas, aptos a receber orientações dos pesquisadores, serem maiores de 18 anos, não possuíam qualquer diagnóstico associado à saúde mental e possuírem a suspeita de algum RNM. E não foram inclusos no estudo usuários com DM tipo 2 que não estivessem enquadrados nas exigências acima citadas.

Dentre os instrumentos que foram utilizados na pesquisa para coleta dos dados e informações estavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que o paciente possa se apropriar do que o estudo propõe, e, assim, sentir-se livre para poder assinar ou não o TCLE, e a Ficha de AF baseada no caderno de cuidado farmacêutico na atenção básica nº 2 disponibilizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

A "roda de conversa" foi analisada qualitativamente e as falas expressas foram representadas na forma de recortes de fragmentos de modo a enriquecer as discussões deste estudo. Como instrumento de análise dos dados, se utilizou a análise de conteúdo (BARDIN, 2006). Como forma de preservar o anonimato dos sujeitos participantes, os fragmentos das falas expostas neste trabalho foram identificados e diferenciadas pela letra "s", variando apenas a numeração de 1 a 10 (COSTA, 2015). Os dados e informações coletados a partir dos instrumentos utilizados para o AF foram consolidados quanticamente por meio do programa Microsoft Office Excel ®, o que possibilitou a criação de planilhas e tabelas.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Campus Sobral, apresentando número de protocolo: 50693615.9.00005053. Após serem esclarecidas, as informações sobre os objetivos e procedimentos do estudo, foram garantidos aos sujeitos de pesquisa o sigilo e o anonimato de suas informações, assegurando a confidencialidade e a privacidade, conforme a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS).

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Foram utilizadas algumas estratégias para a coleta dos dados do estudo, como: Levantamento dos usuários com DM tipo 2 do CSF Estação, roda de conversa com a equipe do CSF Estação e acompanhamento farmacoterapêutico aos usuários com DM tipo 2 do CSF Estação.

As rodas de conversa são compreendidas como um espaço que promovem o diálogo e a reflexão e pode contribuir para a concretização de novas formas de fazer saúde (COSTA, 2015). Sendo assim esta metodologia é fundamental para questionar e refletir junto com a equipe do CSF Estação as seguintes perguntas norteadoras: A equipe do CSF tinha apropriação e conhecimento dos pacientes que possuem DM tipo 2 no território? A equipe viu necessidade da implantação da atenção farmacêutica, inicialmente, a este grupo

de pacientes? Foi viável a proposta do estudo, mediante o que foi conversado, no território? A partir do que foi conversado foi extraído as informações das falas dos participantes para que assim fosse possível saber qual a percepção do grupo CSF Estação com a proposta do estudo.

Em um segundo momento, após a "roda de conversa" com a equipe, foi visto o interesse por parte da equipe na implementação do estudo, sendo pactuado com estes um momento para realização da triagem dos sujeitos que participaram do estudo.

A metodologia utilizada, para captar e triar os usuários portadores de DM tipo 2 que se encaixaram no estudo, foi feita por meio de busca ativa. Inicialmente foi realizado um levantamento com a equipe de saúde do CSF Estação dos pacientes portadores de DM tipo 2 e acompanhados pelo CSF. Esse momento teve a participação e contribuição, das ACS, enfermeiras, gerente e da pesquisadora. Cada ACS ficou responsável, previamente, em fazer o levantamento dos pacientes diabéticos da área adscrita do território que são responsáveis. Logo após, o levantamento destes dados e informações pelas ACS, foi construído uma planilha no programa Microsoft Office Excel ® para poder melhor organizar os dados e informações. Após a construção da planilha com todos os pacientes referidos por estas, foi realizado uma triagem destes pacientes, onde foi incluído no estudo aqueles que apresentarem os critérios de inclusão no estudo citados anteriormente.

Os pacientes que preencheram os critérios para realizar o AF foram agendados preferencialmente por meio de uma visita domiciliar com o ACS para convidar o paciente, através de uma carta-convite, para participar da pesquisa. O paciente que aceitou participar do estudo foi agendado uma próxima visita domiciliar para poder ser dado início o AF (BRASIL, 2014).

Em um terceiro momento foi dado início ao AF dos pacientes que aceitaram participar do estudo. Sendo, todo o processo de AF, realizado em formato de visita domiciliar, pois através da visita o profissional de saúde passa a ter um papel de mediador entre o usuário e seu cuidador, prestando orientações quanto às ações de reabilitação, promoção e prevenção, além de vínculo de confiança e acessibilidade para com o usuário e sua família. É importante considerar que é neste ambiente, que a família participa ativamente das definições de padrões de cuidado, além da participação na definição da saúde (KLOCK; HECK; CASARIM, 2005). O AF possui processos pré-estabelecidos de assistência ao paciente onde o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades relacionadas aos medicamentos do mesmo. Existem diversas metodologias utilizadas para a realização do AF de um paciente.

Porém, nesse estudo foi preconizado um método utilizado pelo caderno de serviços farmacêuticos do Ministério da Saúde (2014). Sendo está metodologia chamada de SOAP, onde a farmacêutica pesquisadora irá, através desta metodologia, a cada consulta farmacêutica preencher o instrumento do AF e as informações de prontuário seguindo tal metodologia. Cada letra da sigla SOAP refere-se a um dos quatro aspectos fundamentais das notas de evolução diária, ou seja, os dados subjetivos (S), os dados objetivos (O), a avaliação (A) e o plano (P). Os dados subjetivos (S) compreendem as queixas dos pacientes e outras informações fornecidas por eles, pelos parentes ou pelos acompanhantes. Os dados objetivos (O) incluem os achados de exame físico e os exames complementares. A avaliação (A) refere-se às conclusões sobre a situação do paciente, particularmente os problemas da farmacoterapia identificados. O plano (P) inclui os exames a serem solicitados, as informações prestadas aos pacientes e familiares visando à

orientação e à educação, as sugestões feitas para mudanças na farmacoterapia e os encaminhamentos a outros profissionais (BRASIL, 2014).

O processo de cuidado dos usuários com DM tipo 2, seguiu determinadas etapas que devem ser consistentes a cada consulta farmacêutica, de modo que tanto o usuário quanto a equipe de saúde foram capazes de perceber e compreender o processo de trabalho específico conduzido pela farmacêutica pesquisadora. Essas etapas foram divididas em quatro, sendo estas: 1. O acolhimento do usuário, coleta e organização de dados. 2. Avaliação e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia. 3. O delineamento de um plano de cuidado com o usuário. 4. O seguimento individual do usuário (CORRER; OTUKI, 2011).

Ressalta-se que o funcionamento de cada etapa foi determinante para que o AF se desenvolvesse. Logo, durante sua implantação, houve uma preocupação organizacional como estratégias que garantissem que todos os pontos do processo fossem realizados.

Nesse contexto, para melhor esclarecimento dos resultados, dividimos os resultados em categorias, de acordo com cada etapa realizada com os sujeitos da pesquisa. Dessa forma, foram criadas três categorias: Participação da equipe na roda de conversa; Levantamento dos usuários com DM do CSF Estaçã; Perfil dos usuários que realizaram Acompanhamento Farmacoterpêutico (AF); E perfil dos Resultados Negativos Associados à Medicação (PRNAM) e intervenções farmacêuticas realizadas durante o AF

Participação da equipe na roda de conversa

A proposta do momento de roda de conversa com a equipe do CSF Estação foi previamente pactuada com a gerente do CSF Estação. Visto a importância de que todos os membros da equipe participassem desse momento a gerente propôs a data e o horário de realização do momento na "Roda semanal do CSF". Para garantir a veracidade e facilitar a análise do conteúdo das falas durante a roda de conversa houve a gravação das falas dos colaboradores.

A roda de conversa contou com a participação de 22 membros da equipe, estando ausente do momento as duas médicas que compõe a equipe mínima. Sendo justificado pela gerente a ausência de uma médica que estaria em uma educação permanente da categoria, porém a outra médica não justificou a ausência. Sendo observado pela pesquisadora a este fato como uma fragilidade para a construção e aproximação de um diálogo entre todos que fazem parte desta equipe. Enseja-se que o trabalho em equipe seja uma construção de uma prática interdisciplinar, na qual o diálogo deve permitir a aproximação entre as partes, tendo-se a clareza de que todo conhecimento parcial só ganha significado quando referido no conjunto (DEMO, 1997; JAPIASSU, 1976).

Inicialmente, a pesquisadora apresentou-se ao grupo e contextualizou a proposta daquele encontro e falou um pouco sobre o que seria a diabetes e no decorrer da conversa questionou ao grupo se estes conheciam os pacientes diabéticos do território? Pode-se observar as seguintes falas dos colaboradores:

> "Aqui todo mundo conhece quem têm diabetes no território" (s1).
>
> "Sei quem são meus pacientes que têm diabetes, hipertensão..." (s1) (s2).
>
> "Eles vivem no posto não têm como não conhecer" (s3).
>
> "Eu e minhas ACS sempre fazemos o HIPERDIA fora do posto e atendemos aos pacientes diabéticos da nossa área" (s4).

Os participantes dessa discussão relataram ter conhecimento dos pacientes diabéticos ao qual

são responsáveis pelo cuidado. Porém, como visto do total de participantes somente quatro (18,18%) relataram sobre suas opiniões, sendo três ACS. A pesquisadora mediante a esta situação, sutilmente, lançou uma pergunta para os ACS, questionando qual dos ACS faziam o acompanhamento dos pacientes diabéticos na área que são responsáveis? De 11 ACS que compõe a equipe apenas seis afirmaram que tinham esse acompanhamento e os demais não expressaram nenhuma fala e mostraram indiferente ao questionamento.

Para o Ministério da Saúde (2006), dentre as atribuições que o agente comunitário de saúde deve prestar ao paciente diabético, está a identificação na população adscrita, a partir dos fatores de risco para o desenvolvimento da diabetes, membros da comunidade com maior risco para diabetes tipo 2, orientando-os a procurar a unidade de saúde para definição do risco pelo enfermeiro e/ou médico e registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de diabetes de cada membro da família.

Como visto apenas pouco mais de 50% dos ACS presentes na roda de conversa expressaram saber quem são os pacientes com diabetes que estes fazem acompanhamento no território. A partir deste momento abriu-se um questionamento por um colaborador da roda de conversa: "Então, pelo que estou observando uma parte dos nossos pacientes não estão sendo acompanhados pela equipe e precisamos rever isto e busca saber o que está acontecendo..." (s5).

A partir dessa fala a pesquisadora buscou retomar a discussão e foi dado continuidade a conversa e a mesma reafirmou a equipe a importância do acompanhamento dos usuários do CSF que possuem diabetes e a partir disso esclareceu a contribuição de cuidado que o farmacêutico pode estar prestando a estes pacientes junto com a equipe. Diante disto, foi instigado do grupo se estes viam necessidade e o porquê da implantação do acompanhamento do farmacêutico aos pacientes diabéticos do território? A partir deste questionamento foi notório uma participação em especial dos ACS, como observado nos seguintes trechos das falas:

> "Bom vejo necessidade por que vejo muita gente sem saber como tomar os remédios..." (s5).
>
> "Tenho paciente na área que a glicemia está sempre alta mesmo tomando a insulina, aí me pergunto será que ela está tomando direito? " (s1).
>
> "Têm uma paciente na minha área que já amputou as pernas por conta da diabetes alta e eu sei que ela não toma a medicação do jeito certo" (s6).
>
> "Esse acompanhamento seria ótimo para os pacientes saberem como tomar a medicação direitinho" (s2).
>
> "Eu não sabia que o farmacêutico podia fazer esse acompanhamento, pensei que ele ficasse só na farmácia, mas é bom saber..." (s1).

Essa última fala pode ser atribuída ao fato de que o farmacêutico criou seu próprio conjunto de regras, isolando-se, consciente ou inconscientemente, do resto da equipe de saúde. Como relatado por Saar e Trevisan (2007), o papel do farmacêutico às vezes se limita a parte gerencial, a bioquímica e a farmácia, de tal forma que os outros profissionais não veem sua importância em uma equipe de saúde. Por essas razões, a nova prática profissional de atenção farmacêutica é de extrema importância.

Por conseguinte, a pesquisadora explanou qual seria então a proposta do estudo no CSF Estação e se a equipe estava "aberta a acolher esse desafio?". Neste momento alguns colaboradores se manifestaram expressando as seguintes falas:

> "Tenho um casal que os dois são diabéticos seria bom a gente ir lá" (s7).
>
> "Eu acho que seria muito legal esse acompanhamento" (s8).
>
> "A gente pode tentar ver se dá certo, quanto mais ajuda melhor" (s9).

> "Pode contar comigo!" (s1).
>
> "Vai ser só paciente diabético? Por que também acho que seria legal esse acompanhamento para outros pacientes da área" (s2).
>
> "Ninguém nunca fez isso aqui, mas achei a ideia superinteressante" (s4).

Foi observado uma aceitação pela equipe da proposta visto por estes como algo que vai melhorar o acompanhamento dos pacientes diabéticos do CSF. Foi visto também a necessidade pela equipe do acompanhamento de outros grupos de pacientes como hipertensos, idosos e pacientes restritos ao lar. Por fim, a pesquisadora agradeceu o apoio de todos que se propuseram estar na roda de conversa e ficou como encaminhamento a realização de um outro momento com as ACS para fazer um levantamento concreto de quantos pacientes diabéticos são acompanhados pelo CSF Estação.

Levantamento dos usuários com DM do CSF Estação

Nesse momento, foi realizado o levantamento para saber numericamente quantos usuários do CSF Estação são identificados e acompanhados pela equipe, ou seja, quando referidos na tabela abaixo "pacientes identificados" são aqueles identificados no território e que o prontuário familiar foi identificado no CSF e quando referido na tabela abaixo "pacientes acompanhados" são aqueles que além de identificados possuem uma ACS na área adscrita que fazem acompanhamento. Estes dados foram compilados juntamente com os ACS e o apoio da gerente articulando dados e informações fundamentais na construção desta tabela. Assim, obteve-se como resultado a seguinte tabela 01:

Tabela 1. Levantamento do número de usuários com DM no CSF Estação

Pacientes*	**Quantidade**
Diabéticos identificados e acompanhados pela ACS	110
Diabéticos identificados, porém, sem ACS na área (01/07/2014)	12
Diabéticos não identificados*	36
TOTAL	158

Fonte: pesquisa direta (* Pacientes referidos pela ACS, porém o prontuário não foi identificado no CSF).

Pode-se observar uma dificuldade por parte da equipe para poder ser realizado este levantamento, pois alguns ACS não conheciam todos os pacientes que diabéticos das suas respectivas áreas responsáveis. Assim se os ACS não conhecem todos pacientes diabéticos da área ao qual são responsáveis, quem está garantindo o cadastro e o acompanhamento do CSF a esses pacientes?

Segundo Milman et al. (2001), diz que independente do volume de cadastros, quando há um indicativo de que existe um baixo percentual de acompanhamento para pacientes diabéticos e hipertensos representa um alerta e acusa a necessidade da instalação de medidas para aumentar o percentual de acompanhamento dos pacientes destas enfermidades, para evitar uma evolução clínica para índices indesejáveis nos próximos anos. A Hipertensão Arterial e a Diabetes avançam de forma silenciosa e despercebida em muitos casos ao longo dos anos e quando não são tratadas adequadamente e detectadas tardiamente podem repercutir em sérias consequências ao paciente e em alto custo de seu tratamento.

A partir desse levantamento com a equipe no CSF a farmacêutica pesquisadora realizou uma revisão no prontuário dos pacientes identificados e acompanhados pela ACS para aplicar os critérios

de inclusão e exclusão do estudo citados anteriormente.

Perfil dos usuários que realizaram Acompanhamento Farmacoterpêutico (AF)

A amostra de usuários com DM que se enquadraram nos critérios do estudo foi de 45 pessoas. A partir destes dados, deu-se continuidade ao estudo, onde foi realizado o contato, via telefone ou carta convite, ao paciente. O estudo realizou até o dado momento o acompanhamento farmacoterapêutico de 13 pacientes, no período de outubro a dezembro de 2015, na qual estes foram acompanhados por três meses.

Sendo assim de um total de 100% dos pacientes foram acompanhados até o dado momento 28% dos pacientes que se enquadram do perfil para serem acompanhados no território. A cada paciente foram realizadas três visitas domiciliares de acompanhamento farmacoterapêutico, sendo estas visitas de um intervalo de aproximadamente 15 dias com duração de tempo de aproximadamente 40 minutos cada visita. Totalizando a quantidade visita realizadas somaram-se 39 visitas domiciliares. O perfil dos pacientes que realizaram acompanhamento está representado na tabela 2, abaixo:

Tabela 2. Perfil dos pacientes acompanhados pelo AF no CSF Estação.

Sexo	
Feminino	09
Masculino	04
Idade Média	61 anos
Escolaridade	
Semianalfabeto	02
Ensino fundamental incompleto	09
Ensino médio completo	02
Enfermidades e co-enfermidade	
Somente diabetes	01
Diabetes associados a hipertensão	12
Índice Massa Corporal (IMC)	
Peso ideal	01
Sobrepeso	07
Obesidade grau I	03
Obesidade grau II	02
Farmacoterapia	
Até 03 fármacos	01
Polifarmacoterapia (acima de 04)	12

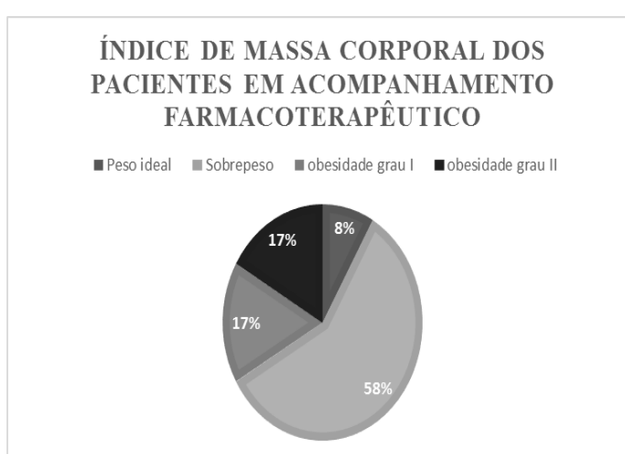
Fonte: pesquisa direta.

Como observado acima a maioria dos pacientes acompanhados correspondem ao sexo feminino, 69,24%. A média de idade dos pacientes acompanhados foi de aproximadamente 61 anos. Dentre as enfermidades associadas a diabetes nestes pacientes foi observado que a hipertensão esteve associada em 99% dos pacientes acompanhados.

Pereira (2006) sugere no contexto da epidemiologia do diabetes, uma análise mais detalhada para o fato de que a grande maioria dos pacientes com diagnóstico de diabetes já é portadora de hipertensão arterial. Ainda, segundo o autor, é observado que entre os diabéticos a prevalência da hipertensão arterial é de 1,5 a 2 vezes maior do que entre os não-diabéticos.

Foi observado também a elevada média de utilização de medicamentos no presente estudo (3,9) pode estar relacionada ao fato de a população-alvo ser composta por indivíduos com hipertensão arterial e/ou diabetes Mellitus, e, em sua maior parte com idade ≥ 60 anos, ou seja, dois fatores que contribuem para uma maior utilização de medicamentos. Ainda dentro do perfil dos pacientes foi classificado o Índice de Massa Corporal destes como observado no gráfico 1 abaixo:

Gráfico 1. Perfil do índice de Massa Corporal (kg/m2) dos pacientes em acompanhamento farmacoterapêutico do CSF Estação



Fonte: pesquisa direta.

Oberva-se que o IMC de 92% dos pacientes acompanhados mostrou-se acima dos valores considerados normais. Sendo 58% dos pacientes acompanhados sobrepeso e 34% estão classificados em obesidade grau I e obesidade grau II. Em estudo multicêntrico nacional onde foi avaliado a Prevalência de Sobrepeso e Obesidade em pacientes com diabetes mellitus do Tipo 2 no Brasil foi observado que da população estudada, 75% não estava na faixa de peso ideal e relata também que o sobrepeso e a obesidade já atingem um percentual de pacientes com DM2 no Brasil semelhante ao relatado em estudos europeus, mas ainda menor do que o observado nos E.U.A (GOMES et al., 2006).

Em estudo realizado por Araújo et al., (2010), no município de Sobral Ceará o mesmo relata que a maioria dos diabéticos estudados tinha obesidade do tipo I ou sobrepeso. Mostrando assim que existem uma prevalência de pacientes sobrepeso e obesos com DM tipo 2 reafirmando os achados semelhantes encontrados no presente estudo.

Quando se trata da história social dos pacientes que realizaram acompanhamento farmacoterapêutico obtivemos as seguintes informações como mostrado no gráfico 2 abaixo:

Gráfico 2. Perfil da história social dos pacientes que realizaram acompanhamento farmacoterapêutico no CSF Estação

Fonte: pesquisa direta.

Observou-se também que apenas 31% dos pacientes realizam a prática de exercício físico. Dentre os 31% que a praticam, 28,7% o fazem através de caminhada, ginástica e dança, com a frequência de no mínimo 3 vezes por semana durante 40 minutos. Pode-se observar que existe uma necessidade de se trabalhar o entendimento dos pacientes sobre a atividade física, para que possam compreender que o exercício físico regula e melhora o controle glicêmico, diminui a pressão arterial e reduz os fatores de riscos cardiovasculares.

Na ausência de contraindicações, deve ser encorajada a prática de exercício de resistência três vezes por semana, nos principais grupos musculares (FURTADO; POLANCZYK, 2007; MONELA et al., 2006). Conforme o relatório sobre saúde no mundo elaborado em 2002 pela Organização Pan-Americana de Saúde, a falta de atividade física pode causar, por ano, aproximadamente 1,9 milhão de mortes no mundo. Esse mesmo relatório aponta o sedentarismo como responsável por aproximadamente 16% dos casos de diabetes (MONELA et al., 2006). Além disso, estudos epidemiológicos têm demonstrado que o sedentarismo é um grande fator de risco para o desenvolvimento da hipertensão e do DM2 (HARTHMANN; MANFROI, 2007).

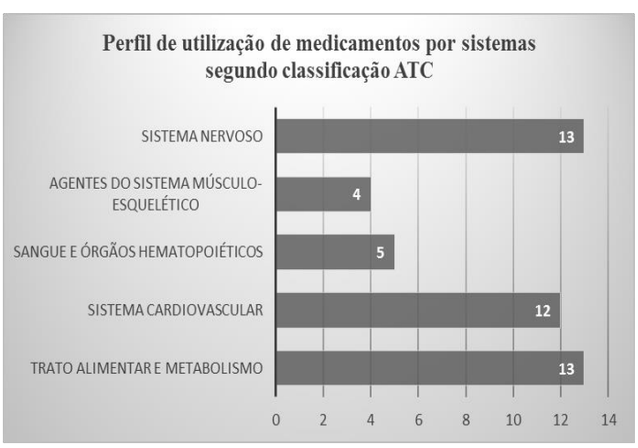
Em relação ao uso de tabaco, 38% dos pacientes do estudo já utilizaram, enquanto que 62% não faz uso. O tabagismo não se mostrou evidente, uma vez que 38% eram fumante, contra 62% não fumantes. O etilismo seguiu o mesmo padrão, revelando que 77% da amostra eram de não alcoolistas. Dentre os sintomas mais frequentes relatados pelos pacientes nos últimos seis meses estão classificados a seguir ordem decrescente: dor de cabeça (n=10), tontura / desequilíbrio (n=9), dor muscular (n=8), fadiga e cansaço (n=5), mudança no humor (n=5),

problemas gastrointestinais (n=4), problema de sono (n=4), incontinência urinária (n=1) e coceira/urticária (n=1).

Perfil de utilização de medicamentos pelos usuários em AF

Foi realizado também a análise sobre o perfil utilização de medicamentos de indivíduos com diabetes mellitus que realizaram o acompanhamento farmacoterapêutico que contribuíram para ampliar o conhecimento sobre a situação assistencial que vivenciam esses indivíduos. Inicialmente foi necessário destacar que a população-alvo deste estudo era composta por indivíduos diabéticos e, dessa forma, e assim seria bem provável que os percentuais de medicamentos do trato alimentar e metabolismo fossem superiores aos que seriam observados, caso o estudo não se restringisse apenas a esse público. Porém, apesar das características do público alvo do estudo o percentual de medicamentos do sistema nervoso ficou em primeiro lugar na classificação. Como mostrado no gráfico 3 abaixo:

Gráfico 3. Perfil de distribuição de medicamentos por sistemas do corpo segundo classificação Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) dos pacientes que realizaram acompanhamento farmacoterapêutico



Fonte: pesquisa direta.

Quando se relaciona os sintomas apresentados pelos pacientes e o perfil de medicamentos utilizados por estes pode-se observar uma estreita relação. O sintoma "dor de cabeça" foi o mais relatado pelos pacientes, sendo os medicamentos do sistema nervoso mais citado por estes. Quando relacionamos o segundo sintoma mais citada "tontura/desequilíbrio" pode-se relacionar tanto com os medicamentos do sistema nervoso (analgésicos, antivertiginosos entre outros) relatados quanto os medicamentos que agem do trato alimentar e metabolismo (antidiabéticos orais).

Perfil dos RNM e intervenções farmacêuticas realizadas durante o AF

Durante o acompanhamento farmacoterapêutico da população estudada, foram identificados 38 RNM, que foram classificados quanto à necessidade, à efetividade e à segurança, como mostrado na tabela 03 abaixo:

Tabela 3. Tipos de RNM encontrados nos pacientes do estudo. Segundo Terceiro Consenso de Granada, 2007.

Tipo RNM	Quantitativo (N=38)	Porcentagem (%)
Necessidade: **RNM- Problema de saúde não tratado.** O paciente sofre de um problema de saúde associado ao não recebimento de uma medicação que necessita.	04	11%
RNM - Efeito de medicamento desnecessário. O paciente sofre um problema de saúde associado ao recebimento de um medicamento que não necessita.	03	8%
Efetividade: **RNM - Falta de efetividade não quantitativa.** O paciente sofre de um problema de saúde associado à falta de efetividade não quantitativa da medicação	13	35%
RNM - Falta de efetividade quantitativa. O paciente sofre de um problema de saúde	14	38%

associado à falta de efetividade quantitativa da medicação.		
Segurança: RNM – Insegurança não quantitativa. O paciente sofre de um problema de saúde associado à insegurança não quantitativa da medicação.	01	3%
RNM - Insegurança quantitativa. O paciente sofre de um problema de saúde associado à insegurança quantitativa da medicação.	02	5%

Fonte: pesquisa direta.

Dos RNM identificados o mais frequente foi o de inefetividade quantitativa. Os problemas quantitativos relacionados aos medicamentos podem referir-se à dose, posologia, biodisponibilidade, interações medicamentosas ou com alimentos, não adesão e prescrições discrepantes. O estudo de Marques et al. (2009) traz resultados semelhantes onde dentre os RNM classificados durante o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes idosos com perfil predominante de hipertensos e diabéticos, o RNM mais frequente foi o de inefetividade quantitativa.

Desta forma, no presente estudo a não adesão ao tratamento foi das principais causas do RNM de inefetividade quantitativa. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a baixa adesão é a razão primária da redução do benefício clínico, levando a complicações médicas e psicossociais e, consequentemente, reduzindo a qualidade de vida dos pacientes (Organização Mundial de Saúde, 2003).

As intervenções farmacêuticas foram realizadas com o objetivo de resolver RNM que o paciente apresentou no decorrer do acompanhamento farmacoterapêutico, e levaram-se em consideração os problemas de saúde que mais preocupavam o paciente e as prioridades possíveis, visualizadas pelo farmacêutico. O total de intervenções praticadas foi de 124 intervenções farmacêuticas. É importante ressaltar que não foi possível intervir em todos os pacientes que demonstraram RNM pois alguns fatores interferiram como a não aceitação da intervenção por parte do paciente.

A intervenção mais praticada foi o encaminhamento do paciente a consulta médica, como mostrado a seguir:

Tabela 4. Tipos de intervenções farmacêuticas implantadas durante o acompanhamento farmacoterapêutico no CSF Estação.

Intervenções farmacêuticas	quantitativo
Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre os tratamentos de forma geral	12
Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas	12
Recomendação de exame laboratorial	8
Recomendação de monitoramento não laboratorial	11
Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre um tratamento específico	9
Encaminhamento ao médico do CSF	8
Aconselhamento sobre automonitoramento	8
Outros encaminhamentos não especificados	8
Alteração na frequência ou horário de adm.sem alteração da dose diária	7
Encaminhamento ao nutricionista	6
Provisão de rótulos/instruções	6
Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica	5
Recomendação de automonitoramento	5
Provisão de lista ou calendário posológico	5
Provisão de organizador de comp.ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento	3
Outro aconselhamento não especificado	2
Informe terapêutico/ carta ao médico ou enfermeira do CSF	2
Diário para automonitoramento	2
Material educativo impresso	2
Suspensão de medicamento	1
Alteração de via de administração	1
Encaminhamento a outro serviço farmacêutico	1

Fonte: pesquisa direta.

CONCLUSÃO

O presente trabalho demonstrou que a proposta da roda de conversa, momento este compreendido como um espaço que promoveu o diálogo e a reflexão, contribuiu para a concretização de encaminhamentos fundamentais para o CSF como o levantamento e atualização dos pacientes com diabetes do território e a partir disto a realização da triagem dos pacientes para realizaram o Acompanhamento Farmacoterapêutico, através da metodologia SOAP, que se mostrou uma ferramenta adequada

para a busca, identificação e resolução de resultados negativos associados com os medicamentos (RNM) através das intervenções farmacêuticas nesse contexto.

Na perspectiva de uma nova prática profissional, o farmacêutico passa a ser responsável pelo processo de utilização dos medicamentos e obtenção de resultados, com enfoque no usuário e não mais no produto. O farmacêutico encontra na orientação e no acompanhamento destes pacientes a satisfação de participar ativamente do processo de cuidado a partir da formação de vínculos com o usuário. Sendo o respeito, a confiança e a autonomia entre ambos (farmacêutico-paciente) fundamental para a realização do AF. A realização da AF em formato de visita domiciliar foi um diferencial para conhecer e ajudar o paciente em sua realidade.

Esta experiência permitiu que o farmacêutico também desempenhasse o seu papel, em uma equipe multiprofissional, como participante ativo no processo do cuidado, permitindo que este dialogasse com os profissionais do CSF sobre informações fundamentais para a implementação do plano de cuidado do paciente.

O estudo apresentou algumas situações limite com relação a estrutura física do CSF e a organização dos processos de trabalho, sendo necessário articulação com a gestão municipal e a equipe de saúde. Porém, mesmo diante destas dificuldades, a implementação desse projeto se realizou e a colaboração de toda a equipe do CSF Estação foi fundamental para reafirmar o papel do farmacêutico na equipe multiprofissional e no cuidado desses pacientes na Estratégia Saúde da Família.

REFERÊNCIA

ARAÚJO M.F.M. et al. Cumprimento da terapia com antidiabéticos orais em usuários da atenção primária. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis. v. 20, n.1, p.135-43, 2011.

ARAÚJO, M.F.M. et al. Adesão de diabéticos ao tratamento medicamentoso. **Rev Enferm.** São Paulo, v.14, n.2, p.361-367, 2010.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006. (Obra original publicada em 1977).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Pública. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: Relatório Técnico**. Rev. Saúde Pública,** v.35, n.6, p.585-588, 2001.

BRASIL**.** Lei n° 11.347 de 27 de setembro de 2006 (BR). Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. **Diário Oficial da União**, 28 setembro. Brasília (DF): Imprensa Oficial; 2006.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Contagem Populacional**. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/ home/estatistica/populacao/estimativa2014/ estimativa_dou.shtm. Acesso em: 05 de maio 2015.

BRASIL**. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2001. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ miolo2002.pdf >. Acesso em: 06 de maio 2015.

BRASIL. **Cadernos de atenção básica: Diabetes mellitus**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, p.56, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde.** Caderno Nº01. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. P. 108, 2014.

COSTA R.R.O. et al. As rodas de conversa como espaço de cuidado e promoção da saúde mental**. Revista de Atenção à Saúde**, v. 13, v. 43, p.30-36. 2015.

CORRER C.J; OTUKI M.F; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento**. Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011.

DEMO, P. **Conhecimento moderno: sobre a ética e intervenção do conhecimento**. Petrópolis: Vozes; 1997.

FERREIRA, L. T. et al. Diabetes Mellitus: hiperglicemia crônica e suas complicações. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 182-188, 2011.

FURTADO, M.V; POLANCZYK, C.A. Prevenção cardiovascular em pacientes com diabetes: revisão baseada em evidências. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab**. v. 51, n. 2, p. 313-317, 2007.

GOMES, M. B. et al. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade em Pacientes Com Diabetes Mellitus do Tipo 2 no Brasil: Estudo Multicêntrico Nacional**. Arq Bras Endocrinol Metab**. v.50, v.1 , p. 36-144, 2006.

HARTHMANN, A.D; MANFROI, W. Efeitos da atividade física na modulação autonômica em pacientes diabéticos com disfunção autonômica. **Rev. HCPA**, v. 27, n. 3, p. 37-42, 2007.

INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Diabetes Atlas**. 6. ed, Bélgica, 2013. Disponível em: < https://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2015.

JAPIASSU H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago; 1976.

KLOCK A.D; HECK R.M; CASARIM S.T. Cuidado Domiciliar: A Experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/UFPEL-MS/BID. **Texto Contexto Enferm**. v.14.v.2,p.237-45.2005.

MARQUES L.A.M. et al. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**., v. 31. v. 3. p. 209-215. 2010.

MILMAN H.S.A. et al. Pé diabético: Avaliação da evolução e custo hospitalar de pacientes internados no conjunto hospitalar de Sorocaba. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v.45. v. 5, p. 447-451. 2001.

MONELA-FERNANDES C.A et al. A importância da associação de dieta e de atividade física na prevenção e controle do diabetes mellitus tipo 2**. Acta Sci. Health Sci**., v. 27, n. 2, p. 195-205,2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório Mundial dos Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. 1. ed. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>. Acesso em: 20 de maio 2015.

PANEL DE CONSENSO. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos Asociados a la Medicación (RNM). **Ars Pharm**., Granada, v.48, n.1, p.5-17, 2007.

PEREIRA A.P.F.V. **Aspectos sócio-demográficos e de saúde dos idosos com diabetes auto-referido:** um estudo para o estado de Minas Gerais, 2003. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2003.

SARTI, T.D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad Saúde Pública**. Espírito Santo, v.28, n.3, p.537-548, 2012.

SOCIEDADE BRASILIEIRA DE DIABETES - SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015**/Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo. 2015.

SKYLER J.A. Relação do controle glicêmico com as complicações diabéticas. 4.ed. In: INZUCCHI, S. **Diabete Mellitus**: manual de cuidado essenciais. Porto Alegre. Artmed. 2007.

Submissão: 22/10/2017

Aprovação: 25/12/2017