

Artigo Científico

ATENÇÃO À SAÚDE À DIABÉTICOS E/OU HIPERTENSOS NA CLÍNICA DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Health care for diabetics and / or hypertensive patients at the Family Clinic in the city of Rio de Janeiro

Beatriz de Oliveira Barbosa Silveira¹, Lilian Dias Bernardo¹, Andrey Carvalho de Oliveira¹
Camila de Andrade Tintel¹, Davi José Barreto Vasconcelos de Paiva¹, Kamila Miranda da Silva¹
Mira Wengert^{1*}

¹Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro *campus* Realengo, RJ. Brasil. (CEP 21715-000).

Submetido em: 25.01.2021; Aceito em: 26.03.2021; Publicado em: 09.09.2021

*Autor para correspondência: mira.wengert@ifrj.edu.br

Resumo: Introdução: O diabetes de mellitus e a hipertensão arterial são doenças crônicas consideradas epidemias mundiais, sendo grandes desafios para os sistemas de saúde de todo o mundo. O acompanhamento de pacientes e uma abordagem integral que contemple as múltiplas dimensões das necessidades de saúde, são estratégias para o controle das duas condições clínicas. Objetivo: Apresentar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes diabéticos e/ou hipertensos, bem como acompanhar seu tratamento, utilizando a atenção farmacêutica como estratégia de promoção de saúde em uma Clínica da Família na zona oeste do município do Rio de Janeiro. Metodologia: Estudo descritivo com 34 usuários diabéticos e/ou hipertensos de uma Clínica da Família do município do Rio de Janeiro. A coleta de dados se realizou por meio de um questionário sociodemográfico e clínico em acompanhamentos semanais, assim como a aferição da glicemia, pressão arterial e avaliação da sensibilidade dos pés. Resultados: Observou-se a predominância de pessoas idosas, do sexo feminino, sem hábitos tabágicos ou alcoólicos e com diagnóstico de associação entre diabetes e hipertensão, a maioria fazia uso de antidiabéticos orais e a minoria fazia insulino-terapia, os anti-hipertensivos mais utilizados foram os diuréticos e antagonistas do receptor de angiotensina, enquanto os menos utilizados foram vasodilatadores de ação direta. As complicações mais associadas a DM, foram a neuropatia periférica, perda da sensibilidade dos pés e catarata. A maioria dos pacientes conheciam acerca de seus medicamentos, a maior parte fazia uso de quatro ou mais. O resultado negativo relacionado aos medicamentos mais frequente foi o de inefetividade não quantitativa. Conclusão: É importante o acompanhamento da farmacoterapia dos usuários para proporcionar uma orientação responsável, aumentando a adesão, a autonomia e empoderamento ao tratamento.

Abstract: Introduction: Diabetes mellitus and hypertension are chronic diseases considered worldwide epidemics and are major challenges for health systems around the world. Patient monitoring and a comprehensive approach that addresses the multiple dimensions of health needs are strategies for controlling both clinical conditions. Objective: To present the sociodemographic and clinical profile of diabetic and / or hypertensive patients, as well as monitor their treatment, using pharmaceutical care as a health promotion strategy in a Family Clinic in the west of the city of Rio de Janeiro. Methodology: Descriptive study with 34

diabetic and / or hypertensive users of a Family Clinic in the city of Rio de Janeiro. Data collection was performed through a sociodemographic and clinical questionnaire in weekly follow-ups, as well as blood glucose, blood pressure and feet sensitivity assessment. Results: There was a predominance of elderly people, female, without smoking or alcoholic habits and diagnosed with an association between diabetes and hypertension, the majority used oral antidiabetics and the minority used insulin therapy, the most used antihypertensives were diuretics and angiotensin receptor antagonists, while the least used were direct-acting vasodilators. The complications most associated with DM were peripheral neuropathy, loss of sensation in the feet and cataracts. Most patients knew about their medications, most used four or more. The most frequent negative result related to medications was non-quantitative ineffectiveness. Conclusion: It is important to monitor the users' pharmacotherapy to provide responsible guidance, increasing adherence, autonomy and empowerment to treatment.

Palavras-chave: diabetes; hipertensão; autocuidado; atenção farmacêutica.

Keywords: diabetes; hypertension; self-care; pharmaceutical care.

INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica - n.º 16, o diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são consideradas, hoje, epidemias mundiais, sendo, portanto, grandes desafios para os sistemas de saúde de todo o mundo. Diversos fatores em conjunto contribuem para a crescente incidência e prevalência destas patologias, como o aumento da expectativa de vida, o sedentarismo, dieta inadequada e obesidade (BRASIL, 2006).

Evidências epidemiológicas estimaram que em 2019 as despesas de saúde com indivíduos diabéticos, entre 20 - 79 anos, foi de U\$ 3.116,7 por diabéticos, indicando o Brasil como o primeiro país na América do Sul e Central com maiores gastos; sendo um em cada nove indivíduos, diagnosticados (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2019). Além disso, dados do Ministério da Saúde mostram que cerca de 17 milhões de brasileiros são hipertensos, e cerca de 35% da população brasileira acima de 40 anos, sendo esse número crescente (BRASIL, 2006). Adicionalmente, dados da Vigitel indicam que, nos últimos dez anos, houve um crescimento de 61,8% no número de pessoas que foram diagnosticadas com DM, e o Rio de Janeiro é a capital do Brasil que tem a maior prevalência de diagnóstico médico tanto para DM quanto para HAS (VIGITEL, 2018).

Para o controle do DM é necessário a soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento desses pacientes, para os quais o resultado esperado, além do controle da glicemia, é o desenvolvimento do autocuidado, o que contribui na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade. Em relação à HAS, na Saúde da Família, o controle e diagnóstico da hipertensão possui o caráter de ação fulcral na saúde do adulto durante sua fase inicial e na ação estratégica de atuação dos profissionais (RABETTI & FREITAS, 2011).

Portanto, para o tratamento do DM e da HAS, é necessário uma abordagem integral e que contemple as múltiplas dimensões das necessidades de saúde (FRENK, 2010). Neste contexto, cada vez mais devem ser pensadas estratégias e adoção de práticas educacionais a fim de orientar a população e diminuir a prevalência destas patologias. Dessa forma, no âmbito da educação interprofissional (EIP), a qualidade da comunicação bem como a colaboração entre os diferentes profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao usuário, se tornam fundamental para a resolubilidade dos serviços, para a efetividade da atenção à saúde e consequentemente para melhorar a qualidade do atendimento ao usuário (ZWAREBSTEIN, 2009).

Portanto, o presente trabalho teve como objetivo apresentar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes diabéticos e/ou hipertensos, bem como acompanhar seu tratamento, utilizando a atenção farmacêutica como estratégia de promoção de saúde em uma Clínica da Família na zona oeste do município do Rio de Janeiro.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi feito um estudo descritivo com 34 usuários de uma Clínica da Família da zona oeste do município do Rio de Janeiro, que apresentavam o diagnóstico de diabetes mellitus (DM) e/ou hipertensão arterial sistêmica (HAS). Foram excluídos da pesquisa as crianças e jovens até 17 anos que possuíam a mesma condição de saúde.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob pareceres de números CEP/IFRJ n°. 3.785.722 e SMS/RJ n°. 3.908.547. Os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e para assegurar o anonimato e sigilo das informações, eles receberam um código de identificação.

A coleta dos dados foi realizada por meio de um questionário sociodemográfico e clínico para a caracterização do perfil dos usuários. A coleta dos dados ocorreu de março de 2019 até março de 2020. Para acompanhamento destes participantes, os dados eram coletados por meio de entrevista nas consultas e encontros semanais com os usuários. Em todos os encontros era aferida a glicemia e a pressão arterial dos usuários.

Neste acompanhamento era feita a avaliação da sensibilidade dos pés, por meio da estesiometria. Essa técnica identifica a sensibilidade protetora dos pés e define se o paciente apresentava risco de comprometimento sensitivo que possa ocasionar úlceras ou amputação.

De forma complementar, o seguimento farmacoterapêutico foi realizado pelo Método Dáder e pelo Terceiro Consenso de Granada (COMITÊ DE CONSENSO, 2007) (DADER, 2008). O método Dáder e Seguimento do Tratamento Farmacológico foi utilizado com as devidas adequações à realidade da população atendida. Este método baseia-se na obtenção da história farmacoterapêutica do paciente, isto é, dos problemas de saúde que ele apresenta, dos medicamentos que utiliza, e da avaliação de seu estado de situação em uma data determinada, a fim de identificar e resolver os possíveis resultados negativos relacionados aos medicamentos (RNM) apresentados pelo paciente.

As informações relatadas pelo paciente foram organizadas num formulário adaptado do Método Dáder (2009). Esse formulário foi preenchido a cada consulta com a situação do paciente, novos problemas relatados e intervenções. As informações referentes ao estado de saúde do usuário, ao seu conhecimento sobre o DM e aos RNM foram analisadas e discutidas entre os participantes do projeto, e foi elaborado um plano de atuação específico para cada usuário. A análise dos dados foi tratada por meio de estatística descritiva simples.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 apresenta as características da amostra dos 34 participantes, segundo idade, gênero, incidência de HAS e/ou DM, hábitos tabágicos e alcoólicos e farmacoterapia. Os dados evidenciam a predominância de pessoas idosas, do sexo feminino, sem hábitos tabágicos ou alcoólicos e com diagnóstico de diabetes associado à hipertensão arterial. No que se refere à farmacoterapia, a maioria dos usuários faziam uso de antidiabéticos orais (ADO) enquanto a minoria fazia insulino terapia. Os medicamentos para HAS mais utilizados foram os diuréticos e antagonistas do receptor de angiotensina, enquanto a minoria fazia uso de vasodilatador de ação direta e em associação a um diurético e/ou beta bloqueador.

A probabilidade de associação da hipertensão e do diabetes é da ordem de 50%, o surgimento da hipertensão em pacientes diabéticos é pelo menos duas vezes maior do que na população em geral. (SILVA *et al.*, 2012). Pacientes com ambas as doenças possuem risco quatro vezes maior de apresentarem doença cardiovascular. (FRANCISCO *et al.*, 2018). A concomitância entre as duas patologias aumenta a severidade (FRANCISCO *et al.*, 2018), que pode ser agravada por aumentar o dano micro e macrovascular decorrente. (SILVA *et al.*, 2012).

Tabela 1. Dados sociodemográficos e clínicos dos participantes. Rio de Janeiro, 2021.

Variáveis	Categoria	N	%
Faixa Etária	< 60 Anos	3	8,8
	> 60 Anos	31	91,2
Gênero	Feminino	26	75,5
	Masculino	8	23,5
Incidência DM	Diabéticos	3	8,8
	Hipertensos	4	11,8
	Diabéticos e hipertensos	27	79,4
Cigarro	Fumantes	1	3
	Não fumantes	33	97
Álcool	Alcoolistas	4	11,8
	Não Alcoolistas	30	88,2
Farmacoterapia (DM)	Insulina	6	17,65
	Antidiabéticos orais	28	82,35
Farmacoterapia (anti hipertensivos)	Vasodilatadores	4	11,76
	Beta bloqueadores	14	41,17
	Bloqueadores de canal de cálcio	11	32,35
	Diuréticos	20	58,82
	Antagonista de Receptor de Angiotensina	20	58,82
	Inibidor da ECA	7	20,58

Fonte: Elaboração própria, 2021.

De acordo com os dados encontrados pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL, as duas condições, diabetes e hipertensão, tendem a aumentar com a idade e são mais prevalentes em pessoas com mais de 60 anos. Hipertensão e diabetes são as doenças crônicas não transmissíveis que mais acometem idosos, os fatores de envelhecimento natural, estilo de vida adotado pelos idosos e heranças genéticas estão relacionados a maior prevalência desse grupo (RIBEIRO *et al.*, 2020). Além disso, a hipertensão e o diabetes são os principais riscos para causas de óbito na população idosa (FRANCISCO *et al.*, 2018). A prevalência de DM2, em especial, está relacionada as inúmeras ações necessárias ao cuidado efetivo e que são consideradas barreiras por alguns indivíduos, como por exemplo, uma dieta adequada, a prática de atividade física e questões emocionais (CECILIO *et al.*, 2016). O estilo de vida resulta de um conjunto de ações que interferem diretamente no controle das alterações metabólicas, nas prevenções de complicações e na promoção da qualidade de vida.

Os dados da tabela 1, referentes ao gênero, corroboram com pesquisas da Vigitel (2018, 2019), que também demonstram maior prevalência de mulheres com hipertensão e diabetes (VIGITEL, 2018, 2019).

Essa maior prevalência se deve ao fato da procura pelos serviços de saúde serem maiores no público feminino, resultando em um maior número de diagnósticos (KASSOUF, 2005) (SILVA *et al.*, 2011). Adicionalmente, fatores biológicos femininos aumentam os riscos para diabetes e hipertensão, como mudanças hormonais, a menopausa e/ou climatério. (SILVA *et al.*, 2011). O Ministério da Saúde relatou que o diagnóstico de adultos diabéticos no Brasil, aumentou significativamente, passando de 5,5% em 2006, para 7,7% em 2018, representando um aumento de 40%; sendo o gênero feminino com maior prevalência, pois 8,1% das mulheres adultas são diabéticas, enquanto 7,7% dos homens apresentam a doença (BRASIL, 2018).

Em relação ao tabagismo, os resultados dessa pesquisa apresentaram-se abaixo dos índices apontados pela Vigitel. Entretanto, deve-se levar em consideração que a maioria dos usuários do presente estudo são maiores de 55 anos e segundo Gigliotti (2003) em estudo realizado com 800 fumantes, a menor incidência de tabagismo ocorre na faixa etária de 55 a 64 anos. O tabagismo é um importante fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis (OLIVEIRA & CALDEIRA, 2016). Corroborando com esse dado, Sousa e colaboradores, em 2015, demonstraram que a nicotina ativa o sistema nervoso simpático, ocasionando um aumento da frequência cardíaca, pressão arterial e contratilidade miocárdica com redução da oferta de oxigênio aos vasos e miocárdio, fazendo com que hipertensos fumantes tenham pior prognóstico cardiovascular. Segundo Corrêa (2003), em diabéticos, o tabagismo promove a progressão da nefropatia diabética, além de diminuir a sensibilidade à insulina.

No que tange à ingestão alcoólica, foram encontrados índices compatíveis aos achados indicados pela VIGITEL de 2018 e 2019, a indivíduos maiores de 55 anos. É proposto que o álcool pode gerar alterações no metabolismo de carboidratos e glicose com períodos de hipoglicemia devido a inibição da gliconeogênese pelo álcool. Consequentemente, no diabético o uso de álcool pode gerar hipoglicemia, acidose metabólica e a longo prazo hipertensão e neuropatia (OLIVATTO *et al.*, 2014). Em hipertensos, o consumo de álcool eleva a pressão arterial, os mecanismos ainda são desconhecidos, mas acredita-se que a atividade simpática tenha protagonismo no mecanismo de elevação pressórica (SOUZA & PÓVOA, 2014).

Um grande desafio atual para as equipes de Atenção Básica é a Atenção em Saúde para as doenças crônicas. Estas condições são muito prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014).

Entre estes desafios, as complicações associadas a estas patologias são relevantes ao processo de tratamento, exigindo que os profissionais de saúde elaborem estratégias, intervindo nas patologias recorrentes das doenças crônicas, para a prevenção de problemas futuros. Complicações comuns associados a diabetes mellitus (DM), como retinopatias e neuropatias periféricas (importância do cuidado com os pés) demandam muita atenção ao lidar com esses pacientes, visto que tais complicações podem levar a cegueira e a amputação respectivamente.

Na figura 1 pode-se observar as complicações clássicas associadas a diabetes mellitus, como a neuropatia periférica, responsável pela perda da sensibilidade dos pés, catarata e outros (lesões cardíacas; renais). De acordo com a literatura, a retinopatia mais comum associada à diabetes, a catarata, está associada ao descontrole glicêmico, onde tais pacientes acusam na clínica um quadro hiperglicêmico mesmo em tratamento (PDODM TIPO II, 2015). Corroborando com a literatura, foi observado que 14,7 % dos pacientes tiveram catarata.

A perda da sensibilidade dos pés em decorrência da neuropatia periférica associada a diabetes também acometeu 23,53% dos pacientes. Foram realizados testes com estesiômetro para verificar o grau de comprometimento da sensibilidade dos pés, além de orientações a fim de evitar complicações.

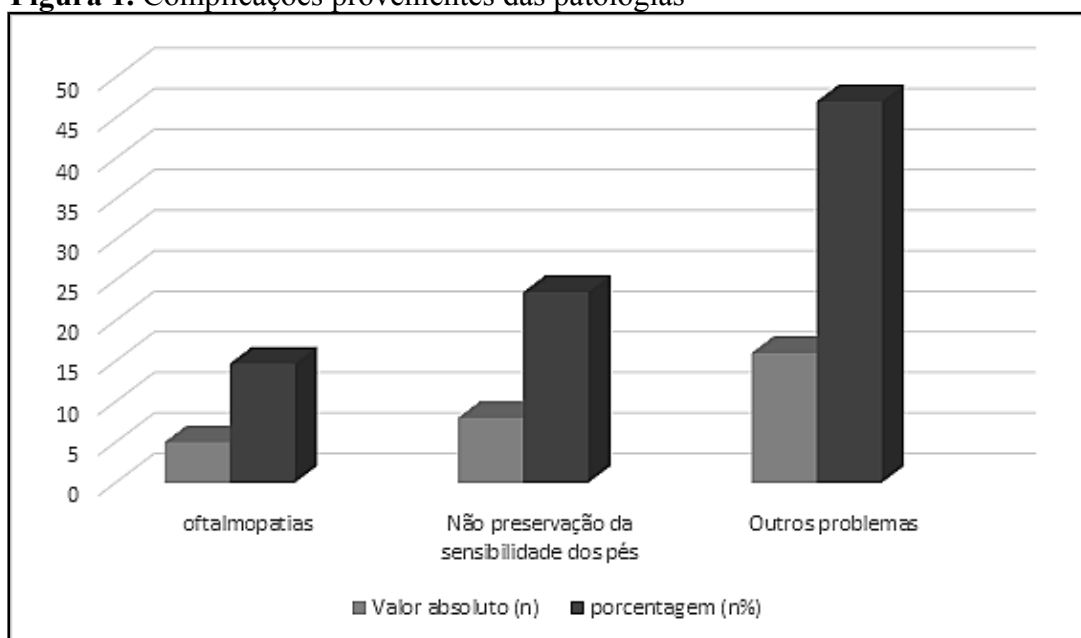
A neuropatia periférica é um distúrbio crônico que acomete o sistema nervoso periférico, resultando na atrofia e degeneração axonal e/ou por modificações nas células de Schwann. Estas alterações proporcionam a desmielinização em segmentos do axônio, fazendo com que cesse a condução do impulso nervoso ou reduza a velocidade de sua transmissão. A neuropatia diabética constitui-se como a maior causa de neuropatia no mundo, podendo ocasionar amputações e incapacidades (NASCIMENTO, *et al.*, 2016).

A terapêutica no diabetes mellitus deve ser orientada segundo a tríade medicação/monitorização/educação em diabetes, incluindo em educação a alimentação, a atividade física e a orientação para os pacientes e suas famílias (LYRA *et al.*, 2020). A escolha do tratamento farmacológico é conceituada em determinados parâmetros em relação ao usuário, segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019): o estado de saúde e as complicações presentes; os valores das glicemias de jejum, pós-prandial e da HbA1c; o peso e a idade; reações adversas e contraindicações. De acordo com os dados obtidos, a maioria dos usuários fazia uso de antidiabéticos orais (ADO) enquanto a minoria, fazia insulinoterapia.

A literatura evidencia que a rotina de indivíduos com a administração de insulina, requer uma rede de cuidados mais complexa que inclui: correta higienização do local de aplicação; desinfecção da borracha do frasco de insulina com álcool 70%; homogeneização suave da insulina (sem agitação); realização de rodízios das regiões de aplicações para não sobrecarregar somente em um local; aplicações em regiões afastadas das articulações ou proeminências ósseas e que seja de fácil acesso (SEIXAS *et al.*, 2016). Neste contexto, foram realizadas orientações aos usuários acerca dos cuidados necessários.

No uso de medicamentos para HAS, destacaram-se os diuréticos e antagonistas do receptor de angiotensina. O tratamento farmacológico da HAS objetiva a redução das taxas de mortalidade cardiovascular e morbidade de pacientes hipertensos, bem como a melhora na qualidade de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). A literatura evidencia que dentre as classes farmacológicas preferenciais em início da monoterapia para o controle dos valores pressóricos estão quaisquer classe de anti-hipertensivos, com exceção dos vasodilatadores de ação direta (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Figura 1. Complicações provenientes das patologias



Fonte: Elaboração própria, 2021.

A maioria dos pacientes 73,53% do presente estudo conheciam acerca de seus medicamentos. O trabalho de Sousa e colaboradores (2008) corrobora com esse dado, demonstrando que no acompanhamento de 133 diabéticos, o tratamento foi o ponto de maior conhecimento. O estudo de Ceolin e colaboradores (2011) também reforça esse dado, de um total de 12 pacientes diabéticos, 7 conheciam os nomes de seus medicamentos no momento da entrevista, enquanto que 2 não se recordavam.

Em contraste, o estudo de Borba e colaboradores (2019) que avaliou 202 idosos diabéticos apontou que 77,7% dos pacientes não conheciam de forma suficiente a sua doença e nem seu tratamento. Os estudos de Hu (2013), Cortez (2015) e Agardh (2011) salientam que o maior grau de escolaridade pode ser um fator de proteção, pois possibilita mais acesso aos serviços de saúde e entendimento das informações, enquanto a baixa escolaridade pode dificultar o entendimento sobre a doença e seu tratamento. Esse fato pode servir de esclarecimento em relação à porcentagem que não conhece acerca de seus medicamentos.

Já o estudo de Motter e colaboradores (2013) que entrevistou 678 adultos hipertensos, discorre sobre um maior conhecimento dos medicamentos anti-hipertensivos, como o captopril (88,8%) e os betabloqueadores: propranolol (74,4%) e metoprolol (85,2%), enquanto os diuréticos obtiveram valores menores. O autor também atribuiu o índice de escolaridade dos pacientes ao conhecimento de seus medicamentos.

Tabela 2. Quantidade de medicamento utilizada. Rio de Janeiro, 2021.

Número de medicamentos	Número de usuários	%
03	9	26,4
04	10	29,41
05	6	17,64
06	4	11,76
07	2	5,88
08	1	2,49

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Dentre as prescrições analisadas do presente estudo, pode-se observar na tabela 2 que 67,65% dos pacientes faziam uso da associação de quatro ou mais medicamentos, e 26,5% utilizavam 3 medicamentos. Segundo a Organização Mundial da Saúde, define-se como polifarmácia o uso concomitante de quatro ou mais medicamentos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016). O elevado índice de uso de medicamentos correlaciona-se a diversas variáveis como o aumento na expectativa de vida, aumento da multimorbidade, elevada disponibilidade de fármacos e de recomendações para o uso de associações medicamentosas para o manejo no controle de doenças crônicas, como DM e HAS (NASCIMENTO, 2017).

Estudos evidenciam que nos países desenvolvidos, os idosos são os que mais utilizam associações de agentes farmacológicos (20 a 40%) e mais da metade desta população (90%), fazem uso de pelo menos um agente farmacológico (SECOLI, 2010). O uso seguro de associações de agentes farmacológicos é considerado como um desafio visto que não há uma definição do termo “polifarmácia”, universalmente aceito. Neste âmbito, a associação inadequada de medicamentos é reconhecida como um grave problema para o sistema de saúde, sendo vista como uma prática comum e onerosa dos cuidados em saúde (NASCIMENTO, 2017).

O fato de que 90% dos usuários possuíam mais de 60 anos tornava a polifarmácia ainda mais ameaçadora. Neste contexto, para reduzir possíveis efeitos adversos relacionados aos medicamentos, foram realizadas orientações visando o uso correto dos medicamentos, como horários de administração, dosagens, armazenamento e etc, de forma a reduzir possíveis complicações e prevenir os erros para aumentar a segurança no uso dos fármacos e consequente redução dos efeitos adversos preveníveis.

Um dos maiores desafios no âmbito da farmacoterapia atual está em combater problemas quanto ao uso indiscriminado dos medicamentos, surgindo também uma necessidade de atenção aos efeitos associados aos medicamentos na efetividade do tratamento. O farmacêutico além da produção do medicamento se tornou corresponsável por promover seu uso racional, sendo assim a atenção farmacêutica veio para estruturar, complementar e permitir a atuação do farmacêutico nestes seguimentos (PIRES *et al.*, 2006).

Tabela 3. Resultados Negativos Associados aos Medicamentos (RNM) e frequência de alimentação inadequada.

Variáveis	Categoria	N	%
RNM por Inefetividade	Quantitativa	15	24,59
	Não Quantitativa	46	75,41
Alimentação	Inadequada	13	38,23

Fonte: Elaboração própria, 2021.

A metodologia empregada por Dader busca através de tópicos específicos a avaliação de possíveis resultados negativos associados aos medicamentos (RNM), sendo esses a necessidade, a efetividade e a segurança. A inefetividade não quantitativa demonstrou ser a mais frequente ao analisarmos a tabela 3, englobando 75,41% dos casos observados. Ao se analisar os parâmetros discutidos dentro da Inefetividade não quantitativa, era declarado pelos usuários que eles paravam de tomar os medicamentos por conta própria, esqueciam de tomar os medicamentos, ou não tinham acesso aos mesmos devido a falta destes na farmácia da clínica da família. Nos casos em que os pacientes deixavam de tomar os medicamentos ou esqueciam, medidas de orientação em saúde eram realizadas para solucionar tais RNM, como por exemplo, tabelas com esquema terapêutico, caixas organizadoras de medicamentos. Por outro lado, quando faltavam medicamentos na farmácia da clínica, os RNM não tinham como ser solucionados. Além disso, alguns usuários insulínicos não tinham autonomia de realizar a aplicação de insulina e por isso dependiam da Clínica da Família. No entanto, a clínica fechava aos domingos e feriados, o que implicava na não aplicação de insulina nestes usuários e conseqüentemente o RNM não era solucionado.

Quanto a inefetividade quantitativa (24,59%), os quadros estavam associados a necessidade de mudança do esquema medicamentoso, como alteração de dose do medicamento, desta forma o encaminhamento para a consulta com o médico, foi uma das estratégias adotadas a fim de se obter a resolução do RNM. No entanto, a reestruturação das equipes de saúde na clínica, dificultava a marcação de consultas médicas para adequação e ajuste dos medicamentos, o que implicava na impossibilidade de resolver o RNM.

É necessário destacar a importância da alimentação adequada no controle das patologias, sabendo que o controle glicêmico está associado ao controle nutricional, tendo relação direta com as complicações e disfunções metabólicas, e alto sal na dieta está relacionado ao aumento de volemia e conseqüentemente da pressão arterial. Os casos de alimentação inadequada foram frequentes, devido ao pouco entendimento dos usuários sobre a importância da alimentação na diabetes e hipertensão. Foram realizadas oficinas com o tema de “alimentação adequada” para orientar os pacientes.

No entanto, o cuidado com usuários diabéticos e hipertensos deve ser ampliado. A atuação com equipe multiprofissional é considerada fundamental para o atendimento ao diabético e hipertenso por conta do caráter complexo da consulta, a qual deve abordar detalhadamente aspectos relacionados ao tratamento medicamentoso, dietoterápico e educação dos pacientes com o intuito de prevenir as complicações crônicas (LEITE *et al.*, 2001).

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo evidenciaram a importância do acompanhamento farmacoterapêutico a pacientes diabéticos e/ou hipertensos uma vez que, este proporcionou uma orientação responsável do tratamento farmacológico objetivando a melhor adesão do tratamento, conhecimento dos medicamentos utilizados, bem como da doença e principalmente a prevenção, identificação e resolução dos problemas relacionados ao uso do medicamento. Portanto, a promoção da conscientização desses usuários acerca de suas patologias, conduziu a uma maior autonomia e empoderamento aos pacientes no tratamento da diabetes e hipertensão.

De acordo com os princípios da Atenção Primária à Saúde, o farmacêutico deveria atuar: no Núcleo de Apoio à Saúde da Família; nas ações de dispensação de medicamentos e orientação farmacêutica; no apoio matricial às equipes de saúde; nos atendimentos individuais; nas visitas domiciliares; na participação em grupos de saúde interdisciplinares. No entanto, devido ao baixo número de farmacêuticos na equipe da ESF, na prática, o contato do farmacêutico com o usuário ocorre principalmente na dispensação de medicamentos na farmácia das unidades de saúde, de modo que as ações de acompanhamento farmacoterapêutico tornam-se raras.

A Atenção Primária à Saúde é pautada numa abordagem multiprofissional, dessa forma seria esperado que o farmacêutico desempenhasse, de maneira interprofissional, atividades de suporte à equipe de saúde, assim como orientação aos usuários e seus cuidadores, sobre o uso correto dos medicamentos de forma segura, seguindo critérios de racionalidade terapêutica.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Ministério da Saúde pelo Programa Nacional de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/Interprofissionalidade, ao Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro – IFRJ e à Clínica da Família Olímpia Esteves.

REFERÊNCIAS

- AGARDH, EE; *et al.* Burden of type 2 diabetes attributed to lower educational levels in Sweden. **Population Health Metrics** 9:60, 2011.
- ALVES, RF; *et al.* Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Revista Psicologia-Teoria e Prática** 13(3), 2011.
- American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes – 2018. **Diabetes Care**. 2018.
- American Diabetes Association. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Medical Care in Diabetes – 2018. **Diabetes Care**. 2018.
- BORBA, AKOT; *et al.* . Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. **Ciência e saúde coletiva** 24(1), 125-136, 2019.
- BORGES, FP; *et al.* Fórum nacional de atenção farmacêutica. **Fórum Nacional de Atenção Farmacêutica 2.:** 2004: Florianópolis, SC).[Relatório final]. Florianópolis:[sn], 2004, 2004.
- BRASIL. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018:** Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019.
- BRASIL. **Ministério da Saúde.** Cadernos de Atenção Básica sobre hipertensão arterial sistêmica; n.º15; 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) 2018. **Brasília: Ministério da Saúde;** 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) 2019. **Brasília: Ministério da Saúde;** 2019.
- CECÍLIO, SG; Brasil CLGB, Vilaça CP, Silva SMF, Vargas EDC, Torres HDC. Psychosocial aspects of living with diabetes mellitus in promoting self-care. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** 17(1):44-51, 2016.

- CEOLIN, J; DE BIASI, LS. Conhecimento dos diabéticos a respeito da doença e da realização do autocuidado. **Perspectiva**, Erechim **35**(129), 143-156, 2011.
- COMITÊ DE CONSENSO. Terceiro consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos e Resposta Negativa Associada a Medicamentos. **Ars Pharm. Granada** **1**(48), 5-12, 2007.
- CORRÊA, PCR. Tabagismo, hipertensão e diabetes – reflexões. **Revista Brasileira de Clínica & Terapêutica** **29**(1):19-24, 2003.
- CORTEZ, DN; *et al.* Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta paulista de enfermagem****28**(3), 250-255, 2015.
- DADER, MJF; MUÑOZ, PA; MARTINEZ, FM. Atenção Farmacêutica: Conceitos, processos e casos práticos. São Paulo: RCN, 2008. 24
- DE SOUSA, MG. Tabagismo e Hipertensão arterial: como o tabaco eleva a pressão. **Rev. bras. hipertens**, 78-83, 2015.
- DSBD - Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes.** Conduta Terapêutica no Diabetes Tipo 2: Algoritmo SBD, n. 01, 2019. São Paulo.
- FRANCISCO, PMSB; *et al.* Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Ciência & Saúde Coletiva** **23**, 3829-3840, 2018.
- GIGLIOTTI, AP. Hábitos, atitudes e crenças de fumantes em quatro capitais brasileiras: uma comparação com 17 países europeus. 2003.
- HU, J; GRUBER; *et al.* Diabetes knowledge among older adults with diabetes in Beijing, China. **Journal of Clinical Nursing**, **22**, 51-60, 2013.
- IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Tratamento medicamentoso. **Revista Brasileira de Hipertensão** **17**(1):31-43, 2010.
- JÚNIOR, AJAF; HELENO, MG; LOPES, AP. Qualidade de vida e controle glicêmico do paciente portador de Diabetes Mellitus tipo 2. **Revista Psicologia e Saúde**, 2013.
- KASSOUF, AL. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural****43**(1), 29-44, 2005.
- LEITE, SAO; *et al.* Enfoque multidisciplinar ao paciente diabético: avaliação do impacto do "staged diabetes management" em um sistema de saúde privado. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia** **45**(5), 481-486, 2001.
- LYRA, R; Oliveira, M; Lins, D; Cavalcanti, N; Gross, JL; Maia, FFR; *et al.* Diabetes Mellitus Tipo 1 e Tipo 2. **Sociedade Brasileira de Diabetes** **5**, 2020.
- MALACHIAS, MVB; *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.** **107**(3Supl.3):1-83, 2016;
- MELGAÇO, T; CARRERA, J; NASCIMENTO, D; MAIA, C. Polifarmácia e ocorrências de possíveis interações medicamentosas. Universidade Federal do Pará - UFPA, 2011.
- MOREIRA, GC; *et al.* A Avaliação da consciência, controle e custo-efetividade do tratamento da hipertensão em uma cidade brasileira: estudo populacional, **Journal of Hypertension** **7**(9), 1900-1907, 2009.
- MOTTER, FR; OLINTO, MTA; PANIZ, VMV. Conhecimento sobre a farmacoterapia por portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. **Ciência saúde coletiva** **18**(8), 2263-2274, 2013.
- NASCIMENTO, OJM; Pupe, CCB; Cavalcanti, EBU. Neuropatia diabética. **Revista Dor São Paulo**. V. 17. ed 1, p. 46–51, 2016.
- NASCIMENTO, RCRM; ÁLVARES, J; GUERRA, JAA; GOMES, I C; SILVEIRA, MR; COSTA, EA; *et al.* Polifarmácia na atenção primária do SUS. **Rev Saúde Pública**. 2017
- NORA, FS; GROBOCOPATEL, D. Métodos de aferição da pressão arterial média. **Rev. Bras. Anestesiol.** **46**(4), 295-301, 1996.
- OLIVATO, GM; *et al.* Consumo de álcool e os resultados no controle metabólico em indivíduos com diabetes, antes e após a participação em um processo educativo. SMAD. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, **10**(1), 3-10, 2014.
- OLIVEIRA, SKM; CALDEIRA, AP. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. **Cadernos Saúde Coletiva** **24**(4): 420-427, 2016.
- PANAROTTO, D; TELES, AR; SCHUMACHER, MV. Fatores associados ao controle glicêmico em pacientes com diabetes tipo 2. **Rev. Assoc. Med. Bras.** **54**(4) 314-21, 2008.
- PICELLI, MG; BERNARDI, D; ROMANO, LH; INACIO, RF. Utilização de testes sensitivos e funcionais para identificação de pré diabético. **Revista saúde em foco** **9**, 2017.

- PIRES, CF; COSTA, MM; ANGONESI, D; BORGES, FP. Demanda del servicio de atención farmacéutica en una farmacia comunitaria privada. **Pharmacy Practice** (Granada) **4**(1). 2006.
- RABETTI, AC; FREITAS, SFT. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Revista de Saúde Pública** **45**(2), 258-268, 2011.
- RIBEIRO, DR; CALIXTO, DM; DA SILVA, LL; ALVES, RPCN; SOUZA, LMC. PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO EM IDOSOS. **Revista Artigos.Com** **14**, e2132, 28 jan. 2020.
- SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Tratamento Medicamentoso** **107**(3, supl. 3), 2016.
- SECOLI, S. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev. Bras. Enferm.** **63**(1), 2010.
- SEIXAS, AMFF; MOREIRA, AA; FERREIRA, EAP. Adesão ao tratamento em crianças com diabetes Tipo 1: insulino terapia e apoio familiar. **Revista SBPH** **19**(2), 2016.
- SILVA, ACA; *et al.* Identificação de fatores de risco para doença cardiovascular em mulheres diabéticas e climatéricas do ambulatório de diabetes de um hospital universitário. 2011.
- SILVA, DB; *et al.* Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da saúde** **24**(1), 16-23, 2012.
- SILVA, LP; BRUNE, MFSS. ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO PELO MÉTODO DÁDER EM PACIENTES DIABÉTICOS. Especial. ed. Barra do Garças – MT: **Revista Panorâmica On-Line**, 2018. ISSN - 2238-9210.
- SILVA, TR; *et al.* Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade** **15**, 180-189, 2006.
- SOUSA, C; GRILO, MRM; MCINTYRE, T. Conhecimento do diabético sobre a doença e a repercussão no tratamento. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde** **21**(04), 281, 2008.
- SOUZA, D; PÓVOA, R. Álcool e Hipertensão arterial. **Sociedade Portuguesa de Cardiologia** **32**, 33-39, 2014.

