

FACULDADE GUAIRACÁ
INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR
BACHARELADO EM FARMÁCIA

AMANDA BRANDALISE STAINE

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES PORTADORES DE
DIABETES MELLITUS TIPO-2 EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE LARANJEIRAS DO SUL/PR**

GUARAPUAVA

2019

AMANDA BRANDALISE STAINE

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES PORTADORES DE
DIABETES MELLITUS TIPO-2 EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE LARANJEIRAS DO SUL/PR**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Farmácia da
Faculdade Guairacá como pré-requisito
para obtenção do título de Bacharel em
Farmácia.

Orientadora: Profa. Dra. Lígia
Santos Pedroso

GUARAPUAVA

2019

AMANDA BRANDALISE STAINE

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES PORTADORES DE
DIABETES MELLITUS TIPO-2 EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE LARANJEIRAS DO SUL/PR**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Farmácia da
Faculdade Guairacá como pré-requisito
para obtenção do título de Bacharel em
Farmácia.

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Dra. Lígia Santos Pedroso (Orientadora)

Ms. Débora F. V. Ronik

Dr. Daniel B. Ludwig

GUARAPUAVA

2019

Dedico esse trabalho a Deus que sempre esteve comigo, e a minha família, que foram grandes incentivadores para realização desse sonho, esse mérito é de vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a Deus e Santa Rita de Cássia, pois sem eles nada seria possível, foram eles quem me deram forças, quando pensei que não conseguiria superar as dificuldades, mas me manteve firme com fé e esperança, para que eu realizasse esse sonho.

Agradeço a minha família que amo muito, que sempre me deram forças, e nunca mediram esforços para me ajudar, em especial aos meus pais, Jocelena e Clovis essa conquista é de vocês, sem vocês nada disso seria possível, obrigada por tudo, aos meus irmãos Gabriel e Samuel que amo incondicionalmente, ao meu Esposo Jean Carlos, que me apoiou e me incentivou, me animou, para que eu não desistisse dos meus objetivos a ele todo meu amor.

A minha professora orientadora Lígia Pedroso, obrigada pela paciência, sugestões, para que esse trabalho desse certo, e por todo ensinamento, admiro muito pela pessoa e pela profissional que é, sou muito grata por tudo, vou lembrar sempre com muito amor e gratidão.

Aos meus professores que com todo ensinamento me prepararam para ser uma excelente profissional. Tudo o que vocês repassaram durante esses cinco anos foi essencial e vai agregar muito na minha vida profissional, quero levar um pouquinho de cada um para a vida, Obrigada!

Aos meus colegas de turma, que viraram amigos para a vida, obrigada pelo companheirismo, pela compreensão, podem contar sempre comigo.

RESUMO

O Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é um grave problema de saúde pública, que gera grande impacto em relação a gastos com a farmacoterapia e complicações clínicas, destacando-se, atualmente, como uma importante causa de morbidade e mortalidade. O objetivo do presente estudo foi avaliar o perfil dos pacientes portadores de DM2 assistidos na unidade básica de saúde do município de Laranjeiras do Sul-PR. A coleta de dados foi através da análise das informações cadastradas no programa *Winsaúde*, no período de 01 de julho à 31 de dezembro de 2018. Foram observados 594 pacientes cadastrados, sendo destes, a maioria mulheres com faixa etária acima de 50 anos de idade. Os hipoglicemiantes orais foram a farmacoterapia mais prescrita. Sendo assim, foi possível observar a alta prevalência de DM2 no município e estratégias para atenção farmacêutica poderiam contribuir para uma melhor qualidade de vida ao minimizar problemas relacionados aos medicamentos, aumentar a eficácia e a adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Diabetes mellitus tipo 2; Atenção Farmacêutica.

ABSTRACT

The type 2 diabetes (DM2) is a serious public health problem that has a major impact on pharmacotherapy expenses and clinical complications, and is currently an important cause of morbidity and mortality. The aim of the present study was to evaluate the profile of patients diagnosed with DM2 assisted at the basic health unit of the municipality of Laranjeiras do Sul-PR. Data collection was through the analysis of the information registered in the Winsaúde program, from July 1st to December 31st, 2018. 594 registered patients were observed, most of them women over 50 years old. Oral hypoglycemic agents were the most commonly prescribed pharmacotherapy. Thus, it was possible to observe the high prevalence of type 2 diabetes in the municipality and strategies for pharmaceutical care could contribute to a better quality of life by minimizing drug-related problems, increasing efficacy and adherence to treatment.

Keywords: Type 2 diabetes; Pharmaceutical attention.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM, adotados pela SBD.	166
--	-----

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Representação gráfica do perfil de portadores de DM2 cadastrados na UBS de Laranjeiras do Sul-PR, quanto ao sexo..... 28
- Figura 2:** Representação gráfica do perfil de pacientes portadores de DM2 cadastrados na UBS de Laranjeiras do Sul-PR, quanto a faixa etária. 29
- Figura 3:** Representação gráfica do perfil dos medicamentos utilizados por pacientes com DM2 cadastrados na UBS de Laranjeiras do Sul-PR..... 31

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DM	Diabetes mellitus
DM1	Diabetes mellitus tipo 1
DM2	Diabetes mellitus tipo 2
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
IMC	Índice de Massa Corporal
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PPAR-g	Peroxisome proliferator activated receptor (receptor ativado por proliferador de peroxissoma)
QAD	Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SDSCA	Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (Resumo do Questionário de Atividades de Autocuidado em Diabetes)
SM	Síndrome Metabólica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 DIABETES	14
2.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	15
2.3 DIAGNÓSTICO	16
2.4 TRATAMENTO	17
2.5 COMPLICAÇÕES CLÍNICAS RELACIONADAS À PATOLOGIA.....	18
2.6 ESTRATÉGIAS EM SAÚDE PARA PACIENTE DIABÉTICO.....	20
2.7 ATENÇÃO FARMACÊUTICA.....	21
2.8 CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO DE LARANJEIRAS DO SUL/PR- PERFIL DA UBS	24
3. OBJETIVOS	26
3.1 OBJETIVO GERAL	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
4. METODOLOGIA.....	27
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
6. CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS.....	36
ANEXOS	41

1. INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) destaca-se, atualmente, como uma importante causa de morbidade e mortalidade. Estimativas globais indicam que 382 milhões de pessoas vivem com DM (8,3%). Acredita-se ainda, que aproximadamente 50% dos diabéticos desconhecem que têm a doença, pois muitas vezes apresentam-se silenciosa. Quanto à mortalidade, estima-se que 5,1 milhões de pessoas com idade entre 20 e 79 anos morreram em decorrência do DM em 2013. Até 2030, o DM pode saltar de 9^a para 7^a causa de morte em todo o mundo. Em 2013, o Brasil ocupou a quarta posição entre os países com maior número de pessoas diabéticas, contando com 11,9 milhões de casos entre indivíduos adultos com idade entre 20 e 79 anos (FLOR; CAMPOS, 2017).

Além do custo com o tratamento ser elevado, outro fator de grande impacto da doença para sociedade são os custos sociais, o qual portadores de DM quando apresentam grandes complicações clínicas, devem reduzir a carga horária de serviços ou até mesmo parar com a atividade laboral e com isso muitos pacientes podem desenvolver problemas emocionais e psicológicos gerando redução da qualidade de vida (GUIDONE et al., 2009).

Esta patologia está associada à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida dos pacientes e familiares (MS, 2005). Devido a severidade e a prevalência de DM, a alta frequência de complicações agudas e crônicas, o paciente se encontra menos produtivo em relação ao trabalho, mais suscetível a hospitalizações, e em casos mais graves entrar em óbito (BARCELÓ et al., 2001).

O farmacêutico é um dos profissionais de saúde de maior acessibilidade à comunidade, favorecendo uma alternativa para o cuidado do paciente (ROLIM et al., 2016). Sendo assim, o objetivo do trabalho foi analisar o perfil de pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Laranjeiras do Sul/Pr, afim de elaborar estratégias que possam contribuir para uma melhor qualidade de vida do paciente diabético, por meio de aconselhamentos em saúde, adequações e intervenções sobre a farmacoterapia assegurando a eficácia, segurança e a adesão terapêutica minimizando o surgimento de complicações relacionadas à hiperglicemia.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DIABETES

O DM é conhecido como um grupo de distúrbios heterogêneos, sendo uma doença causada pela produção insuficiente ou má absorção de insulina. Se caracteriza como uma doença crônica onde o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o corpo não consegue utiliza-lo de maneira correta (GUIDONE et al., 2009).

Pode se manifestar em diferentes formas, como diabete mellitus tipo 1 (DM1) e o tipo 2 (DM2), e com menos frequência a DM gestacional. O DM causa defeitos genéticos funcionais nas células beta do pâncreas e na ação da insulina, induzidas por fármacos, agentes químicos ou por infecções (GUIDONE et al., 2009).

Inclui um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por uma alta taxa de açúcar no sangue, devido a defeitos na secreção de insulina e/ou na ação do hormônio insulina. Pessoas com diabetes podem manter a doença assintomática por anos. A hiperglicemia se manifesta por sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia, visão turva ou por complicações agudas que podem causar risco de morte (ALLGOT et al., 2003).

A cetoacidose diabética é mais comum do DM1, mas também ocorre em casos de DM2, quando os níveis de açúcar no sangue estão muito elevados, e estão acompanhados de cetonas quando falta insulina, os níveis de açúcar no sangue aumentam, conseqüentemente há uma falta de energia, o organismo começa a usar estoques de gordura para que seja produzida energia, formando as cetonas. E a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica, acomete pacientes com DM2, acontece à diurese osmótica, conseqüentemente a perda de água e eletrólitos, o nível de insulina é muito baixo, mas é suficiente para que não ocorra quebra de lipídeos pelo fígado (ALLGOT et al., 2003).

DM1 ocorre quando a produção de insulina do pâncreas é insuficiente devido a destruição autoimune mediada por células beta das ilhotas pancreáticas, causando a perda da produção de insulina. É classificada como doença crônica, mais comum na infância nos países desenvolvidos, e a apresentação clínica podem variar de acordo com a idade (INSEL et al., 2015).

Tem contribuições tanto genéticas quanto ambientais que resulta ao longo do tempo em uma perda imunomediada da massa de células β pancreáticas funcionais,

levando a diabetes sintomática, pacientes portadores de DM1 precisam de injeções diárias de insulina, para manter os níveis de açúcar no sangue em valores normais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD, 2017-2018).

O DM2 é uma doença que afeta a forma de metabolização da glicose, é caracterizada por uma diminuição da secreção pancreática da insulina ou resistência à insulina nos órgãos periféricos, resultando na hiperglicemia genéticos (ARAUJO; BRITTO; PORTO., 2000).

Pode acontecer também que o paciente não consiga produzir insulina o suficiente, neste caso, se torna incapaz de carregar todo o açúcar para dentro da célula e conseqüentemente acaba gerando o acúmulo de açúcar no sangue. A característica principal do DM2 é a resistência periférica. A resistência à insulina é influenciada tanto por fatores adquiridos como, obesidade, falta de atividade física, e por fatores genéticos (ARAUJO; BRITTO; PORTO., 2000).

Geralmente acomete pessoas com mais de 40 anos de idade, o desenvolvimento e a permanência da hiperglicemia ocorrem junto com hiperglucagonemia, que é o aumento da secreção de glucagon, resistência dos tecidos periféricos à ação da insulina, aumento da produção hepática de glicose, disfunção incretínica (substâncias produzidas pelo pâncreas e pelos intestinos que regulam o metabolismo da glicose) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD, 2017-2018).

Um maior índice de lipólise e também aumento de ácidos graxos livres circulantes, o aumento da reabsorção renal de glicose e graus variados de deficiência na síntese e na secreção de insulina pela célula β pancreática. Em cerca de 80 a 90% dos casos, esta associada ao excesso de peso e a outros componentes da síndrome metabólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD, 2017-2018).

2.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Ainda segundo a Sociedade brasileira de diabetes - SBD (2017-2018), os maiores fatores de risco para o desenvolvimento de DM2 são: história familiar de DM2, envelhecimento, excesso de peso, sedentarismo, diagnóstico de pré-diabetes ou diabetes mellitus gestacional e presença de componentes da síndrome metabólica como, hipertensão arterial e dislipidemia.

A Organização Mundial de Saúde – OMS (2015), cita que cerca de 1,6 milhão

de pessoas morreram devido a DM. Outros 2,2 milhões de óbitos ocorreram pela alta glicemia em 2012. A OMS projeta ainda que o diabetes será a sétima principal causa de morte em 2030. No Brasil, dados do estudo multicêntrico de prevalência do DM, realizado com pessoas entre 30 e 69 anos de idade, em nove capitais do País, indicam um predomínio de 7,6% delas com diabetes. Cerca de 50% dos pacientes não conhecem o diagnóstico e 24% dos pacientes reconhecem que são portadores de DM, e não fazem qualquer tipo de tratamento (GROSS; NEHME, 1999) (PICCOLOMINI; SOUZA, 2004).

2.3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do diabetes se baseia em alterações da glicose plasmática de jejum ou após uma sobrecarga de glicose por via oral, ou seja, o exame de glicemia pós-prandial, conforme demonstrado no quadro 1. A Glico-hemoglobina é utilizada para monitoramento do DM e não é indicada para realizar diagnóstico de diabetes (GROSS; NEHME., 2002).

Quadro 1: Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM, adotados pela SBD.

	Glicose em jejum (mg/dL)	Glicose 2 horas após sobrecarga com 75 g de glicose (mg/dL)	Glicose ao acaso	HbA1c (%)	Observações
Normoglicemia	< 100	< 140	–	< 5,7	OMS emprega valor de corte de 110 mg/dL para normalidade da glicose em jejum. ²
Pré-diabetes ou risco aumentado para DM	≥ 100 e < 126*	≥ 140 e < 200#	–	≥ 5,7 e < 6,5	Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de pré-diabetes.
Diabetes estabelecido	≥ 126	≥ 200	≥ 200 com sintomas inequívocos de hiperglicemia	≥ 6,5	Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de DM. Método de HbA1c deve ser o padronizado. Na ausência de sintomas de hiperglicemia, é necessário confirmar o diagnóstico pela repetição de testes.

OMS: Organização Mundial da Saúde; HbA1c: hemoglobina glicada; DM: diabetes *mellitus*.

* Categoria também conhecida como glicemia de jejum alterada.

Categoria também conhecida como intolerância oral à glicose.

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes - SBD (2017-2018).

De acordo com a SBD (2014-2015), atualmente são três os critérios aceitos para o diagnóstico de DM com utilização da glicemia: pacientes com sintomas de poliúria e polidipsia realizam o exame em qualquer hora do dia, e os níveis glicêmicos > 200 mg/dL, que se chama glicemia casual, independentemente do

horário das refeições. Glicemia em jejum ≥ 126 mg/dl (7 mmol/l). Quando há pequenas elevações de glicemia, deve ser realizado um segundo teste, para confirmação do diagnóstico em outro dia. Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75 g de glicose que se chama glicemia pós-prandial > 200 mg/Dl.

2.4 TRATAMENTO

O tratamento de DM2 requer desde educação e mudanças no estilo de vida, incluído dietas, reorganização dos hábitos alimentares, suspensão do tabagismo, prática de exercícios físicos, até tratamento farmacoterapêutico. A participação do paciente é essencial para o sucesso do tratamento. Quando o paciente com DM2 deixa de fazer corretamente as opções não farmacológicas, deve ser iniciada a farmacoterapia (LOPES et al., 2012).

Os Medicamentos hipoglicemiantes orais são fármacos de primeira escolha em DM2, o uso de hipoglicemiantes orais associados há medidas não farmacológicas desempenham um ótimo controle glicêmico, redução na incidência de complicações, tem boa aceitação pelos pacientes e são fáceis de serem administrados. O tratamento do DM2 tem como principal objetivo trazer o paciente o mais próximo possível de valores normais de glicemia, no que se refere ao metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas e, conseqüentemente, diminuição dos sintomas clínicos atuando na prevenção das complicações metabólicas agudas (LOPES et al., 2012).

O tratamento de pacientes com DM2 também é realizado com o uso de medicamentos que alteram a absorção de carboidrato, aumentam a sensibilidade e/ou a secreção de insulina (ARAUJO; BRITTO; PORTO., 2000).

Em relação à classe das biguanidas, temos disponíveis a metformina e a fenformina, sendo a mais utilizada, pois é menos frequente os efeitos colaterais. A metformina melhora a ação da insulina no fígado, diminui a produção hepática da glicose em 10 a 30% e, no músculo, aumenta a captação de glicose em 15 a 40% e estimula a glicogênese. No adipócito, a metformina inibe a lipólise e a disponibilidade de ácidos graxos livres (FFA) (ARAUJO; BRITTO; PORTO., 2000).

O uso de metformina em DM2 sem associação a outros medicamentos diminui a glicemia cerca de 25%, ou 60 a 70 mg/dl e a hemoglobina glicosilada em 1,5 a 2%. Foi demonstrado, também, que a eficácia do controle glicêmico pela metformina é similar à da sulfoniluréia, além de estar associada à redução de peso,

que é muito importante no DM2 (LOPES et al., 2012).

A classe das tiazolidinedionas de segunda geração, rosiglitazona e pioglitazona, agem aumentando e sensibilizando a ação da insulina no fígado, músculos e adipócitos, diminuindo a resistência periférica. Elas ativam os receptores nucleares intracelulares (PPAR-g, *peroxisome proliferator activated receptor*) que regulam a expressão de genes que afetam o metabolismo de glicose e lipídeos, responsáveis pela captação de glicose mediada por insulina nos tecidos periféricos e pela diferenciação de pré-adipócitos em adipócitos (ARAUJO; BRITTO; PORTO., 2000).

A classe das sulfoniluréias são os medicamentos mais antigos para o tratamento do DM2 e, ainda, são muito prescritos. A ação das sulfoniluréias é exercida sobre as células β das ilhotas pancreáticas e consiste em aumentar a secreção de insulina. Adicionalmente a este efeito, os medicamentos, dessa classe, reduzem os níveis séricos de glucagon. As outras demais sulfoniluréias (glibenclamida, glicazida, glipizida e glimepirida) são classificadas como de segunda geração (LOPES et al., 2012).

Os inibidores competitivos da alfa-glicosidase, como a acarbose, o miglitol e a voglibose agem como antagonistas enzimáticos da amilase e sucrase e diminuem a absorção intestinal da glicose. Esses medicamentos não interferem na secreção de insulina, e diminuem a glicemia de jejum e a hiperglicemia pós-prandial. Observou-se diminuição dos níveis de triglicérides com o uso de miglitol (ARAUJO; BRITTO, PORTO., 2002).

O uso de insulino terapia no tratamento de DM2 é destinado para pacientes sintomáticos, com hiperglicemia severa, com cetonemia ou cetonúria, mesmo com diagnóstico precoce, ou para pacientes que não tem adesão ao tratamento com dieta, exercícios físicos, uso de hipoglicemiantes orais, antihiperglicemiante, ou sensibilizadores da ação de insulina. Em alguns casos a associação de insulina com um hipoglicemiante oral pode ser benéfica. Em pacientes que tem glicemia pós-prandial, o uso de acarbose e metformina ajuda na melhora do perfil glicêmico, reduz a dose da insulina, e ajuda na diminuição do aumento de peso (ARAUJO et al., 2002).

2.5 COMPLICAÇÕES CLÍNICAS RELACIONADAS À PATOLOGIA

Diabetes mellitus está relacionado à insuficiência renal, amputação de

membros inferiores, e cegueira. Os efeitos cardiovasculares são uma das principais causas de morte, cerca de 70 a 80% de pessoas com diabetes morrem com doença cardiovascular. As pessoas com DM2 devem ter a percepção em mudanças no estilo de vida, apreciar melhor as complicações devastadoras que a doença pode vir a causar, e principalmente a prevalência da doença nos últimos anos. Uma das principais relevâncias do diabetes na saúde pública é a relação com o ser humano, como por exemplo, o sofrimento, incapacidade, e os enormes custos socioeconômicos por meio de casos como morbidade e mortalidade (ALLGOT et al., 2003).

Os danos teciduais podem ser encontrados em vários órgãos como, os rins, olhos, nervos periféricos e árvore vascular, que são as complicações mais sérias do DM2, pode até ser fatal. As complicações do diabetes são aspectos da doença mais temida (como cegueira e amputação), e a carga da diabetes conta grande parte da vida social e financeira do paciente (ALLGOT et al., 2003).

A nefropatia diabética, a retinopatia diabética e a neuropatia diabética, são complicações crônicas microvasculares, ou seja, resultam em alterações nos vasos pequenos, enquanto que as complicações macrovasculares fazem parte das alterações nos grandes vasos e podem causar infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica (TSCHIEDEL., 2014).

Uma das complicações mais comuns no DM é a retinopatia, está presente tanto no DM1 quanto no DM2, e acomete geralmente pacientes com longo tempo de doença e que não há controle glicêmico. Quando acomete a perda visual, gera grandes impactos econômicos, é considerada trágica e constitui de fatores importantes de morbidade, a cegueira adquirida é a causa mais comum de retinopatia diabética (BOSCO et al., 2005).

A hiperglicemia crônica leva a ter alterações microvasculares no tecido retiniano, leva a ter alterações circulatórias como a perda do tônus vascular, alteração do fluxo sanguíneo, aumento da permeabilidade vascular e conseqüentemente extravasamentos e edemas e, por fim, obstrução vascular que leva à neovascularização, com vasos frágeis que se rompem, levando a hemorragias e descolamento da retina (BOSCO et al., 2005).

A Neuropatia diabética também é considerada uma das principais complicações de DM. Seus sinais e sintomas englobam disfunção neurológica em pacientes com DM após exclusão de outras (MOREIRA et al., 2005). É a principal e

mais grave complicação do DM2, a neuropatia diabética periférica (NDP) ocorre nos microvasos e acomete cerca de 50% dos diabéticos, sendo a principal área afetada as extremidades inferiores (BAVARESCO et al., 2019).

Ocorre alteração de estrutura e função nervosa, de forma irreversível, devido à desmielinização, atrofia do axônio e diminuição do potencial regenerador, causando dor simétrica, perda sensório-motora e parestesia. Em diversos casos, afeta a qualidade de vida, aumentando os riscos de úlceras nos pés, amputações, morbidades cardiovasculares e mortalidade em geral (BAVARESCO et al., 2019).

A nefropatia diabética é uma complicação comum em DM1, se inicia na infância, após cinco a quinze anos de doença, as complicações podem surgir principalmente nos casos da nefropatia diabética. Os fatores que podem vir a desenvolver dano renal são: controle glicêmico, mediadores humorais, perfil genético e fatores de crescimento. Quando o paciente desenvolve insuficiência renal crônica implica em aumento na mortalidade, conseqüentemente aumento nos gastos com o tratamento, e diminuição da qualidade de vida dos pacientes (SALGADO., 2004).

2.6 ESTRATÉGIAS EM SAÚDE PARA O PACIENTE DIABÉTICO

Os três principais fundamentos na assistência do paciente portador de DM são: controle glicêmico (dieta/mudança de estilo de vida, atividade física, medicação) tratamento de distúrbios associados (dislipidemia, pressão arterial elevada, alto peso, coronariopatia) e tratamento de complicações piores (retinopatia, doença cardiovascular, nefropatia, neuropatia, outras complicações) (ADA., 2008).

Quando o paciente não faz o tratamento correto ou o controle glicêmico rígido, há uma evolução da patologia e pode acarretar complicações agudas (acidose láctica, hipoglicemia, cetoacidose diabética, estado hiperosmolar hiperglicêmico) e crônicas, como as microvasculares (retinopatia, nefropatia, neuropatia) e macrovasculares (amputações, disfunção sexual, doenças cardiovasculares, vasculares periféricas e cerebrovasculares) (TOSCANO., 2004).

O aumento de incidência e prevalência de DM em todo o mundo é caracterizado devido ao aumento de número de pessoas obesas e sedentárias, o envelhecimento também é um fator, temos também a urbanização, que conseqüentemente gera altos custos com saúde pública e financeiro do próprio paciente (FLOR; CAMPOS., 2017).

Os custos para tratamento de doenças crônicas são bastante elevados, muitas vezes o paciente deve reduzir os dias de trabalho, e da produtividade no trabalho, devendo se aposentar mais cedo, nesses casos, os pacientes desencadeiam custos sociais e humanísticos, que podem vir a interferir psicologicamente na saúde do paciente, levando a redução da qualidade de vida do usuário. (GUIDONE et al., 2009).

Do total de gastos hospitalares do governo brasileiro no ano de 2002, R\$ 7,5 bilhões (69,1%) foram destinados aos pacientes portadores de DCNT (MS., 2005). Devido à severidade e a prevalência de DM, a alta frequência de complicações agudas e crônicas, o paciente fica menos produtivo em relação ao trabalho, mais suscetível a hospitalizações, deve se aposentar precocemente, e pode vir a óbito. (BARCELÓ et al., 2001). Essa patologia está associada à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida dos pacientes e familiares (MS., 2005).

As estratégias na saúde pública são nada mais que a prevenção da doença com programas como CORAÇÃO FELIZ que são exercícios físicos disponíveis para toda população, se o profissional da saúde observar que o paciente está acima do peso, deve realizar uma orientação e encaminhar para um nutricionista, observação nos exames, como por exemplo, os níveis de hemoglobina glicada, deram valores altos, o profissional da saúde deve fazer orientações (MS., 2013).

Os objetivos mais importantes das ações de saúde em DM são controlar a glicemia e, com isso, em longo prazo, reduzir a morbidade e a mortalidade causada por essa patologia. Portanto, fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde (MS., 2013).

2.7 ATENÇÃO FARMACÊUTICA

A Atenção farmacêutica é uma prática farmacêutica que é desenvolvida por meio da assistência farmacêutica. Se refere a atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde (CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA., 2002).

O farmacêutico vai interagir de forma direta com o paciente, incluindo uma farmacoterapia adequada, buscando resultados eficazes para a melhoria da qualidade de vida do paciente. Esta interação tem suas limitações, devendo-se

respeitar as suas especificidades bio-psico-sociais sob a ótica da integralidade das ações da saúde (CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA., 2002).

A atenção farmacêutica é desenvolvida em um comum acordo entre o paciente e o farmacêutico. O farmacêutico deve garantir ao usuário compromisso e competência. É de extrema importância que cada parte, tanto o paciente como o farmacêutico tenham responsabilidades, e participação ativa nas atividades desenvolvidas, pois se estabelece um vínculo que sustenta a relação terapêutica, identificando as funções comuns e as responsabilidades (CIPOLLE; STRAND; MORLEY., 2000); (POSEY,1997).

É uma alternativa para que haja uma minimização real dos problemas relacionados a medicamentos, reais ou potenciais. O problema é real quando manifestado, ou potencial na possibilidade de sua ocorrência (CIPOLLE; STRAND; MORLEY., 2000); (POSEY,1997).

Os macro-componentes essenciais da prática profissional para o exercício da Atenção Farmacêutica são: educação em saúde (promoção do uso racional de medicamentos), orientação farmacêutica, dispensação de medicamentos, atendimento farmacêutico, acompanhamento farmacoterapêutico e registro sistemático das atividades (PEREIRA et al., 2008).

É importante verificar o que pode vir a interferir no tratamento medicamentoso, como hábitos alimentares, tabagismo, histórico de reações alérgicas, utilização de outros medicamentos ou drogas, outras doenças e qualquer outro fator que possa ser relevante para o tratamento. Com a implantação da atenção farmacêutica é realizado a avaliação, por meio de intervenção farmacêutica visando efetividade terapêutica (VIEIRA., 2007).

O profissional da saúde habilitado para estar orientando, aconselhando e provendo uma educação em saúde para seus pacientes é o farmacêutico, orientando sobre o controle e a prevenção do diabetes, ele é o primeiro a verificar uma pessoa com a possível doença, ou com riscos de desenvolver identificando os pacientes de alto risco (histórico familiar, obesidade, sedentarismo, tabagismo, hipertensão) e orientando-os a buscar um médico para um diagnóstico precoce (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015-2016).

O farmacêutico pode estar acompanhando e monitorando os parâmetros bioquímicos destes pacientes através de planilhas ou programas, se necessário

realizando o encaminhamento para outros profissionais da saúde, que fazem parte da equipe multidisciplinar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015-2016).

O farmacêutico pode capacitar o paciente diabético a gerenciar melhor o seu controle, fazendo orientação referente ao uso correto de medicamentos e equipamentos como glicosímetros e dispositivos para aplicação de insulina como canetas e seringas. Se o paciente realizar um teste de glicose capilar sem realizar a higienização correta das mãos, podem vir a obter falsos resultados, que como consequência levam a doses de insulina inadequadas para o momento, podendo ser o motivo de uma falta de controle glicêmico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015-2016).

Pode orientar sobre dietas básicas, auxiliando o paciente para uma melhor qualidade de vida, e no controle glicêmico, tendo uma alimentação saudável e balanceada, mesmo não sendo um profissional na área de nutrição. Pode também incentivar o paciente a praticar exercícios físicos, que associada com alimentação saudável e ao tratamento medicamentoso prescrito pelo médico, o paciente pode vir a ter uma vida saudável mesmo tendo diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015-2016).

Segundo a norma operacional de assistência a saúde (NOAS 01/2001) as responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica ao diabetes incluem: diagnóstico de casos, pela investigação de usuários com fatores de risco; cadastramento dos portadores; busca ativa de casos; tratamento dos casos, no acompanhamento ambulatorial e domiciliar e na educação terapêutica; fornecimento de medicamentos; monitoramento dos níveis de glicêmicos dos pacientes; diagnóstico rápido de complicações; primeiro atendimento de urgência; encaminhamento de casos graves; medidas preventivas e de promoção da saúde (BRASIL., 2001).

Em um trabalho realizado em pacientes com diabetes foi realizado a verificação das atividades de autocuidado. Foram obtidas por meio do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD), versão traduzida, adaptada e validada para uso no Brasil do Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (SDSCA). O QAD é um instrumento autoadministrável, específico para avaliação das atividades de autocuidado com o diabetes, e possui 15 itens de avaliação, distribuídos em sete dimensões: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidado com os pés e uso da

medicação (EID., 2018).

Recente estudo, que estimou a prevalência de práticas de autocuidado entre pacientes com diabetes, concluiu que o monitoramento regular da glicemia foi a atividade com maior prevalência. Ademais, pessoas com menos de 55 anos de idade mostraram comportamento mais desejável em relação ao monitoramento da glicemia (EID., 2018).

Pode ser realizado um guia com o trajeto a ser percorrido pela terapia dos pacientes cadastrados na rede e relacionar as necessidades logísticas e de apoio necessárias. Identificar a população estimada de pessoas com DM e os diferentes tipos de risco realizando um programa de autocuidado de acordo com os parâmetros baseados em evidências que podem ser definidos localmente ou pelo estado ou pelo governo federal. Definir metas e indicadores que serão utilizados para monitoramento e avaliação das Linhas de Cuidado (MS., 2013).

Outra pesquisa que avaliou o perfil alimentar, antes e após a implementação de uma intervenção educativa, demonstrou que o aumento de escolhas alimentares saudáveis tais como elevada ingestão de frutas e vegetais, foi associado inicialmente com redução do IMC, valores menores de glicemia de jejum e de colesterol, além do aumento da atividade física. Confirmando a importância de uma alimentação saudável para o controle metabólico, nossos achados demonstraram correlação inversa entre glicemia pós-prandial e a ingestão desses alimentos (EID.,2018).

Em concordância com esses dados, evidências recentes demonstraram as representações positivas dos parceiros sobre o comportamento de autocuidado em pacientes com DM 2, diagnosticados recentemente. Acredita-se que a presença de um companheiro reforce as atitudes positivas frente ao cuidado com a própria saúde, tendo um companheiro no planejamento terapêutico (EID., 2018).

2.8 CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO DE LARANJEIRAS DO SUL/PR- PERFIL DA UBS

Laranjeiras do Sul é um município Brasileiro do estado do Paraná, sua população estimada é 32.379 habitantes, conforme dados do IBGE. População urbana é de 23.778 e da zona rural de 6.462. População feminina: 15.495; masculina: 14.745.

A UBS de Laranjeiras do Sul é bastante completa, conta com quatro

farmacêuticos, uma equipe bastante completa para o atendimento dos pacientes, a UBS é uma das mais completas da região. Muitos dos pacientes do Município de Laranjeiras do Sul adquirem seus medicamentos pela farmácia popular.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o perfil de pacientes portadores de DM2 cadastrados em uma UBS no município de Laranjeiras do Sul/Pr, no período de 01 de julho à 31 de dezembro de 2018, afim de elaborar estratégias que possam contribuir para uma melhor qualidade de vida ao paciente diabético.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a prevalência de pacientes portadores de DM2 cadastrados;
- Analisar o perfil dos pacientes portadores de DM2 em relação ao sexo e a faixa etária;
- Analisar o perfil do tratamento medicamentoso dos pacientes portadores de DM2.

4. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo quantitativo e qualitativo, com delineamento retrospectivo de carácter exploratório. A coleta de dados foi realizada na UBS do município de Laranjeiras do Sul/Pr, o qual foram analisados qualitativamente e quantitativamente o cadastro de pacientes portadores de DM2, no sistema informatizado *WinSaúde*, no período de 01 de julho à 31 de dezembro de 2018. Os dados coletados foram a prevalência de pacientes cadastrados portadores de DM2, perfil dos mesmos quanto ao sexo e faixa etária, perfil dos medicamentos adquiridos para tratamento. Os resultados foram avaliados através de análise estatística descritiva dos indicadores quantitativos e qualitativos e foram representados na forma de tabelas e gráficos percentuais.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade estadual do centro oeste - unicentro, com número de parecer nº 3.455.227 (ANEXO I).

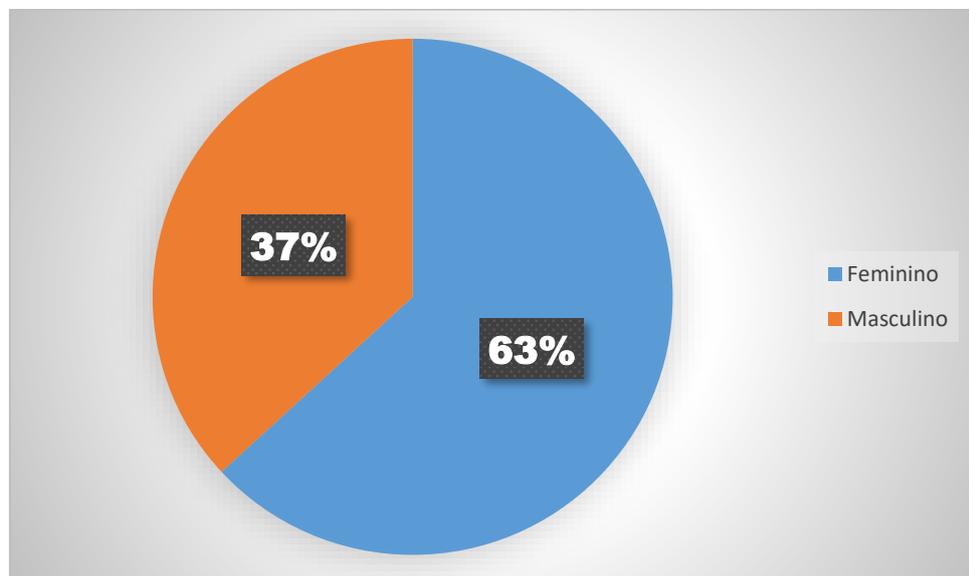
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a coleta de dados foi verificado que no município de Laranjeiras do Sul foram assistidos pela unidade básica de saúde, no período de 01 de julho a 31 de dezembro do ano de 2018, 594 paciente cadastrados portados de DM2.

Em um estudo, realizado em Montes Claros/MG, 353 pacientes com diabetes mellitus tipo 2 participaram do estudo (ASSUNÇÃO; FONSECA; SILVEIRA., 2017), em Ijuí/RS 219 pacientes (WINKELMANN; FONTELA., 2014) e em João Pessoa/PB 266 pacientes (LIMA et. al., 2018). O presente estudo apresenta uma coleta de dados bastante significativa comparado a outros trabalhos.

Foi possível observar dentre todos os pacientes cadastrados portadores de DM2, predominaram pacientes do sexo feminino, sendo 375 (63%), sobre o sexo masculino, 219 (37%), conforme demonstrado na Figura 1, o que pode sugerir uma maior preocupação em relação à saúde por parte das mulheres.

Figura 1: Representação gráfica do perfil de portadores de DM2 cadastrados na UBS de Laranjeiras do Sul-PR, quanto ao sexo($n=594$).



Fonte: elaborado pela autora (2019).

Outros estudos apresentaram semelhança aos resultados obtidos, onde grande parte dos pacientes eram do sexo feminino, como no trabalho de Assunção e colaboradores (2017), 258 pacientes (73,1%), Winkelman et al., (2014) 142 (64,8%) e por fim, Lima et al., (2018) 241 (83,1%).

Segundo os autores, as mulheres têm maior probabilidade de desenvolver DM por apresentarem melhor percepção das doenças devido ao autocuidado e por buscarem mais assistência médica do que os homens (WINKELMANN; FONTELA., 2014); (ASSUNÇÃO., 2017) (LIMA, et. al., 2018).

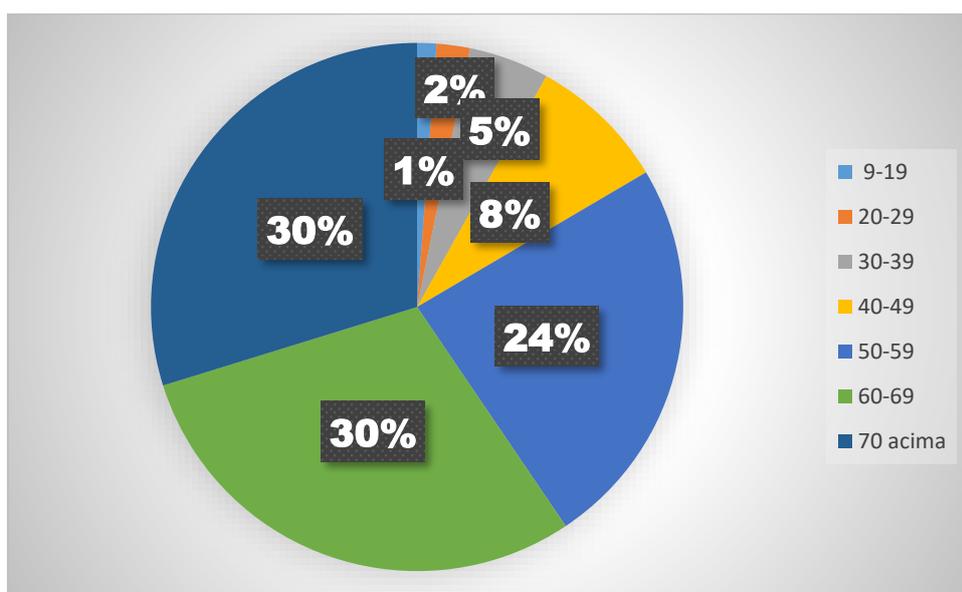
Miranzi et al., (2008) concordaram e chamaram atenção, afirmando que a população feminina é maior que a masculina, segundo dados mundiais. Diante disso, a maior proporção de mulheres acometidas, e ainda que são diagnosticadas por procurarem mais frequentemente os serviços de saúde.

Segundo Miolo et al. (2010) as mulheres mostraram-se mais conscientes em relação à necessidade da prática de atividade física.

As alterações hormonais associadas ao climatério parecem responder pela maior prevalência de DM em mulheres do que em homens, a partir dos 50 anos de idade (VITOI, et al., 2015).

De acordo com os dados da Figura 2, os usuários com a faixa etária acima dos 50 anos predominam a doença, o qual representam 84%, o que significa que pacientes com a idade mais avançada tem grandes probabilidades de desenvolver DM.

Figura 2: Representação gráfica do perfil de pacientes portadores de DM2 cadastrados na UBS de Laranjeiras do Sul-PR, quanto a faixa etária ($n= 594$).



Fonte: elaborado pela autora (2019).

Em um trabalho, realizado na unidade básica de saúde, na cidade de Porto

Alegre, RS, com 125 pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2, verificou-se uma maior prevalência da patologia na faixa etária acima de 50 anos de idade, o que coincide com os dados do trabalho realizado, onde 37 (29,6%) apresentam idade de 50-59 anos de idade, 43 (34,4%) acima de 70 anos de idade 29 (23,2%) (GRILLO; GORINE., 2007).

Em uma cidade, do estado de São Paulo, realizado o estudo em uma UBS, a faixa etária predominante também foi acima de 50 anos de idade, na faixa etária entre 26 a 49 anos 9 (9%) de pacientes com DM2, e na faixa etária acima de 50 anos de idade 91 (91%) de pacientes, o que novamente demonstra um grande número de pacientes portadores da patologia em idade mais avançada (BECKER; HELENO., 2016).

Outro trabalho desenvolvido na Unidade de Saúde da Família localizada em uma cidade do interior do estado de São Paulo (Sorocaba) foi realizado com apenas 60 pacientes, mas também demonstra que pacientes acima de 50 anos tem maior prevalência de DM2 de 51 a 60 anos 16 (26,7%) e acima de 60 anos 33 (65%) (GREGHI; PASCON., 2016).

Segundo a SBD (2015-2016), o envelhecimento populacional causa uma progressiva prevalência de obesidade e sedentarismo. Isso se dá pelo fato de que a prevalência do diabetes está relacionada com o aumento da idade.

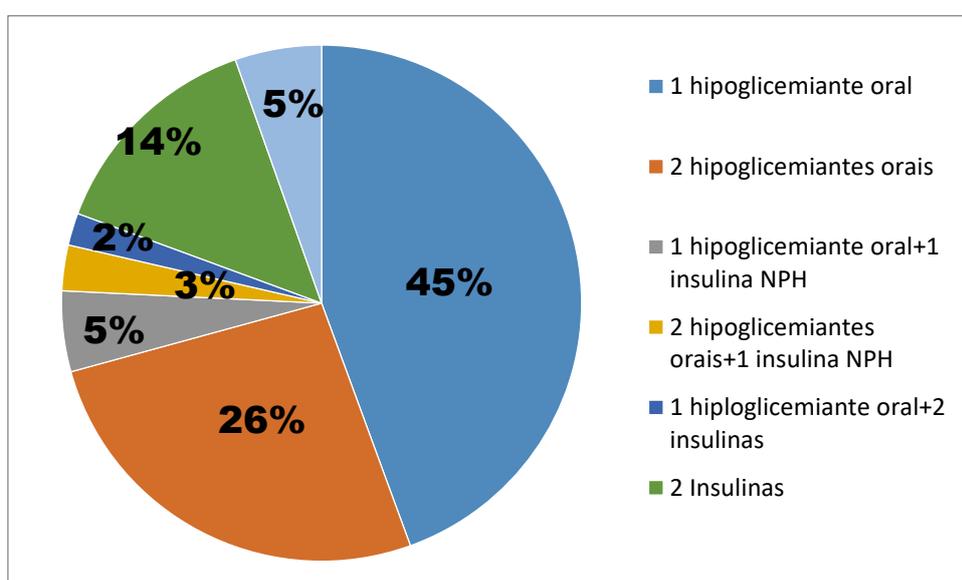
No processo de envelhecimento ocorrem mudanças fisiológicas que favorecem o surgimento de alterações que compõem a síndrome metabólica, tais como: níveis pressóricos elevados, deposição de gordura abdominal, alteração nos níveis de lipídeos e, em alguns casos, nos níveis glicêmicos, e também devido ao aumento da expectativa de vida. Isso se dá pelo fato de que a prevalência do diabetes está relacionada com o aumento da idade (ROCHA; MELO; MENEZES., 2016).

Primeira alteração fisiopatológica a ocorrer é justamente a diminuição da capacidade de captação da glicose pelos músculos e pelo tecido adiposo no período pós-alimentar (aspecto da resistência à insulina relacionado com a sarcopenia (perda de massa e força na musculatura esquelética, situação frequente no idoso) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD, 2017-2018).

O perfil dos medicamentos utilizados pelos pacientes está demonstrado na Figura 3, o qual mostra que o uso de 1 hipoglicemiante oral, é predominante, sendo 264 usuários, equivalente a 45%. A associação de dois hipoglicemiantes orais é

também bastante frequente, sendo 156 usuários, equivalente a 26% enquanto que 83 (14%) dos pacientes utilizam a insulina NPH. O uso de um hipoglicemiante oral associado a utilização de insulina NPH ocorre em 30 pacientes (5%), associação de insulina NPH e insulina regular está presente em 32 pacientes (5%). E em menor frequência, observa-se o uso de dois hipoglicemiantes orais associado a insulina NPH, 17 (3%) e um hipoglicemiante associado a insulina NPH e a insulina regular em 12 (2%).

Figura 3: Representação gráfica do perfil dos medicamentos utilizados por pacientes com DM2 cadastrados na UBS de Laranjeiras do Sul-PR ($n= 594$).



Fonte: elaborado pela autora (2019).

O medicamento mais utilizado para o tratamento de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 é o hipoglicemiante oral, dentre o qual, a Metformina é o mais prescrito (66,83%) seguido pela Glibenclamida (33,16%). Foi avaliado os medicamentos dentro da UBS, onde a metformina e a glibenclamida são medicamentos padronizados, que se encontram na RENAME (Relação nacional de medicamentos essências).

Ressalta-se que muitos dos pacientes utilizam o Programa da Farmácia Popular do Brasil (PFPB) como forma alternativa para adquirir seus medicamentos, sendo importante para a análise dos resultados deste trabalho. A farmácia popular foi um programa criado pelo governo instituído no Brasil desde o ano de 2004, onde estão disponíveis alguns medicamentos para DM2 que são: metformina, glibenclamida, insulina NPH. O PFPB expandiu-se criando parceria com farmácias

privadas. É adquirido a farmácia popular, por interesse do empresário (SILVA; CAETANO., 2015).

Dentro de uma Unidade básica de saúde do Bairro Luiz Fogliatto de Ijuí/RS, com 85 pacientes, foram observados dados sobre a utilização de medicamentos antidiabéticos, nos quais os mais prescritos para os entrevistados foi os hipoglicemiantes, o que colaboram com os resultados do presente estudo. Foi constatado o uso de glibenclamida em monoterapia por 12 (18,7%) dos 64 entrevistados. A metformina é utilizada em monoterapia por 10 (15,6%) entrevistados. A associação da glibenclamida e metformina foi a mais prevalente, sendo utilizada por 26 (40,6%) entrevistados (MIOLO et al.,2010)

Outro estudo realizado com idosos que apresentavam diabetes mellitus tipo 2 da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS foram avaliados 763 pacientes. O uso de hipoglicemiantes orais mais uma vez foi prevalente, sendo que a metformina foi o medicamento hipoglicemiante que apresentou maior frequência de uso entre os idosos diabéticos (76,5%), seguido da glibenclamida (40,8%) (SILVA et al., 2016).

Assim como na saúde pública também em um outro estudo com Silva et al. (2015) realizado na cidade de Vitória da Conquista, Bahia, com 104 paciente, também demonstraram que em uma instituição privada o uso de hipoglicemiante oral da classe das biguanidas foi uma das mais utilizadas, de 87,40% dos indivíduos entrevistados responderam que utilizam a metformina como hipoglicemiante oral. Foi observado no estudo que do total de entrevistados, cerca de 31% utiliza terapia com mais de um medicamento sendo o esquema terapêutico mais comum a glibenclamida + metformina observado em 25% das respostas analisadas.

Na classe das sulfonilureias, segundo os autores, é um medicamento bastante prescrito devido ao baixo custo do produto em relação aos outros derivados das sulfonilureias. Diante disso é possível concluir que tanto no setor público quanto no privado a glibenclamida é uma opção importante para o tratamento de diabéticos tipo II em monoterapia (SILVA et al., 2015).

A metformina é o medicamento de escolha mais indicado para os portadores de DM2, pois reduz as complicações microvasculares e outros desfechos relacionados ao DM em maior proporção que as sulfonilureias e a insulina (BRASIL, 2006). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), este fármaco apresenta benefício significativo sobre o controle glicêmico, peso corporal, dispilidemia e

pressão arterial diastólica, além de reduzir eventos cardiovasculares associados ao DM.

A associação de dois hipoglicemiantes orais é bem significativa, pois ocorre a potencialização do efeito hipoglicemiante obtido com os dois fármacos. A metformina (biguanida) em monoterapia não obtém um controle glicêmico eficaz, sendo necessário muitas vezes estar associando um segundo fármaco, que normalmente é da classe da sulfoniluréias, como a glibenclamida (SILVA et al., 2015).

No município de Laranjeiras do Sul/Pr é desenvolvido um programa chamado de “Coração Feliz”, que se caracteriza por atividades físicas disponibilizadas para o público, encaminhamento para o nutricionista e realização de exames bioquímicos, inclusive a avaliação da hemoglobina Glicada (OLIVEIRA; MIGUEL; ZANIN., 2004).

No entanto outras estratégias poderiam ser desenvolvidas como a implementação de simpósios interdisciplinares, com todos os profissionais da saúde, que trabalham com a saúde e qualidade de vida do paciente diabético, de forma a discutir melhores e mais adequadas abordagens a estes pacientes e com impactos mais significantes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde (OLIVEIRA; MIGUEL; ZANIN., 2004).

Alguns estudos têm demonstrado que a Atenção Farmacêutica pode trazer melhorias na qualidade de vida de pacientes diabéticos. Segundo Laseri & Souza (2007) a participação ativa do farmacêutico, por meio da Atenção Farmacêutica aos pacientes diabéticos, favorece a aderência à medicação, permite a orientação individual do paciente e o acompanhamento terapêutico, diminuindo o número de reações adversas relacionadas ao uso dos hipoglicemiantes.

Um estudo realizado por Ribeiro (2012), avalia que o desenvolvimento de novas hipóteses de investigação, necessárias para a construção de ações voltadas para a melhoria da adesão de pacientes com DM2 ao tratamento farmacológico, aumentando a qualidade de vida e diminuindo complicações em saúde. Adicionalmente, essa análise, mesmo que seja preliminar, pode fornecer importantes dados para planejamento de ações em saúde no Brasil.

Santo et al. (2012), realizaram um estudo entre profissionais farmacêuticos para avaliar seus conhecimentos e atuação na atenção farmacêutica, e os autores constataram que profissionais de farmácia no momento em que dispensam um hipoglicemiante aos pacientes, são frequentemente os primeiros a darem uma orientação adequada ao paciente, identificando os possíveis efeitos colaterais e

interações da terapia medicamentosa. Diante disso, torna-se primordial que seja exposta a importância de um bom controle da glicemia, e isso deve ser feito com treinamentos e educação permanente, para que o sucesso das ações a serem desenvolvidas dentro do tratamento sejam alcançadas.

6. CONCLUSÃO

O DM2 é uma doença bastante prevalente com grande impacto na saúde pública, devido aos gastos muito elevados, não só com a doença e tratamento como também com as complicações clínicas dos pacientes.

Através do presente trabalho, foi possível observar o perfil dos pacientes portadores de DM2 cadastrados na UBS de Laranjeiras do Sul/Pr, os quais demonstram que as mulheres são mais prevalentes assim como a faixa etária acima dos 50 anos de idade. Já a farmacoterapia mais utilizada é hipoglicemiante oral.

Com base neste perfil será possível elaborar e realizar estratégias mais adequadas e direcionadas a estes pacientes, e o profissional farmacêutico é fundamental nesse processo, realizando orientações sobre o uso correto de medicamentos, identificação de complicações clínicas e encaminhamento para outros profissionais da saúde, assegurando a adesão a terapia medicamentosa e assim melhorar a qualidade de vida destes pacientes.

REFERÊNCIAS

ADA. **AMERICAN DIABETES ASSOCIATION**. 2008 Disponível em: <https://care.diabetesjournals.org/content/suppl/2015/12/21/39.Supplement_1.DC2/2016-Standards-of-Care.pdf> Acesso em: 12/08/2019.

ALLGOT, B. et al. **Complications of Diabetes**. Diabetes Atlas Second Edition. International diabetes federation, 2003. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/IDF_Diabetes_Atlas_2ndEd.pdf> Acesso em: 12/09/19

ARAUJO, L. M. B.; BRITTO, M. M. S.; PORTO DA CRUZ, T. R.; Tratamento do diabetes mellitus do tipo 2: novas opções. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 44, n. 6, p. 509-518, Dec. 2000.

ASSUNÇÃO, C. S.; FONSECA, P. A.; SILVEIRA, F. M. **Conhecimento e atitude de pacientes com diabetes mellitus da Atenção Primária à Saúde**. Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes. Montes Claros, MG, Brasil, 2017.

BARCELÓ, A. et al. Intervención para mejorar el control de la diabetes en Chile. **Rev. Panam. Salud Públ.**, v.10, n.5, p.328-333, 2001.

BAVARESCO, S. S. et al. Comparação entre pico de torque e flexibilidade dos membros inferiores de indivíduos com e sem diabetes mellitus tipo 2. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo , v. 26, n. 2, p. 137-144, June 2019.

BECKER, N. B.; HELENO, M. G. V. A eficácia adaptativa em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. **Bol. psicol**, São Paulo , v. 66, n. 145, p. 159-170, jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário Terapêutico Nacional 2008: Rename 2006

BRASIL. **Portaria n.º 95** de 26 de janeiro de 2001 e Norma Operacional de Assistência a saúde, de 26 de janeiro de 2001. Ministério da Saúde, Gestão Municipal de Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html> Acesso em 22/09/19.

BOSCO, A. et al . Retinopatia diabética. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 49, n. 2, p. 217-227, Apr. 2005.

BOVO, F; WISNIEWSKI P.; MORSKEI M. L. M. Atenção Farmacêutica: papel do farmacêutico na promoção da saúde. **Rev. Biosaúde**, Londrina, v. 11, n. 1, p. 43-56, jan./jun. 2009.

CIPOLLE, D. J.;STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **El ejercicio de la atención farmacéutica Madrid: McGraw Hill / Interamericana**, p. 1-36, 2000.

Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica. **Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos**. Brasília- DF Organização Pan-Americana de saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>> Acesso em: 19/09/19.

CORRER, J. C. et al., **Avaliação econômica do seguimento farmacoterapêutico em pacientes com diabetes melito tipo 2 em farmácias comunitárias** Arq Bras Endocrinol Metab. 2009.

EID, L. P., et al. Fatores relacionados às atividades de autocuidado de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20180046, 2018.

FLOR, L. S; CAMPOS, M. R.; Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16 29/03/17.

GREGHI, E. F. M.; PASCON, D. M.. Conhecimento dos pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 inseridos no Programa de Saúde ao Adulto. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, [s.l.], v. 18, n. 4, p.204-209, dez. 2016. Portal de Revistas PUC SP.

GRILLO, M. F. F.; GORINI, M. I. P. C. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 1, p. 49-54, Feb. 2007

GROSS, J. L.; NEHME, M. **Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia**. Sociedade Brasileira de Diabetes, 1999.

GROSS, J. L. et al. Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 16-26, Feb. 2002

GUIDONE, C. M. et al. **Assistência ao diabetes ao Sistema único de saúde: análise do modelo atual**. Faculdade de ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Brazilian journal of pharmaceutical sciences vol. 45. N. 1, jan/mar, 2009.

INSEL, R. A. et al. **Encenação de diabetes tipo 1 pré-sintomático: uma declaração científica da JDRF, da Endocrine Society e da American Diabetes Association**. Diabetes Care 2015; 38

LASERI, D. D.; SOUZA, P. R. K. **Atenção Farmacêutica e o Tratamento De Diabetes Mellitus**. Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, ano III, nº 14, out/dez 2007.

LIMA, J. L. C., et al. Caracterização de usuários em risco de desenvolver diabetes: um estudo transversal. **Rev Bras Enferm** . 2018;71(supl1):516-23.

LOPES, P. V., et al. Antidiabéticos orais, insulina e inovações terapêuticas. **Rev. Eletrônica de Farmácia**, v. 9, n. 4, p. 22, 30 dez. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. DCNT no contexto do Sistema Único de saúde brasileiro – Situação e desafios atuais**. Brasília: OPAS, 2005a. 80p. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf> > Acesso em: 12/09/19

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica diabetes mellitus**, Cadernos de Atenção Básica, nº 36 Brasília – DF 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf > Acesso em: 14/09/19.

MIRANZI, S. S. C., et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto & Contexto** – Enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-629, 2008.

MIOLO, M. M., et al. Caracterização dos portadores de diabetes mellitus atendidos na unidade básica de saúde do bairro luiz fogliatto. **Rev. Contexto e saúde** v.9 n.18 jan/jun.2010 p.9-17

MOREIRA, R. O., et al . Tradução para o português e avaliação da confiabilidade de uma escala para diagnóstico da polineuropatia distal diabética. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 49, n. 6, p. 944-950, Dec. 2005.

OLIVEIRA, A. O. T.; MIGUEL M. D.; ZANIN, S. M. W. **Atenção farmacêutica voltada ao Diabetes Mellitus**. Universidade Federal do Paraná- Curitiba-PR, 2004.

PEREIRA, L. R. L., et al. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Rev. Brasileira de Ciências Farmacêuticas** Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences vol. 44, n. 4, out./dez., 2008.

PICCOLOMINI, A. F.; SOUZA, S. B.; Caracterização de indivíduos com Diabetes mellitus cadastrados em duas unidades básicas de saúde de Piracicaba, SP. **Saúde em Rev.**, Piracicaba, v. 6, n. ja-abr. 2004, p. 7-13, 2004.

POSEY, M. Pharmaceutical care: will pharmacy incorporate its philosophy of practise? **J. Am. Pharm. Assoc.** v. N537 n. 2, p. 145-148. 1997.

RIBEIRO, G. S. G. **Custo do diabetes mellitus no sistema público de saúde brasileiro: Uma análise de políticas públicas de prevenção, educação e**

controle. [Trabalho de Conclusão de Curso] Curso Bacharelado em Gestão de Políticas, Universidade de São Paulo – USP, 2012.

ROCHA, F. L.; MELO, R. L. P.; MENEZES, T. N. Fatores associados à síndrome metabólica em idosos do nordeste do Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 978-986, dezembro de 2016.

ROLIM, C. E. et al. A importância da atenção farmacêutica e a diabetes mellitus tipo 2. **Visão Acadêmica.** Vol 10, n 2, p 92 - 104, Jul - dez , 2016.

SALGADO, C. P. P. Fisiopatologia da nefropatia diabética; **Rev Med Minas Gerais** 2004; 14(3):180-5.

SANTO, M. B. E., et al. Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. **Rev. de Enfermagem**, v.15, n.1, 2012

SILVA, A. B., et al. Prevalência de diabetes mellitus e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 3, p.308-316, set. 2016. FapUNIFESP

SILVA, M. R.; CAETANO, R. Programa “Farmácia Popular do Brasil”: caracterização e evolução entre 2004-2012 **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 20(10):2943-2956, 2015

SILVA, K. O., et al. Avaliação da compreensão dos pacientes portadores do diabetes mellitus tipo ii quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. **Rev.Saúde.Com** 2015; 11(4): 382-396.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2015-2016. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>> Acesso em: 12/09/19

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2017-2018. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>> Acesso em: 12/09/19

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, no. 4, p. 885-895, 2004.

TSCHIEDEL, B. Complicações crônicas do diabetes . **Rev. JBM** setembro/outubro, 2014 vol. 102 no 5. Porto Alegre-RS.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Rev. Ciências saúde coletiva**, v.12,n1,p 213-220,2007.

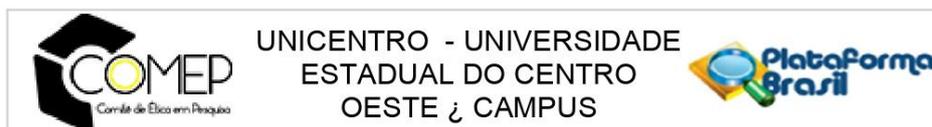
VITOI, N. C., et al. Prevalência e fatores associados ao diabetes em idosos no município de Viçosa, Minas Gerais. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 18, n. 4, p. 953-965, Dec. 2015

WINKELMANN, E. R.; FONTELA, P. C. Condições de saúde de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 cadastrados na Estratégia Saúde da Família, em Ijuí, Rio Grande do Sul, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 665-674, dez. 2014.

ANEXOS

Anexo I

Carta de aprovação do Comitê em Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO-2 EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE LARANJEIRAS DO SUL/PR

Pesquisador: Lígia Santos Pedroso

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13677719.8.0000.0106

Instituição Proponente: SESG - SOCIEDADE DE EDUCACAO SUPERIOR GUAIRACA LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.455.227

Apresentação do Projeto:

Trata-se da apreciação do projeto de pesquisa intitulado CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO-2 EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE LARANJEIRAS DO SUL/PR, de interesse e responsabilidade da proponente Lígia Santos Pedroso.

A coleta de dados será realizada na Unidade Básica de Saúde do município de Laranjeiras do Sul/Pr, o qual serão analisados qualitativamente e quantitativamente o cadastro de pacientes portadores de DM2, no período de 01 de janeiro de 2014 à 31 de dezembro de 2018. Os dados a serem coletados serão: quantidade de pacientes cadastrados portadores de DM2, perfil dos mesmos quanto ao sexo e faixa etária, prevalência dos medicamentos adquiridos para tratamento.

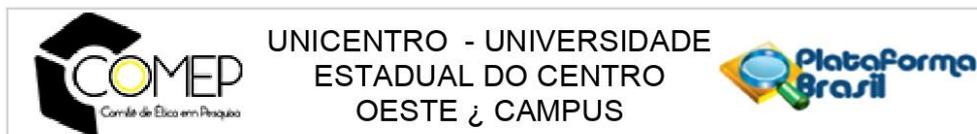
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o perfil de pacientes portadores de DM2 cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde do município de Laranjeiras do Sul/Pr, no período de 2014 a 2018.

Objetivos Secundários:

Endereço: Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, nº 838 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de
Bairro: Vila Carlí **CEP:** 85.040-167
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep@unicentro.br



Continuação do Parecer: 3.455.227

- Verificar a quantidade de pacientes portadores de DM2 cadastrados;
- Analisar o perfil dos pacientes portadores de DM2 em relação ao sexo e a faixa etária;
- Analisar o perfil do tratamento medicamentoso dos pacientes portadores de DM2

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, o qual serão analisados qualitativamente e quantitativamente o cadastro de pacientes portadores de DM2 em uma Unidade Básica de Saúde, no município de Laranjeiras do Sul/Pr. A análise dos dados contidos nestes cadastros não interfere na conduta recebida pelo paciente assim como não oferece riscos biológicos ou físicos aos mesmos. Não serão analisados dados de identificação pessoal, como nomes dos pacientes, endereços ou contatos, portanto o sigilo das informações levantadas e a confidencialidade do mesmo será preservada na pesquisa.

Benefícios:

Através dos dados levantados pela pesquisa, poderemos desenvolver estratégias que visem uma farmacoterapia de qualidade a fim de assegurar a necessidade, a eficácia, a segurança e a adesão terapêutica além de minimizar o surgimento de complicações relacionadas à hiperglicemia.

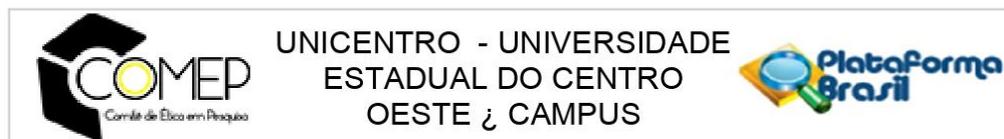
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa apresenta relevância científica com método adequado para atingir aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Check List inteiramente preenchido; adequado
- 2) Folha de rosto com campos preenchidos e com carimbo identificador e assinada por; Luciana E. A. Camargo, coordenadora do curso de farmácia da Faculdade Guairacá.
- 3) Carta de anuência/autorização (da instituição co-participante /local onde será efetuada a coleta de dados: Assinada e carimbada por Valdemir Scarpari, secretário de saúde da Laranjeiras do Sul.
- 4) TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido): Não se aplica; solicitou dispensa do TCLE

Endereço: Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, nº 838 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de
Bairro: Vila Carli **CEP:** 85.040-167
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep@unicentro.br



Continuação do Parecer: 3.455.227

4.1) TALE (Termo de Assentimento para menores de idade ou incapazes); Não se aplica

5) Projeto de pesquisa completo (anexado pelo pesquisador); Anexado

6) Instrumento para coleta dos dados (questionário/roteiro/questões norteadora): Anexado

7) Cronograma do projeto completo e da Plataforma: A coleta de dados está prevista de 01/07/2019 a 30/08/2019

8)- Orçamento (deve estar detalhado no projeto completo e na Plataforma). Apresentado

Recomendações:

(1)- Ressalta-se que segundo a Resolução 466/2012, item XI – DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, parágrafo f), é de responsabilidade do pesquisador "manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa."

(2)- O TCLE, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deve ser emitido em duas vias de igual teor. Todas as vias devem ser assinadas pelo pesquisador responsável e pelo participante. Uma via deverá ser entregue ao participante e a outra fará parte dos documentos do projeto, a serem mantidos sob a guarda do pesquisador.

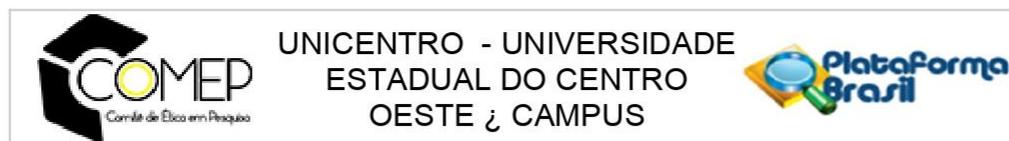
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A presente pesquisa está em conformidade com a Resolução 466/2012. Este CEP considera que todos os esclarecimentos necessários foram devidamente prestados, estando este projeto de pesquisa apto a ser realizado, devendo-se observar as informações presentes no item "Recomendações".

Considerações Finais a critério do CEP:

Em atendimento à Resolução CNS/MS- 466/2012, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório parcial assim que tenha transcorrido um ano da pesquisa e relatório final em até trinta dias após o término da pesquisa. Qualquer alteração no projeto deverá ser encaminhada para análise deste comitê.

Endereço: Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, nº 838 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de
Bairro: Vila Carli **CEP:** 85.040-167
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep@unicentro.br



Continuação do Parecer: 3.455.227

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1339506.pdf	04/06/2019 11:37:07		Aceito
Outros	INSTRUMENTO.docx	04/06/2019 11:36:37	Lígia Santos Pedroso	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	04/06/2019 11:36:12	Lígia Santos Pedroso	Aceito
Outros	Carta.pdf	29/04/2019 15:51:06	Lígia Santos Pedroso	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	29/04/2019 15:49:46	Lígia Santos Pedroso	Aceito
Outros	DISPENSA.docx	19/04/2019 12:54:11	Lígia Santos Pedroso	Aceito
Orçamento	CUSTO.docx	19/04/2019 12:53:59	Lígia Santos Pedroso	Aceito
Outros	CHECK.doc	19/04/2019 12:53:42	Lígia Santos Pedroso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	19/04/2019 12:53:17	Lígia Santos Pedroso	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GUARAPUAVA, 15 de Julho de 2019

Assinado por:
Gonzalo Ogliari Dal Forno
(Coordenador(a))

Endereço: Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, nº 838 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de
Bairro: Vila Carli **CEP:** 85.040-167
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep@unicentro.br