

Cuidado farmacêutico para pessoas com diabetes mellitus em uso de insulina

Pharmaceutical care in persons with diabetes mellitus using insulin

Atención farmacéutica para personas con diabetes mellitus por uso de insulina

Luana da Cruz de Oliveira¹, Gizelly Braga Pires², Bruno Rodrigues Alencar³, Tatiane de Oliveira Silva Alencar⁴

Como citar: Oliveira LC, Pires GB, Alencar BR, Alencar TOS. Cuidado farmacêutico para pessoas com diabetes mellitus em uso de insulina. REVISA. 2021; 10(2): 388-99. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p388a399>

REVISA

1. FarneBrito Ltda. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-7097-9363>

2. Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-3853-5687>

3. Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-9871-3073>

4. Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-6257-5633>

Recebido: 23/01/2021

Aprovado: 22/03/2021

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil de saúde e farmacoterapêutico dos usuários de insulina cadastrados em uma unidade de saúde; e discutir o plano de cuidados adotado para estes pacientes, fundamentado em método de cuidados farmacêuticos. **Método:** Trata-se de estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado por meio de uma pesquisa de campo, tendo como cenário de intervenção propriamente dito uma Unidade de Saúde da Família, de um município baiano, envolvendo 20 usuários. A pesquisa se dividiu em duas etapas: identificação do perfil de saúde e farmacoterapêutico dos usuários de insulina e definição do plano de cuidados, com base numa adaptação dos métodos Dáder e Pharmacotherapy Workup. **Resultados:** No processo de cuidado farmacêutico, foram realizadas 46 intervenções envolvendo estratégias farmacológicas e de educação em saúde, sendo possível constatar melhoria nos resultados de saúde dos pacientes acompanhados. **Conclusão:** Os resultados apontam o cuidado farmacêutico como estratégia promotora de melhor qualidade de vida a esses pacientes, e também indícios de que, no processo de assistência aos pacientes com diabetes em uso de insulina, nas unidades de saúde, há carências de informações, dificultando a adesão ao tratamento e às práticas de autocuidado.

Descritores: Diabetes Mellitus; Insulina; Cuidados Farmacêuticos.

ABSTRACT

Objective: To identify the health and pharmacotherapeutic profile of insulin users registered in a health unit; and discuss the care plan adopted for these patients, based on a pharmaceutical care method. **Method:** This is a descriptive study with a qualitative approach, carried out through field research, with the intervention scenario itself being a Family Health Unit, in a municipality in Bahia, involving 20 users. The research was divided into two stages: identification of the health and pharmacotherapeutic profile of insulin users and definition of the care plan, based on an adaptation of the Dáder and Pharmacotherapy Workup methods. **Results:** In the pharmaceutical care process, 46 interventions were carried out involving pharmacological strategies and health education, and it was possible to observe an improvement in the health results of the patients monitored. **Conclusion:** The results point to pharmaceutical care as a strategy that promotes better quality of life for these patients, and also evidence that, in the process of assisting patients with diabetes using insulin, in health facilities, there is a lack of information, making it difficult adherence to treatment and self-care practices. **Descriptors:** Diabetes Mellitus; Insulin; Pharmaceutical Care.

RESUMEN

Objetivo: Identificar el perfil de salud y farmacoterapêutico de los usuarios de insulina registrados en una unidad de salud; y discutir el plan de atención adoptado para estos pacientes, basado en un método de atención farmacéutica. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, realizado a través de investigación de campo, siendo el escenario de intervención en sí una Unidad de Salud de la Familia, en un municipio de Bahía, involucrando a 20 usuarios. La investigación se dividió en dos etapas: identificación del perfil de salud y farmacoterapêutico de los usuarios de insulina y definición del plan de cuidados, a partir de una adaptación de los métodos de Dáder y Pharmacotherapy Workup. **Resultados:** En el proceso de atención farmacéutica se realizaron 46 intervenciones que involucraron estrategias farmacológicas y educación para la salud, y se pudo observar una mejora en los resultados de salud de los pacientes monitoreados. **Conclusión:** Los resultados apuntan a la atención farmacéutica como una estrategia que promueve una mejor calidad de vida para estos pacientes, y también evidencian que, en el proceso de atención a los pacientes con diabetes con insulina, en los establecimientos de salud, existe una falta de información, por difícil adherencia al tratamiento y prácticas de autocuidado.

Descritores: Diabetes Mellitus, Insulina, Atención Farmacéutica.

ORIGINAL

Introdução

O diabetes melitus é um importante e crescente problema de saúde pública em todos os países, e o Brasil ocupa a quarta posição entre os 10 países com maior número de pessoas com diabetes, entre 20 e 79 anos, conforme dados da Federação Internacional de Diabetes.¹ Esta organização alerta ainda que os países em desenvolvimento concentram cerca de 79% dos casos, devendo ocorrer maior aumento nas próximas décadas. Assim, estimou que, se as tendências persistirem, há uma projeção superior a 628,6 milhões de casos de diabetes, em 2045. Neste contexto, a Sociedade Brasileira de Diabetes chama atenção para aumento da mortalidade, de complicações e de doenças associadas ao diabetes.²

O tratamento do diabetes é complexo e exige a participação intensa do paciente que precisa ser capacitado para o autocuidado³ e também a assistência de uma equipe de profissionais colaborativos e interdisciplinares para que seja obtidos resultados efetivos.⁴ Neste processo, o trabalho do farmacêutico no acompanhamento do controle glicêmico é indispensável para atender as demandas de cuidados através de atividades assistenciais, sendo esta uma evidência constatada em diversos países.⁵⁻⁶

Dentre essas atividades, tem-se o cuidado farmacêutico, que consiste num modelo de prática que orienta a provisão de diferentes serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade, visando à prevenção e resolução de problemas da farmacoterapia, ao uso racional dos medicamentos, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, bem como à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde.⁷

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. Particularmente em relação ao cuidado de pessoas com diabetes, estudos têm demonstrado a potente contribuição do farmacêutico no provimento de melhoras na condição de saúde desses pacientes.⁸⁻⁹

Com base nessa premissa, este artigo visa identificar o perfil de saúde e farmacoterapêutico dos usuários de insulina cadastrados em uma unidade de saúde; e discutir o plano de cuidados adotado para estes pacientes, fundamentado em método de cuidados farmacêuticos.

Método

Trata-se de estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado por meio de uma pesquisa de campo. O campo de intervenção propriamente dito foi uma Unidade de Saúde da Família (USF), de um município baiano, que conta com uma equipe de 23 trabalhadores de saúde, sem incluir o farmacêutico. Essa intervenção foi realizada no período entre janeiro de 2017 a abril de 2018, totalizando quatorze meses.

Os participantes envolvidos foram todos os usuários que utilizavam insulina na sua terapia antidiabética, compondo um quantitativo de 25 pessoas, as quais foram identificadas por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Desse total, cinco pessoas não foram encontradas, obtendo-se, portanto, um total de 20 participantes. Os encontros com os participantes da pesquisa foram realizados por meio de visitas domiciliares acompanhadas pelos ACS.

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética sob protocolo nº 1.842.331 e dividiu-se em duas etapas: identificação do perfil de saúde e farmacoterapêutico dos usuários de insulina e definição do plano de cuidados. Para a primeira etapa foi utilizado como instrumento de coleta de dados um formulário (perguntas objetivas e subjetivas) dividido em três categorias: dados socioeconômicos, histórico sobre o estado de saúde e consumo e atitude frente à tomada de medicamentos. Para a segunda etapa foi realizada a avaliação da terapêutica e definido o plano de cuidados farmacêuticos, com base numa adaptação dos métodos Dáder e Pharmacotherapy Workup (PW).

No plano de cuidados, foi estabelecida a meta glicêmica adotada pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2019) 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 do software Drugdex System - Thomsom Micromedex®, Interactions, Drug Interaction Checker - Medscape® e o Formulário Terapêutico Nacional 2010.

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 dos autores), seguida de uma explanação oral acerca da importância do uso racional de medicamentos, da prática de atividade física regular e alimentação adequada para o controle glicêmico. A avaliação da farmacoterapia fundamentou-se na identificação de Problemas Relacionados a Medicamentos.¹⁰

Resultados

A partir dos dados coletados nas visitas domiciliares, traçou-se o perfil farmacoterapêutico dos participantes, conforme pode ser verificado na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil farmacoterapêutico de pessoas com diabetes em uso de insulina, cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família, de um município baiano (n=20). Bahia, 2018.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	08	40,0
Masculino	12	60,0
Idade	n	%
<60 anos	11	55,0
≥ 60 anos	09	45,0
Histórico familiar de diabetes	n	%
Sim	17	85,0
Não	03	15,0
Outras patologias associadas	n	%
Não	02	10,0
Sim	18	90,0
Hipertensão	12	66,7
Outras	06	33,3
Índice de Massa Corpórea (IMC)	n	%
Acima do peso (≥25 kg/m ²)*	07	35,0
Dentro da normalidade (>18,5 kg/m ² ≤ 24,9 kg/m ²)*	07	35,0

Abaixo do peso ($\leq 18,5$ kg/m ²)*	04	20,0
Não sabe o peso e altura	02	10,0
Prática regular de atividade física	n	%
Sim	09	45,0
Não	11	55,0
Monitoramento laboratorial dos níveis glicêmicos	n	%
Quinzenal	01	5,0
Mensal	01	5,0
Trimestral	11	55,0
Semestral	04	20,0
Annual	02	10,0
A cada dois anos ou mais	01	5,0
Monitoramento dos níveis glicêmicos utilizando o glicosímetro	n	%
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	n	%
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	n	%
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
Complicações relacionadas ao diabetes	n	%
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	n	%
Não	06	30,0
Sim	14	70,0
Hipoglicemia	05	35,7
Desconforto gastrointestinal	02	14,3
Outros	07	50,0
Aplicação da insulina	n	%
Aplica sozinho	10	50,0
Auxílio de familiar ou serviço de saúde	10	50,0
Rodízio nos locais de aplicação da insulina	n	%
Sim	15	75,0
Não	05	25,0

Armazenamento correto da insulín	n	%
Sim	08	40,0
Não (porta da geladeira)	12	60,0
Falta de adesão nos últimos quinze dias	n	%
Não	10	50,0
Sim (motivos):	10	50,0
Hipoglicemia	02	20,0
Esquecimento	02	20,0
Motivos financeiros	02	20,0
Orientação 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

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

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

Tabela 2 - Classificação dos Problemas Relacionados a Medicamentos com suas respectivas ocorrências no estudo (n= 28). Bahia, 2018.

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

Tendo sido identificado o perfil dos pacientes com diabetes no cenário de investigação, a etapa seguinte da pesquisa consistiu no estabelecimento do plano de cuidados dos pacientes, conforme o consentimento destes pacientes em participarem dessa etapa. Neste caso, quatro dos 20 pacientes concordaram em

participar e foram acompanhados durante seis meses. A fim de preservar a identidade deles, 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 equivalente genérico, cujo custo é menor. Na visita seguinte foi identificada a compra do medicamento genérico, favorecendo 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, 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 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 relatadas 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 dos autores), 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 nas visitas posteriores. 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). Assim, ela foi orientada a utilizar este medicamento de 15 a 30 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 lática e hipercalemia (PRM 5 - potencial). A partir desta identificação, a cada visita foi avaliado os níveis de potássio e a possível presença de sinais de acidose lática, 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 realizar a autoadministração. Entretanto negou pedir ajuda a familiares e vizinhos por não querer incomodar, evidenciando a não adesão 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, foi conversado com a mesma a importância do uso da insulina para controle glicêmico e fez-se o processo de intervenção inicialmente por meio da disponibilização de folder, elaborado pelos autores, 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 administrar a insulina. Foi sugerido uma consulta com o psicólogo do Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e atenção básica- NASF-AB, 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 hipercalemia (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. Encontrase 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 uso prévio, por um ano, do cloridrato de amilorida + hidroclorotiazida 5/50mg e que, na época, a hipertensão arterial estava controlada, por isso decidiu utilizar novamente esse medicamento. Quando questionada sobre como adquiriu 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). Foi esclarecido 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 pelo médico, e retomou o uso do medicamento durante a noite.

Discussão

Conforme verifica-se na Tabela 01, o perfil farmacoterapêutico dos pacientes acompanhados revela, como aspectos centrais, situações de reações adversas a medicamentos, necessidade de auxílio para uso da insulina e dificuldades para adesão ao tratamento. Aspectos esses constatados por outros estudos e que justificam a necessidade do cuidado farmacêutico, como uma estratégia para favorecer a qualidade de vida desses pacientes.¹¹⁻¹³

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 na etapa seguinte de 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. O plano foi discutido com o paciente, buscando estabelecer uma relação mútua de colaboração.

Cada intervenção realizada foi devidamente registrada e, nas visitas seguintes, eram analisadas a aceitação por meio da evolução/resposta apresentada. 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 processo do cuidado farmacêutico.

Neste sentido, a Tabela 2 traz dados importantes sobre os PRM identificados nesse público, sendo os de maior ocorrência relacionados à adesão, efetividade e segurança. Tal situação pode ser explicada por motivos diversos que envolvem o modo como se dão as práticas assistenciais em saúde, no geral configuradas por processo de medicalização, sem necessariamente haver estímulo e orientação ao autocuidado. Ademais, ainda que o cuidado farmacêutico seja uma prática mundial, ainda não se constitui uma prioridade nos serviços de saúde públicos e nem mesmo privados, no Brasil. Vale notar que, no cenário estudado, o farmacêutico não está inserido na equipe de saúde, ainda que, naquele momento, houvesse esse profissional na equipe do NASF.

No processo de cuidado farmacêutico, foram realizadas 46 intervenções envolvendo estratégias farmacológicas e de educação em saúde, a exemplo daquelas relatadas nas descrições dos casos. Cabe ressaltar que 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 e execução pelo paciente é algo processual, sendo difícil mensurar sua adesão.

Após as intervenções, realizou-se a monitorização e avaliação do plano de cuidados farmacêutico, a fim de verificar os resultados farmacoterapêuticos. 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 (2012), 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, foram sensibilizadas para o autocuidado por meio de ações de educação em saúde, sendo importante destacar que este é um processo lento, onde deve-se haver a continuidade no processo de cuidado para o alcance dos resultados esperados.

Conclusão

Os resultados obtidos nesta pesquisa permitem entender o perfil farmacoterapêutico dos usuários de insulina cadastrados em uma unidade de saúde; e a aplicação dos cuidados farmacêuticos para estabelecer um plano de cuidados. Ademais, revela que, no processo de assistência aos pacientes com diabetes em uso de insulina há carências de informações, desde o momento da prescrição até a dispensação, que dificultam a adesão ao tratamento e às práticas de autocuidado. A ausência dos serviços farmacêuticos nesse processo corrobora o entendimento de que a prática de assistência tem sido medicalizante.

Ainda que a pesquisa tenha sido desenvolvida num cenário específico, traz elementos para refletir sobre tal aspecto, numa perspectiva mais ampla, pois evidencia os benefícios do cuidado farmacêutico na assistência à saúde, em particular para pessoas com doenças crônicas.

Cabe ponderar que a intervenção realizada 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.

Agradecimento

Os autores não receberam financiamento para esse estudo.

Referências

1. International Diabetes Federation. IDF Atlas. 8. ed. Bruxelas: International Diabetes Federation; 2017.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: Clannad; 2019.
3. Brasil. Portaria conjunta nº 08, de 15 de março de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Diabete Melito Tipo 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
4. Simpson SH, Maccallum L, Mansell K. Pharmacy Practice and Diabetes Care. *Canadian Journal of Diabetes*. 2017; 41 (6): 549-550. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2017.09.005>
5. Katangwe T, Family H, Sokhi J, Al-Jabr H, Kirkdale CL, Twigg MJ. The community pharmacy setting for diabetes prevention: Views and perceptions of stakeholders. *PLoS One*. 2019; 14 (7): 1-17. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219686>
6. Siaw MYL, Toh JH, Lee J, Yu-Chia. Patients' perceptions of pharmacist-managed diabetes services in the ambulatory care and community settings within Singapore. *Int J Clin Pharm*. 2018; 40 (2): 403-411. doi: <https://doi.org/10.1007/s11096-018-0591-2> .
7. Conselho Federal de Farmácia. Serviços Farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016.

8. Yaghoubi M, Mansell K, Vatanparastc H, Steeves M, Zeng Wu, Farag M. Effects of Pharmacy-Based Interventions on the Control and Management of Diabetes in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Can J Diabetes*. 2017; 41 (6): 628-641. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2017.09.014> .
9. Katangwe T, Bhattacharya D, Twigg MJ. A systematic review exploring characteristics of lifestyle modification interventions in newly diagnosed type 2 diabetes for delivery in community pharmacy. *Int J Pharm Pract*. 2019; 27 (1): 3-16. doi: <https://doi.org/10.1111/ijpp.12512> .
10. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. O Exercício do cuidado farmacêutico. Tradução: Denise Borges Bittar. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2006.
11. Ferreira VL. A importância do seguimento farmacoterapêutico na saúde: uma revisão da literatura. [Monografia]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2014.
12. Silva C, Souza J. O farmacêutico na unidade básica de saúde: atenção farmacêutica ao portador de Diabetes mellitus em uma unidade de saúde pública, no município de Santarém/PA. *Acta Farmacêutica Portuguesa*. 2017; 6 (1): 38-44.
13. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Revista Saúde Pública*. 2016; 50 (2): 01-11. Doi: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006150>

Autor de Correspondência

Gizelly Braga Pires

Av. Trasnordestina, S/N. CEP: 44036-900. Novo Horizonte. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

gpires@uefs.br