

CUIDADO FARMACÊUTICO A UM PORTADOR DE DIABETES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PHARMACEUTICAL CARE TO DIABETES PATIENTS: A EXPERIENCE REPORT

Nágila Mylla Melo Almeida, Ilka Kassandra Pereira Belfort, Sally Cristina Moutinho Monteiro

RESUMO

Os serviços prestados no campo da assistência farmacêutica na atenção básica incluem as ações logísticas, relativas à seleção, à programação, à aquisição, ao armazenamento e à distribuição dos medicamentos e às ações assistenciais do cuidado farmacêutico. Este trabalho objetivou realizar o acompanhamento farmacoterapêutico em uma usuária com diabetes mellitus cadastrada e acompanhada na Estratégia de Saúde da Família, de São Luís/MA. Os dados foram coletados através da realização de um estudo do tipo exploratório descritivo em abordagem quantitativa, com emprego da técnica de observação direta e do Roteiro de Atendimento Farmacêutico proposto pelo Caderno de Cuidado Farmacêutico do Ministério da Saúde, adaptado. A usuária teve sua farmacoterapia avaliada, para detecção dos possíveis Problemas Relacionados com Medicamentos (PRMs) e elaboração de intervenções farmacêuticas para tentar resolvê-los e/ou amenizá-los. Foi constatado que as intervenções realizadas identificaram 5 PRM e promoveram a melhora da qualidade de vida e maior adesão a sua terapêutica.

Descritores: Cuidado farmacêutico. Diabetes mellitus. Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

The services provided on pharmaceutical care field in primary care include the logistical actions relating to the selection, programming, acquisition, storage and distribution of medicines and health care activities of pharmaceutical care. This study aimed to carry out the pharmacotherapeutic monitoring in a user with diabetes mellitus registered and monitored in the Family Health Strategy in the of São Luís / MA. The data collected were through the accomplishment of a descriptive exploratory study in quantitative approach, using the direct observation technique and the Pharmaceutical Care Route proposed by the Ministry of Health's Pharmacological Care Notebook, adapted. An analysis of your evaluated pharmacotherapy for the detection of possible Drug Related Problems (PRMs) and the development of pharmaceutical interventions to try to resolve them and / or to alleviate them. It was found that as interventions identified 5 PRM and promoted improvement in quality of life and greater adherence to its therapy.

Descriptors: Pharmaceutical care. Diabetes mellitus. Primary Health Care.

Nágila Mylla Melo Almeida, Farmacêutica – bioquímica.

Formada (o) em 2015 pela (o) Universidade Federal do Maranhão (UFMA) São Luís, Maranhão, Brasil

Filiação Institucional: Universidade Federal do Maranhão

Ilka Kassandra Pereira Belfort, Enfermeira, Formada em 2008 pela Faculdade Santa Teresinha-CEST, São Luís, MA, Brasil

Mestre em Saúde Materno Infantil, 2012.

Filiação Institucional: Universidade Aberta do SUS-UNASUS/UFMA

Introdução

As mudanças nos hábitos da sociedade contemporânea têm influenciado a ocorrência de casos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), estando em evidência a Diabetes Mellitus (DM). O crescimento e o envelhecimento populacional, maior urbanização, crescente prevalência de obesidade e a inatividade física são fatores que contribuem para o desenvolvimento de DM, a qual é considerada uma epidemia atingindo 387 milhões de pessoas em todo mundo, com projeção de chegar a 471 milhões em 2035 [1].

A DM é um conjunto de distúrbios metabólicos de etiologia múltipla, proveniente de uma deficiência absoluta de insulina (DM tipo 1) ou caracterizada pela resistência à insulina e/ou secreção reduzida da mesma (DM tipo 2). A DM tipo 2 é a forma mais presente em 90% a 95% dos casos, a maioria dos pacientes apresenta sobrepeso ou obesidade e não dependem de insulina exógena para sobreviver, porém podem necessitar de tratamento com insulina para obter controle metabólico adequado [1, 2- 3].

A Atenção Básica (AB) possui papel fundamental na adoção de um estilo de vida mais saudável, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que tem como objetivo de reorganização do modelo de saúde centrado na doença e em práticas, predominantemente, curativas, vislumbrando a melhoria do processo de trabalho em saúde na atenção básica. A presença do farmacêutico é imprescindível, pois a distribuição de medicamentos e a orientação sobre os mesmos, a AB é parte integrante no processo de cura, reabilitação, e prevenção de doenças. E infelizmente, as unidades de saúde sofrem com a baixa disponibilidade e descontinuidade na oferta de medicamentos e a dispensação, na maioria das vezes, é feita por trabalhadores sem qualificação adequada para orientar os usuários quanto ao uso correto dos medicamentos [4].

Ademais, a participação farmacêutica na atenção individualizada ao usuário/paciente tem crescido e mostrado impacto positivo na melhoria da saúde da população. As intervenções farmacêuticas têm como principais objetivos prevenir, identificar e resolver os problemas relacionados ao medicamento, buscando, assim, sua solução ou atenuação dos problemas e agravos em saúde. Além de contribuir positivamente na terapia farmacológica o cuidado farmacêutico tem a capacidade de auxiliar na estabilização do problema de saúde e atuar com fatores associados como a educação em saúde. Pode-se ainda intervir nos hábitos de vida, orientando práticas mais saudáveis que contribuem para o controle dos níveis séricos de parâmetros biológicos. Quando o farmacêutico assume a responsabilidade pelo cuidado do paciente, por meio do acompanhamento do tratamento medicamentoso e orientações em saúde, direcionando as suas ações pelo estabelecimento de uma relação terapêutica de respeito e confiança, reafirma seu papel na equipe de saúde e revela seu valor social [5-7].

Os serviços prestados no campo da assistência farmacêutica na atenção básica incluem as ações logísticas, relativas à seleção, à programação, à aquisição, ao armazenamento e à distribuição dos medicamentos e às ações assistenciais do cuidado farmacêutico, relativas ao serviço de clínica farmacêutica e às ações técnico-pedagógicas deste profissional [8]. Desta forma, considerando que uma das metas do tratamento do diabetes mellitus enfoca a prevenção de suas complicações e a adesão medicamentosa, este trabalho objetivou realizar o acompanhamento farmacoterapêutico em uma usuária com DM cadastrada e acompanhada pela ESF da Unidade de Saúde Básica (UBS) Antônio Guararé, do município de São Luís/MA.

Metodologia

Relata-se um estudo de caso de usuária atendida pelo ESF da Unidade de Saúde Antônio Guararé (São Luís/MA). Este estudo foi realizado durante o período de março de 2015 a setembro de 2015, na UBS, com visitas domiciliares e ações de educação em saúde. As ações ocorreram em parceria com a UBS e o Programa Mais Médicos do Ministério da Saúde. O estudo possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HU-UFMA sob número 16135513.3.0000.5086.

Os dados foram coletados (abaixo discriminados) por meio da realização de um estudo do tipo exploratório descritivo com abordagem quantitativa, emprego da técnica de observação direta e do Roteiro de Atendimento Farmacêutico proposto pelo Caderno de Cuidado Farmacêutico do Ministério da Saúde [8], adaptado. O roteiro utilizado compreendeu as seguintes etapas: oferecimento do serviço; fase de estudo e análise situacional com visitas domiciliares; avaliação global e suspeitas de problemas relacionados com medicamentos; intervenção farmacêutica e educação em saúde.

A escolha do caso se deu através de discussão com a equipe de saúde sobre usuários que frequentavam a UBS e que necessitavam de atenção domiciliar integrada devido a não adesão medicamentosa e falta de controle de seus parâmetros biológicos. A usuária identificada para acompanhamento pertence a micro área do território adstrito da UBS; onde a mesma foi atendida e visitada pela equipe de acadêmicos, juntamente com a Agente Comunitária de Saúde (ACS) e enfermeira, sob supervisão de um docente (farmacêutica).

Os encontros/entrevistas ocorreram por meio de reuniões semanais, sendo a mesma orientada sobre o plano de condutas, as intervenções farmacêuticas, a necessidade da aferição de parâmetros biológicos e orientações sobre as principais dúvidas com relação aos seus medicamentos, hipótese diagnóstica e patologias associadas.

Para a primeira entrevista foi solicitado que a usuária apresentasse suas receitas médicas, os medicamentos em uso e os exames laboratoriais já realizados. Nesta, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram registradas informações iniciais sobre: idade, escolaridade, renda familiar, caracterização do histórico de doença atual e os problemas de saúde, história medicamentosa, adesão medicamentosa, hábitos de vida entre outros, bem como agendamento de um segundo encontro. No primeiro encontro também foi realizada aferição da pressão arterial, a determinação da glicemia capilar e a medida do peso, altura e circunferência da cintura. O segundo encontro ocorreu na Unidade de Saúde para que fosse coletado material biológico para a realização de exames laboratoriais (jejum de 12 horas - glicemia de jejum, insulina, perfil lipídico, Proteína C Reativa Ultra Sensível - PCRus).

A partir destes encontros e com os dados obtidos, traçou-se um plano de intervenção interdisciplinar para atender às demandas da usuária e agendou-se o próximo encontro.

RESULTADOS E DISCUSSÕES:

História clínica

O.S., feminino, 65 anos, parda, solteira, aposentada. Possui ensino fundamental incompleto e mora com dois filhos maiores de idade, solteiros e três netos. A hipótese diagnóstica identificada foi diabetes mellitus (CID10 E11) e hipertensão arterial (CID10 I10), há mais de seis anos. Quanto aos dados antropométricos apresentou peso de 57,9kg, altura de 1,54m, 85cm de circunferência abdominal e índice de massa corpórea de 24,03. No que concerne os hábitos de vida a usuária informou ter pouca restrição alimentar. Possui o hábito de tomar café-da-manhã alimentando-se de café e um pão francês com manteiga, por volta de 07h30min; geralmente faz um lanche no intervalo da manhã (09h00) de biscoitos, pães e sucos; costuma almoçar ao meio dia, consumindo arroz, peixe, farinha de mandioca; às 19h é horário destinado ao jantar e antes de dormir costuma consumir mingau (alimento que consiste na mistura de água, leite, cereal - farinha de trigo, arroz, milho, aveia - geralmente adoçado com açúcar). Não é adepta ao consumo de legumes, verduras e raramente come frutas.

A usuária explanou estresse na convivência familiar, além de apresentar recorrentes dores de cabeça, prurido no corpo, mal-estar e algumas vezes febre. Alegou ainda cansaço e fraqueza muscular, aos quais atribuiu à falta de suplementação vitamínica. Nega tabagismo e exercícios físicos. A pressão arterial no primeiro atendimento foi mensurada em 140x80mmHg e a glicemia capilar 296mg/dL.

Os medicamentos utilizados pela usuária são pertencentes aos grupos dos antidiabéticos, sendo um da classe das biguanidas (Metformina ATC: A10BA02) e uma sulfonilureia (Glibenclamida ATC: A10BB01) e dois anti-hipertensivos, um sendo antagonista do Receptor 1 de angiotensina II (Losartana ATC: C09BB02) e outro sendo um diurético tiazídico (Hidroclorotiazida ATC: C03AA03). A posologia do tratamento se resume em: Glibenclamida, 01 comprimido, 5mg, em jejum; Hidroclorotiazida, 01 comprimido, 25mg, às 08h00; Losartana, 01 comprimido, 50mg, às 08h00; e Metformina, 01 comprimido, 850mg, antes do almoço.

Durante as visitas domiciliares foi constatada a automedicação com antiinflamatório não estereoidal (Naproxeno ATC: M01AE02); antidiarreico (Loperamida ATC: A07DA03); associações de relaxante muscular, antiinflamatório não estereoidal e estimulante do sistema nervoso central (Orfenadrina ATC: M03BC01, Dipirona ATC: N02BB02, Cafeína); e associações de antiinflamatório não estereoidal e antiespasmódico (Dipirona ATC: N02BB02, Isometepteno ATC: A03AX10).

A usuária narrou não sentir desconforto em relação aos medicamentos utilizados diariamente, mas confirmou que às vezes esquece-se de tomá-los e constantemente não segue os horários corretos para os antihipertensivos. Além disso, a mesma relatou que só costumava receber na UBS os medicamentos para diabetes (antidiabéticos), pois não

acreditava na eficácia dos outros medicamentos recebidos na unidade de saúde.

O armazenamento dos medicamentos era realizado em um armário, próximo ao fogão, onde eram expostos ao calor; encontrou-se medicamentos fora da validade, os quais foram retirados da “farmacinha caseira” (recipiente de guarda/armazenamento de medicamento), com consentimento. A mesma foi advertida quanto à automedicação e instruída quanto à importância da avaliação periódica de eletrólitos sanguíneos e o acompanhamento pela equipe de saúde e reiterado os cuidados com a automedicação. No segundo encontro foi coletada amostra biológica (sangue) para determinação de parâmetros laboratoriais dos quais tiveram os seguintes resultados [9]:

Tabela 1: Determinação de parâmetros laboratoriais de uma paciente atendida em uma unidade de saúde da família.

Exames	Valores	Valores de Referência*
Pressão arterial	140x90 mmHg	
Glicose	228 mg/dL	até 99 mg/dL
Insulina	7,8 uUI/mL	2,6 - 24,9 uUI/mL
Homeostasis Model Assessment (HOMA) IR	4,39	3,20 - 3,56
Colesterol Total	226 mg/dL	até 200 mg/dL
Triglicerídeos	216mg/dL	até 150mg/dL
Lipoproteína de baixa densidade (LDL) colesterol	148mg/dL	até 129mg/dL
Lipoproteínas de alta densidade (HDL) colesterol:	35mg/dL	(> 60mg/dL)
Colesterol não-HDL	191mg/dL	até 159mg/dL
Proteína C reativa (PCR) ultra sensível	0,15mg/dL	até 0,10mg/dL

*Fonte: V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose

Após coletar todas as informações acerca da farmacoterapia, identificação dos problemas (p. ex.: não adesão terapêutica, automedicação, falha na efetividade do controle metabólico) e fatores de risco (p. ex.: dislipidemia, resistência insulínica, elevada circunferência da cintura, ausência de prática de alimentação equilibrada), foi elaborado um plano de cuidado clínico, sendo agendado um retorno.

Em visita subsequente foram realizadas intervenções educativas baseadas em metas a serem alcançadas. A paciente recebeu um recipiente para armazenar os medicamentos, personalizados de acordo com o seu tratamento, com os horários e os insumos identificados separadamente. Indicou-se hábitos alimentares para uma dieta balanceada, com dicas de alimentos, frutas e legumes que poderia utilizar e/ou evitar, para ajudar na sua terapêutica. Foi também aconselhada à prática de exercícios físicos, com indicações de caminhadas matinais de pelo menos 30 minutos, após avaliação médica.

O tratamento farmacoterapêutico foi revisado e ratificou-se a importância da adesão aos horários de uso dos medicamentos. Além disso, os resultados dos parâmetros bioquímicos (perfil lipídico e glicêmico) foram explicados para a paciente, de modo lúdico e com linguagem acessível; enfatizando a importância desses parâmetros na efetividade do tratamento. Todas as ações foram voltadas para instigar a paciente à adaptação de um novo estilo de vida e práticas de hábitos saudáveis.

Na visita domiciliar seguinte, verificou-se novamente a pressão arterial (140x90 mmHg) e a glicemia capilar (262 mg/dL). A paciente declarou que aderiu à prática de atividade física e que estava tentando incluir alimentos menos calóricos na sua dieta. Informou que o prurido no corpo, as frequentes dores de cabeça, o cansaço e a fraqueza haviam cessado. A nova queixa foi incômodo nos olhos, com presença de secreção. A partir das queixas atualizadas, imediatamente, foi marcada uma consulta ao oftalmologista e também um novo encontro para a monitorização dos parâmetros bioquímicos.

A paciente conseguiu ser atendida pelo especialista e coletou-se novamente uma amostra de sangue. A partir de então a mesma passou a ser atendida somente pela equipe da ESF não aderindo mais aos encontros educativos, porém

relata que continua seguindo as orientações fornecidas pelo grupo e encontra-se com a pressão arterial estável e seus parâmetros bioquímicos melhores do que na primeira determinação laboratorial.

Diabetes

Tanto na deficiência de ação ou secreção da insulina a hiperglicemia vai se manifestar, e esse é um fator de alto risco para alterações no sistema hemostático de um indivíduo, elevando a probabilidade de desenvolver um quadro de hipercoagulabilidade e hipofibrinólise, pois há um desequilíbrio nas funções endoteliais, plaquetárias, fibrinolíticas, anticoagulantes naturais e coagulantes [1,3].

A paciente possui idade avançada (65 anos) que tem sido correlacionada ao DM tipo 2 levando a incapacidade física e cognitiva, com perda de massa muscular e expectativa de vida. Outro fator relevante é a presença da comorbidade hipertensão arterial sistêmica (HAS), a qual também está associada a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos alvo, como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos elevando assim o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Porém, na paciente este parâmetro encontrava-se estável [10-12].

Os resultados da primeira monitorização laboratorial mostraram níveis elevados tanto de glicose, como de colesterol e triglicerídeos. Segundo a Diretriz Brasileira de Dislipidemia [9], os valores apresentados já conferem a presença de dislipidemia, e necessitam de uma intervenção medicamentosa, pois alterações no perfil lipídico, bem como o acúmulo de gordura corporal desencadeiam lipotoxicidade que reduz a capacidade do fígado e músculo em metabolizar glicose; além de contribuir para disfunção e destruição da célula beta [1]. Esses eventos somados a falta de terapia medicamentosa para o tratamento para dislipidemia contribuem para a baixa e/ou falta de efetividade do controle glicêmico.

O controle glicêmico é um acompanhamento essencial no tratamento do DM, pois a partir de seus resultados podem ser evitadas possíveis complicações agudas ou crônicas [13]. Para a verificação do nível de açúcar no sangue, utilizou-se glicemia em jejum. Segundo American Diabetes Association [14], as metas glicêmicas esperadas para glicemia em jejum devem estar entre 70-130mg/dL para tratamento da hiperglicemia em adultos. A paciente apresentou resultado superior a esses valores, demonstrando assim, ineficácia do seu controle glicêmico. Além disso, sabe-se que a hiperglicemia crônica é capaz de inibir a secreção de insulina induzida pelas alterações na concentração de glicose orgânica, bem como a sensibilidade celular a insulina, dificultando sobremaneira o controle glicêmico [1, 14].

O HOMA (glicemia jejum mmol/L x insulina jejum uUI/mL /22,5) foi utilizado para avaliação da resistência insulínica, pois esta também encontra-se associada à disfunção endotelial e maior risco cardiovascular [15]. Os valores padrões de normalidade de HOMA IR estão entre 3,20 e 3,56 e a paciente apresentou um valor de 4,38, indicando a presença de valores alterados para resistência insulínica. Marcadores de resistência insulínica são extremamente úteis na prática clínica, porém possuem algumas limitações de interpretação em indivíduos diabéticos, pois estes costumam apresentar hiperglicemia em jejum acompanhada ou não de hiperinsulinemia. Assim, alguns autores [1], para diminuir discrepâncias da secreção de insulina, sugerem a coleta de três amostras sanguíneas com intervalo de cinco minutos entre as mesmas, mas este processo não foi aceito pela paciente, devido ao aumento do número de punção venosa.

O perfil lipídico e as medidas antropométricas (índice de massa corporal e circunferência abdominal) permitem a avaliação do risco de complicações cardiovasculares, que estão diretamente ligadas ao DM e a HAS. Segundo as Diretrizes Brasileiras de Obesidade [16] a medida da circunferência abdominal é considerada o melhor parâmetro para diagnosticar a obesidade e relaciona-se com o risco metabólico, estando ligada a diagnósticos de hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hiperglicemia e hiperinsulinemia. A paciente apresentou todos os itens pertinentes à síndrome metabólica, como glicemia de jejum alterada, hipertensão arterial, triglicerídeos e HDL colesterol também alterados; além da circunferência abdominal fora dos padrões considerados ideais/adequados.

Associando os resultados dos valores das medidas antropométricas, alteração nos valores do índice de HOMA, dislipidemia, hiperglicemia e hipertensão arterial alertou-se a paciente sobre a possível manifestação de uma doença cardiovascular como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, angina e até morte súbita [9, 16 -17].

Avaliando a primeira monitorização de O.S. pode-se perceber que o problema inicial do tratamento era a não adesão medicamentosa e falta de estilo de vida saudável que compreendesse uma dieta balanceada e atividade física. Iniciou-se então, um plano de cuidado no qual as metas principais eram a adesão medicamentosa, mudanças alimentares (principalmente diminuição do consumo de carboidratos e sal) e práticas de exercícios físicos. Essa medida foi utilizada como primeiro recurso para a melhora de seus parâmetros biológicos, o que gerou resultados positivos e incentivadores.

A não adesão medicamentosa pode acarretar resultados negativos ao medicamento (RNM) de necessidade diária, além de estar relacionada à elevação da morbimortalidade, especialmente em doenças crônicas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) [18] considera que a não adesão a terapias de longo prazo encontra-se em aproximadamente 50%, sendo que em países menos desenvolvidos estes valores podem ser muito superiores. Estudos nacionais e regionais apontam prevalências concordantes com a estimativa da OMS. A descrença na terapêutica adotada ou na eficácia dos medicamentos prescritos são causas importantes de não adesão [19-21].

A adesão às recomendações nutricionais são essenciais para o controle da DM tipo 2 e suas comorbidades. As Diretrizes de Diabetes [1] e Hipertensão [12], assim como os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde [13,22] indicam como tratamento primário a readequação da dieta alimentar. O consumo de alimentos com baixo índice glicêmico e ricos em fibras alimentares produzem menores níveis séricos de glicose e insulina no período pós-prandial. O controle do consumo de sódio, carboidrato e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo são medidas de controle da HAS [6, 13].

A prática dessas recomendações associadas aos exercícios físicos e a terapia medicamentosa, são o tripé base para que esta paciente possua um tratamento eficaz. Dessa maneira, foram feitas indicações para reeducação alimentar e atividade física (após avaliação médica) como uma caminhada matinal de pelo menos 30 minutos, três vezes por semana.

As indicações nutricionais foram: menor consumo de sal (4mg por dia), evitar alimentos ricos em açúcar, fazer uso de adoçante, consumir menor quantidade de carboidratos (pão, farinha de mandioca, biscoitos), consumir diariamente frutas, verduras e legumes (pelo menos três porções por dia), evitar alimentos industrializados, diminuir consumo de gordura, consumir frequentemente peixes e evitar ficar longos períodos sem se alimentar [13, 22].

Diante das intervenções primárias, a terapia medicamentosa continuou a mesma. No que concerne aos antidiabéticos ressaltou-se para a paciente que a metformina apresenta outros benefícios que são extrema importância, como o auxílio na diminuição dos níveis de triglicerídeos e LDL colesterol, além de aumentar os níveis de HDL colesterol. Relacionado à glibenclâmida a paciente foi alertada sobre possível hipoglicemia e aconselhada sobre os sinais e sintomas e a importância da alimentação em horários regulares e evitar longos períodos sem se alimentar [1, 13].

No que concerne os anti-hipertensivos ressaltou-se a importância do tratamento para controle da pressão arterial e para redução dos eventos cardiovasculares, bem como seu papel como agente potencial para minimizar a progressão de uma doença renal e da retinopatia diabética. Sobre a hidroclorotiazida foi explicado que é necessário um acompanhamento constante dos parâmetros sanguíneos, como eletrólitos (maior esfoliação estimulada pela diurese), glicemia (possibilidade de alterar mecanismo de liberação de insulina) e lipídios (possibilidade de alterar concentrações de triglicerídeos e VLDL colesterol). Enfatizou-se que a losartana além de ajudar no controle do valor pressórico possui um papel no aumento da sensibilidade à insulina e redução da incidência de eventos cardiovasculares. Todos esses medicamentos são estão inseridos na Rename, e são oferecidos pelo Componente de Atenção Básica [1, 13, 23].

A paciente também foi alertada sobre a prática da automedicação, pois algumas substâncias que ela utilizou, poderiam interferir no tratamento. A cafeína além de estimulante é também um diurético e quando associado à hidroclorotiazida pode, elevar seu efeito diurético. Além disso, a usuária relatou fraqueza e cansaço, os quais podem estar associados ao uso de tiazídicos pela perda do eletrólito potássio [23-24].

Algumas pessoas quando utilizam concomitantemente agentes anti-inflamatórios não esteroides com tiazídicos podem manifestar redução dos efeitos diuréticos, natriuréticos e anti-hipertensivos das tiazidas. Portanto, quando a hidroclorotiazida e agentes anti-inflamatórios não esteroides são utilizados concomitantemente, o paciente deverá ser observado atentamente para determinar se o efeito desejável do diurético foi obtido [23].

A automedicação é definida como o uso de medicamentos sem prescrição, o paciente decide a finalidade para o uso podendo ser utilizados medicamentos industrializados ou reutilizados [25]. Chama-se a atenção para o fato de que se trata de uma pessoa idosa, a qual necessita de atenção especial, uma vez que alterações metabólicas próprias da idade elevam a suscetibilidade de complicações por utilização incorreta de medicamentos e/ou interação medicamentosa. Dessa forma, foi realizado um empenho para que pudesse esclarecer adequadamente a importância da adesão medicamentosa e o cuidado com a automedicação, apresentando fatos corriqueiros do dia-a-dia da usuária e de colegas de bairro.

A prática da automedicação e da guarda de medicamentos em domicílio é de longe conhecida no seio da população brasileira. O uso racional de um medicamento começa pela qualidade do produto que se está administrando, passando

pela indicação adequada e a posologia ideal. O armazenamento adequado e a preservação de medicamentos são fatores fundamentais para a sua eficácia, devendo sempre existir medidas referentes ao cuidado e estabilidade desses²⁶. Nesse quesito a usuária foi devidamente informada sobre o correto armazenamento de medicamentos e os malefícios de armazená-los próximo a ondas de calor. A mesma se comprometeu em transferi-los para outro local de armazenamento, mas ressaltando que a cozinha é o local ideal para que a mesma possa se lembrar de utilizá-los corretamente. Desta forma, a equipe confeccionou uma caixa com divisórias, por horário, para a medicação diária e junto com a usuária escolherem o melhor local de armazenamento da mesma.

Cuidados farmacêuticos

Os cuidados farmacêuticos exercidos neste relato puderam auxiliar na terapêutica da paciente, promovendo uma melhora na qualidade de vida da paciente. Esta prática ainda é recente para o profissional farmacêutico, mas ganhou muito espaço nos últimos anos, principalmente na Atenção Básica. Neste setor o farmacêutico exerce práticas de cuidado e gestão, visando garantir o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, junto a uma equipe multiprofissional. Este avanço do serviço na Atenção Básica está associado ao redesenho das práticas farmacêuticas, que aprimora os conhecimentos existentes, a implementação de novas atividades que estão ligadas à clínica farmacêutica e ações técnico-pedagógicas [8].

Como a prática de atenção farmacêutica visa prevenir e resolver os Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM), com o enfoque no paciente e não somente no medicamento, o profissional vai além dos estabelecimentos de saúde, ganhando espaço também na atenção domiciliar. Neste setor o farmacêutico continua colaborando junto a outros profissionais e a equipe possui um papel fundamental neste atendimento, ela deve conhecer a real situação do paciente e de sua família, esclarecendo dúvidas, promovendo saúde e ajudando na reabilitação do paciente [26].

No caso de O.S. o cuidado farmacêutico abrangeu os vários setores, na unidade de atenção básica, em domicílio, na prática de atividades educativas junto da equipe multiprofissional e da paciente. Os encontros e as visitas eram constituídos por médico, enfermeiro, farmacêutico, agente de saúde e graduandos em Farmácia.

Os PRM foram identificados com base no Caderno de Cuidados Farmacêuticos número 2, do Ministério da Saúde [27]. Assim, detectou-se cinco (5) PRM na paciente acompanhada, que consistiam em: Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária: paciente relatou consumir medicamentos fora do horário; Armazenamento incorreto: armazenamento de medicamentos próximos ao calor do fogão; Necessidade de monitoramento laboratorial: paciente apresentava necessidade de monitorização e acompanhamento de seus índices biológicos; Necessidade de monitoramento não-laboratorial: necessidade de monitorização e acompanhamento de seus índices antropométricos; Tratamento não efetivo com causa identificada: altos índices glicêmicos e alteração do perfil lipídicos, cansaço e fraqueza, por não aderir a terapia medicamentosa, a uma dieta balanceada e à prática de exercícios físicos. As instruções e aconselhamentos sobre práticas para readequação dos hábitos pessoais e importância da visita periódica ao serviço de saúde foram compartilhadas e enfatizadas usando frases simples e termos adequados à compreensão da paciente, objetivando contribuir com desfechos positivos na sua saúde.

Com a visita de retorno obteve-se os resultados da progressão da paciente. As dores de cabeça, cansaço e fraqueza não ocorreram mais; iniciou-se a prática de atividades físicas e as intervenções farmacoterapêuticas.

Considerações Finais

Com os resultados obtidos pode-se concluir que foram identificados 5 PRM e que foram feitas as intervenções farmacêuticas necessárias. A paciente acolheu bem as orientações realizadas e conseguiu se adaptar à prática da caminhada matinal, mas não inteiramente à dieta sugerida. A vivência e a prática ativa dos cuidados farmacêuticos apresentaram resultados positivos no plano terapêutico e criaram um vínculo com a paciente e a equipe de saúde; além de proporcionar o aprendizado significativo e a responsabilidade social por parte dos estudantes.

Referências

1. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016. São Paulo: AC Farmacêutica; 2016.
2. Tavares LVN, Costa KS, Mengue SS, Vieira MLFP, Malta DC, Silva JB Jr. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Epidemiol Serv Saúde.*, Brasília (DF), 2015 abr; 24(2):315-323.
3. Soares LA, Sousa MO, Fernandes APSM, Carvalho MG. Alterações no sistema hemostático nos pacientes com diabetes melito tipo 2. *Rev Bras Hematol Hemoter.*, Brasília (DF), 2010. 32(6):482-488.
4. Oliveira FCL, Assis AMM, Barboni RA. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.*, Rio de Janeiro, 2010 nov; 15(Supl 3):3561-3567.
5. Alano MG, Corrêa ST, Galato D. Indicadores do serviço de atenção farmacêutica (SAF) da Universidade do Sul de Santa Catarina. *Ciênc Saúde Coletiva.*, Rio de Janeiro, 2012 mar;17(3):757-764.
6. Carvalho SF, Pimazoni AN, Zach P, Sanchs A, Zanella MT. Importância da orientação nutricional e do teor de fibras da dieta no controle de pacientes diabéticos tipo 2 sob intervenção educacional intensiva. *Arq Bras Endocrinol Metab.*, São Paulo, 2012 mar; 56(2):110-119.
7. Angonesi D, Sevalho G. Atenção farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva.*, Rio de Janeiro, 2010 nov;15(Supl. 3):3603-3614.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Cuidado farmacêutico na atenção básica: caderno 1. Brasília (DF); 2014.
9. Xavier HT, et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol.*, Rio de Janeiro, 2013 out; 101(4Supl 1): 1-22.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Manejo do tratamento de pacientes com diabetes: São Paulo: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo; 2011.
11. Ferreira CM, Tozatti J, Fachin SM, Oliveira PP, Santos RS, Silva MER. Redução da mobilidade funcional e da capacidade cognitiva no diabetes melito tipo 2. *Arq Bras Endocrinol Metab.*, São Paulo, 2014 dec;58(9):946-952.
12. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.*, Rio de Janeiro, 2010. 95(Supl 1): 1-51.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília (DF); 2013.
14. American Diabetes Association. Diabetes care, standards of medical care in diabetes. Alexandria. 2011. 34(Suppl 1):11-61.
15. Vasques ACJ, Rosaldo LEFPL, Alfenas RCG, Geloneze B. Análise crítica do uso dos índices do Homeostasis Model Assessment (HOMA) na avaliação da resistência a insulina e capacidade funcional das células beta-pancreáticas. *Arq Bras Endocrinol Metab.*, São Paulo, 2008. 52(1):32-39.
16. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010. 3ª ed. Itapevi: AC Farmacêutica; 2009.
18. Organização Mundial de Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília (DF); 2003.
19. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Treatment adherence and persistence: causes, consequences and improvement strategies. *Aten Primaria.* 2009 jun;41(6):342-348.
20. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, Johnson JA. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ.* 2006 jun; 333(7557):15.
21. Wu JYF, Leung WYS, Chang S, Lee B, Zee B, Tong PCY, Chan JCN. Effectiveness of telephone counselling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy: randomised controlled trial. *BMJ.* 2006 jun;333(7567):522.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial. Brasília (DF); 2013.
23. Medicina net. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br>.
24. Micromedex® Healthcare Series. Drugdex® evaluations. Disponível em: www.micro.medex.com.
25. Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JO, Lima-Costa MF. Prevalence and factors associated with self-medication: the Bambuí health survey. *Rev Saude Pub.*, São Paulo, 2002 feb;36(1):55-62.
26. Lima, GB, Nunes LCC, Barros JAC. Uso de medicamentos armazenados em domicílio em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2010 jan-nov;15(Supl 3):3517-3522.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Cuidado farmacêutico na atenção básica. Brasília (DF); 2014.