

**CUIDADOS FARMACÊUTICOS EM PESSOAS COM DIABETES EM USO DE
INSULINA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Autora principal: Luana da Cruz de Oliveira

Autores colaboradores: Gizelly Braga Pires, Bruno
Rodrigues Alencar, Tatiane de Oliveira Silva Alencar

Categoria: Farmacêutico

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

**CUIDADOS FARMACÊUTICOS EM PESSOAS COM DIABETES EM USO DE
INSULINA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o padrão de doenças da população mundial vem sofrendo expressiva mudança devido ao envelhecimento e a alterações no estilo de vida. Doenças crônicas não transmissíveis e potencialmente incapacitantes tornaram-se mais frequentes, ameaçando a saúde e o desenvolvimento humano [3].

Em 2015, a Federação Internacional de diabetes estimou que 8,8% da população mundial com 20 a 79 anos (415 milhões de pessoas) viviam com diabetes. Com a persistência dessa tendência, o número de pessoas pode ser superior a 642 milhões em 2040. O Brasil estava em 4º lugar na lista dos 10 países com maior número de indivíduos com esta patologia no ano de 2015 (14,3 milhões), sendo que as projeções para o ano de 2040 demonstram 23,3 milhões de pessoas [7].

O diabetes é a condição crônica que mais cresce, principalmente nos países em desenvolvimento [9]. Pesquisas têm discutido ações que possam ajudar a controlar o avanço dessa doença, que muitas vezes, são consequência de uma assistência que não considera as especificidades da cronicidade, com modelos assistenciais inadequados e voltados somente para a cura [5].

O tratamento do diabetes é complexo e exige a participação intensiva do paciente que precisa ser capacitado para o autocuidado. A educação dos pacientes e familiares envolve alimentação saudável, prática regular de exercícios físicos, identificação e manejo da hipoglicemia e de outras reações adversas, administração de medicamentos e automonitorização glicêmica [2].

O trabalho do farmacêutico no acompanhamento do controle glicêmico é indispensável para atender as demandas de cuidados através de atividades assistenciais, dentre elas destaca-se o cuidado farmacêutico, que consiste na interação direta do farmacêutico com o

usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida [4]. A finalidade principal da prática do cuidado farmacêutico em pessoas com doenças crônicas é melhorar os resultados clínicos, minimizar os cuidados de saúde não programados e contribuir para a qualidade de vida dos pacientes [8].

O acompanhamento farmacoterapêutico é um macrocomponente do cuidado farmacêutico e configura um processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do usuário relacionadas ao medicamento, por meio da detecção, prevenção e resolução de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM), de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar resultados definidos, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário [4].

Com base em tais elementos, o presente artigo tem como objetivo descrever a experiência de cuidados farmacêuticos em pessoas com diabetes em uso de insulina, cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família em um município do interior da Bahia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, tipo relato de experiência, produzido por meio de uma atividade extensionista de intervenção em saúde, vinculada a um programa de extensão na atenção básica de saúde, do curso de Farmácia de uma universidade pública.

A experiência relatada nesse trabalho teve como campo de intervenção uma Unidade Saúde da Família e os participantes foram todos os 25 pacientes em uso de insulina. Cinco pacientes não foram encontrados, logo, foi de 20 o número de participantes da primeira etapa de identificação do perfil de saúde e farmacoterapêutico.

Os encontros com os participantes foram realizados por meio de visitas domiciliares acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, nas quais coletaram-se os dados para a elaboração do perfil farmacoterapêutico utilizando-se um formulário (perguntas objetivas e subjetivas) dividido em três categorias: dados socioeconômicos, histórico sobre o estado de saúde e o consumo e atitude frente à tomada de medicamentos. Por fim, foi realizada a avaliação terapêutica e definido o plano de cuidados farmacêuticos.

Essa intervenção foi realizada no período entre janeiro de 2017 a abril de 2018. O método de acompanhamento farmacoterapêutico utilizado foi uma adaptação dos métodos Dáder e *Pharmacotherapy Workup* (PW). No plano de cuidados, foi estabelecida a meta glicêmica adotada pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2017) de glicemia pós-prandial inferior a 160mg/dL e a Hemoglobina glicada (HbA) menor que 7,0%. Para o estudo de possíveis interações medicamentosas e contraindicações, utilizou-se as bases de dados software *Drugdex System – Thomsom Micromedex® - Interactions, Drug Interaction Checker - Medscape®* e o Formulário Terapêutico Nacional 2010.

Esta pesquisa respeitou os critérios descritos na Resolução nº 466, de 13 de junho de 2012, do Conselho Nacional de Saúde [1], tendo sido aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (Parecer nº 1.842.331).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil farmacoterapêutico

A partir dos dados coletados nas visitas domiciliares relacionados aos medicamentos utilizados, dificuldades que acompanham a farmacoterapia, interações medicamentosas e PRM presentes, traçou-se o perfil farmacoterapêutico dos participantes (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil farmacoterapêutico de pessoas com Diabetes em uso de insulina, cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família (n=20)

VARIÁVEIS	n	%
Sexo		
Feminino	08	40,0
Masculino	12	60,0
Idade		
<60 anos	11	55,0
≥ 60 anos	09	45,0
Histórico familiar de diabetes		
Sim	17	85,0
Não	03	15,0
Outras patologias associadas		
Não	02	10,0
Sim	18	90,0
Hipertensão	12	66,7
Outras	06	33,3
Índice de Massa Corpórea (IMC)		
Acima do peso ($\geq 25 \text{ kg/m}^2$)*	07	35,0
Dentro da normalidade ($> 18,5 \text{ kg/m}^2 \leq 24,9 \text{ kg/m}^2$)*	07	35,0
Abaixo do peso ($\leq 18,5 \text{ kg/m}^2$)*	04	20,0
Não sabe o peso e altura	02	10,0
Prática regular de atividade física		
Sim	09	45,0
Não	11	55,0
Monitoramento laboratorial dos níveis glicêmicos		
Quinzenal	01	5,0
Mensal	01	5,0
Trimestral	11	55,0
Semestral	04	20,0
Anual	02	10,0
A cada dois anos ou mais	01	5,0
Monitoramento dos níveis glicêmicos utilizando o glicosímetro		
Não realiza	09	45,0
Realiza diariamente	02	10,0
Realiza entre duas a três vezes por semana	05	25,0
Realiza semanalmente	03	15,0
Realiza mensalmente	01	5,0
Resultado da última medida glicêmica		
Dentro dos parâmetros de normalidade	03	15,0
Acima dos parâmetros de normalidade	13	65,0
Não há registro/ não se recorda	04	20,0
Cuidado com os pés		
Realiza diariamente	08	40,0
Realiza entre duas a três vezes por semana	06	30,0
Realiza semanalmente	04	20,0
Não se aplica (paciente com membros inferiores amputados)	02	10,0

Tabela 1 - Perfil farmacoterapêutico de pessoas com Diabetes em uso de insulina, cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família (n=20) (continuação)

VARIÁVEIS	n	%
Complicações relacionadas ao diabetes		
Amputação dos membros inferiores	02	10,0
Insuficiência renal	01	5,0
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	01	5,0
Nenhuma complicação	16	80,0
Reação adversa à medicamentos		
Não	06	30,0
Sim	14	70,0
Hipoglicemia	05	35,7
Desconforto gastrointestinal	02	14,3
Outros	07	50,0
Aplicação da insulina		
Aplica sozinho	10	50,0
Auxílio de familiar ou serviço de saúde	10	50,0
Rodízio nos locais de aplicação da insulina		
Sim	15	75,0
Não	05	25,0
Armazenamento correto da insulina		
Sim	08	40,0
Não (porta da geladeira)	12	60,0
Falta de adesão nos últimos quinze dias		
Não	10	50,0
Sim (motivos):	10	50,0
Hipoglicemia	02	20,0
Esquecimento	02	20,0
Motivos financeiros	02	20,0
Orientação de terceiros para interromper ou pausar o tratamento	01	10,0
Cuidador não estava no horário da aplicação	01	10,0
Fez uso de bebida alcoólica	01	10,0
Fez exame laboratorial	01	10,0

Fonte: Autor (2019).

* Classificação internacional da obesidade segundo o índice de massa corporal (IMC) da Organização Mundial da Saúde

Acompanhamento Farmacoterapêutico

Concluída a elaboração do Perfil Farmacoterapêutico, realizou-se a avaliação da farmacoterapia e acompanhamento farmacoterapêutico. No total foram identificados 28 Problemas Relacionados a Medicamentos nos 20 pacientes acompanhados (Tabela 2).

Tabela 2 - Classificação dos Problemas Relacionados a Medicamentos com suas respectivas ocorrências no estudo (n= 28)

TIPO DE PRM	n	%
NECESSIDADE		
1. Não toma o medicamento que necessita	01	5,0
2. Toma o medicamento que não necessita	01	5,0
EFETIVIDADE		
3. Toma um medicamento que não é efetivo por razões não quantitativas	07	35,0
4. Toma um medicamento que não é efetivo por razões quantitativas	01	5,0
SEGURANÇA		
5. Toma um medicamento que não é seguro por razões não quantitativas	07	35,0
6. Toma um medicamento que não é seguro por razões quantitativas	01	5,0
ADESÃO		
7. Não toma o medicamento que necessita	10	50,0

Fonte: Autor (2019).

Apesar de aceitarem participar da elaboração do perfil farmacoterapêutico, percebeu-se resistência de alguns pacientes durante as visitas domiciliares, desde o cumprimento das recomendações até a apresentação dos exames laboratoriais e prescrições médicas. Sendo assim, somente quatro pacientes prosseguiram com as outras etapas do acompanhamento, para possíveis intervenções a fim de resolver ou minimizar os PRM identificados.

Para cada indivíduo foi traçado um plano de cuidados, de acordo com as necessidades individuais, incluindo intervenções sobre o modo de utilização de medicamentos, encaminhamentos a outros profissionais de saúde, educação em saúde sobre mudanças de estilo de vida relacionadas à alimentação, prática de atividade física e uso racional de medicamentos. Cada plano foi discutido com o paciente, buscando estabelecer uma relação mútua de colaboração.

Cada intervenção realizada foi devidamente registrada e na visita seguinte, analisada a aceitação através da evolução/resposta. Caso a intervenção não alcançasse o resultado esperado, o paciente era novamente avaliado e realizada uma nova proposta de intervenção em consenso com ele, caracterizando assim, o ciclo do cuidado farmacêutico.

O processo de intervenção inicialmente ocorreu por meio da criação e disponibilização de quadro posológico individual, ficha para anotação das medidas de glicemia e cartilha informativa sobre o diabetes (elaboração do autor), seguido de uma explanação oral a cerca da importância da prática de atividade física regular, alimentação adequada para o controle glicêmico e uso racional de medicamentos.

A seguir, descreve-se os pacientes acompanhados, com os PRMs identificados, as propostas de intervenção e os resultados alcançados. A fim de preservar a identidade de cada paciente, estabeleceu-se um código para nomeá-los.

- **Paciente I:**

J.C.D.S., sexo masculino, 52 anos, casado, alfabetizado, aposentado. Negou uso de bebida alcoólica, tabagismo, prática de atividade física e alimentação adequada para o quadro patológico. Além do diabetes, possui diagnóstico de arritmia. Faz uso contínuo de insulina NPH, ácido acetilsalicílico 100mg, succinato de metoprolol 50mg, furosemida 40mg, maleato de enalapril 5mg, sinvastatina 10mg e cloridrato de amitriptilina 25mg.

No primeiro contato o paciente relatou não adesão ao succinato de metoprolol 50mg nos últimos dias devido ao alto custo, e que não administra a insulina à noite quando a glicemia se encontra abaixo de 100mg/dL (PRM 7). Relatou não necessitar de ajuda para aplicar a insulina, pratica o rodízio e aplica nos locais adequados. No entanto, ao demonstrar como faz a aplicação da insulina percebeu-se que a administração estava sendo por via intramuscular, fato que altera o início e duração de ação da mesma (PRM 3).

Para solucionar o PRM 7, foi sugerida ao paciente a intercambialidade do medicamento succinato de metoprolol 50mg da marca comercial de referência pelo genérico, cujo custo é

menor. Na visita seguinte foi identificada a compra do medicamento genérico, garantindo assim a adesão à terapêutica.

Em relação a não administração da insulina NPH à noite por medo de apresentar hipoglicemia, o paciente foi orientado sobre o tempo de início e duração de ação deste tipo de insulina. Em relação à hipoglicemia foi orientado a comunicar-se com o prescritor sobre essa reação adversa. O prescritor ajustou a dose, reduzindo-a em quatro unidades, solucionando assim o problema de reação adversa que influenciava a adesão à terapêutica.

Para solucionar o PRM 3, foi ensinada a técnica de administração de insulina por via subcutânea, ressaltando a importância de “realizar a prega” no local. Nas visitas seguintes, J.C.D.S. foi questionado quanto a técnica adotada e demonstrou realizar de forma correta. Os exames laboratoriais realizados após esta intervenção indicaram melhora nos níveis glicêmicos de jejum, pós-prandial e HbA.

A partir da identificação dos medicamentos utilizados, realizou-se o estudo de possíveis interações medicamentosas e contraindicações. Foram identificadas possíveis interações entre ácido acetilsalicílico e maleato de enalapril, podendo ocorrer diminuição da função renal e do efeito anti-hipertensivo e alteração nos níveis de potássio; maleato de enalapril e furosemida, com possível diminuição da função renal; ácido acetilsalicílico e furosemida, possibilitando redução do efeito da furosemida. Desta forma, o paciente foi orientado a monitorar a pressão arterial rotineiramente. Com a análise dos exames que avaliam a função renal e a dosagem de potássio foi observado que se encontravam sempre dentro das normalidades, segundo os valores de referência, assim como a pressão arterial. Desse modo, tais medicamentos são passíveis de serem administrados concomitantemente nesse caso, apesar das interações descritas na literatura, porém requer do médico e do farmacêutico acompanhamento contínuo da função renal e dos níveis de potássio.

Quanto à contraindicação do succinato de metoprolol em pacientes com diabetes, devido ao risco de mascarar os sintomas de hipoglicemia (PRM 5 - potencial), o paciente foi orientado a realizar o monitoramento glicêmico a partir do teste da ponta do dedo sempre que for administrar a insulina.

O cloridrato de amitriptilina é contraindicado em caso de arritmia (PRM 5) e o paciente utilizava este medicamento para tratar a insônia e dor associada a Chikungunya mesmo não apresentando mais os sintomas (PRM2). A orientação foi relatar a situação ao médico que decidiu suspender o uso, fato constatado nas visitas posteriores.

- **Paciente II**

E.S.F., sexo feminino, 74 anos, solteira, alfabetizada, aposentada. Negou uso de bebida alcoólica, tabagismo, prática de atividade física e alimentação adequada para o quadro patológico. Além do diabetes, possui hipertensão arterial. Faz uso contínuo de insulina NPH, insulina regular, cloridrato de metformina 850mg e maleato de enalapril 20mg. Relatou não necessitar de ajuda para aplicar a insulina, realiza o rodízio e aplica nos locais adequados, entretanto, armazenava de forma incorreta, colocando-a na porta da geladeira.

Desconhecia os principais sintomas da hipoglicemia, realizava o cuidado com os pés apenas uma vez por semana, afirmou alergia ao medicamento diclofenaco de potássio e não realizava o monitoramento diário da glicemia. A partir dessas observações, fez-se o processo de intervenção também por meio da criação e disponibilização de folder sobre alergia a medicamentos anti-inflamatórios e analgésicos (elaboração do autor), com o intuito de evitar reações adversas.

Quando foi questionada sobre a posologia dos medicamentos que utiliza, foi notado que utilizava o cloridrato de metformina 850mg apenas duas vezes ao dia, sendo que foi

prescrito três vezes ao dia (PRM 7). Deste modo, a paciente foi orientada a utilizar corretamente, de acordo com a prescrição, fato confirmado na visita seguinte. De forma a minimizar o desconforto gastrointestinal relatado pelo uso da metformina, foi recomendada a administração durante ou após as refeições. Ao verificar o exame laboratorial realizado após a intervenção, foi verificada a redução da HbA e glicemia pós-prandial.

A paciente apresentou também queixa de sudorese, taquicardia e visão turva eventualmente após a administração da insulina regular. Ao questioná-la, percebeu-se que não se alimentava após a aplicação, levando ao quadro de hipoglicemia (PRM 5). E.S.F. foi orientada a utilizar este medicamento de quinze a trinta minutos antes da refeição e nas visitas seguintes foi evidenciado o desaparecimento destes sintomas.

A partir da análise da farmacoterapia, foi identificada uma possível interação medicamentosa entre maleato de enalapril + cloridrato de metformina, onde há o risco de desenvolvimento de acidose láctica e hiperpotassemia (PRM 5 - potencial). A partir desta identificação, a cada visita foi avaliado os níveis de potássio e a possível presença de sinais de acidose láctica, entretanto não foi identificado nenhum achado clínico significativo.

- **Paciente III**

L.S.F., sexo feminino, 51 anos, casada, alfabetizada, economicamente ativa. Negou uso de bebida alcoólica, tabagismo, prática de atividade física e alimentação adequada para o quadro patológico. Além do diabetes, possui hipertensão arterial. Faz uso contínuo de insulina NPH, insulina regular, cloridrato de metformina 850mg, maleato de enalapril 20mg, sinvastatina 10mg e ácido acetilsalicílico 100mg. Afirmou alergia a dipirona.

A paciente relatou necessitar de ajuda para administrar a insulina por medo de se auto aplicar, entretanto negou pedir ajuda a familiares e vizinhos por não querer incomodar,

desta forma, não adere ao tratamento com insulina (PRM 7). Além disso, armazenava a insulina de forma incorreta, colocando-a na porta da geladeira. A paciente admitiu que a não administração da insulina e o armazenamento incorreto possam estar comprometendo os resultados clínicos (PRM 3).

A partir dessas observações, fez-se o processo de intervenção inicialmente por meio da disponibilização de folder sobre alergia a medicamentos anti-inflamatórios e analgésicos. A partir das visitas, percebeu-se a melhora na adesão, entretanto, a paciente ainda relatava medo de se auto aplicar a insulina. Foi sugerido uma consulta com o psicólogo do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, entretanto a paciente demonstrou não estar de acordo, não aceitando desta forma, a intervenção proposta.

A partir da análise dos medicamentos utilizados, foram identificadas possíveis interações medicamentosas entre ácido acetilsalicílico e maleato de enalapril, podendo ocorrer diminuição da função renal e do efeito anti-hipertensivo e alteração nos níveis de potássio; maleato de enalapril e cloridrato de metformina, favorecendo o risco de desenvolvimento de acidose láctica e hiperpotassemia (PRM 5 - potencial). A cada visita foi avaliado os níveis de potássio, função renal, pressão arterial e possível presença de sinais de acidose láctica, entretanto não foi identificado nenhum achado clínico significativo.

- **Paciente IV**

E.J.G., sexo feminino, 58 anos, casada, alfabetizada, aposentada. Negou uso de bebida alcoólica, tabagismo e alimentação adequada para o quadro patológico. Afirmou praticar atividade física quatro vezes por semana. Encontra-se acima do peso de acordo com o IMC. Além do diabetes, possui hipertensão arterial. Faz uso contínuo de insulina NPH, insulina regular, associação fixa de losartana potássica + hidroclorotiazida 50/12,5mg, dapagliflozina 10mg, gliclazida 30mg, sinvastatina 20mg e cloridrato de fluoxetina 20mg.

Armazenava a insulina de forma incorreta, colocando-a na porta da geladeira. Afirmou que já teve reação adversa grave por uso do cloridrato de metformina (desconforto gastrointestinal), que foi suspensa pelo prescritor.

E.J.G. relatou ter substituído por conta própria a associação de losartana potássica + hidroclorotiazida 50/12,5mg prescrita pelo médico (PRM 7) por cloridrato de amilorida + hidroclorotiazida 5/50mg (PRM 2). Sua justificativa para a troca foi sua percepção de que a losartana potássica não é eficaz para controlar a sua pressão arterial. Relatou que utilizou há um ano o cloridrato de amilorida + hidroclorotiazida 5/50mg e que na época a patologia estava controlada, por isso decidiu retomar para este tratamento. Quando questionada sobre como comprou o medicamento, ela afirmou não ter a receita antiga e ter comprado somente pelas características da embalagem: caixa verde com detalhes em vermelho e amarelo.

Diante desta situação, foi explicado sobre os riscos da atitude tomada e na visita seguinte a paciente apresentou a caixa de cloridrato de amilorida + hidroclorotiazida 5/50mg com a mesma quantidade de comprimidos da visita anterior, comprovando a não utilização do mesmo e adesão à prescrição médica atual.

Também foi demonstrada a técnica de preparo e administração de insulina, visto que a paciente administrava de forma incorreta as insulinas NPH e regular, ao mesmo tempo e com uma única seringa (PRM 3). E.J.G. foi esclarecida sobre a importância de ficar atenta à soma das doses e ao tempo entre o preparo e a aplicação. Após a intervenção e confirmação na mudança dos hábitos, foi verificada a redução nos níveis de glicemia em jejum e pós-prandial, entretanto, a HbA elevou-se, podendo ser justificado pela descompensação pregressa.

Em uma das visitas, a paciente relatou não utilizar a sinvastatina 20mg prescrita (PRM 7) por acreditar que seu colesterol estava dentro dos parâmetros de normalidade, pois perdeu peso em consequência do processo de reeducação alimentar que estava realizando com acompanhamento de profissional habilitado. Ao apresentar os seus exames laboratoriais e a nova prescrição médica, observou-se redução nos índices de colesterol total e frações, mas ainda assim, encontram-se acima dos valores de referência, estando mantido a sinvastatina 20mg na prescrição médica. A paciente foi orientada de que o medicamento só deveria ser suspenso com a orientação médica, a mesma retomou o uso do medicamento durante a noite.

Após a apresentação prévia dos casos, avaliou-se a efetividade alcançada através das intervenções realizadas (Tabela 3).

Tabela 3 - Avaliação da efetividade alcançada com as Intervenções Farmacêuticas realizadas durante o estudo (n=46)

TIPO DE INTERVENÇÃO	OCORRÊNCIA (n)	FREQUÊNCIA (%)	INTERVENÇÃO ACEITA (%)
Estratégia farmacológica	7	15,21	
Substituição do medicamento de referência pelo genérico.	1	2,17	100
Retirada de medicamento desnecessário	2	4,35	100
Alteração do horário de utilização dos medicamentos (para se adequar a prescrição médica)	4	8,69	100
Educação em saúde *	36	78,26	*
Informações orais e escrita sobre alergia a medicamentos anti-inflamatórios e analgésicos	2	4,35	
Instrução oral e escrita sobre o modo de preparo e administração da insulina	4	8,69	
Orientação sobre a importância da adesão à terapia farmacológica	4	8,69	

Tabela 3 - Avaliação da efetividade alcançada com as Intervenções Farmacêuticas realizadas durante o estudo (n=46) (continuação)

TIPO DE INTERVENÇÃO	OCORRÊNCIA (n)	FREQUÊNCIA (%)	INTERVENÇÃO ACEITA (%)
Orientação sobre a importância da adesão à terapia não-farmacológica	4	8,69	
Instruções sobre o auto monitoramento glicêmico diário	4	8,69	
Orientação sobre a necessidade de monitoramento da pressão arterial	2	4,35	
Orientação oral e escrita sobre armazenamento e transporte adequado da insulina	4	8,69	
Orientação oral e escrita sobre hiperglicemia e hipoglicemia	4	8,69	
Orientação oral e escrita sobre cuidado diário com os pés	4	8,69	
Orientação oral e escrita sobre rodízio nos locais de aplicação da insulina	4	8,69	
Encaminhamento para especialidade	3	6,52	
Acompanhamento psicológico	1	2,17	0
Retorno ao médico	2	4,35	100
TOTAL	46		

Fonte: Autor (2019).

* As intervenções relacionadas ao processo de educação em saúde tiveram como objetivo sensibilizar os pacientes à prática do autocuidado. Sabe-se, entretanto, que a aceitação/realização do mesmo é algo processual, sendo difícil mensurar sua adesão em termos percentuais.

Obteve-se total aceitação referente às propostas de intervenção relacionadas ao uso de medicamentos. Após as intervenções, realizou-se a monitorização e avaliação do plano de cuidados farmacêutico, a fim de verificar os resultados farmacoterapêuticos obtidos. As

FIGURAS 1, 2 e 3 trazem a comparação dos valores de glicemia em jejum, pós-prandial e Hemoglobina glicada (HbA) registrados desde o início do estudo.

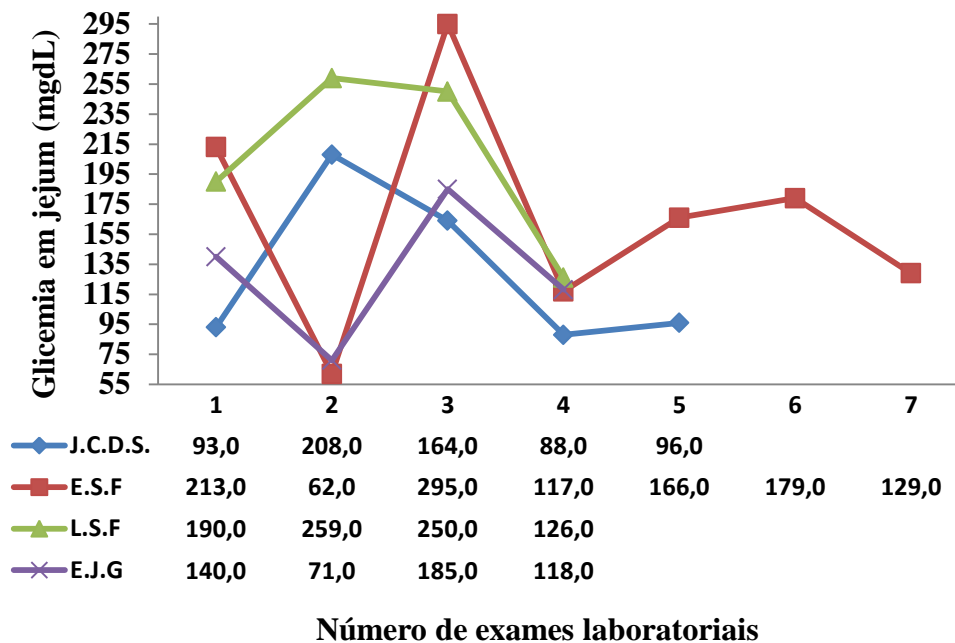


FIGURA 1 - Valores de glicemia em jejum registrados desde o início do estudo

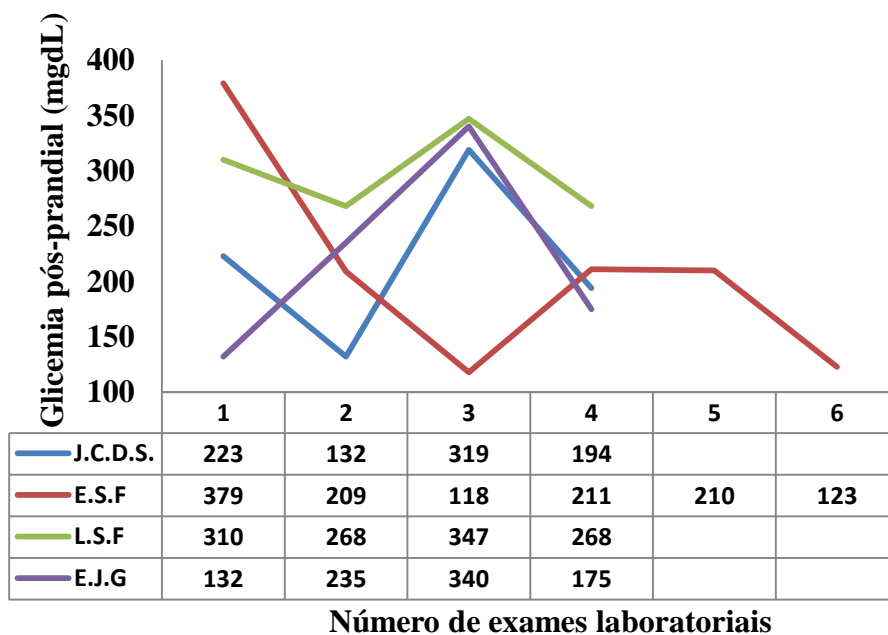


FIGURA 2 - Valores de glicemia pós-prandial registrados desde o início do estudo

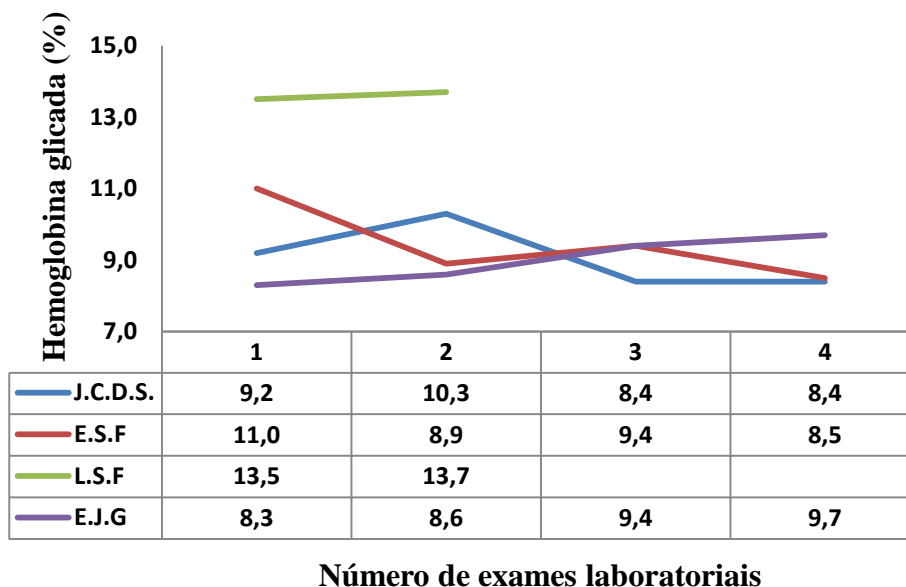


FIGURA 3 - Valores de Hemoglobina Glicada registradas desde o início do estudo

DISCUSSÃO

Diante dos dados obtidos, pode-se afirmar que E.S.F. apresentou 40% de redução da glicemia de jejum, 67,77% na pós-prandial e 22,73% na HbA. A paciente L.S.F. reduziu em 33,69% a glicemia de jejum. Em relação à HbA, paciente J.C.D.S. reduziu em 8,7%.

Devido a não adesão à terapia farmacológica (administração de insulina), não farmacológica (alimentação inadequada) e a não aceitação do acompanhamento com o psicólogo, a paciente L.S.F. permaneceu com os níveis glicêmicos acima dos preconizados pela Sociedade Brasileira de Diabetes.

Em relação à meta glicêmica inicialmente estabelecida, somente E.S.F. atingiu ao final da intervenção a glicemia pós-prandial menor que 160mg/dL. Quanto à Hemoglobina glicada, nenhum paciente apresentou valor menor que 7%. Estudo realizado por Nunes e colaboradores [6], revelou que após três meses de cuidados farmacêuticos, 28% dos pacientes alcançaram valores de hemoglobina glicada desejáveis (< 7%), enquanto 72% apresentaram valores alterados (> 7%).

Por fim, 50% dos pacientes (n=2) apresentaram melhora nos níveis glicêmicos, a paciente L.S.F. e E.J.G , apesar de não atingirem a meta glicêmica estabelecida para glicemia pós prandial, estão em processo de redução significativa, sendo importante destacar que este é um processo lento, onde destaca-se também a importância da continuidade no processo de cuidado para o alcance dos resultados esperados.

CONCLUSÃO

Os objetivos descritos foram alcançados, visto que, foi possível descrever a experiência de cuidados farmacêuticos através da identificação do perfil farmacoterapêutico e do processo de acompanhamento farmacoterapêutico. Ademais, a execução deste trabalho evidenciou carências de informações e cuidados para com os pacientes assistidos e também pouca qualidade na dispensação de insulina e hipoglicemiantes orais, inclusive por não haver informações sobre o armazenamento e administração. Cuidados estes que são indispensáveis para o sucesso na terapia, e que devido à ausência do farmacêutico na equipe multidisciplinar não eram realizados.

Cabe ponderar que esse processo de intervenção teve influências de limitações do próprio serviço, tais como: ausência de uma lista dos pacientes com diabetes em uso de insulina, ausência de informações atualizadas no prontuário dos pacientes, falta de estrutura física apropriada para o atendimento e de recursos materiais (glicosímetro, lancetas e fitas) para a medida da glicemia durante as visitas.

Além dos pacientes que participaram estudo, os usuários e trabalhadores da unidade de saúde também foram beneficiados com as informações e conhecimentos compartilhados durante as palestras e capacitações realizadas na unidade e na Secretaria Municipal de Saúde, nas quais também foram divulgados materiais educativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria conjunta nº 08, de 15 de março de 2018: Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Diabetes Mellito Tipo 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.
3. CARVALHO, F. D. et al. Influência do acompanhamento farmacoterapêutico sobre o tratamento medicamentoso de Diabetes Mellitus tipo 2 no Brasil: revisão sistemática. RBFHSS, São Paulo, v. 02, n. 02, p. 05-10, 2011.
4. CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA. Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos. Brasília: OPAS, 2002.
5. NARAYAN, K. M. V. Type 2 diabetes: why we are winning the battle but losing the war? Diabetes Care, Ottawa, v. 39, n. 05, p. 653-663, 2016.
6. NUNES, L. M. N. et al. Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes diabéticos tipo 2 e fatores de risco associados. RBFarma, Rio de Janeiro, v. 93, n. 02, p. 196-203, 2012.
7. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Clannad, 2017.
8. TEXEIRA, M. M. Atenção Farmacêutica: Experiência em Farmácia comunitária em Portugal. In: STORPIRTIS, S. et al. Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 430 – 442.
9. WHITING, D. R. et al. Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030 Diabetes Res Clin Pract., [S.I.], v. 94, n. 03, p. 04-14, 2011.