



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

**ADESÃO À TERAPÊUTICA EM
DOENTES DIABÉTICOS TIPO 2:
ESTUDO DE CASO NUMA FARMÁCIA EM ALMADA**

Sílvia Raquel Ferreira de Carvalho

Dissertação
Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Professora Doutora Isabel Maria Pires Sebastião Ramalhinho

2016



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

**ADESÃO À TERAPÊUTICA EM
DOENTES DIABÉTICOS TIPO 2:
ESTUDO DE CASO NUMA FARMÁCIA EM ALMADA**

Sílvia Raquel Ferreira de Carvalho

Dissertação
Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Professora Doutora Isabel Maria Pires Sebastião Ramalinho

2016

Adesão à terapêutica em Doentes Diabéticos tipo 2: Estudo de caso numa farmácia em Almada

Declaração de autoria do trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

(Sílvia Raquel Ferreira de Carvalho)

©A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

AGRADECIMENTOS

A realização do presente trabalho não teria sido possível sem a colaboração, orientação, apoio e incentivo de várias pessoas.

Para a Prof.^a Dr.^a Isabel Ramalinho, o meu muito obrigado, pela sua disponibilidade em orientar este trabalho e pelo seu precioso apoio e orientação.

À Dr.^a Ivone Bragança, da Farmácia Holon Pragal em Almada, agradeço toda a orientação, confiança, motivação e partilha de valiosos conhecimentos, e pela sua disponibilidade em me ajudar a ultrapassar as minhas dificuldades. Muito obrigada por tudo o que me permitiu aprender. À Dr.^a Joana Ferreira, da mesma farmácia, o meu muito obrigado pela ajuda e incentivo prestados. Agradeço ainda à restante equipa da farmácia, pela amabilidade e cooperação que sempre me demonstraram.

Agradeço à Dr.^a Paula Campos, orientadora de estágio no Serviço Farmacêutico do Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Portimão, pela partilha dos seus conhecimentos, orientação, disponibilidade e ajuda.

Por fim um agradecimento especial aos meus pais e irmão, pelo carinho, paciência, compreensão e ânimo, que foram fundamentais em todo este percurso.

RESUMO

O tratamento da diabetes tipo 2 pressupõe que o doente adira não só ao regime terapêutico medicamentoso, mas também a medidas não farmacológicas, de gestão e de monitorização, que controlam a doença, e evitam o desenvolvimento de complicações. A adesão à terapêutica é fundamental para o sucesso terapêutico, permitindo alcançar uma melhor qualidade de vida no doente. Nos últimos anos vários estudos científicos reportaram com maior ênfase a problemática da não adesão à terapêutica, nos doentes crónicos e particularmente nos doentes diabéticos de tipo 2. As suas principais consequências consistem no agravamento da sintomatologia, no desenvolvimento de complicações, e nos aumentos dos custos nos serviços de saúde.

O farmacêutico atua na primeira linha dos cuidados de saúde primários, e como tal exerce um papel fundamental no acompanhamento e orientação do doente diabético tipo 2. É da sua responsabilidade aconselhar, acompanhar e monitorizar estes doentes, adotando uma comunicação clara e objetiva. A relevância do presente trabalho centra-se na importância de identificar e analisar os principais fatores de risco que interferem na adesão à terapêutica no doente diabético tipo 2, bem como dar a conhecer os métodos disponíveis para avaliar este comportamento. Pretende-se ainda estudar as principais estratégias de intervenção farmacêutica no processo de melhoria da adesão. As estratégias consideradas incluem as de ordem educacional, comportamental, motivacional, as cognitivas e aquelas que promovem a autogestão e a automonitorização. Para além da revisão bibliográfica sobre o tema, analisou-se um caso clínico, que exemplifica alguns dos comportamentos típicos de não adesão à terapêutica no doente diabético tipo 2. Concluiu-se na sua análise que existia a toma irregular dos medicamentos, e o incumprimento de várias medidas terapêuticas não farmacológicas. A intervenção farmacêutica permitiu uma melhoria na adesão ao regime medicamentoso e a consciencialização do doente sobre a importância da prática de hábitos de vida saudáveis.

Palavras-Chave: adesão à terapêutica, diabetes tipo 2, estratégias, intervenção farmacêutica, monitorização.

ABSTRACT

The treatment of type 2 diabetes assumes that the patient adheres not only to the drug treatment procedure, but also to non-pharmacological treatment which has characteristics concerning management and monitoring, that contribute to control the disease and prevent the development of complications. Adherence to therapy is critical to the success, allowing the patient to achieve a better quality of life. In recent years, several scientific studies have reported with great emphasis the problem of non-adherence to therapy in chronic patients and particularly in patients with type 2 diabetes. The main consequences consist of worsening symptoms, the development of complications and increases in health services costs.

The pharmacist works at the forefront of primary health care, and plays a key role in monitoring and guidance of patients with diabetes type 2. It is his responsibility to advise, survey and monitor these patients, adopting a clear and objective communication with them. This work focuses on the importance of identifying and analyzing the main risk factors that interfere with the adherence to therapy of this kind of patients, and to inform the methods available to evaluate this behavior. It also encompasses the study major pharmaceutical intervention strategies to improve patient attainment. The strategies considered include those of educational order, but also behavioral, motivational, cognitive and those that promote self-management and self-monitoring. Besides scientific state-of-the-art review and compilation, this work also analyses a case study that exemplifies some of the typical behaviors of non-adherence to therapy of patients with type 2 diabetes. The main conclusions of this analysis shows an irregular medication taking and the negligence of several non-pharmacological therapeutic procedures. In this case, the pharmaceutical intervention allowed an improvement of drug regimen and patient awareness about the importance of healthy lifestyle habits.

Keywords: adherence to therapy, type 2 diabetes, strategies, pharmaceutical intervention, monitoring.

ÍNDICE GERAL

RESUMO	V
ABSTRACT	VI
ÍNDICE GERAL	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
ÍNDICE DE TABELAS	IX
ÍNDICE DE QUADROS	IX
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Contextualização e objetivos	1
1.2 Métodos	3
2. DIABETES MELLITUS	4
2.1 Definição, Fisiopatologia e Classificação	4
2.2 Dados Epidemiológicos	7
2.3 Apresentação clínica e critérios de diagnóstico da diabetes tipo 2	8
2.4 Principais fatores de risco da diabetes tipo 2	9
2.5 Complicações clínicas da diabetes tipo 2	10
2.6 Terapêutica farmacológica	12
2.7 Terapêutica não farmacológica e controlo da doença	15
3. ADESÃO À TERAPÊUTICA	17
3.1 Conceito de adesão à terapêutica	17
3.2 Adesão à terapêutica no doente crónico	19
3.3 Adesão à terapêutica no diabético tipo 2	19
3.4 Fatores associados à não adesão à terapêutica	21
3.5 Principais consequências da não adesão à terapêutica	25
3.6 Metodologias de avaliação da adesão à terapêutica	26

4. INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA NA ADESÃO À TERAPÊUTICA	30
4.1 O Farmacêutico e os cuidados de saúde primários	30
4.2 Os doentes crónicos e a adesão ao regime terapêutico	31
4.3 Prevenção da diabetes tipo 2 e identificação de doentes diabéticos	32
4.4 Os doentes diabéticos tipo 2: monitorização e informação periódica	33
4.5 A deteção e o acompanhamento de situações de não adesão à terapêutica nos doentes diabéticos tipo 2	34
4.6 Estratégias para melhorar a adesão à terapêutica e intervenções educacionais e comportamentais	35
4.7 Cuidados farmacêuticos no doente diabético	37
5. ESTUDO QUALITATIVO DE UM CASO CLÍNICO NUMA FARMÁCIA COMUNITÁRIA EM ALMADA	39
5.1 Tipo de estudo e período de ocorrência	39
5.2 Principais objetivos	39
5.3 Local onde foi efetuado o estudo	40
5.4 Metodologia	41
5.4.1 Processo de recolha de informação	41
5.4.2 Critérios de Inclusão /Exclusão	42
5.4.3 Questionário utilizado	42
5.5 Descrição do caso clínico	42
5.6 Discussão dos dados recolhidos	46
6. CONCLUSÃO	52
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
8. ANEXO 1	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1: Principais complicações crónicas da diabetes tipo 2	11
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 3.1: Principais motivos que podem levar os doentes portugueses a não seguirem totalmente as indicações médicas	23
Tabela 5.5.1: Terapêutica farmacológica seguida pelo doente A. F. descrita pelo nome comercial, denominação comum internacional (DCI), dosagem e posologia	44
Tabela 5.5.2: Registo de alguns parâmetros fisiológicos medidos no doente A.F.....	49

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 3.1: Principais tipos de métodos avaliativos diretos da adesão à terapêutica..	27
Quadro 3.2: Principais tipos de métodos avaliativos indiretos da adesão à terapêutica	28

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contextualização e objetivos

A diabetes *mellitus* é atualmente uma das doenças com maior prevalência e incidência a nível mundial, sendo a diabetes tipo 2, o tipo de diabetes mais frequente na idade adulta. A sua terapêutica inclui a adoção de uma série de comportamentos, que modificam de forma permanente a rotina diária do doente, exigindo a toma regular de medicação, a adoção de medidas não farmacológicas e à monitorização de parâmetros fisiológicos (1). Os resultados clínicos benéficos para o doente diabético, dependem não só da indicação de uma terapêutica eficaz e adequada, como também são dependentes da sua adesão. A adesão à terapêutica é definida como um comportamento de concordância, por parte do doente com as indicações clínicas propostas por um profissional de saúde, e que incluem o regime terapêutico e as indicações clínicas que promovem uma melhoria na situação patológica e no bem-estar geral. Em particular, nos doentes diabéticos a adesão ao tratamento, permite a obtenção de um bom controlo glicémico, e a diminuição do risco de desenvolvimento de complicações futuras, contribuindo assim para uma melhoria na qualidade de vida destes doentes (2,3).

Atualmente uma das principais preocupações, mencionadas pelos profissionais de saúde, remete para a não adesão dos doentes aos regimes terapêuticos instituídos. Vários investigadores têm vindo a analisar esta situação, e têm sido mencionados alguns fatores que podem justificar o comportamento de falta de adesão à terapêutica, e que incluem os de ordem pessoal, clínica, económica, social, cultural e organizacional (2).

A problemática da não adesão à terapêutica torna-se mais relevante nas terapêuticas crónicas, nas quais se inclui a diabetes. Estudos efetuados têm relatado a extensão e as consequências da falta de adesão à terapêutica, e o impacto negativo que este comportamento tem na saúde dos doentes diabéticos. Uma baixa adesão à terapêutica, ou uma total falta de adesão por parte do doente, pode levar a um agravamento da sintomatologia e da progressão da doença, assim como ao aumento de consultas médicas e de hospitalizações. Como consequência ocorre a prescrição de mais fármacos, que seriam eventualmente desnecessários. Outras consequências relacionam-se também com uma utilização ineficaz do sistema de saúde, contribuindo para um aumento das despesas de saúde (4).

A importância que deve ser dada à problemática da não adesão por parte dos profissionais de saúde tem sido destacada por várias organizações de saúde. O farmacêutico comunitário, ao ter uma maior proximidade com a população, apresenta um dos mais importantes papéis na implementação de programas de melhoria da adesão a regimes terapêuticos. O aconselhamento

e a informação farmacêutica permite aos diabéticos compreenderem melhor a sua doença, os cuidados a manter, e a medicação prescrita. Os métodos descritos que demonstram ser promissores, no aumento e na melhoria do comportamento de adesão, defendem que o plano de atuação deve envolver estratégias educativas, de aquisição de competências comportamentais e de autogestão. Deve ainda ser privilegiado o reforço positivo, a confiança, a abertura e a clareza na comunicação. A nível terapêutico o doente é assim entendido como um participante ativo e central, que exerce um controlo sobre a sua própria doença (5).

Em consideração ao que foi referido, o presente trabalho tem como principais objetivos:

- Salientar a importância da adesão à terapêutica nos doentes diabéticos tipo 2;
- Explicar o conceito de adesão à terapêutica;
- Expor os fatores que podem justificar o comportamento de não adesão à terapêutica e analisar os métodos para a sua avaliação;
- Estudar possíveis estratégias que permitam estimular o comportamento de adesão;
- Caracterizar o papel do farmacêutico comunitário, na doença crónica e em particular na diabetes tipo 2, e a sua intervenção na problemática da não adesão ao regime terapêutico;
- Exemplificar através de um caso clínico de um doente diabético tipo 2, o comportamento de não adesão à terapêutica.

A sua organização consiste na apresentação de um estudo de pesquisa sobre o tema, focando os aspetos mais relevantes da diabetes como a sua classificação, epidemiologia, diagnóstico, fatores de risco, complicações e terapêutica utilizada. Será ainda descrito o conceito de adesão à terapêutica, salientando a sua relevância no doente crónico e no doente diabético tipo 2, e também as suas metodologias de avaliação e as principais consequências da não adesão à terapêutica. Este estudo pretende ainda compreender a intervenção farmacêutica na adesão à terapêutica na referida patologia. Nesta vertente será dada ênfase à prevenção, à identificação e monitorização da doença, ao acompanhamento de situações de não adesão, às estratégias de melhoramento da adesão, às intervenções educacionais, e aos cuidados farmacêuticos no doente diabético tipo 2. Será ainda apresentado um estudo qualitativo de um caso clínico, cujos dados serão recolhidos numa farmácia em Almada, no qual se pretende analisar a adesão de um doente diabético tipo 2, ao regime terapêutico que lhe foi instituído.

1.2. Métodos

A pesquisa bibliográfica decorreu entre o período de Fevereiro de 2015 e Abril de 2016. Foram selecionados vários tipos de materiais que permitiram compilar a informação apresentada. Desta forma, certos livros foram consultados como por exemplo os que estão relacionados com a medicina geral, com a fisiopatologia e com a bioquímica. Foram também consultados alguns artigos de revistas relacionados com a diabetes, como a Revista Portuguesa de Diabetes, a Revista Portuguesa de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo, a Revista da Ordem dos Farmacêuticos, a Revista da Ata Farmacêutica Portuguesa, e a Diabetes Care, da American Diabetes Association. (ADA).

Na internet utilizaram-se alguns motores de busca como o Google e o Google Académico, e bases de dados como o Pubmed, o portal b-on (biblioteca do conhecimento online), e o RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal), para a obtenção de artigos científicos disponibilizados online. Por exemplo para a pesquisa realizada no Pubmed utilizou-se a expressão diabetes, type 2 diabetes, cruzada com expressões como treatment. Para os restantes motores de busca já anteriormente mencionados, as palavras e os termos colocados consistiram de forma geral em: diabetes tipo 2, adesão à terapêutica, adesão ao tratamento, adesão no doente crónico, farmacêutico e adesão à terapêutica, intervenção farmacêutica na adesão à terapêutica, cuidados farmacêuticos e intervenção farmacêutica na diabetes.

Na internet também foram analisadas outras páginas eletrónicas, como por exemplo a da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Internacional Diabetes Federation (IDF), da American Diabetes Association (ADA), e da Sociedade Portuguesa de Diabetologia e Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. A pesquisa nestas páginas online foi realizada com a utilização de palavras-chave e expressões como: diabetes, diabetes tipo 2, adesão à terapêutica, falta de adesão à terapêutica, não adesão ao tratamento, cuidados no diabético tipo 2, o farmacêutico e a diabetes, cuidados farmacêuticos na diabetes, diabetes na farmácia.

Consultaram-se também determinadas teses académicas, cuja informação não encontramos publicada noutras fontes bibliográficas. A informação relatada no caso clínico apresentado foi obtida com o consentimento informado do doente, sendo a recolha dos dados obtida na farmácia Holon Pragal, localizada em Almada.

2. DIABETES MELLITUS

2.1. Definição, fisiopatologia e classificação

A diabetes *mellitus* é uma patologia crónica, caracterizada por hiperglicemia, na qual ocorrem alterações metabólicas ao nível dos glúcidos, dos lípidos e das proteínas. Estas alterações surgem quando o pâncreas apresenta uma disfunção na secreção de insulina, e/ou quando o organismo não consegue utilizar eficazmente a insulina que produz, havendo uma redução da sensibilidade à sua ação (6).

A glicose é um monossacarídeo, fundamental para o normal funcionamento do organismo humano, não só por ser a principal fonte de energia para as células orgânicas, mas também por participar como um intermediário, em vários processos metabólicos. O controlo fisiológico da glicose sanguínea é um processo que depende da ação de hormonas, que são produzidas ao nível do pâncreas. Numa situação de hipoglicémia, ou seja, quando a glicose sanguínea é baixa, o pâncreas liberta a hormona glucagon, que é responsável por aumentar a concentração de glicose no sangue, através da degradação do glicogénio hepático. No entanto perante uma situação de hiperglicemia, na qual o nível de glicose no sangue é elevado, é a insulina que atua de forma a normalizar a glicémia, promovendo o armazenamento do excesso de calorías, na forma de glicogénio ou de gordura (7).

A insulina é uma hormona polipeptídica, produzida e segregada, pelas células beta dos ilhéus de Langerhans, do tecido pancreático. A quantidade de insulina libertada por exocitose, para os capilares sanguíneos circundantes ao pâncreas, é diretamente proporcional à quantidade de alimentos ingeridos, e ao valor energético que representam (8). Assim sendo, a síntese e a secreção desta hormona, depende principalmente do nível de glicemia existente no organismo. Uma vez libertada na corrente sanguínea, a insulina vai atuar em várias células teciduais. Nas células, a insulina liga-se a recetores membranares específicos, existentes nas células-alvo, formando um complexo hormona-recetor, que permite a passagem da glicose que circula na corrente sanguínea para o interior da célula. De acordo com as necessidades do organismo, a glicose pode ser imediatamente utilizada para a produção de energia ou armazenada como reserva, sob a forma de glicogénio ou de gordura (8,9,10). Metabolicamente a insulina exerce várias ações, sendo que globalmente promove a captação e o armazenamento da glicose, dos aminoácidos e dos lípidos, exercendo o seu efeito em vários tecidos. Por exemplo, no fígado a hormona é responsável, por inibir a degradação do glicogénio e estimulando a sua produção, aumentando neste tecido as suas reservas. Nas células hepáticas, a insulina influencia também o metabolismo dos lípidos, uma vez que promove a lipogénese (formação de ácidos gordos e

de triglicéridos), e exerce também ação a nível proteico, uma vez que promove a diminuição da degradação das proteínas. Os seus efeitos hormonais estendem-se também ao tecido adiposo, sendo responsável pela captação de glicose, pelo aumento da síntese de glicerol, de triglicéridos e de ácidos gordos. A nível muscular, esta hormona leva à captação da glicose, pelo aumento da glicogénese e aumenta a captação de aminoácidos que são úteis para a síntese de proteínas (9).

Do ponto de vista fisiopatológico, a diabetes apresenta uma etiologia múltipla. A doença pode surgir, quando o pâncreas deixa de produzir insulina suficiente, devido a uma perturbação autoimune (que provoca a destruição das células-beta pancreáticas), levando a uma diminuição dos níveis plasmáticos de insulina, provocando consequentemente um aumento da glicémia. Um outro possível mecanismo causal da diabetes resulta quando existe uma resistência do organismo à ação da insulina. Neste caso esta resistência pode ser devida à presença de uma anomalia no recetor da insulina, ou a uma disfunção nas etapas mediadoras dos efeitos metabólicos da insulina (1). Uma situação de resistência orgânica à insulina corresponde à incapacidade das células em responderem adequadamente ao nível normal de insulina, e é uma disfunção que ocorre principalmente no fígado, nos músculos e no tecido adiposo. Assim sendo, as alterações no metabolismo dos glúcidos, dos lípidos e das proteínas, são resultantes da deficiente ação da insulina nos seus tecidos alvos, por haver uma produção insuficiente da hormona, ou por ocorrer uma resistência orgânica à sua ação. A proporção da referida resistência, e a alteração na produção de insulina pelas células-beta pancreáticas, variam de doente para doente. Alguns dos doentes apresentam uma elevada resistência à ação da insulina, e uma ligeira alteração na secreção da mesma, ao passo que outros apresentam uma maior deficiência na secreção da insulina, e uma ligeira resistência à sua atividade (11).

A diabetes *mellitus* caracteriza-se geralmente em quatro categorias, consoante o processo patogénico que desenvolve o estado de hiperglicemia. Desta forma temos a diabetes tipo 1, a diabetes tipo 2, a diabetes gestacional e outros tipos específicos de diabetes. A diabetes tipo 1 ocorre devido a uma destruição autoimune das células beta- pancreáticas, na qual os elementos do próprio sistema imunológico (nomeadamente certos anticorpos), destroem progressivamente as células produtoras de insulina, ou seja as células-beta pancreáticas. Como consequência, pouca ou nenhuma insulina é libertada pelo pâncreas, o que leva a que a glicose que está presente na corrente sanguínea, não entre nas células, não sendo portanto utilizada como fonte de energia, ocorrendo o estado de hiperglicemia. Estudos efetuados justificam que esta disfunção resulta da presença de polimorfismos dos genes do sistema HLA. Por sua vez, estão também identificados alguns fatores ambientais, que podem precipitar a reação autoimune,

como por exemplo o surgimento de rubéola congénita e de certos enterovírus e rotavírus (7). Como consequência os diabéticos tipo 1 apresentam pouca ou nenhuma capacidade de produzirem a insulina, dependendo diariamente da administração desta hormona, de forma a evitar a descompensação metabólica. Este tipo de diabetes pode manifestar-se em indivíduos de qualquer idade, mas desenvolve-se habitualmente em crianças e em adultos jovens, nos quais os sintomas surgem habitualmente de forma aguda (9).

Por seu lado a diabetes tipo 2 surge quando o organismo não consegue utilizar adequadamente a insulina, ou quando o pâncreas não produz insulina suficiente para controlar os níveis de glicémia (12). Do ponto de vista fisiopatológico, pode estar presente uma reduzida sensibilidade nos recetores de insulina, uma alteração do seu número nas células e/ou uma secreção insuficiente de insulina por parte das células beta-pancreáticas, o que compromete uma completa resposta metabólica por parte desta hormona. Desta forma, as células orgânicas não absorvem glicose em quantidade suficiente. A diabetes tipo 2 é considerada uma doença silenciosa, podendo-se manter indetetável por vários anos, pois muitas das vezes, a hiperglicemia não é suficientemente elevada para provocar sintomas de diabetes. É habitual os doentes serem diagnosticados em exames de rotina (de sangue e/ou de urina), ou quando surge algum tipo de complicação. Trata-se de uma patologia progressiva, na qual é frequente o doente apresentar inicialmente uma alteração da glicémia em jejum, ou uma diminuição da tolerância à glicose, até se instalar o estado patológico de diabetes tipo 2. Este tipo de diabetes é o mais frequente a partir dos 40 anos de idade, e está associado à obesidade e aos estilos de vida pouco saudáveis (7). A diabetes de tipo 2 desenvolve-se habitualmente em adultos, tendo-se no entanto verificado nos últimos anos, uma ascensão de diagnósticos em crianças e jovens, em paralelo com o aumento da prevalência da obesidade. A doença é também mais comum em determinadas raças e etnias, como por exemplo os afro-americanos, hispano-americanos, americanos nativos, americanos asiáticos e islandeses do pacífico (1, 13, 14).

A diabetes também pode ser classificada em diabetes gestacional, que corresponde a um estado de hiperglicemia que se desenvolve durante o período de gravidez. Este aumento de glicémia está relacionado com mecanismos hormonais próprios desta fase. O que aqui sucede é que a placenta produz hormonas, que diminuem a ação da insulina, fazendo com que o pâncreas segregue mais inulina, de forma a manter a glicose materna em níveis normais. Este processo compensatório por parte do pâncreas, quando não é suficiente, desenvolve-se um aumento da glicémia. Nesta patologia, habitualmente os níveis de glicémia normalizam após o período da gravidez, comportando no entanto sérios riscos, para a mulher e para o feto. Valores elevados de glicémia podem levar a que o feto tenha mais peso do que o desejável, levando

também à ocorrência de um parto mais complexo. Por outro lado, existe ainda o risco de a criança nascer com complicações respiratórias, hipoglicémia e hiperbilirrubinemia. É ainda importante salientar que apesar de habitualmente este quadro clínico nas mulheres desaparecer após o parto, existe um risco aumentado de virem a desenvolver futuramente perturbações metabólicas da glicose (ex.: tolerância diminuída à glicose e diabetes) e de obesidade (6).

Existem ainda outros tipos específicos de diabetes, que correspondem a situações decorrentes de outros processos etiopatogénicos, como por exemplo:

- Defeitos genéticos específicos na secreção ou ação da insulina;
- Disfunções do pâncreas exócrino (Ex: pancreatite, neoplasia, fibrose quística);
- Endocrinopatias (Ex: acromegalia, doença de Cushing, hipertiroidismo);
- Infecções (Ex: rubéola congénita, citomegalovírus);
- Formas incomuns de diabetes de mediação imune (síndrome do “homem rígido”);
- Anticorpos antirreceptor de insulina;
- Síndromes genéticas ocasionalmente associados à diabetes (Ex: síndrome de Wolfram, síndrome de Down, síndrome de Turner, Porfíria) e
- Disfunção induzida por fármacos ou substâncias químicas (Ex: glucocorticoides, tiazinas, agonistas b-adrenérgicos, antipsicóticos, epinefrina, ácido nicotínico) (1,9,11,15,16,17,18).

2.2. Dados epidemiológicos

O envelhecimento da população, a alteração dos hábitos alimentares e a adoção de estilos de vida mais sedentários, levaram nos últimos anos ao aumento da prevalência e da incidência de doenças crónicas, nomeadamente da diabetes (19,20). A diabetes é considerada um problema de saúde pública de escala mundial, uma vez que afeta pessoas de todas as etnias e idades. A Internacional Diabetes Federation, estimou em 2014, a existência mundial de 387 milhões de doentes diabéticos, prevendo que em 2035, o número de diabéticos será de aproximadamente 592 milhões (13).

Por se tratar de uma doença que pode ser fatal, a diabetes provocou no ano de 2013, cerca de 5,1 milhões de mortes a nível mundial (13). O registo da mortalidade que ocorre devido à diabetes, tem sido mais elevado em países com baixos recursos socioeconómicos, nos quais domina um sistema de saúde precário, a dificuldade na acessibilidade aos serviços de saúde e consequentemente uma elevada não adesão à terapêutica (13, 21, 22).

Em Portugal o relatório anual de 2014, do Observatório Nacional da Diabetes, elaborado pela Sociedade Portuguesa de Diabetologia, estimou que a prevalência da diabetes numa

população de 7,7 milhões de indivíduos, cujo grupo etário variava dos 20 aos 79 anos, foi de 13.1%, ou seja mais de 1 milhão. Com base neste resultado, pode-se concluir que relativamente à taxa de prevalência total obtida no ano de 2009 (11,7%), se verifica um aumento de 1,4%, o que demonstra que a prevalência desta doença aumentou nos últimos anos. O mesmo estudo revela também um aumento no número de casos de pré-diabetes, que incluem as situações de alteração da glicémia em jejum e da tolerância diminuída à glicose. A mesma fonte salienta ainda, um aumento significativo da prevalência da diabetes com a idade do indivíduo. Na avaliação desta característica, o relatório conclui que mais de um quarto dos doentes da população estudada, pertenciam a uma faixa etária compreendida entre os 60 e os 79 anos. Relativamente ao género ficou esclarecido que a maioria dos doentes eram do sexo masculino. Um outro parâmetro avaliado foi o índice de massa corporal (IMC), tendo-se constatado que cerca de 90% dos doentes apresentavam um excesso de peso ou um estado de obesidade. Outros indicadores também foram simultaneamente estudados na população anteriormente referida. O número de internamentos hospitalares relacionados com as complicações diabéticas diminuiu nos últimos anos, assim como o número de casos de pé diabético e de amputações. Por sua vez, registou-se um aumento na despesa com os medicamentos antidiabéticos, e verificou-se um decréscimo no número de participantes que efetuaram o exame de retinografia, como meio preventivo (21).

De entre as diferentes etiologias diabéticas, a diabetes tipo 2, é aquela que representa cerca de 90% de todos os casos mundiais de diabetes. A sua incidência tem vindo a aumentar, devido ao aumento da longevidade, e à adoção de hábitos de vida pouco saudáveis, onde se inclui o sedentarismo e uma alimentação rica em açúcares e gorduras. A incidência desta patologia relaciona-se ainda com o aumento da prevalência da obesidade e do excesso de peso, das doenças cardiovasculares, das dislipidemias e da hipertensão arterial (13, 17, 23).

2.3. Apresentação clínica e critérios de diagnóstico da diabetes tipo 2

Existem sintomas que podem estar presentes no quadro clínico da diabetes tipo 2, como por exemplo: polidipsia, poliúria, polifagia, glicosúria, perda de peso, astenia, visão turva, disestesias, infeções recorrentes, e problemas de cicatrização de feridas. A intensidade dos sintomas depende do valor de hiperglicemia, ou seja os sintomas mais intensos estão geralmente relacionados com valores de glicemia mais elevados. No entanto é habitual a diabetes tipo 2 surgir de forma assintomática, ou pelo aparecimento de pequenos sintomas, que podem ser vagos, como a presença de formigueiro nas mãos e nos pés, e que são muitas das vezes desvalorizados pelo doente. O diagnóstico é geralmente efetuado quando são feitos exames de

rotina, ou quando surgem complicações decorrentes da própria doença (1, 6, 13, 24, 25). O diagnóstico da diabetes tipo 2, está por sua vez dependente da demonstração clínica de hiperglicemia, e desta forma ocorre quando está presente um dos seguintes critérios:

- Sintomas clássicos de diabetes e concentração de glicose plasmática casual superior ou igual a 200 mg/dl;
- Glicémia plasmática em jejum (≥ 8 horas) superior ou igual a 126 mg/dl;
- Concentração de glicose plasmática após 2 horas de ingestão de glicose (prova de tolerância oral à glicose – PTOG) superior ou igual a 200 mg/dl;
- Hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) superior a 6,5 % (parâmetro que permite determinar o índice das concentrações de glicose sanguínea a longo prazo, sendo útil para medir o risco de desenvolvimento de complicações diabéticas) (1,15, 25).

O diagnóstico da diabetes deve ser realizado aos indivíduos adultos, que demonstrem ter um índice de massa corporal superior a 25 kg/m², com um ou mais fatores de risco, e a adultos com mais de 45 anos sem fatores de risco, como forma de rastreio (1, 26).

A diabetes tipo 2 é uma doença progressiva, que se desenvolve geralmente de forma gradual ao longo do tempo. Muitas das vezes, desenvolve-se uma alteração fisiológica ao nível da glicémia sanguínea, que permanece durante vários anos, precedendo o diagnóstico da diabetes tipo 2. Esta situação clínica é definida como um estado de pré-diabetes, e corresponde a um potencial risco de um indivíduo poder desenvolver diabetes. Considera-se um caso de pré-diabetes, quando estão presentes as seguintes situações:

- Anomalia da glicémia em jejum (Glicose plasmática em jejum entre 100 e 125 mg/dl);
- Tolerância diminuída à glicose (Verificar os 2 seguintes critérios: 1. Glicose plasmática em jejum inferior a 126 mg/dl e 2. Concentração de glicose plasmática após 2 horas de ingestão de glicose (PTGO) entre 140 e 199 mg/dl (18, 25).

Os indivíduos que geralmente se encontram no estado de pré-diabetes são geralmente aqueles que apresentam excesso de peso, obesidade, hipertensão arterial e dislipidemias (18).

2.4. Principais fatores de risco da diabetes tipo 2

Existem diversos processos etiopatogénicos distintos que se relacionam com o desenvolvimento da diabetes tipo 2. A presença de algumas variantes genéticas podem originar alterações nas funções das células-beta pancreáticas, promovendo uma diminuição da tolerância à glicose. Estes genes podem ser transmitidos geracionalmente e a presença de história familiar de diabetes em primeiro grau, é considerado um fator de risco acrescido de desenvolvimento de diabetes tipo 2 (15). Pensa-se no entanto que a maioria dos doentes diabéticos tipo 2,

desenvolve a doença por apresentar uma predisposição poligénica, que atua em conjunto com um outro tipo de fatores etiológicos. Um dos fatores considerados, corresponde à idade do indivíduo, uma vez que a diabetes tipo 2 é uma doença cuja prevalência e incidência aumenta com a idade, nomeadamente a partir dos 45 anos. A condição física do indivíduo, no que se refere ao seu peso corporal é também um fator importante a avaliar. A presença de excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) ou de obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), particularmente a nível abdominal e com maior duração, é um fator de risco para o desenvolvimento da diabetes tipo 2 (6). A história clínica do doente deve ser um outro aspeto a ter em consideração, particularmente quando existe uma história prévia de doença cardiovascular (ex.: doença cardíaca isquémica, doença arterial periférica, doença cerebrovascular), de hipertensão arterial ($> 140/90\text{mmHg}$), de dislipidemia, e de colesterolemia (LDL: lipoproteína de baixa densidade $>130 \text{ mg/dl}$; HDL: lipoproteína de alta densidade $<35 \text{ mg/dl}$ e triglicéridos $> 250 \text{ mg/dl}$). Outras situações clínicas podem potenciar o aparecimento de diabetes tipo 2, nomeadamente as que se relacionam com a homeostasia anormal da glicose, como a tolerância diminuída à glicose, a alteração da glicose em jejum, a diabetes gestacional, e o síndrome de ovários poliquísticos, bem como o consumo de certos fármacos e químicos que podem induzir a diabetes (1, 17, 18).

Podem-se ainda incluir como fatores predisponentes, os fatores comportamentais e adquiridos, que são aqueles que se relacionam com o estilo de vida adotado pelo indivíduo. Neste sentido o tabagismo, o sedentarismo, a prática de uma dieta desequilibrada hipercalórica, onde impera o consumo excessivo de gorduras saturadas e de alimentos açucarados, assim como o excesso de peso, o stress e a qualidade do sono, são fatores determinantes para que ocorram alterações no metabolismo orgânico, aumentando a predisposição para o aparecimento de patologias, nomeadamente da diabetes tipo 2 (1, 27).

2.5. Complicações clínicas da diabetes tipo 2

Os doentes diabéticos tipo 2 podem desenvolver complicações clínicas, resultantes da persistência de um estado de hiperglicemia, ou devido à progressão da própria doença. Desta forma, as complicações podem ser agudas, como por exemplo a ocorrência de cetoacidose diabética, de coma diabético, de hipoglicemia ou de hiperglicemia. Estes estados de descompensação são cada vez menos frequentes, quando ocorre a adoção de um apropriado tratamento farmacológico. No entanto a terapêutica medicamentosa não restaura completamente a homeostasia metabólica, o que pode levar a longo prazo, ao aparecimento de lesões em vários tecidos, constituindo as complicações de caráter crónico (1, 6).

Como se pode verificar na figura 1.2 os principais tecidos e órgãos que são frequentemente afetados com a progressão da diabetes tipo 2, são os rins, os olhos, o coração, o sistema vascular, e os nervos periféricos (21).

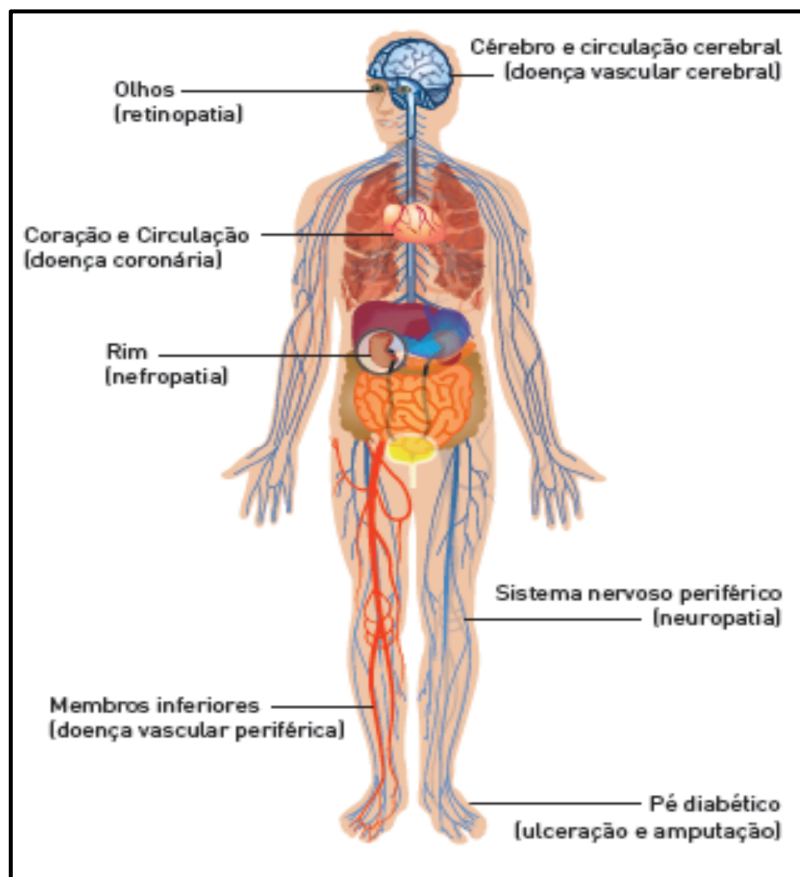


Figura 2.1: Principais complicações crônicas da diabetes tipo 2

Fonte: Sociedade Portuguesa de Diabetologia (21).

Do ponto de vista oftálmico, a diabetes tipo 2 pode provocar retinopatia, que consiste numa alteração nos pequenos vasos da retina, podendo em casos graves provocar a cegueira. Os rins são também um dos órgãos condicionados pela doença, ocorrendo nefropatia, como por exemplo a insuficiência renal. Ao nível da vascularização periférica, podem também ocorrer alterações, como por exemplo as parestesias, a dormência, os formigueiros, a dor, a diminuição da sensibilidade, a fraqueza nas mãos e nos pés e as úlceras que são habituais nos membros inferiores. O pé diabético é a afeição mais comum e grave, consistindo esta condição numa redução do fluxo sanguíneo, provocando arteriopatia e/ou neuropatia no pé, o que aumenta a possibilidade de desenvolvimento de úlceras e de infeções, provocando em casos extremos a necessidade de amputação do membro. É a principal complicação diabética responsável por muitos dos internamentos hospitalares. Os doentes diabéticos devem ser avaliados anualmente,

com o objetivo de serem detetadas lesões e alterações no pé. A obstrução arterial periférica, que é uma perturbação ao nível da circulação sanguínea nas pernas e nos pés, é igualmente comum nestes doentes (11, 27, 32). O sistema cardíaco é igualmente um potencial alvo de afeção na diabetes. As doenças cardiovasculares como por exemplo, o enfarte do miocárdio, a angina de peito, a doença coronária, a cardiopatia isquémica, a aterosclerose, o acidente vascular cerebral, e as complicações tromboembólicas, são comuns nos doentes diabéticos tipo 2, e são as principais responsáveis pela morbidade e mortalidade nestes doentes. De forma a reduzir o risco cardiovascular é essencial que o doente mantenha o controlo de alguns parâmetros fisiológicos, como a pressão arterial ($\leq 130/80$ mmHg), o colesterol total (< 190 mg/dl), o colesterol LDL (50 a 140 mg/dl), o colesterol HDL (> 40 mg/dl) e os triglicéridos (< 150 mg/dl) (1, 27, 28, 29, 30, 31).

O doente diabético é também mais propenso ao desenvolvimento de vários tipos de infeções, uma vez que a diabetes provoca alterações imunológicas, que comprometem a capacidade de defesa do organismo. Essas infeções podem ser de ordem dermatológica, urinária, vaginal, respiratória ou bucal. De forma a prevenir o aparecimento de uma infeção respiratória é aconselhável que o doente seja vacinado preventivamente contra a gripe e a pneumonia. Os problemas de pele são igualmente comuns e englobam a presença de pele desidratada e dificuldade na cicatrização de feridas. Esta patologia tem sido também associada à existência de disfunções sexuais, de alterações cognitivas e de demência, como por exemplo a doença de Alzheimer (1,15).

Pode-se assim concluir que a diabetes tipo 2 é considerada uma doença evolutiva, que afeta a qualidade de vida do doente, e que pode diminuir a sua esperança média de vida. O conhecimento de que a hiperglicemia crónica é a principal responsável pelo desenvolvimento das complicações, pressupõe que deve ser instituída uma terapêutica que promova o seu controlo (7, 11, 15).

2.6. Terapêutica farmacológica

A terapêutica farmacológica tem como principais objetivos aliviar os sintomas, normalizar a glicémia, retardar a progressão da doença, reduzir o risco de desenvolvimento de complicações, tratar morbidades e melhorar a qualidade de vida do doente diabético e a sua esperança média de vida (33). Do ponto de vista farmacoterapêutico os fármacos antidiabéticos orais, mais frequentemente utilizados na diabetes tipo 2, encontram-se subdivididos nas seguintes classes:

- Biguanidas;

- Sulfonilureias;
- Inibidores da DPP4 (dipeptidil peptidase-4);
- Tiazolidinedionas/Glitazonas
- Inibidores das alfa-glicosidases;
- Secretagogos da insulina (derivados da D-fenilalanina);
- Análogos da GLP-1 (peptídeo semelhante ao glucagon-1) (34, 35, 36).

Os fármacos pertencentes à classe das Biguanidas, exercem o seu mecanismo de ação sensibilizando os recetores insulínicos, permitindo deste modo aumentar a ação da insulina nos tecidos periféricos. A metformina é o fármaco mais utilizado neste grupo, sendo particularmente selecionado para os casos de obesidade, uma vez que também atua a nível hepático, inibindo a gliconeogénese e a glicogenólise. Este princípio ativo exerce ainda ação no músculo por aumentar a sensibilidade à insulina, e ao nível do intestino ao retardar a absorção de glicose. Demonstra também benefícios nos casos de doentes com dislipidémia ou com excesso de peso, por permitir aumentar a lipólise, levando à diminuição dos níveis de colesterol total, de LDL e de triglicéridos. Por sua vez, as Sulfonilureias exercem a sua ação terapêutica ao estimularem a secreção endógena de insulina pelas células beta-pancreáticas, por aumentarem a sua sensibilidade, promovendo também um aumento na capacidade de utilização da insulina pelos tecidos periféricos. Trata-se de um grupo de fármacos antidiabéticos propostos apenas aos doentes que apresentam um pâncreas funcional, sendo habitualmente a primeira opção de tratamento oral, nos casos de diabetes tipo 2 que não apresentam obesidade. Pertencem a esta classe farmacoterapêutica a glibenclamida, a gliclazida, a glipizida, e a glimepirida. A ação antihiper-glicemiante, pode ser ainda obtida através da inibição da enzima dipeptidil peptidase-4 (DPP-4), que inativa a atividade das incretinas, que são hormonas que regulam o equilíbrio orgânico da glicose. Ao inibir a enzima DPP-4, os níveis de incretinas aumentam, havendo uma melhor regulação da glicémia pós-prandial, por ocorrer um acréscimo na síntese e na libertação da insulina pancreática, e por ocorrer uma maior utilização periférica da glicose. Os fármacos que apresentam este mecanismo de ação, são a sitagliptina, a vildagliptina, a saxagliptina e a linagliptina.

A classe das Tiazolidinedionas, também conhecidas por Glitazonas, são úteis em situações de insulino-resistência, pois potenciam a sensibilidade à insulina em tecidos específicos. Um dos fármacos pertencentes a este grupo é a pioglitazona, que atua como um agonista do recetor gama ativado por proliferadores de peroxissoma (PPAR γ), promovendo um aumento da sensibilidade à insulina, ao nível do fígado, das células adiposas e musculares. Uma outra classe

de antidiabéticos orais consiste nos Inibidores das alfa-glicosidasas intestinais, na qual se inclui a acarbose, que retarda a digestão e a absorção dos hidratos de carbono provenientes da dieta, conduzindo a uma diminuição da glicémia pós-prandial, sem no entanto causar uma hipoglicémia. Por seu lado, a nateglinida é um fármaco antidiabético oral derivado da D-fenilalanina, e que actua como um secretagogo da insulina. Este antidiabético reduz a glicémia pós-prandial e a hemoglobina glicosilada, por estimular a secreção de insulina nas células beta-pancreáticas. Apesar de ter um mecanismo de ação semelhante ao das sulfonilureias, a nateglinida permite que a secreção de insulina seja sensível à glicose, o que leva a que o seu efeito diminua quando é adquirida a normoglicémia, permitindo evitar as situações de hipoglicemia. Este fármaco é geralmente utilizado em associação com a metformina, nos diabéticos que não conseguem um controlo glicémico através da dose máxima de metformina. Por sua vez, o fármaco designado por liraglutido pertence à classe farmacoterapêutica dos Análogos da GLP-1 (peptídeo semelhante ao glucagon-1), tendo sido introduzido recentemente no mercado farmacêutico. Os análogos da GLP-1 estimulam a síntese e a secreção da insulina, e promovem a redução da secreção de glucagon e o esvaziamento gástrico (9, 33, 34, 35, 36).

Existem ainda formulações de antidiabéticos orais que apresentam dois princípios ativos, que são úteis quando o doente não consegue obter o controlo da glicemia com um só composto. Estas associações apresentam-se vantajosas, no sentido de permitirem simplificar o tratamento, levando assim a um aumento da adesão à terapêutica medicamentosa. Como exemplo de algumas dessas associações temos:

- Glibenclamida e Metformina;
- Glimepirida e Pioglitazona;
- Metformina e Pioglitazona;
- Metformina e Sitagliptina;
- Metformina e Vildagliptina;
- Metformina e Saxagliptina (35, 36).

A administração de insulina pode ser necessária em alguns doentes, nas situações em que o controlo metabólico não é obtido através do recurso à terapêutica antidiabética oral, ou quando o doente apresenta um estado patológico em que a secreção da insulina se encontra comprometida. A sua administração é efetuada geralmente por via subcutânea, por se tratar de uma molécula sensível ao trato-gastrointestinal. Por norma a administração é realizada pelo próprio doente, com recurso a canetas que contêm o fármaco em cartuchos. A dose a administrar é ajustada de acordo com a quantidade de calorías ingeridas na alimentação, com o aumento da

atividade física, com a presença de doença concomitante ou com a existência de falhas a nível renal e/ou hepático. A classificação deste grupo de fármacos depende do início e da duração de ação. Relativamente à duração de ação, as insulinas podem classificar-se como sendo de ação ultrarrápida, que são aquelas que podem ser administradas imediatamente antes de uma refeição, uma vez que têm um início de ação muito rápido (cerca de quinze minutos). A sua duração é muito curta, mantendo-se no organismo por apenas duas a quatro horas. Incluem-se neste grupo de insulinas a insulina Aspártico (ex.:Novomix 30[®] e Novorapid[®]) e a insulina Lispro (ex.: Humalog[®]). Existem também preparações de ação curta que apresentam um início de ação entre os vinte e cinco a trinta e cinco minutos, e que podem ser administradas às refeições. A duração do fármaco no organismo é maior, tendo uma atuação de seis a oito horas. Neste contexto temos presente no mercado as insulinas Actrapid[®], Humulin Regular[®], Insuman Rapid[®] e a Mixtard 30[®]. Por sua vez, as insulinas de ação intermédia permitem que o início de ação ocorra entre uma a duas horas, mantendo o seu efeito por um período de dezasseis a trinta e cinco horas, o que permite que a sua administração seja de uma a duas vezes ao dia. Neste grupo inserem-se a insulina Humana (ex.: Insuman Basal[®]), a insulina Isofânica (Insulatard[®]), e as associações das insulinas Humana e Isofânica (ex.: Humulin M3[®]) e da Humana e Lispro (Humalog Mix[®]). Por fim as insulinas de ação longa, como a Glargina (ex.:Lantus[®]) e a Detemir (ex.: Levemir[®]), apresentam uma duração de ação que perdura por muito tempo no organismo e são geralmente administradas uma vez ao dia, sendo conjugadas por vezes com insulinas de ação curta ou de ação intermédia (35). Como principais reações adversas as insulinas podem originar estados de hipoglicémia, aumento de peso e lipodistrofia no local da administração (9, 34, 35).

2.7. Terapêutica não farmacológica e controlo da doença

A terapêutica no doente diabético tipo 2 é geralmente complementada com um conjunto de medidas não farmacológicas, que assentam na prática regular de hábitos de vida saudáveis, que devem ser esclarecidos, incentivados e reforçados no doente. A adoção destas medidas em complemento com os fármacos antidiabéticos, permite obter uma melhoria significativa do estado clínico do doente, nomeadamente no controlo do nível de glicémia, na prevenção das complicações e na promoção do bem-estar geral (9).

Faz parte da terapêutica não farmacológica da diabetes tipo 2, a prática regular de exercício físico, com uma duração mínima de 30 minutos, e com uma frequência de pelo menos três dias por semana. O exercício desta atividade promove a manutenção ou a perda do peso corporal, bem como permite um melhor controlo da glicémia, dos valores de pressão arterial, diminuindo

também o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (o aumento da atividade fibrinolítica, aumenta os níveis de lipoproteínas de alta densidade e diminui a quantidade de lipoproteínas de baixa densidade (9, 38). A prática de exercício físico permite ainda obter uma sensação de bem-estar a nível psicológico, aumentando a qualidade de vida do doente (37). Nos doentes que apresentam excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$), a redução do peso corporal é particularmente benéfica, pois permite obter um melhor controlo da glicémia, devido a ocorrer um aumento da atividade das células beta-pancreáticas, e de potenciar também uma diminuição da resistência dos tecidos à insulina (9, 38).

As necessidades calóricas devem também ser ajustadas, com a adoção de uma dieta saudável, variada e equilibrada, adaptada às necessidades energéticas do próprio doente. O plano alimentar deve restringir as gorduras saturadas, os hidratos de carbono, o colesterol, a sacarose e o sal, privilegiando as gorduras monoinsaturadas, os frutos e as hortícolas, as leguminosas, as fibras, as carnes magras e o peixe. Desta forma é possível obter um melhor controlo não só do nível de glicémia, mas também dos níveis de colesterol e de triglicéridos. Em certos doentes diabéticos tipo 2, que não sofram de carência de insulina, a terapêutica pode passar apenas pela implementação de uma dieta saudável e pela prática de exercício físico (9, 38).

Nos doentes diabéticos fumadores, deve ser aconselhada a abstenção do tabaco, pois este é um fator que prejudica gravemente o estado clínico do doente, para além de aumentar o risco de desenvolvimento de várias doenças como as doenças cardiovasculares e a hipertensão arterial (9, 38).

A diabetes tipo 2 é uma patologia que necessita de um controlo frequente, pelo que os doentes necessitam de monitorizar e de vigiar constantemente a concentração de glicose sanguínea. O procedimento de avaliar a glicémia é muitas das vezes efetuado pelo próprio doente, através do medidor da glicémia capilar, que permite avaliar a glicémia em jejum ou a glicémia ocasional. Esta medição torna-se útil para o controlo da doença, sendo essencial não só para se efetuarem ajustes na dieta, como para se determinar a dose de insulina a administrar (1,9).

De forma a complementar a monitorização, os doentes são sujeitos periodicamente a efetuarem análises clínicas ao sangue, de forma mais detalhada, sendo aqui avaliado os níveis de hemoglobina glicosídea (HbA1c) com uma periodicidade de 4 a 6 meses. Devem ainda ser sujeitos a controlo de outros parâmetros fisiológicos como por exemplo, a pressão arterial, o colesterol total, o colesterol LDL, o colesterol HDL, e o nível de triglicéridos (1,9).

3. ADESÃO À TERAPÊUTICA

3.1. Conceito de adesão à terapêutica

A adesão à terapêutica é definida como o comportamento de concordância do doente, face às recomendações de um profissional de saúde (2). O comportamento de adesão está presente quando o doente procura a ajuda de um profissional de saúde, quando adota um regime medicamentoso, ou quando promove alterações nos seus hábitos e estilos de vida. A adesão pode ser entendida deste modo, como o grau de conformidade entre as indicações dos profissionais de saúde e o comportamento do doente, no que se refere ao regime terapêutico (2). Este comportamento de concordância promove o benefício clínico, a eficácia e o sucesso na terapêutica instituída. O conceito considera ainda que o doente assume um papel ativo, dinâmico, responsável, flexível e de autogestão no seu tratamento. Desta forma o processo de adesão à terapêutica deve considerar o doente como um participante que se esforça para alcançar uma melhor saúde (2, 39, 40). Segundo Bugalho e Carneiro (2004) citados por Cabral et al. a adesão é considerada um “*sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervenção ativa e voluntária do doente que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue*” (39).

Nos modelos teóricos que explicam o conceito de adesão à terapêutica, encontra-se descrita a perspetiva de Leventhal e de Cameron (1987), que considera a existência de cinco principais teorias que explicam o comportamento de adesão, nomeadamente a:

- Teoria biomédica que assume que os doentes são passivos quanto às orientações médicas, e na qual a falta de adesão é explicada considerando apenas as características de personalidade do doente;
- Teoria comportamental que enfatiza a importância do reforço positivo e do reforço negativo, como um mecanismo para influenciar o comportamento. Trata-se de um modelo importante, quando se pretende que o doente adquira capacidades e treino, para realizar tarefas do regime terapêutico, por forma a se implementar um comportamento de adesão;
- Perspetiva comunicacional que salienta o estabelecimento de uma relação mais próxima e equitativa entre o doente e o profissional de saúde. Considera essencial o estabelecimento de boas práticas de comunicação, para que ocorra uma boa adesão do doente à terapêutica, dando ênfase à componente educacional;
- Perspetiva cognitiva que tem em consideração as variáveis e os processos cognitivos, e que considera que o comportamento humano é o resultado de um processo de

pensamento lógico e objetivo. Desta forma o doente pondera as consequências das ações por ele tomadas, que possam influenciar a sua saúde, e a

- Teoria de autorregulação, que enfatiza que o doente é um elemento capaz de autorregular os seus problemas de saúde, considerando também as variáveis ambientais que o rodeiam (2).

Uma outra abordagem, sugerida por Meichenbaum e Tu (1987), considera que existem fatores específicos que operam no comportamento de adesão. Neste sentido, os autores afirmam que são relevantes para a adesão à terapêutica, o conhecimento que o doente tem sobre a doença, assim como a sua crença e motivação no tratamento. Este modelo considera ainda, que a adesão será maior se o doente for estimulado e impulsionado através do fornecimento de informação (2). No entanto surge ainda um outro modelo, denominado de modelo de competências comportamentais, motivacionais e de informação, que acrescenta e realça a importância da informação disponibilizada ao doente, para o estabelecimento do comportamento de adesão. Esta perspetiva defende que deve ser fornecido ao doente o conhecimento básico sobre o seu estado de saúde, incluindo a forma como a doença se desenvolve, o seu percurso e as estratégias para a sua autogestão. O modelo engloba ainda o parâmetro motivacional e as competências comportamentais do indivíduo, considerando que a sua determinação e as suas competências pessoais, são necessárias para que este possa realizar com sucesso o comportamento de adesão. Segundo alguns estudos o referido modelo, tem sido capaz de alterar o comportamento de adesão, para resultados mais satisfatórios, em vários contextos clínicos (2).

Uma outra teoria desenvolvida por Prochaska e DiClement (1982) explica como deve ser efetuada uma mudança de comportamento, considerando cinco etapas, na qual os indivíduos progredem à medida que alteram os seus comportamentos. A primeira etapa corresponde à pré-contemplação, na qual o doente tem conhecimento da doença, mas não demonstra a intenção de mudar de comportamento. A fase seguinte denomina-se de contemplação, na qual o doente considera alterar o comportamento nos próximos seis meses, para que na fase seguinte denominada de preparação, seja efetuado um planeamento de mudança comportamental durante os próximos trinta dias. Posteriormente o doente passa à ação, aplicando o comportamento mais saudável. A fase final do processo corresponde à manutenção do novo comportamento ao longo do tempo (2).

3.2. Adesão à terapêutica no doente crónico

A cronicidade de uma patologia resulta de alterações fisiológicas no organismo que não são reversíveis, e que são responsáveis por algum tipo de incapacidade residual. Trata-se de um estado patológico permanente na vida do doente, e que requer um acompanhamento, uma supervisão e um regime terapêutico contínuo (7).

A adesão à terapêutica nos doentes crónicos tem demonstrado ser um dos principais problemas nos sistemas de saúde mundiais. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2003), a não adesão ao tratamento nos doentes crónicos, é de cerca de 50% nos países desenvolvidos. No entanto esta percentagem é ainda maior nos países em vias de desenvolvimento, devido à falta de diversos recursos e à existência de dificuldades na acessibilidade aos cuidados de saúde (2).

O comportamento de não adesão a um determinado regime terapêutico, tem tendência a aumentar significativamente, com o aumento da duração do tratamento e com a complexidade do mesmo. Muitos dos doentes crónicos são idosos, os quais apresentam geralmente várias patologias, que exigem um plano terapêutico complexo e contínuo. O não cumprimento das indicações dos profissionais de saúde afeta particularmente nestes doentes, a evolução e o prognóstico da patologia crónica. A baixa adesão à terapêutica é a principal razão para que não ocorra o benefício clínico, levando ao desenvolvimento de complicações, reduzindo a qualidade de vida do doente e promove custos adicionais no sistema de saúde (2, 41, 42).

3.3. Adesão à terapêutica no diabético tipo 2

A adesão à terapêutica no doente diabético tipo 2 pressupõe a adoção de comportamentos específicos de autocuidado, que são inerentes ao controlo da própria doença. Sendo reconhecido que o controlo glicémico pode reduzir o desenvolvimento de complicações e de morbilidades, a adesão à terapêutica engloba não só a toma da medicação prescrita e/ou a administração de insulina, mas também consiste na monitorização de alguns parâmetros fisiológicos (43). Para além destes pressupostos pode ainda ser aconselhado ao doente, a modificação de certos hábitos e estilos de vida (2).

O comportamento de adesão à terapêutica nos doentes diabéticos é assim fundamental para alcançar e manter um controlo metabólico adequado, e para reduzir a probabilidade de desenvolvimento de complicações a curto e a longo prazo (2). Trata-se de uma adesão terapêutica complexa, na qual é exigida responsabilidade ao doente (44). O doente diabético tipo 2 necessita ainda de exercer autocuidados que são necessários para controlar a sua doença, e que incluem mudanças no estilo de vida, que poderão ser difíceis de aceitar e de adotar (45).

O fato de a diabetes tipo 2 ser uma doença crônica, com uma exigência de cuidados permanentes específicos, é frequente encontrar situações de negligência no seu tratamento ou até mesmo o completo abandono do mesmo, ocorrendo desta forma comportamentos de não adesão (44, 46, 47, 48). Diversos estudos têm demonstrado que de uma forma geral os diabéticos apresentam dificuldade em aderir às recomendações dos profissionais de saúde, resultando muitas das vezes no descontrolo da própria doença (40,47,48,50). A adesão à terapêutica por parte destes doentes é um dos principais problemas detetados nos serviços de saúde, comprometendo os benefícios que a terapêutica pretende atribuir ao doente (Donnan, MacDonald & Morris, 2002, citado por Martins A) (46). Um estudo realizado por Cramer (2004) igualmente citado por Martins A. sobre a adesão à terapêutica medicamentosa em diabéticos concluiu que estes doentes, não cumprem a totalidade da posologia indicada pelo médico (46). Também uma outra investigação realizada por Ahmad et al. (2013), que ocorreu na Malásia, e que contou com a participação de 557 diabéticos de tipo 2, analisou o tipo de adesão à terapêutica e os fatores que estavam associados nos casos de não adesão. Os autores concluíram que as taxas de adesão à terapêutica foram baixas, concluindo que cerca de 53% dos doentes demonstraram ter comportamentos de não adesão (66). Por sua vez, estudos efetuados na Europa determinaram que apenas 28% dos doentes diabéticos apresentavam um correto controlo metabólico (2). A American Diabetes Association (ADA) determinou também que nos Estados Unidos da América, menos de 2% dos adultos diabéticos apresentavam um nível de cuidados adequado e completo (46). Um outro estudo realizado na Escócia em doentes diabéticos tipo 2, que se realizou entre Janeiro de 1995 e Setembro de 2001, determinou que existiu pouca adesão na administração de insulina, e que este comportamento teve consequências negativas no estado clínico dos doentes (47).

Uma investigação que pretendeu estudar o padrão terapêutico dos doentes diabéticos tipo 2, internados num hospital português, determinou que o agravamento do controlo metabólico observado nos doentes, poderia estar relacionado com uma diminuição da adesão do doente ao tratamento e à modificação no seu estilo de vida (37). Ainda em Portugal um outro estudo concluiu que apenas 90% dos doentes diabéticos diagnosticados estavam medicados e que destes apenas 37,5% demonstraram ter um bom controlo glicémico. Conclui-se portanto que em vários estudos nacionais e internacionais, se reporta uma pobre adesão à terapêutica, e que por este motivo parece existir um elevado número de doentes com um inadequado controlo glicémico (43). O fato de a diabetes tipo 2, por vezes não apresentar uma sintomatologia muito evidente, faz com que o doente não considere relevante o tratamento. Para além disso, o índice de não adesão à terapêutica torna-se também mais relevante, quando faz parte da terapêutica a

alteração de hábitos que estão estabelecidos no doente, como por exemplo o deixar de fumar ou o diminuir a ingestão de alimentos (49, 50). Em 2006, Delameter citado por Malta J. com o estudo Diabetes Attitudes, Whishes and Neeeds, determinou que a adesão à terapêutica medicamentosa foi de 78%, a adesão à monitorização da glicémia foi de 64%, a adesão à dieta de 37% e à prática de exercício físico de 35% (51). Estes estudos vêm confirmar que existe uma tendência em os doentes aderirem mais ao regime medicamentoso do que a alterações no seu estilo de vida (51). Por sua vez, a terapêutica da diabetes propõe a melhoria dos sintomas e o controlo metabólico e não a cura da patologia, o que desmotiva muitos dos doentes (49, 50).

Os doentes diabéticos apresentam geralmente outras comorbilidades associadas, o que faz com que os seus regimes terapêuticos sejam mais complexos, representando um desafio ainda maior, quanto à sua adesão. Algumas das patologias que podem estar presentes, como por exemplo a hipertensão arterial, a obesidade e a depressão, são também conhecidas por terem geralmente baixos níveis de adesão à terapêutica, o que aumenta a probabilidade de os resultados do tratamento serem pobres. Um estudo realizado por Ahmead et al (2013) citado por Martins A. determinou que os doentes diabéticos com comorbilidades e que geralmente têm que tomar fármacos de diferentes grupos, como os anti-hipertensivos, dislipidémicos ou antiplaquetários, foram menos aderentes ao regime terapêutico, do que um outro grupo de doentes, apenas com diagnóstico de diabetes tipo 2 (46).

3.4. Fatores associados à não adesão à terapêutica

A falta de adesão à terapêutica ocorre quando o comportamento ou a atitude do doente, não é concordante com as indicações propostas por um dado profissional de saúde. Esta não concordância pode estar presente não só na não adesão ao regime medicamentoso, como também no incumprimento de consultas médicas, de exames clínicos, ou no não seguimento de estilos de vida saudáveis. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2003), a problemática da adesão à terapêutica encontra-se presente em todas as situações de autoadministração da terapêutica, independentemente do tipo de doença, da sua gravidade e da acessibilidade do doente aos cuidados de saúde (2).

O sistema de saúde atual deve estar atento, ao aparecimento de fatores que possam influenciar negativamente, o comportamento de adesão à terapêutica. O nível e adesão à terapêutica é assim determinado e influenciado por vários fatores interativos, os quais incluem, as características do próprio indivíduo (fatores demográficos, sociais, culturais e económicos), as características relativas à doença (estado clínico e regime terapêutico prescrito) e os fatores

relacionados com a relação do doente com o sistema de saúde que o acompanha (acessibilidade e relação com os profissionais de saúde) (52, 55).

Relativamente aos fatores que se relacionam com o próprio indivíduo, pode-se salientar a questão da idade, como um fator importante associado à não adesão à terapêutica. Alguns estudos, defendem que a não adesão é um problema que ocorre em qualquer faixa etária, enquanto outros determinam que com o aumento da idade, os doentes tendem a ser mais aderentes à terapêutica instituída. No entanto outras versões com opinião contrária coexistem, determinando que a população idosa é aquela que demonstra mais dificuldades na adesão à terapêutica. A não adesão ao regime terapêutico nos doentes idosos é particularmente preocupante, pois são doentes que têm um estado clínico mais debilitado e frágil, muitas das vezes a conviver com várias patologias crónicas, que requerem um regime medicamentoso complexo e contínuo. Também são doentes que apresentam uma diminuição das suas capacidades locomotivas e muitas das vezes alterações cognitivas, que afetam significativamente o seu comportamento de adesão ao tratamento (2, 39, 53).

Existem ainda outros importantes fatores individuais que funcionam como barreiras à adesão à terapêutica. Um dos fatores relaciona-se com a disponibilidade socioeconómica do doente (ex.: desemprego, baixo rendimento, falta de estabilidade laboral), que dificulta a aquisição dos medicamentos prescritos. Por sua vez, as habilitações académicas do doente podem condicionar a sua perceção e entendimento, do regime de tratamento instituído. As crenças, perceções e expectativas de saúde são igualmente fatores que podem influenciar o comportamento de adesão à terapêutica, assim como a falta de apoio social e comunitário (39, 44, 46). Um estudo efetuado pela Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (APIFARMA) determinou na população portuguesa, os principais fatores intrínsecos ao doente, que afetam negativamente o complexo processo de adesão à terapêutica. Como podemos verificar na tabela 3.1 o esquecimento é o principal fator causal de não adesão à terapêutica, na população portuguesa. Ao relatarem este fator, os doentes referem que o esquecimento está relacionado com o momento da toma dos medicamentos e também em certos casos com o esquecimento da informação fornecida pelos profissionais de saúde, sobre como e quando a terapêutica deverá ocorrer. No entanto neste estudo, outro tipo de fatores individuais se destacam, como por exemplo: a preguiça, o de não querer ou não gostar de tomar medicamentos, o de adormecer antes da hora a que devia tomar os fármacos, a falta ou diminuição da motivação, a ausência de perceção da necessidade da terapêutica, e a desconfiança em relação à obtenção de resultados benéficos (39).

Tabela 3.1: Principais motivos que podem levar os doentes portugueses a não seguirem totalmente as indicações médicas. Fonte: Associação Portuguesa da Indústria Portuguesa (APIFARMA) (39).

Principais Fatores individuais que podem levar os doentes portugueses a não seguirem totalmente as indicações médicas						
Principais Motivos	Principal razão		Segunda Razão		Terceira Razão	
	n	%	n	%	n	%
Esquecimento	654	46,7	200	14,3	101	7,2
Adormecer antes das horas em que deve tomar a medicação	60	4,3	146	10,4	39	2,8
Preguiça em tomar os medicamentos	105	7,5	132	9,5	86	6,2
Falta de instrução/Conhecimento	97	6,9	152	10,8	109	7,8
Estar fora de casa ou longe do local onde tem os medicamentos (não planear)	36	2,5	111	7,9	107	7,7
Alterações na rotina	19	1,4	69	4,9	80	5,7
Não ter tempo/Estar ocupado	34	2,4	101	7,2	87	6,2
Falta de recursos económicos/Ser caro	261	18,6	245	17,5	168	12,0
Fortes crenças religiosas ou culturais sobre a saúde e os tratamentos	5	0,4	9	0,6	15	1,1
Por o doente estar deprimido	8	0,6	14	1,0	25	1,8
Por não querer tomar medicamentos/Não gostar de tomar medicação	92	6,6	96	6,8	179	12,8
Falta de apoio emocional	8	0,6	22	1,6	41	2,9
NS/NR	21	1,5	105	7,5	362	25,8
Total	1400	100,0	1400	100,00	1400	100,00

Um outro estudo realizado na população portuguesa, recrutou em farmácias comunitárias, 375 doentes de várias patologias, que foram alvo de um inquérito (Medida de Adesão aos Tratamentos) que pretendeu avaliar o número de medicamentos prescritos e o número de medicamentos realmente adquiridos pelos próprios doentes, ou seja, pretendeu avaliar a adesão primária à terapêutica. Foi considerado um comportamento de não adesão quando o doente não aviava exatamente o que estava definido no receituário, tendo sido analisados os motivos que justificavam esse comportamento. Os autores verificaram que as justificações mais frequentemente relatadas pelos doentes não aderentes, se relacionavam com a existência de dificuldades financeiras e com a presença de sobras de medicamentos, de prescrições passadas.

Os autores também consideraram como situações de não adesão à terapêutica, quando o doente adquiria toda a medicação, mas confirmava que no entanto não cumpria a toma indicada, ou que não o fazia conforme lhe tinha sido indicado pelo médico e/ou pelo farmacêutico. Este estudo concluiu que entre os 375 doentes, se obteve uma percentagem de 22,8 % de comportamentos de não adesão primária, que consistia em não adquirir na totalidade os medicamentos previstos (54).

Os fatores relacionados com a patologia são também relevantes, uma vez que também podem influenciar o comportamento de adesão à terapêutica. Esses fatores incluem o grau de evolução da patologia, a sua cronicidade, o estado clínico do doente, a severidade dos sintomas e a presença de outras comorbilidades. Para além destes fatores a não adesão à terapêutica é também influenciada pela complexidade do regime terapêutico. Quanto mais complexo e prolongado é o tratamento e ainda quando exige mudanças significativas na rotina do doente, maior a probabilidade de existirem problemas de adesão. Por sua vez, quando o tratamento instituído provoca algum tipo de efeito adverso, ou quando o doente não verifica uma melhoria dos sintomas, o comportamento de adesão é geralmente afetado. No entanto também existem doentes que ao sentirem uma melhoria no seu estado clínico, abandonam a terapêutica. Realçam-se também outros fatores como a dificuldade em tomar os medicamentos de acordo com a prescrição, o fato do doente duvidar da eficácia do tratamento, o de não querer conjugar a medicação com o álcool/substâncias, e de ocorrer uma administração incorreta do fármaco (39, 42).

As características do próprio fármaco, a forma farmacêutica e o seu modo de administração são igualmente fatores condicionantes na adesão, pois a toma de comprimidos de grandes dimensões, de sabor desagradável, ou uma administração pouco cómoda para o doente, influenciam negativamente o cumprimento terapêutico. Os problemas de adesão estão também presentes quando o regime terapêutico é caracterizado pela existência de doses elevadas, ou quando existem situações em que ocorrem alterações constantes na terapêutica (2, 42).

O problema de adesão à terapêutica contempla também as situações em que existe uma excessiva utilização da medicação, uma vez que este comportamento aumenta o risco de desenvolvimento de efeitos secundários, podendo provocar problemas de toxicidade, o que consequentemente leva a uma falta de adesão ou abandono da terapêutica. A automedicação, na qual o doente adota por sua iniciativa um dado tratamento, é igualmente uma problemática de adesão à terapêutica (46).

Um outro grupo de fatores cada vez mais reconhecido, como sendo determinante para a adesão à terapêutica, diz respeito aos que estão relacionados com os profissionais de saúde e

com os serviços de saúde. Enquadram-se aqui como principais fatores responsáveis pelos comportamentos de não adesão à terapêutica, os sistemas de saúde pouco desenvolvidos, o número insuficiente de consultas e de serviços, os sistemas precários de distribuição de medicamentos, a falta de seguimento terapêutico, e a insuficiente formação dos profissionais de saúde, na gestão da adesão ao tratamento (2, 39). O tipo de relação estabelecida entre o profissional de saúde e o doente é determinante para que ocorra uma boa adesão do doente à terapêutica instituída. Uma relação próxima e baseada na confiança permite negociar o regime terapêutico, discutir a adesão e prever um acompanhamento do tratamento. Deve ainda imperar uma comunicação assertiva e empática, de forma a poder transmitir da melhor forma as informações clínicas. A linguagem utilizada deve ser apropriada ao nível educacional e à capacidade cognitiva do doente. Nesta interação o profissional de saúde deve ser sensível e atento ao comportamento do doente, prestando atenção à possibilidade de os doentes não estarem a cumprir as indicações clínicas, tal como lhe foram indicadas. Desta forma os profissionais de saúde têm a responsabilidade de detetar e corrigir tais desvios comportamentais, podendo minimizar as consequências da não adesão (2, 39, 42, 46).

3.5. Principais consequências da não adesão à terapêutica

A falta de adesão à terapêutica é uma das principais causas para a perda de qualidade de vida, e para o aumento da morbilidade e da mortalidade. Este comportamento pode afetar significativamente o quadro clínico do doente diabético, levando ao descontrolo metabólico e a uma conseqüente progressão da doença, aumentando a probabilidade de desenvolvimento das complicações clínicas (56, 57).

De acordo com Hanauer e Davis (2011) citado por Martins A., os doentes crónicos apresentam uma maior insatisfação com a sua saúde, quando comparados com a população em geral. Neste estudo foi ainda esclarecido que nestes doentes os que apresentavam problemas de adesão à terapêutica, estavam mais suscetíveis a maiores problemas de saúde e a um maior descontrolo da sua patologia (46). Em termos farmacocinéticos e farmacodinâmicos a não adesão à terapêutica, eleva também o risco de desenvolvimento de resistências aos fármacos (44).

As conseqüências abrangem também o sistema de saúde, no sentido de que um doente com um comportamento de não adesão à terapêutica é um doente mais frágil do ponto de vista clínico, recorrendo mais frequentemente ao hospital e ao posto de saúde, aumentando os custos médicos e a utilização excessiva dos serviços clínicos. Os elevados gastos em saúde, estão associados ao desenvolvimento de complicações que resultam diretamente da diabetes, e ao

elevado risco cardiovascular que está presente nestes doentes. O número de doentes diabéticos hospitalizados têm vindo a crescer, e em geral apresentam-se com outras comorbilidades, necessitando de assistência médica acrescida. Esta população clínica apresenta ainda em média um tempo de internamento superior quando comparada com a população não diabética. Uma outra consequência do aumento das consultas de urgência é o fato de aumentarem as prescrições de fármacos muitas das vezes desnecessários, potenciando a probabilidade de aparecimento de efeitos secundários e de reações adversas (44).

3.6. Metodologias de avaliação da adesão à terapêutica

A avaliação do comportamento de adesão é benéfico pois permite o planeamento de um tratamento mais eficaz e eficiente. O que se pretende analisar é o grau de adesão à terapêutica, ou seja, a forma como o doente se comporta em relação às recomendações dos profissionais de saúde, não só em relação ao regime medicamentoso, mas também às indicações relacionadas com a dieta, com o exercício físico e com outras mudanças nos hábitos de vida (2).

Os métodos avaliativos do comportamento de adesão encontram-se classificados em métodos diretos e em métodos indiretos. Os métodos diretos incluem a medição dos metabolitos dos medicamentos ou dos marcadores químicos de maior prevalência, nos fluidos orgânicos, com o intuito de se comprovar a toma da medicação. Estes métodos permitem ainda avaliar se a dose tomada foi a correta (56, 58). Seguidamente no quadro 3.1, encontram-se resumidos os principais métodos avaliativos diretos, com as respetivas vantagens e desvantagens.

Quadro 3.1: Principais tipos de métodos avaliativos diretos da adesão à terapêutica. Fonte: Adaptado de Costa et al (56).

Metodologia de Avaliação Direta da Adesão à Terapêutica		
Tipos de Métodos Diretos	Vantagens	Desvantagens
Observação direta do doente que recebe a medicação (toma assistida).	Método preciso.	Os doentes podem esconder os comprimidos na boca, e posteriormente rejeitá-los.
Avaliação do fármaco/metabolitos, no sangue ou urina (Monitorização de níveis plasmáticos).	Método objetivo.	Podem ocorrer variações no metabolismo. O fato de o doente voltar a tomar a medicação em dias anteriores ao exame, pode levar à obtenção de um resultado falso. É pouco económico.
Avaliação de marcadores bioquímicos.	É objetivo e em ensaios clínicos pode ser utilizado para avaliar o ensaio de placebo.	Método dispendioso e sujeito à recolha de fluidos biológicos para análise.

De um modo geral os métodos diretos caracterizam-se por serem mais específicos e sensíveis do que os métodos indiretos. No entanto as suas principais desvantagens relacionaram-se com o fato de serem difíceis de colocar em prática na maioria dos contextos clínicos, e a sua interpretação ser considerada complexa (46).

Por sua vez os métodos indiretos, que são os mais utilizados na atualidade, incluem os questionários (orais ou escritos) aplicados ao doente, a contagem de comprimidos que o doente ainda possui, a monitorização eletrónica da medicação, bem como o seguimento do aviamento de prescrições médicas (56, 58). O tipo de métodos que avaliam indiretamente a adesão à terapêutica encontram-se descritos seguidamente no quadro 3.2.

Quadro 3.2: Principais tipos de métodos avaliativos indiretos da adesão à terapêutica. Fonte: Adaptado de Costa et al (56).

Metodologia de Avaliação Indireta da adesão à Terapêutica		
Tipos de Metodologia Indireta	Vantagens	Desvantagens
Questionários e entrevistas efetuadas aos doentes. Auto relatos de doentes	Método mais utilizado e útil na avaliação clínica. Económico e simples de aplicar.	São suscetíveis a erros quando são espaçados durante muito tempo. Se for extenso não é muito aplicável na prática. Os resultados podem ser distorcidos pelo doente.
Monitorização e contagem de comprimidos.	Método quantificável e objetivo, sendo de execução fácil.	O doente pode alterar facilmente os dados a recolher. O método não informa sobre o intervalo entre doses.
Renovações das prescrições e aviamento na farmácia.	Permite uma fácil obtenção dos dados e é objetivo.	A repetição de receitas médicas não significa que o doente tenha tomado a medicação. É um método adequado para sistemas de saúde fechados.
Análise de resultados clínicos	É simples e de fácil aplicação.	Para além da adesão à terapêutica, podem existir outros fatores que influenciam a resposta clínica do doente.
Monitorização eletrónica e Dispositivos eletrónicos de medicação.	Método de grande precisão, permitindo a fácil quantificação dos resultados. Promove o rastreio da toma da medicação, com informação completa sobre o intervalo entre as doses e dos dias em que o doente não toma a medicação.	É um método com elevado custo económico. Exige visitas continuadas e requer que os dados recolhidos sejam descarregados para o computador.
Avaliação de parâmetros fisiológicos.	Aplicação fácil.	Os marcadores fisiológicos podem não estar presentes, por motivos, que não estejam relacionados com a toma da medicação (ex.: situações de aumento do metabolismo, baixa absorção, ausência de resposta terapêutica).
Registo efetuado diariamente pelo doente.	É um útil auxiliar de memória.	O registo pode ser facilmente alterado pelo doente.

Nos métodos indiretos, os mais utilizados na prática clínica são os questionários, as entrevistas e os relatos do doente. Os questionários têm a principal vantagem de terem uma fácil aplicação, e de serem um método que permite uma rápida recolha da informação. No entanto, a sua principal desvantagem relaciona-se com a falta de fiabilidade, e com a pouca sensibilidade e especificidade, uma vez que os doentes podem omitir e distorcer os dados a analisar (46).

Para a obtenção de um estudo mais completo e fiável é preferível a utilização de diferentes tipos de métodos, ou seja, devem ser utilizados tanto métodos diretos como métodos indiretos. A combinação de ambos os tipos permite interpretar da melhor forma a adesão dos doentes, a um certo fármaco ou a um grupo de fármacos, de forma qualitativa (Aderente /Não Aderente) ou através de uma taxa expressa em percentagem, que represente a adesão à terapêutica (2, 57).

4. INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA NA ADESÃO À TERAPÊUTICA

4.1. O farmacêutico e os cuidados de saúde primários

O farmacêutico é atualmente não só um especialista do medicamento, mas também um profissional com responsabilidades sociais e comunitárias. Encontra-se na primeira linha dos cuidados de saúde primários, atuando como um promotor de saúde. Na sua atividade deverá exercer um papel ativo e dinâmico, de forma a fornecer cuidados de saúde otimizados. De acordo com o código deontológico farmacêutico, *“o farmacêutico é um agente de saúde, cumprindo-lhe executar todas as tarefas que ao medicamento concernem, todas as que respeitem às análises clínicas ou análises de outra natureza de idêntico modo suscetíveis de contribuir para a salvaguarda da saúde pública e todas as ações de educação dirigidas à comunidade no âmbito da promoção da saúde”* (59). Desta forma o farmacêutico tem a responsabilidade de assegurar a saúde e o bem-estar do doente, de promover a sensibilização e a educação do utente para a utilização racional dos medicamentos e para a adoção de estilos de vida saudáveis, devendo também ser capaz de detetar problemas de saúde e de identificar sinais de alerta (60).

Na atualidade o farmacêutico promove na sua intervenção o seguimento farmacoterapêutico e o acompanhamento ativo da patologia do doente. Atua igualmente como um agente social, no qual os utentes depositam confiança, e procuram apoio para problemas sociais e familiares. É ainda da sua responsabilidade a identificação e o encaminhamento de utentes que necessitam de ajuda específica, para a rede de apoio social ou familiar (62, 63).

As farmácias comunitárias são consideradas o serviço de saúde com maior acessibilidade, localizadas no seio das comunidades a que pertencem. Estão amplamente distribuídas em termos geográficos, possibilitando a resposta às necessidades de toda a população. São consideradas os locais preferenciais dos cidadãos para a deteção inicial da doença, para o controlo e monitorização de terapêuticas, para a obtenção de informação, aconselhamentos e apoios em saúde. As farmácias de hoje otimizam o uso adequado e responsável do medicamento, e oferecem uma maior disponibilidade de serviços farmacêuticos, como por exemplo a determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos, a preparação individualizada da medicação, o serviço de intervenção farmacêutica, e os cuidados farmacêuticos. Muitas delas englobam ainda a oferta de serviços que são prestados por outros profissionais de saúde, como o serviço de nutrição, de pé diabético, de podologia e de enfermagem. Fornecem ainda apoio domiciliário, administração de medicamentos (ex.: vacinas

e injetáveis), administração de primeiros socorros e projetos de intervenção na comunidade (60, 61, 64, 65).

4.2. Os doentes crónicos e a adesão ao regime terapêutico

Os profissionais de saúde devem estar em alerta para a problemática da não adesão à terapêutica, nos doentes crónicos que acompanham. O farmacêutico sendo um prestador de cuidados de saúde primários, tem a possibilidade de detetar precocemente nestes doentes o comportamento de não adesão à terapêutica. No sentido de minimizar esta problemática, o farmacêutico comunitário desempenha um importante papel no fornecimento de assistência, de informação e de aconselhamento sobre o tratamento implementado no doente crónico, bem como na promoção e na otimização da adesão à sua terapêutica (56).

As intervenções farmacêuticas que permitem melhorar a adesão à terapêutica no doente crónico, e que permitem alcançar melhores resultados clínicos, devem ser adaptadas ao doente, e devem combinar idealmente as estratégias de carácter educativo e comportamental. As estratégias educativas que permitem melhorar os comportamentos de adesão nos doentes crónicos, passam por transmitir a informação e o conhecimento adequados sobre a patologia, sobre a medicação prescrita e sua posologia, bem como sobre os benefícios terapêuticos, os possíveis efeitos secundários e as complicações agudas e crónicas, que podem surgir nas situações de não adesão ao tratamento. As medidas educativas e de aconselhamento permitem ainda proporcionar no doente crónico, a autogestão da própria terapêutica, uma vez que a maior parte dos cuidados prestados a nível crónico, exigem que os doentes estejam envolvidos no seu próprio autocuidado terapêutico. A motivação e o empenho no tratamento devem ser igualmente fomentadas no doente, não só no início de uma terapêutica, como também na sua manutenção e controlo. A atuação farmacêutica deve também privilegiar as estratégias comportamentais que permitem aumentar as capacidades de autogestão e de autorregulação no doente. Neste sentido podem ser sugeridos a elaboração de lembretes, e a monitorização contínua da terapêutica. Também é importante o estabelecimento de objetivos terapêuticos, o apoio social, a prevenção de recaídas, e o rastreio de possíveis efeitos adversos e de problemas relacionados com os medicamentos. Estas estratégias de intervenção farmacêutica podem ser extensíveis às pessoas cuidadoras destes doentes, promovendo a sua educação e a definição de objetivos, para garantir o máximo benefício e a segurança terapêutica (56, 57, 63, 65).

Nos casos em que doente sente dificuldade em cumprir o regime terapêutico, por este não se adaptar à sua rotina, o farmacêutico pode sugerir ao médico um ajuste da terapêutica, para que a adesão seja mais facilitada. O plano estratégico a implementar deve ter assim como

propósito diminuir os comportamentos de não adesão ao tratamento, para que seja alcançado um melhor estado de saúde, e reduzir os custos desnecessários em consultas de urgência e em medicamentos (56).

4.3. Prevenção da diabetes tipo 2 e identificação de doentes diabéticos

A farmácia comunitária é um local que exerce ações que pretendem prevenir a doença e promover a saúde da população. A prevenção da diabetes tipo 2 tem sido uma crescente preocupação por parte do farmacêutico comunitário, uma vez que se trata de uma patologia com uma elevada incidência. Neste sentido as farmácias comunitárias portuguesas têm promovido cada vez mais ações que se destinam à prevenção desta patologia, que consistem na sensibilização para os fatores de risco e para os sintomas precoces de diabetes, de estados de tolerância diminuída à glicose e de anomalias de glicémia em jejum. A informação é fornecida não só de forma oral através de aconselhamentos e de palestras educacionais sobre a saúde, como também é habitualmente complementada com recurso a folhetos e a revistas (67). Uma outra medida preventiva consiste na realização de rastreios, que medem a glicémia em jejum e/ou ocasional, e outros parâmetros fisiológicos, e que permitem a identificação precoce de possíveis doentes. Sendo a diabetes tipo 2 uma doença muitas das vezes silenciosa, leva a que existam na população doentes que não estão identificados, ou seja, doentes que não sabem que sofrem desta patologia. Desta forma, a intervenção e identificação precoce dos doentes diabéticos tipo 2 permite a realização de intervenções terapêuticas mais eficazes, diminuindo o risco de desenvolvimento de complicações (19).

O farmacêutico deve tomar particular atenção aos utentes que apresentam fatores de risco associados à diabetes, como a presença de um índice de massa corporal (IMC) superior ou igual a 25 kg/m², a presença de hipertensão arterial, o fato de ter um familiar de primeiro grau com diagnóstico de diabetes, ter história clínica de diabetes gestacional ou demonstrar a presença de sintomas típicos como a polidipsia, polifagia e/ou poliúria (19).

Para a autovigilância e autocontrolo da diabetes, as farmácias devem disponibilizar um local específico para a realização dos parâmetros fisiológicos (ex.: medição da glicemia capilar, colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, pressão arterial). Após a avaliação o farmacêutico deve informar os utentes sobre quais os valores adequados para o parâmetro medido, indicar com que frequência devem ser realizados e, em caso de resultados menos satisfatórios, redirecionar o utente para uma consulta médica (67).

4.4. Os doentes diabéticos tipo 2: monitorização e informação periódica

O farmacêutico comunitário tem um importante papel na monitorização da diabetes tipo 2, não só ao nível do controlo metabólico, como também na supervisão e no acompanhamento terapêutico. A atuação farmacêutica engloba assim várias vertentes, tendo sempre como principal objetivo a melhoria do estado de saúde do doente, e a obtenção de uma melhor qualidade de vida (19).

Na farmácia comunitária o doente diabético tipo 2 pode controlar o seu peso corporal, determinar a glicémia capilar, o colesterol total, os triglicéridos (ou até mesmo realizar análises sanguíneas dos parâmetros bioquímicos, no caso de a farmácia ter parceria com um laboratório), medir os valores de pressão arterial, e avaliar alterações vasculares e de sensibilidade na consulta de pé diabético, disponível em algumas farmácias. Para além da dispensa da medicação antidiabética, o farmacêutico pode completar a sua intervenção com a indicação de medidas não farmacológicas adaptadas ao doente, nomeadamente as que se relacionam com o regime alimentar, prática de exercício físico e cessação tabágica (26).

É ainda da responsabilidade do farmacêutico estar atento a situações de reações adversas e ao surgimento de problemas relacionados com os medicamentos. Tais situações graves e inesperadas, devem ser devidamente registadas, avaliadas e reportadas às Unidades de Farmacovigilância ou à Direção de Gestão do Risco de Medicamentos do INFARMED I.P. (68).

Periodicamente o farmacêutico deve efetuar uma revisão da terapêutica, incluindo a totalidade da medicação que o doente diabético se encontra a tomar. Esta intervenção permite detetar por exemplo, erros de medicação, de interações medicamentosas, de resultados clínicos negativos e de adesão. No caso de serem detetadas situações de não conformidade, o farmacêutico tem a responsabilidade de implementar medidas que visam a sua resolução (19).

A atuação farmacêutica pode ainda englobar ações que promovam a educação e a sensibilização do doente diabético, para a importância do cumprimento do regime terapêutico. O doente diabético deve compreender todos os aspetos relacionados com a sua doença e com a sua terapêutica, pois desta forma existe uma maior probabilidade de ocorrer um comportamento de adesão que promova resultados clínicos positivos. A educação sobre a terapêutica é assim fundamental e consiste em educar o doente sobre:

- Usar corretamente os medicamentos prescritos;
- Administrar a insulina;
- Objetivo da terapêutica (indicação e efetividade) e seus benefícios;
- Posologia e esquema terapêutico;

- Possíveis efeitos adversos, precauções, contraindicações e interações medicamentosas;
- Armazenamento e conservação da medicação (26).

De forma a tornar o doente diabético mais autónomo no controlo da diabetes, faz também parte do papel do farmacêutico educar o doente na realização do autoexame de controlo da glicemia capilar. Torna-se essencial explicar ao doente ou ao seu cuidador, a utilização correta do aparelho de determinação da glicémia, a frequência da medição e a importância do registo dos valores obtidos para posterior avaliação por parte do farmacêutico ou de outro profissional de saúde. Na presença de dúvidas na utilização do aparelho de medição da glicémia, o farmacêutico deve solicitar que seja o próprio doente a realizar a medição da glicémia na farmácia, para que se verifique o procedimento. O correto controlo deste parâmetro é particularmente importante no doente diabético, uma vez que é uma medição fundamental para o ajuste de doses da alimentação e de insulina (26).

4.5. A deteção e o acompanhamento de situações de não adesão à terapêutica nos doentes diabéticos tipo 2

A não adesão à terapêutica por parte do doente diabético promove uma série de consequências negativas, entre as quais o insucesso terapêutico, o agravamento do estado clínico do doente, o descontrolo glicémico, o aumento do risco de desenvolvimento de complicações, o aumento de gastos em saúde, o sofrimento físico e psicológico, a toma desnecessária de medicamentos e o aumento do risco de toxicidade (70). A deteção e a identificação de situações de não adesão à terapêutica torna-se assim fundamental, estando o farmacêutico na posição ideal para intervir.

A intervenção farmacêutica no doente diabético tipo 2 deve portanto incluir uma avaliação do comportamento de adesão do doente, relativamente ao regime medicamentoso, ao controlo da doença, e aos cuidados não farmacológicos a adotar. Perante a deteção e identificação de um comportamento de não adesão, o farmacêutico deve analisar as causas que o motivaram, assim como as consequências que dele resultaram. Deve ser prestada uma maior atenção aos doentes diabéticos que apresentam um maior risco de incumprimento do regime terapêutico, para que este problema seja detetado o mais precocemente possível (19).

Após a identificação de uma situação de não adesão à terapêutica, deve ser elaborado na farmácia um plano de acompanhamento ao doente não aderente, com o objetivo de promover a correção do comportamento não aderente, de forma a atingir um melhor resultado clínico e uma melhor qualidade de vida ao doente (26).

4.6. Estratégias para melhorar a adesão à terapêutica e intervenções educacionais e comportamentais

De forma a melhorar o comportamento de adesão à terapêutica nos doentes diabéticos tipo 2, podem ser implementados pelo farmacêutico diversos planos interventivos. Para atingir esse objetivo é fundamental que seja criado uma intervenção individualizada para cada doente, na qual se forneça uma maior assistência, um maior acompanhamento e um controlo clínico continuado. A promoção da adesão à terapêutica no doente exige no entanto, uma ação coordenada de todos os profissionais de saúde, que o acompanham (26).

Para Bugalho e Carneiro (2004), existem duas principais intervenções, a educacional e a comportamental, que visam melhorar o comportamento de adesão no doente crónico. A intervenção educacional segundo estes autores é fundamental para divulgar a informação e para promover um esclarecimento sobre a medicação e a doença. A informação pode ainda ser transmitido ao doente de forma oral e/ou escrita, com recurso a revistas, panfletos, filmes e apresentações que se adequem à doença. Estas sessões de esclarecimento podem ser efetuadas em grupo ou individualmente, sendo úteis para o esclarecimento de dúvidas e de incertezas que possam existir no doente diabético tipo 2. No ato da dispensa da terapêutica medicamentosa, o farmacêutico deve prestar uma informação detalhada sobre a medicação prescrita, incluindo o propósito terapêutico, a sua posologia, os seus possíveis efeitos secundários e interações. Devem ainda ficar claras as medidas não farmacológicas a adotar, como por exemplo a vigilância do pé diabético, e os cuidados alimentares e de atividade física. É ainda importante manter o doente informado sobre os progressos do seu estado clínico e dos resultados laboratoriais. Por sua vez, os autores consideram ainda a intervenção comportamental como sendo igualmente útil para instruir e treinar no doente e/ou na pessoa cuidadora, a administração de insulina, a auto monitorização da glicémia e da pressão arterial. (42, 70).

De forma a melhorar o comportamento de adesão à terapêutica nos doentes diabéticos tipo 2, o farmacêutico pode assim recorrer a uma intervenção educativa, que visa instruir o doente sobre a importância deste comportamento para a sua saúde. Esta intervenção tem como principal objetivo consciencializar e alertar o doente sobre as consequências que podem resultar quando é adotado um comportamento de não adesão à terapêutica. O doente deve ainda ser informado sobre quais os principais fatores que desencadeiam tal comportamento. Por seu lado, as intervenções comportamentais englobam a aplicação de estratégias que incorporam mecanismos de adaptação na rotina do doente, para além de permitirem facilitar o cumprimento das terapêuticas propostas, de melhorar o processo comunicacional, e de desmistificar os regimes terapêuticos. Pode ainda ser fornecido um reforço positivo, como por exemplo uma

recompensa, como forma de incentivo e de elogio pela melhoria do comportamento de adesão (42, 70, 71, 72,73, 75).

Um dos principais fatores responsável pelo comportamento de não adesão nos doentes é o esquecimento, existindo algumas estratégias comportamentais que o ajudam a prevenir. O fornecimento de instruções escritas, como um complemento das informações fornecidas verbalmente, permite aumentar no doente o grau de adesão à terapêutica. Um outro método consiste em combinar a administração do medicamento com uma das atividades que façam parte da rotina do doente, como por exemplo as refeições. O recurso a lembretes e a colocação de alarmes em telemóveis e em relógios são em alguns casos, de grande utilidade para promover a adesão na continuidade da terapêutica, na marcação de consultas médicas, e no aviamento de novas receitas médicas. Nos doentes que apresentam dificuldades em tomar a medicação de forma regular, quer seja por se ter detetado problemas de esquecimento, de dificuldades em conciliar todas as instruções, ou pela existência de um regime terapêutico complexo, pode ser sugerido o serviço de preparação individualizada da medicação. Este serviço muitas vezes sugerido e implementado no doente crónico disponibiliza semanalmente de forma segura e simples, os medicamentos do doente. É um serviço que promove a toma correta da medicação, e que permite aumentar a segurança terapêutica, uma vez que diminui a ocorrência de erros de medicação. Proporciona ainda uma melhoria na adesão à terapêutica, e por conseguinte uma maior efetividade do tratamento e o benefício clínico (26).

Segundo Ley (1981) citado por Martins A., é possível melhorar a adesão no doente, se existir uma melhoria na comunicação. O farmacêutico deve assim nas suas intervenções utilizar uma linguagem simples, clara, objetiva e adaptada, indo ao encontro do nível cognitivo e cultural do doente. A relação estabelecida deve ser empática com o doente, e deve prevalecer a escuta ativa. A compreensão da mensagem por parte do doente é fundamental para que ocorra uma fácil memorização e posterior aplicação prática dos conceitos adquiridos (42,46, 70, 74).

Os doentes devem ainda participar ativamente no processo terapêutico, sendo incentivados em partilhar opiniões e em discutir estratégias interventivas. A sua participação ativa implica ainda que adquirem competências de autogestão terapêutica, no sentido de se tornarem autónomos na administração da terapêutica e na monitorização dos parâmetros fisiológicos mais relevantes para o controlo da doença, como a medição da glicémia e da pressão arterial (26).

Caso o doente apresente uma terapêutica que exige várias administrações, o farmacêutico pode intervir no sentido de contactar com o médico, sobre a possibilidade de simplificar o plano terapêutico. Neste sentido pretende-se que sejam indicados fármacos com um maior tempo de

semivida, diminuindo-se desta forma o número necessário de administrações diárias (ex.: substituir uma insulina de ação curta, por uma de ação prolongada). As intervenções sobre as alterações no plano terapêutico podem também ter como propósito diminuir o número de doses ou diminuir o número total de fármacos (19).

Para além das estratégias educacionais e comportamentais, as medidas que impulsionam a motivação intrínseca do doente, na adoção de uma boa adesão à terapêutica, são de extrema importância neste processo. Esta intervenção pretende que o doente siga com vontade o regime terapêutico que lhe foi proposto, e tem como objetivo focar os interesses e as preocupações do doente. Para a implementação desta estratégia é fundamental que o farmacêutico consiga incentivar e promover o otimismo, e que proporcione o entusiasmo do doente na terapêutica e nos comportamentos de saúde. Deve ainda ser capaz de ganhar a confiança do doente, sem questionar ou contrariar as suas convicções e ideias. Por vezes existe a necessidade de envolver um familiar e/ou a pessoa cuidadora, para participar no processo de adesão à terapêutica. (2, 19).

4.7. Cuidados farmacêuticos no doente diabético

A atividade de cuidados farmacêuticos pressupõe que o farmacêutico atue em colaboração com outros profissionais de saúde, de forma a promover a saúde, prevenir a doença, avaliar, monitorizar, iniciar e adaptar a terapêutica do doente, de forma segura e eficaz. O principal objetivo desta prática profissional é otimizar a qualidade de vida do doente, e alcançar resultados clínicos positivos. Neste processo a relação estabelecida entre o farmacêutico e o doente, deve ser baseada na confiança e na tomada de decisão mútua, na qual a comunicação deverá ser aberta e adequada ao doente (63, 76, 78).

No processo de cuidados farmacêuticos, que se caracteriza por ser contínuo, após o fornecimento do consentimento informado por parte do doente, as informações clínicas relevantes são registadas e organizadas. São assim obtidas informações sobre a história clínica, medicamentosa e social do doente. São também analisados os hábitos de vida, como por exemplo os que se relacionam com a alimentação, a prática de exercício físico, e a existência de hábitos tabágicos. Desta forma, com base num entendimento completo do doente, e considerando a sua condição clínica, o farmacêutico deve em parceria com os outros profissionais de saúde, desenvolver um plano de cuidados farmacêuticos orientado para a otimização dos resultados clínicos, possibilitando o bem-estar geral do doente diabético. Na conceção do plano, o farmacêutico deve considerar cuidadosamente os aspetos psicossociais da doença, bem como a complexidade do tratamento e a sua adesão. Cabe ainda ao farmacêutico

avaliar a necessidade de cuidados preventivos e de outros serviços de saúde, e de os propor sempre que o achar adequado (80). O plano de cuidados que é implementado deve ser documentado na farmácia prestadora do serviço, e caso seja necessário, comunicado ao médico e/ou a outros profissionais de saúde (77).

Um estudo realizado em Portugal avaliou o impacto de um serviço de seguimento farmacoterapêutico em doentes diabéticos. A avaliação baseou-se nos resultados clínicos obtidos nos doentes estudados, como por exemplo na determinação de parâmetros bioquímicos como a medição da glicémia e da hemoglobina glicosilada. Os autores concluíram que os doentes diabéticos demonstraram melhorias no controlo da doença e sobre os conhecimentos da mesma (62).

A atividade de cuidados farmacêuticos permite que o farmacêutico previna e resolva os problemas de saúde que se relacionam com a não adesão à terapêutica, particularmente relevante para os doentes crónicos e para os idosos. Existem outras valências deste serviço, como o de prevenir as interações medicamentosas, o de detetar possíveis reações adversas, efetuar a farmacovigilância e de monitorizar a eficácia da terapêutica instituída, bem como de fornecer aconselhamentos sobre estilos de vida saudáveis (79, 80).

5. ESTUDO QUALITATIVO DE UM CASO CLÍNICO NUMA FARMÁCIA COMUNITÁRIA EM ALMADA

5.1. Tipo de estudo e período de ocorrência

A título de exemplo, é de seguida apresentado um estudo qualitativo de um caso clínico, que pretende demonstrar alguns comportamentos, atitudes e motivações frequentemente adotados na terapêutica, por parte de um doente diabético tipo 2. As características, as ações e os pensamentos descritos estão muitas das vezes presentes em outros doentes que sofrem da mesma patologia. A pertinência de se apresentar um caso clínico está relacionada com a frequente ocorrência do comportamento de não adesão à terapêutica, por parte destes doentes. Desta forma, pretende-se que tais informações contribuam para aumentar o conhecimento, a compreensão e a empatia para com os doentes diabéticos tipo 2.

No caso clínico apresentado, encontra-se primeiramente descrita a caracterização sociodemográfica do doente, seguindo-se a exposição da sua história clínica, assim como a terapêutica prescrita e o tipo de adesão que apresenta, relativamente ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Procura-se também analisar o controlo clínico, a monitorização e a gestão que o doente apresenta sobre a sua doença. As suas principais dificuldades, preocupações e conhecimentos sobre a diabetes tipo 2, são também alvo de estudo. Após a descrição clínica do caso, é apresentada a sua discussão, bem como a análise global de todos os contatos estabelecidos. A recolha da informação que se relaciona com o presente caso clínico decorreu durante o período de estágio académico na farmácia comunitária, efetuado no período de 4 de Maio e 28 de Agosto de 2015.

5.2. Principais objetivos

No estudo efetuado foram considerados os objetivos descritos de seguida:

- Comunicar com doentes diabéticos do tipo 2;
- Aumentar os conhecimentos sobre a diabetes;
- Adquirir prática e competências no atendimento, dispensa de receituário e de aconselhamento em utentes com diabetes;
- Compreender qual o tipo de adesão à terapêutica medicamentosa por parte do doente;
- Avaliar e melhorar a adesão ao tratamento não farmacológico;
- Compreender as principais dificuldades e limitações do doente, no cumprimento da terapêutica e na sua monitorização;

- Conhecer a motivação do doente para o cumprimento da terapêutica farmacológica e não farmacológica;
- Tomar conhecimento sobre o que o doente pensa sobre a sua doença;
- Perceber qual a satisfação do utente quanto às valências que a farmácia atual apresenta para a sua doença;
- Fornecer informação ao doente e esclarecer possíveis dúvidas;
- Alertar para as consequências da não adesão à terapêutica;
- Conhecer as intervenções farmacêuticas existentes em farmácia, direcionadas ao doente diabético;
- Compreender e melhorar a satisfação do utente quanto à intervenção e acompanhamento farmacêutico;
- Conhecer o feedback quanto ao tipo de tratamento instituído (ex.: o que o doente pensa da terapêutica prescrita);
- Intervir na educação terapêutica do doente;
- Detetar possíveis complicações ou o aparecimento de novos problemas de saúde;
- Efetuar a medição de parâmetros fisiológicos (ex.: pressão arterial, glicémia, colesterol);
- Comunicar com outros profissionais de saúde (ex.: enfermeiro, podologista, analista) de forma a compreender melhor todos os cuidados que podem ser prestados aos doentes diabéticos tipo 2;
- Contribuir para a melhoria da adesão à terapêutica;
- Contribuir para a melhoria dos conhecimentos do doente sobre os seus problemas de saúde e terapias;

5.3. Local onde foi efetuado o estudo

Os contactos estabelecidos com os doentes diabéticos tipo 2 foram efetuados na farmácia Holon Pragal, anteriormente conhecida por farmácia Algarve, localizada na cidade de Almada. As farmácias Holon são um grupo de farmácias criado em 2008, que defende uma prestação de cuidados de saúde de excelência, caracterizando-se pela inovação e rigor. Nestas farmácias os utentes podem beneficiar de um serviço de saúde mais completo e personalizado, onde podem beneficiar de vários serviços farmacêuticos e de serviços especializados. A farmácia Holon Pragal apresenta todos estes pressupostos, que são por sua vez comuns a todas as farmácias Holon.

Em termos geográficos a farmácia encontra-se localizada numa zona residencial, com algum comércio em redor, e com o tribunal de Almada situado em frente da mesma. O seu estabelecimento apresenta uma organização e uma imagem que é comum, às farmácias Holon. A área de atendimento ao público é formada por um balcão principal, por dois balcões de atendimento personalizado, por um gabinete e por várias zonas de exposição de produtos, que se encontram organizados por categorias (ex.: bebé e mama, capilares, dermocosmética, higiene oral, primeiros socorros, sazonais, homeopatia, saúde animal, etc.). A farmácia inclui ainda nas suas instalações um armazém, um laboratório e uma zona reservada às instalações sanitárias e de arrumos pessoais. No que diz respeito aos recursos humanos, a farmácia apresentava no período em que decorreu o referido estudo, duas farmacêuticas e dois técnicos de farmácia. Existem no entanto também outros profissionais de saúde que prestam aqui os seus serviços, como uma nutricionista que é responsável pelas consultas de nutrição, um enfermeiro que presta cuidados nas consultas de pé diabético, uma podologista que presta consultas de podologia, uma farmacêutica externa à equipa permanente da farmácia, que é responsável pela consulta de dermofarmácia e uma analista que faz a colheita e o encaminhamento das amostras biológicas para um laboratório.

O tipo de população que frequenta a farmácia engloba na sua maioria utentes que residem nas suas imediações, apesar de também ser frequentada por pessoas que trabalham na zona e por outras que estão de passagem. Existem vários doentes idosos, mas o número de utentes mais jovens é também bastante significativo. Desta forma o tipo de atendimento e as intervenções farmacêuticas realizadas são bastante diversificadas e abrangentes.

5.4. Metodologia

5.4.1. Processo de recolha de informação

Durante o estágio em farmácia comunitária, houve o privilégio de poder contactar com vários doentes diabéticos. A maioria destes utentes deslocou-se à farmácia para o aviamento das suas receitas médicas, e/ou para a medição da pressão arterial, da glicémia e do colesterol total. Nestes diferentes atendimentos foi possível contactar diretamente com estes doentes, havendo a possibilidade de conhecer com maior detalhe a sua história clínica, e também alguns dos aspetos relacionados com a sua adesão terapêutica.

Numa primeira abordagem, após a apresentação pessoal, foi explicado ao utente diabético o tipo de estudo em causa e qual a finalidade do mesmo. Foi ainda obtido verbalmente o seu consentimento informado, antes de se iniciar o estudo. Após a obtenção do consentimento, o

doente foi encaminhado para uma área mais reservada da farmácia, que consiste num balcão destinado ao atendimento sentado do utente.

Após os contactos estabelecidos, foi selecionado um dos casos clínicos acompanhados, com o propósito de se demonstrar de forma qualitativa um exemplo de adesão à terapêutica no doente diabético tipo 2.

5.4.2. Critérios de inclusão

O principal critério de inclusão no estudo consistiu em o doente apresentar o diagnóstico clínico de diabetes tipo 2. No entanto também se consideraram outros critérios como os que se encontram descritos de seguida:

- Ser um utente frequentador habitual da farmácia;
- Apresentar um comportamento de não adesão à terapêutica instituída;
- O utente ter consentido participar no presente estudo.

5.4.3. Questionário utilizado

Na interação estabelecida foi utilizado um questionário (ver anexo 1), que serviu de suporte aos assuntos abordados com os doentes diabéticos tipo 2, permitindo registar de forma mais resumida e detalhada alguns dos aspetos mais relevantes. O questionário que foi elaborado especificamente para o presente estudo, permitiu desta forma tomar nota da caracterização do doente, da história clínica, da terapêutica instituída, e do tipo de adesão que o doente apresenta relativamente à terapêutica farmacológica e não farmacológica. Por fim encontra-se na fase final do referido questionário um quadro que permitiu registar alguns dos parâmetros fisiológicos/dados laboratoriais que alguns dos doentes mediram na farmácia.

5.5. Descrição do caso clínico

O A. F. é um doente habitual da farmácia Holon Pragal, onde lhe é dispensada regularmente a sua medicação. O referido utente tem 66 anos, tendo nascido a 21 de Agosto de 1949, e é raça caucasiana. Reside em Almada com a esposa e atualmente encontra-se reformado. Tem como habilitações o 2º ano do liceu, e exerceu a profissão de técnico de montagem de estruturas metálicas. Do ponto de vista físico, o doente apresenta uma estatura média e excesso de peso, com um IMC de 28,9 Kg/m² e um perímetro abdominal elevado.

O doente refere que visita cerca de duas a três vezes por ano, o seu médico de família no Centro de Saúde do Pragal, em Almada. No ano 2000 foi-lhe diagnosticado Diabetes Mellitus do tipo 2, sendo doente há cerca de 16 anos. Para além do seu médico de família, frequenta

habitualmente um médico cardiologista. Para além da diabetes de tipo 2, foi-lhe também diagnosticado hipertensão arterial, hipercolesterolemia e angina de peito. Devido a uma crise de angina de peito o doente A. F. foi internado no Hospital Garcia de Orta, há cerca de 2 anos. No entanto nega a ocorrência de qualquer outro internamento hospitalar, particularmente relacionado com a diabetes. Refere ainda que até ao momento não teve nenhum problema de hipoglicemia ou de hiperglicemia.

Relativamente à sua história clínica familiar, o doente A. F. refere que a sua mãe também sofreu de diabetes, de hipertensão arterial e de doença cardiovascular. Após o diagnóstico de diabetes tipo 2, o doente apresentou já algumas complicações clínicas como dores nos rins e micoses nos pés. A sua terapêutica farmacológica apresentava diversos fármacos que se destinam ao tratamento das suas situações clínicas. Na tabela 5.5.1 encontra-se descrito o regime terapêutico medicamentoso, que o doente se encontrava a efetuar no momento do presente estudo.

Tabela 5.5.1: Terapêutica farmacológica seguida pelo doente A. F. descrita pelo nome comercial, denominação comum internacional (DCI), dosagem e posologia.

Terapêutica Farmacológica seguida pelo doente A. F.			
Nome Comercial	Denominação Comum Internacional (DCI)	Dosagem	Posologia
Atorvastatina MG Mepha®	Atorvastatina	10 mg	1 Comprimido depois do jantar
Ramipril MG Bluepharma®	Ramipril	10 mg	1 Comprimido ao pequeno-almoço
Trimetazidina MG Farmoz®	Trimetazidina	35 mg	1 Comprimido 2x/Dia
Lercanidipina MG Jaba®	Lercanidipina	10 mg	1 Comprimido à noite
Eucreas®	Cloridrato de Metformina + Vildagliptina	1000 mg + 50 mg	1 Comprimido 2x/Dia
Lantus®	Insulina glargina	100 UI/ml	1x/Dia (à Noite)
Nitradisc®	Nitroglicerina	10 mg/24h	1 Sistema transdérmico 1x/Dia
Nitromint®	Nitroglicerina	0,5 mg	1 Comprimido em SOS
Nebivolol MG Ratiopharm®	Nebivolol	5 mg	1 Comprimido de manhã
Aspirina®	Ácido Acetilsalicílico	100 mg	1 Comprimido ao almoço
Omeprazol MG Bluepharma®	Omeprazol	20 mg	1 Cápsula em jejum

O doente A. F. encontrava-se no momento do estudo, com a prescrição de uma estatina, nomeadamente a atorvastatina de 10 mg, com o propósito de diminuir os níveis de colesterol e de triglicéridos. Para controlar a sua hipertensão arterial foi-lhe prescrito o ramipril de 10 mg,

que é um inibidor da enzima de conversão da angiotensina; a lercanidipina de 10 mg, que é um bloqueador a entrada de cálcio, e também o nebivolol de 5 mg, que funciona como um beta bloqueador seletivo. Para o seu problema de angina de peito o doente encontrava-se a tomar dois vasodilatadores, a trimetazidina de 35 mg e o sistema transdérmico Nitradisc[®], que contém a nitroglicerina a 10 mg. Em SOS o doente tinha a indicação do Nitromint[®], que consiste em comprimidos sublinguais de nitroglicerina de 0,5 mg, e que é indicado para situações agudas de ataques de angina de peito. O doente encontrava-se ainda a tomar a Aspirina[®] de 100 mg, que funciona como um antiagregante plaquetário, e o Omeprazol de 20 g, que proporciona uma proteção gástrica. Como terapêutica para a diabetes tipo 2, o doente A. F. administrava uma vez por dia, uma insulina de longa ação, denominada de Lantus[®], combinada com o fármaco Eucreas[®], que é composto por duas moléculas antidiabéticas, a metformina a 1000 mg e a Vildagliptina a 50 mg.

Relativamente à adesão à terapêutica medicamentosa prescrita pelo seu médico de família e pelo cardiologista, foram referidos pelo doente A. F. alguns comportamentos característicos de não adesão ao tratamento farmacológico. O doente refere que se esquece de tomar a medicação, e que este comportamento tem tendência a repetir-se com alguma frequência. Refere ainda que por não ter tomado os medicamentos de acordo com o que estava definido no seu regime terapêutico, sofreu um episódio de descontrolo da diabetes, no início do ano de 2105. Nesta situação o doente revela que obteve valores de glicemia muito elevados, devido ao fato de ter esquecido os medicamentos da diabetes (insulina e antidiabético oral) quando foi de férias. O doente esclarece que na altura não se preocupou com a situação, porque se sentia bem e sem dores. No entanto conta que quando regressou, foi ao médico, e que este lhe recomendou fazer análises clínicas. Após o médico ter avaliado o resultado das análises, explicou-lhe que os valores de glicemia estavam elevados, e que não poderia deixar de tomar os medicamentos. No entanto o doente confessou que por vezes não cumpre a totalidade da medicação porque se esquece frequentemente, referindo ainda que quando ficou doente foi-lhe difícil adotar o hábito de tomar a medicação diariamente. Queixa-se também que os medicamentos têm um sabor desagradável e que são difíceis de tomar. Confessa não perceber o porquê de ter que tomar tantos medicamentos, porque se sente bem e sem dores, e por esse motivo diz que reduz a toma do antidiabético oral para uma toma diária, quando deveria segundo o regime terapêutico prescrito, efetuar a toma desse fármaco duas vezes por dia.

Para além da medicação prescrita o seu médico de família e a farmacêutica que o acompanha aconselharam-no a adotar uma alimentação mais saudável, assim como a prática regular de exercício físico. No entanto estas mudanças de comportamento têm-se demonstrado inexistentes, uma vez que o doente refere ter uma alimentação que considera de desequilibrada, tendo por hábito comer muitos petiscos quando está no café com os amigos. Refere também que habitualmente as suas refeições contêm muita gordura e que são temperadas com bastante sal, porque explica que não consegue comer os alimentos de uma outra forma. Refere que tem por hábito fazer cerca de três refeições por dia, nomeadamente o pequeno-almoço, o almoço e o jantar, e que entre as refeições no café tem por “hábito comer muitos petiscos” (sic). O doente A. F. é fumador há vários anos, consumindo cerca de um a dois maços por dia. Refere que nunca tentou deixar de fumar, e que isso seria para si um grande sacrifício. Relativamente à prática de exercício físico considera-se uma pessoa sedentária e sem motivação para qualquer alteração do seu estilo de vida.

O doente referiu ter em casa o aparelho de medição da glicemia, e que tem o hábito de medir a glicémia três vezes por dia, nomeadamente ao pequeno-almoço, ao almoço e ao jantar. Refere que não sente dificuldades em picar o dedo e que não tem dúvidas quanto ao funcionamento do referido aparelho. O doente A. F. quando tem consulta no seu médico de família salienta que ocasionalmente é visto por um enfermeiro, que lhe examina os seus pés. Esclarece que não teve até ao momento nenhum problema ao nível dos pés, para além das micoses, desvalorizando esta situação clínica que diz já estar controlada.

5.6. Discussão dos dados recolhidos

O primeiro contato com o doente. A.F. ocorreu no dia 17 de Junho de 2015, quando o doente se deslocou à farmácia para aviar a sua medicação habitual. Trata-se de um doente que geralmente se desloca à farmácia Holon Pragal para aviar o receituário de patologias crónicas, estando registado na farmácia com a respetiva ficha de utente, e com um registo de acompanhamento farmacêutico. O doente devido a ter sofrido um descontrolo da diabetes no início do ano de 2015, foi acompanhado na altura por uma farmacêutica da farmácia. A intervenção farmacêutica permitiu na altura, uma melhoria na adesão à terapêutica medicamentosa, bem como uma melhoria na adesão a hábitos de vida mais saudáveis, como a adoção de uma alimentação mais saudável. O acompanhamento farmacêutico consistia em visitas semanais à farmácia, durante as quais era medido o valor da glicémia capilar. No entanto o doente foi de viagem e deixou de vir à farmácia durante algum tempo. Quando regressou novamente à farmácia, o doente referiu que o médico lhe recomendou melhorar os seus valores

de glicemia, de alterar a sua alimentação e de começar a praticar exercício físico. Numa das suas visitas existiu a oportunidade de atender o referido doente. Durante esse atendimento foram obtidas várias informações referentes à sua condição patológica, tendo por base o questionário apresentado no anexo 1, denominado de Adesão à terapêutica na Diabetes tipo 2”. Foram recolhidas várias informações sobre a sua história clínica, e o tipo de adesão à terapêutica que apresentava.

Várias dificuldades de adesão à terapêutica foram desde logo identificadas no doente A.F., tanto a nível farmacológico como a nível não farmacológico. Ao nível da terapêutica farmacológica o doente apresentava dificuldades na toma regular da medicação, agravando-se esta situação na altura em que se encontra de férias. Considera também que “*os medicamentos têm um sabor desagradável e que são difíceis de engolir*” (sic), tendo tido algumas dificuldades de adaptação no início do tratamento. No entanto refere que já está mais habituado aos medicamentos, e que já não sente tanto incómodo com a sua toma. Para melhorar este problema de adesão recorreu-se juntamente com a farmacêutica que habitualmente o acompanha a uma intervenção de carácter educativo. Esta estratégia consistiu em explicar de forma clara e objetiva as patologias que sofre, bem como para que se destinam cada um dos medicamentos que lhe foram prescritos. Também lhe foi explicado os benefícios clínicos da terapêutica recomendada. O doente também foi informado das consequências negativas que pode desenvolver, quando a medicação não é tomada de forma regular.

Foi proposto ao doente o serviço de Preparação Individualizada da Medicação (PIM), de forma a melhorar o seu problema de esquecimento. Este serviço foi proposto, pois tem-se demonstrado ser bastante útil em utentes que apresentam dificuldades de adesão à medicação, mas também por ser de grande ajuda, em situações de polimedicação ou em regimes terapêuticos complexos. O doente A. F. recusou no entanto o serviço de PIM por razões económicas. Para solucionar o seu problema de esquecimento de tomar os medicamentos, foi proposto a colocação de alarmes no telemóvel do doente, que ficariam programados para a hora da toma do fármaco. A sugestão desta intervenção teve uma boa aceitação por parte do doente, tendo este posteriormente relatado que desta forma tem tomado todos os medicamentos prescritos.

Para além de se ter identificado comportamentos de não adesão à terapêutica medicamentosa, também se verificaram problemas de adesão a medidas terapêuticas não farmacológicas, uma vez que o doente revelou ter uma alimentação desequilibrada, ser fumador e de não praticar qualquer atividade física. Com o intuito de melhorar a adesão a estas medidas, foi efetuado um plano de acompanhamento educativo para a adoção de hábitos de vida mais

saudáveis. Foi sugerido ao doente o cumprimento de uma alimentação mais hipocalórica, hipolipidémica e hipossalina. Foi ainda sugerido o cumprimento de um regime alimentar que englobe fazer várias refeições ao longo do dia, nomeadamente incluir o lanche ao meio da manhã e à tarde, comendo também em menores quantidades. Aconselhou-se também deixar de comer os petiscos feitos no café, porque estes são geralmente confeccionados com muita gordura e sal. Todas estas sugestões foram explicadas com detalhe ao doente, salientando os seus benefícios para a obtenção de uma melhor saúde.

Foi organizada na farmácia uma sessão de esclarecimento sobre a alimentação saudável, que contou com a participação de uma nutricionista. O doente A. F. foi convidado para assistir à palestra, tendo comparecido na mesma. Em intervenções posteriores, foram reforçadas as informações mais relevantes da referida palestra e procurou-se obter o seu feedback. De acordo com o doente A. F. a palestra foi interessante e motivadora para adquirir novos hábitos alimentares.

A importância e os benefícios da prática de exercício físico, como por exemplo as caminhadas frequentes de cerca de trinta minutos, também foram incluídas nas intervenções educativas, bem como a mais-valia da cessação tabágica. A educação destas vertentes foram constantemente reforçadas nas visitas do doente à farmácia, uma vez que as medidas consideradas mais difíceis de cumprir pelo próprio doente, se relacionavam com o cumprimento de uma dieta saudável e com a prática de exercício físico. Foram também fornecidos ao doente A.F. vários folhetos e revistas de carácter informativo, sobre estilos de vida saudáveis, abordando temas como a diabetes, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, doença cardiovascular, alimentação saudável e cessação tabágica. A educação do doente também abordou os sintomas e os sinais típicos das situações de hipoglicemia e de hiperglicemia, e os cuidados de higiene que o doente deve ter, nomeadamente com os pés.

O plano de acompanhamento farmacêutico para além de se ter focado em estratégias educativas englobou igualmente a promoção de motivação e de responsabilidade no doente, bem como estratégias de carácter comportamental. Uma das propostas efetuadas ao doente foi que passasse a vir à farmácia de forma mais frequente, para a medição de alguns parâmetros fisiológicos (ex.: pressão arterial, glicémia em jejum e/ou ocasional e colesterol total), de forma a se obter um maior controlo na sua monitorização. No entanto o Sr. A.F. não aderiu com facilidade à proposta pois referiu que faz análises quando vai ao médico, e que mede a pressão arterial e a glicémia em casa. No entanto foi explicado que seria benéfico medir alguns dos parâmetros na farmácia, no sentido de se poder monitorizar e perceber melhor como evoluem os seus resultados, uma vez que o doente apresentava uma fraca adesão na automonitorização

da glicemia e da pressão arterial. Quando eventualmente estes parâmetros eram medidos em casa, o doente não registava os resultados obtidos e fazia interpretações incorretas sobre os mesmos. No sentido de promover uma correta monitorização e interpretação desses parâmetros foi proposto numa fase inicial a medição diária na farmácia dos valores de glicemia e da pressão arterial. Na tabela 5.5.2 encontram-se registados algumas das avaliações dos parâmetros fisiológicos efetuadas ao doente A.F.

Tabela 5.5.2 Registo de alguns parâmetros fisiológicos medidos no doente A.F.

Registo de alguns parâmetros fisiopatológicos medidos no doente A.F.							
Data/Hora	Pressão arterial (mmHg) Sistólica/diastólica e pulsação	Glicémia em jejum (mg/dl)	Colesterol total (mg/dl)	Triglicéridos (mg/dl)	Peso (Kg) e Altura (cm)	IMC (Kg/m ²)	Perímetro abdominal (cm)
18/07/15 (9h40)	167/96 puls:73	159	231	149	88,500 Kg e 175 cm	28,90	110
20/07/15 (9h25)	159/89 puls:71	146					
21/07/15 (18h35)	146/84 puls: 69	135 (glicemia ocasional)					
24/07/15 (10h05)	150/86 puls: 65	126					
31/07/15 (8h40)	132/83 puls: 84	123					
12/08/15 (9h12)	135/72 pul: 76	107					
21/08/15 (9h00)	141/80 pul: 78	105	201	134			
28/08/15 (8h45)	135/79 pul: 67	98			87,00 Kg e 175 cm	28,41	104

Assim sendo, as intervenções farmacêuticas pretenderam alcançar uma melhoria na adesão à terapêutica no doente A. F., e a obtenção de resultados mais satisfatórios nos parâmetros bioquímicos, para que fossem alcançados os seguintes valores:

- Glicémia em jejum compreendida entre 70 e 110 mg/dl;
- Pressão arterial não superior a 130/80 mmHg;
- Colesterol total inferior a 190 mg/dl (Apesar de ser aconselhável ter valores inferiores a 170 mg/dl devido a o doente ter doença cardíaca);
- Valor de LDL inferior a 100 mg/dl;
- Valor de HDL superior a 40 mg/dl;
- Valor de Triglicéridos inferior a 150 mg/dl (25).

Pode-se verificar na tabela 5.5.2 que os valores obtidos de pressão arterial foram bastante diversos. Nas situações em que o doente obtinha um valor acima do normal, era efetuada de seguida uma nova medição, após se terem passado alguns minutos, permanecendo sempre sentado. Ao longo do tempo em que foi efetuado o presente estudo, a pressão arterial foi diminuindo e estabilizando para valores próximos do normal. Este resultado parece relacionar-se com o facto de o doente ter vindo a melhorar a sua adesão à terapêutica, nomeadamente a que se relacionava com o seu esquecimento em tomar os medicamentos. Um outro aspeto que poderá ter contribuído para a melhoria da pressão arterial, relaciona-se com a sua adoção a hábitos de vida mais saudáveis, como a prática de algumas caminhadas e o seguimento de uma dieta mais equilibrada. Um outro parâmetro fisiológico que melhorou nesse período de tempo foi a glicemia. Habitualmente o doente media a glicemia em jejum, tendo também sido avaliada na farmácia a glicemia ocasional. Com o melhoramento da adesão à terapêutica por parte do doente, os valores de glicemia foram igualmente melhorando. Foi solicitado ao doente que trouxesse à farmácia o seu medidor de glicémia, e o seu medidor da tensão, para podermos analisar se o doente procedia corretamente à medição dos parâmetros de glicémia e de pressão arterial. Foi verificado que o doente realizava corretamente a medição desses parâmetros, mas que não os interpretava da melhor forma. Desta forma, foi transmitido ao doente quais os valores que seriam benéficos obter e foi-lhe explicado o seu significado. O valor de colesterol total foi medido em duas circunstâncias, tendo-se obtido um valor elevado de 231 mg/dl, no dia 18 de Julho de 2015. No entanto este parâmetro foi reavaliado no dia 28 de Agosto de 2015, tendo-se obtido um colesterol total de 201 mg/dl, o que apesar de continuar elevado, demonstra uma diminuição relativamente ao último registo. O índice de massa corporal, bem como o perímetro abdominal sofreram igualmente um decréscimo.

Todos os parâmetros fisiológicos obtidos na farmácia foram registados num boletim de registo fornecido pela farmácia, e pediu-se ao doente que registasse todas as monitorizações efetuadas em casa, de forma a se poder posteriormente analisar e avaliar o controlo da diabetes tipo 2 e da hipertensão arterial.

A intervenção na farmácia pretendeu também melhorar a adesão à terapêutica e o controlo da angina de peito, da hipercolesterolemia e da hipertensão arterial, de forma a prevenir o desenvolvimento de possíveis complicações. Outros objetivos estiveram também relacionados com a identificação de problemas relacionados com os medicamentos (PRM), e com a deteção de eventuais efeitos adversos.

Quando tem dúvidas sobre o seu tratamento o doente refere que procura a informação no seu médico e/ou farmacêutico. Após as intervenções do farmacêutico, o doente considerou importante o cumprimento da medicação e de hábitos de vida saudáveis, bem como o autocontrolo da diabetes, para a melhoria da sua saúde e qualidade de vida. Este aspeto, é de realçar em particular, uma vez que na primeira abordagem, o doente referiu que tinha a doença controlada e que se sentia bem, desvalorizando o seu real estado de saúde.

O doente considerou que o farmacêutico foi essencial em todo o processo de acompanhamento terapêutico, desde que começou a frequentar habitualmente a farmácia devido às suas doenças crónicas. Refere que este profissional foi fundamental para o esclarecimento das suas dúvidas e preocupações, e no contributo para o melhoramento da sua saúde e qualidade de vida.

O acompanhamento farmacêutico descrito encontrava-se ainda em prática, quando terminou o período de estágio na farmácia referenciada. Com o decorrer do plano de intervenção farmacêutica o doente demonstrou mais interesse e motivação para as mudanças cognitivas e comportamentais, que lhe foram recomendadas pelo farmacêutico.

6. CONCLUSÃO

A diabetes *mellitus* é uma doença crónica que resulta de um conjunto de perturbações metabólicas, que ocorrem devido à produção insuficiente de insulina por parte do pâncreas e/ou devido à resistência da ação da insulina nos tecidos orgânicos. Esta perturbação leva ao aparecimento de hiperglicemia, originando lesões, disfunções e falências em vários órgãos e tecidos, particularmente ao nível dos sistemas oftálmico, nefrótico, cardíaco, circulatório e nervoso.

Nos últimos anos tem sido registado um aumento significativo da prevalência e da incidência da diabetes *mellitus*, sendo atualmente considerada uma das principais causas de morbidade e de mortalidade a nível mundial. A diabetes tipo 2 é o tipo de diabetes que afeta mais frequentemente a população geral, e os seus principais fatores de risco relacionam-se com a presença de predisposição genética, e com a adoção de hábitos de vida pouco saudáveis, como por exemplo a prática de uma alimentação desequilibrada, e a falta de atividade física. A Diabetes tipo 2 relaciona-se ainda com a presença de excesso de peso, de obesidade, de hipertensão e de dislipidemia. O plano terapêutico adotado pela maioria dos doentes diabéticos inclui um regime terapêutico medicamentoso, complementado com um conjunto de medidas não farmacológicas. A terapêutica instituída ao doente tem como principal objetivo alcançar o equilíbrio metabólico, e prevenir o desenvolvimento de complicações, que afetam a qualidade de vida, a morbidade e a mortalidade dos doentes.

Nos últimos anos têm-se reportado com maior ênfase a problemática da não adesão à terapêutica, por parte dos doentes crónicos e inclusive pelos doentes diabéticos de tipo 2. Os próprios profissionais de saúde relatam com frequência a ocorrência de comportamentos de não adesão à terapêutica, e destacam as consequências negativas que podem surgir, como o agravamento da sintomatologia, o desenvolvimento de complicações e de morbilidades, a redução na qualidade de vida, a mortalidade, os aumentos dos custos dos serviços de saúde e a sua excessiva utilização. Vários fatores de risco do comportamento de não adesão à terapêutica são mencionados, englobando os de ordem pessoal, os relacionados com a patologia, e os que relatam a relação do doente com o sistema de saúde.

A avaliação da adesão à terapêutica é um processo complexo, que pode incluir a utilização de métodos diretos e indiretos, de forma a ocorrer uma interpretação mais completa. Os métodos avaliativos caracterizados por serem diretos apresentam uma maior especificidade e sensibilidade, sendo contudo mais dispendiosos. Por sua vez, os métodos indiretos são de fácil utilização, económicos e acessíveis, e portanto são os mais utilizados na prática clínica. Torna-

se importante a avaliação do processo de adesão, uma vez que é relevante analisar se as medidas e estratégias adotadas na resolução do comportamento desviante, conseguiram produzir o efeito pretendido. Vários comportamentos são considerados de não adesão à terapêutica, desde o não cumprimento do regime medicamentoso, a não comparência a consultas médicas, o não aviamento de receitas prescritas, ou até quando o doente não altera estilos de vida, que lhe foram recomendados.

O farmacêutico é um profissional de saúde que atua na primeira linha dos cuidados de saúde primários e que exerce portanto um papel fundamental no aconselhamento, encaminhamento e acompanhamento terapêutico. É responsável pela correta interpretação de sinais e sintomas, e na deteção e prevenção de várias doenças. É um profissional que exerce uma atividade útil a nível social, sendo muitas das vezes o apoio para problemas sociais e familiares. O tipo de comunicação estabelecida com o utente deve ser caracterizada pela assertividade e pela empatia, devendo também ser adaptada a cada utente.

A farmácia comunitária portuguesa apresenta uma extensa distribuição geográfica e garante o acesso aos cuidados de saúde a todos os cidadãos. Como tal o farmacêutico comunitário encontra-se numa situação privilegiada para atuar no processo de melhoramento da adesão ao tratamento nos doentes diabéticos tipo 2. As intervenções farmacêuticas e os cuidados farmacêuticos são consideradas abordagens eficazes, no processo de melhoria da adesão à terapêutica, nomeadamente a longo prazo. A participação do farmacêutico neste complexo processo de mudança, contribui para a obtenção de benefícios na saúde dos utentes que acompanha. A intervenção farmacêutica deve eleger as estratégias mais adequadas para o estímulo da adesão. A intervenção educacional é considerada uma das estratégias fundamentais que possibilitam melhorar a adesão dos doentes ao esquema terapêutico, assim como as estratégias de ordem comportamental e motivacional. Não devem ainda ser esquecidas as estratégias cognitivas de autorregulação que permitem ao doente lidar de forma eficaz com as dificuldades impostas pela diabetes tipo 2. O farmacêutico pretende desta forma promover a saúde e o benefício das terapêuticas recomendadas, reduzindo o risco das complicações a longo prazo, e aumentar a qualidade de vida e a esperança de vida dos doentes diabéticos tipo 2.

No caso clínico analisado pode-se concluir que o doente apresentava vários comportamentos de não adesão à terapêutica, como a toma irregular dos medicamentos, devido ao seu esquecimento, e o não cumprimento das medidas não farmacológicas, como o incumprimento de uma alimentação saudável, a prática de exercício física e a cessação tabágica. Verificou-se que neste caso, o acompanhamento farmacêutico permitiu obter uma melhoria na adesão ao regime medicamentoso, e a consciencialização do doente sobre a importância da

prática de hábitos de vida saudáveis. Durante o estudo do caso clínico deparei-me com algumas dificuldades, como o ter que utilizar uma linguagem menos técnica e mais adaptada ao doente em causa. Foi ainda necessário insistir frequentemente na importância da adesão à terapêutica com o doente, uma vez que este se encontrava inicialmente muito pouco convicto sobre a utilidade da medicação prescrita. No entanto toda esta experiência permitiu-me alcançar mais conhecimentos e ferramentas de trabalho sobre a forma como se deve lidar com um utente que apresenta um problema de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Permitiu-me ainda adquirir mais competências na medição dos parâmetros fisiológicos avaliados durante o estudo, e no atendimento de doentes diabéticos tipo 2.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Diabetes [homepage na Internet]. Genebra: World Health Organization; [atualizado em 2015 Fevereiro 12 , acessado em 2015 Fevereiro 12]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
2. World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies - Evidence for Action. Geneva: World Health Organization; [série na Internet]. 2003 [accedido em 2015 Agosto 4]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>
3. Bosworth H. et al. Improving diabetes medication adherence: successful, scalable interventions. Dove press journal: Patient Preference and Adherence [série na Internet]. 2015 [accedido em 2015 fevereiro 3]; 9:[11]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4315534/pdf/ppa-9-139.pdf>
4. Gonçalves A, Klein J. A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. Psico-USF [série na Internet]. 2005[accedido em 2015 Março 15];10:[8p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v10n2/v10n2a02.pdf>
5. Fórum Europeu dos Farmacêuticos. Contributo da farmácia para a saúde dos cidadãos. Fórum Europeu dos Farmacêuticos [série na Internet]. 2015 [accedido em 2015 Agosto 4]. Disponível em: <http://www.europeanpharmacistsforum.com/documents/10429/80e2e488-7a3f-4c81-a8e6-a37009d28920>
6. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Definição, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus [homepage na Internet].Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia;[accedido em 2015 Março 16]. Disponível em: <http://www.spd.pt/index.php/grupos-de-estudo-mainmenu-30/classificacao-da-diabetes-mellitus-mainmenu-175>

7. Carvalheiro M. Fisiopatologia do Aparelho Endócrino. In: Pinto A. Fisiopatologia, Fundamentos e Aplicações. 1º Edição. Lisboa: Lidel; 2007. p.435-464.
8. Dale M, Moore P, Rang H, Ritter J. Farmacologia. 5º Edição. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
9. Gilman A, Goodman L. Goodman & Gilman: As Bases Farmacológicas da Terapêutica. 10º Edição. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2003.
10. BerKow R. Manual Merck de Informação Médica - Saúde para a Família. 2º Edição. Rio de Janeiro: Editora Roca; 2002
11. Kasper D. et al. Medicina Interna de Harrison. Volume 1. 18º Edição. New York: Artmed; 2013.
12. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015 – 2016 [homepage na Internet]. São Paulo: Sociedade; [acedido em 2015 Fevereiro 12]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>
13. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 6º Edição, 2014 [homepage na Internet]. Bruxelas: Federation; [acedido em 2015 Fevereiro 12]. Disponível em: http://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf
14. American Diabetes Association. Diabetes Basics, Facts about Type 2. [homepage na Internet]. Alexandria: Association; [acedido em 2015 Fevereiro 12]. Disponível em: <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/type-2/facts-about-type-2.html?loc=db-slabnav>
15. Goldman L, Cecil A. Tratado de Medicina Interna. 22º Edição. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
16. Lopes A. Tratado de Clínica Médica, 3º Volume. 1º Edição. São Paulo: Roca; 2006.

17. Carmona M. Caracterização (Fármaco) Epidemiológica da Diabetes Tipo 2 em Portugal [monografia na Internet]. Lisboa: Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa; 2011 [acedido em 23 de Abril de 2015]. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5869/1/ulsd062274_td_Maria_Carmona.pdf
18. American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes. Diabetes Care [série na Internet]. 2015 [acedido em 2015 Fevereiro 5]; 38:[9p.]. Disponível em: http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/38/Supplement_1/S8.full.pdf
19. Iglésias-Ferreira P, Santos H. Intervenção Farmacêutica na Prevenção e Controlo da Diabetes. Boletim do Centro de Informação do Medicamento, Revista Ordem dos Farmacêuticos. 2015; 114:p.3-4.
20. Freitas M. et al. Padrão Terapêutico numa população de diabéticos tipo 2: relação com o tempo de doença e nível de cuidados de saúde. Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo [série na Internet]. 2014 [acedido em 2015 Agosto 16]; 9(1):[6p.]. Disponível em: <http://repositorio.hospitaldebraga.pt/bitstream/10400.23/683/1/Santos%20MJ.pdf>
21. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes, Fatos e Números, o Ano de 2014, Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Sociedade [série na Internet]. 2015 [acedido em 2016 Janeiro 10]; 7ª Edição [64p.]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/diabetes-factos-e-numeros-7-edicao.aspx>
22. Ayala M, Boavida J, Pereira M. A Mortalidade por Diabetes em Portugal. Acta Médica Portuguesa, Revista Científica da Ordem dos Médicos [série na Internet]. 2013 [acedido em 2016 Janeiro 9]; 26(4):[3p.]. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9208/1/Mort_diabetes.pdf
23. Carvalheiro M, Costa I, Santiago L. Guia da Pessoa com Diabetes: Que Opinião por Profissionais e Pacientes. Revista Portuguesa da Diabetes [série na Internet]. 2014 [acedido em 2015 Junho 23]; 9(4):[9p.]. Disponível em: http://www.spd.pt/images/stories/rpd_dez14.pdf

24. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes - 2010. Diabetes Care [série na Internet].2010[acedido em 2015 Julho 1];33:[50p.].Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797382/>
25. Direção Geral de Saúde. Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Norma Geral da Direção Geral de Saúde; nº 002, 14 de Janeiro de 2011.
26. Diabetes [homepage na Internet]. Almada: Grupo Holon, Academia [acedido em 2015 Agosto 20]. Disponível em: <http://www.academiaholon.pt/>
27. Bulhões C. et al. Qualidade do Control da Diabetes Mellitus tipo 2 numa Amostra de Utentes do Centro de Saúde de Braga. Revista Portuguesa de Clínica Geral [série na Internet]. 2006 [acedido em 2015 Março 24];22:[12p.].Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8449/1/Qualidade%20controlo%20DM%20no%20CS%20Braga.pdf>
28. Direção geral de Saúde. Processo Assistencial Integrado do Risco Vascular no Adulto. 1º Edição. Lisboa: Ministério da Saúde; 2014.
29. European Society Cardiology (ESC). Recomendações de bolso da ESC, Comissão para as Recomendações Práticas para melhorar a qualidade da prática clínica e o tratamento dos doentes na Europa. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia; 2013.
30. National Institute of Diabetes and Digestive and kidney Diseases. Prevent diabetes problems: Keep your heart and blood vessels healthy [homepage na Internet]. National Institute of diabetes and Digestive and Kidney Diseases [acedido em 2015 Agosto 10]. Disponível em: <http://www.niddk.nih.gov/health-information/health-topics/Diabetes/prevent-diabetes-problems/Pages/keep-heart-blood-vessels-healthy.aspx>

31. Bartnik M. et al. Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary. *European Heart Journal* [série na Internet]. 2007 [acedido em 2015 Agosto 10]; 28:[49p.]. Disponível em:
https://www.escardio.org/static_file/Escardio/Guidelines/publications/DIABETguidelines-diabetes-ES.pdf
32. Augusto N. et al. Avaliação Funcional em Diabéticos Tipo 2 com Risco Médio e Elevado de Pé Diabético. *Revista Portuguesa de Diabetes* [série na Internet]. 2014 [acedido em 2015 Agosto 11]; 9(2): [8p.]. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/264435641_Avaliacao_Funcional_em_Diabeticos_Tipo_2_com_Risco_Medio_e_Elevado_de_Pe_Diabetico
33. American Diabetes Association. Approaches to Glycemic Treatment. *Diabetes Care* [série na Internet]. 2016 [acedido em 2016 Fevereiro 20]; 39: [8p.]. Disponível em:
http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/39/Supplement_1/S52.full.pdf
34. Dipiro C, Dipiro J, Schwinghammer T, Wells B. *Pharmacotherapy Handbook*. 7ª Edição. New York: McGrawHill; 2008.
35. INFARMED I.P. *Prontuário Terapêutico*. 11ª Edição. Lisboa: Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I. P.;2013
36. INFARMED I.P. [homepage na Internet]. Lisboa: Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. [atualizado diariamente; acedido em 1 de Maio de 2015]. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED>
37. Sousa M. *Estudo dos Conhecimentos e Representações de Doença Associados à Adesão Terapêutica nos Doentes Diabéticos Tipo 2* [monografia na Internet]. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia; 2003 [acedido em 2015 Agosto 13]. Disponível em:
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/668/1/tesefinalMS.pdf>

38. American Diabetes Association. Foundations of Care: Education, Nutrition, Physical Activity, Smoking Cessation, Psychosocial Care, and Immunization. *Diabetes Care* [série na Internet]. 2015 [acedido em 2015 Setembro 22]; 38: [11p.]. Disponível em: http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/38/Supplement_1/S20.full.pdf
39. Cabral M, Silva M. A Adesão à Terapêutica em Portugal: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa Perante as Prescrições Médicas. Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (APIFARMA) com parceria com o Instituto de Ciências Sociais (ICS) [série na Internet]. 2010 [acedido em 2015 Setembro 14]; [36p.]. Disponível em: <https://www.apifarma.pt/publicacoes/siteestudos/Documents/Conclus%C3%B5es%20A des%C3%A3o%20%C3%A0%20Terap%C3%AAutica%20PT.pdf>
40. Freitas I, Pires G. Prevalência de Adesão ao Tratamento Farmacológico Hipoglicemiante. *Sitientibus* [série na Internet]. 2006 [acedido em 2015 Março 19]; 34:[9p.]. Disponível em: http://www2.uefs.br/sitientibus/pdf/34/prevalencia_de_adesao.pdf
41. Caramona M, Castel-Branco M, Figueiredo I, Mosca C. Efeito da adesão à terapêutica no estado de saúde do idoso. *Ata Farmacêutica Portuguesa* [série na Internet]. 2013 [acedido em 2015 Agosto 7];2(1):[13p.]. Disponível em: <http://actafarmacêuticaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/13/71>
42. Bugalho A, Carneiro A. Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas. Centro de Estudos de Medicina baseada na Evidência (CEMBE), Faculdade de Medicina de Lisboa [série na Internet]. 2004 [acedido em 2015 Agosto 8];[104p.]. Disponível em: <http://cembe.org/avc/docs/NOC%20deAdes%C3%A3o%20a%20Patologias%20Cr%C3%B3nicas%20CEMBE%202004.pdf>
43. Balsa M, Dias A, Fernandes T, Nóbrega A. Projeto SAM – Prescrição na Diabetes Mellitus. Terapêutica e Controlo Metabólico dos Utentes Diabéticos nos CSP da Maia. *Revista Portuguesa de Diabetes* [série na Internet]. 2014 [acedido em 2015 Agosto 12];9(3):[8p.]. Disponível em: <http://www.spd.pt/images/stories/rpdset14.pdf>

44. Costa V, Pedras S, Pereira M. Partner support, social-cognitive variables and their role in adherence to self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes. EDN [série na Internet]. 2012 [acesso em 2015 Junho 9]; 9(3):[6p.]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/edn.212/pdf>
45. Berger S. et al. Assessing self-management in patients with diabetes mellitus type 2 in Germany: validation of a German version of the Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA-G). Health and Quality of Life Outcomes [série na Internet]. 2014 [acesso em 2015 Março 16];12:[9p.]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/269771433_Assessing_selfmanagement_in_patients_with_diabetes_mellitus_type_2_in_Germany_Validation_of_a_German_version_of_the_Summary_of_Diabetes_Self-Care_Activities_measure_SDSCA-G
46. Martins A. Adesão à Terapêutica Medicamentosa em doentes com Diabetes Mellitus tipo 2: um estudo no ACES Almada e Seixal [monografia na Internet]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2014 [acesso em 2015 Junho 11]. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/14648/1/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20Ariana%20Martins.pdf>
47. Donnelly L. et al. Adherence to insulin and its association with glycaemic control in patients with type 2 diabetes. QJMed [série na Internet]. 2007 [acesso em 2015 Setembro 18]; 100:[5p.]. Disponível em: <http://qjmed.oxfordjournals.org/content/qjmed/100/6/345.full.pdf>
48. Donnan P. Adherence to prescribed oral hypoglycaemic medication in a population of patients with Type 2 Diabetes: a retrospective cohort study. Diabetes UK, Diabetic Medicine [série na Internet]. 2002 [acesso em Agosto 7];19:[5p.]. Disponível em: http://www.academia.edu/3356439/Adherence_to_prescribed_oral_hypoglycaemic_medication_in_a_population_of_patients_with_Type_2_diabetes_a_retrospective_cohort_study
49. Gonçalves A, Klein J. A Adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. Psico-USF [série na Internet]. 2005 [acesso em 2015 Agosto 12]; 10(2):[8p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v10n2/v10n2a02.pdf>

50. Fagundes A, Groff D, Simões. Adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos tipo II usuários da estratégia saúde da família situada no bairro Metropol de Criciúma, SC. Associação Médica Brasileira [série na Internet]. 2011 [acedido em 2015 Setembro 2]; 10(3): [6p.]. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/878.pdf>
51. Malta J. Diabetes: Percepção da Doença e Auto-cuidado [monografia na Internet]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2011 [acedido em 2015 Novembro 15]. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9403/3/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Joana%20Malta.pdf>
52. Alexander C. Factors associated with adherence to oral antihyperglycemic monotherapy in patients with type 2 diabetes. Dove Press Journal, Patient Preference and Adherence [série na Internet]. 2015 [acedido em 2015 Novembro 5];9:[7p.]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4315552/pdf/ppa-9-191.pdf>
53. Almeida H. et al. Adesão a tratamentos entre idosos. Com. Ciências Saúde [série na Internet]. 2007 [acedido em 2015 Outubro 1];18(1):[11p.]. Disponível em: http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2007Vol18_1art07adesao.pdf
54. Costa F. et al. Estudo sobre não-adesão primária à terapêutica em Portugal. Revista Ordem dos Farmacêuticos, 2015;114:p.36.
55. Delamater A. Improving Patient Adherence. Clinical Diabetes, American Diabetes Association [série na Internet]. 2006 [acedido em 2015 Novembro 5];24(2):[7p.]. Disponível em: <http://clinical.diabetesjournals.org/content/24/2/71.full.pdf+html>
56. Costa F, Mira L. Adesão à terapêutica: conceito, avaliação e aplicabilidade. Boletim do Centro de Informação do Medicamento, Revista Ordem dos Farmacêuticos, 2009. Disponível em: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/doc6266.pdf

57. Soares M. Avaliação da Terapêutica Potencialmente Inapropriada no Doente Geriátrico [monografia na Internet]. Lisboa: Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa; 2009 [acedido em 2015 Agosto 10]. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/279/18/21295_ulsd_re394_tese.pdf
58. Leite S, Vasconcelos M. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência Saúde Coletiva* [série na Internet]. 2003 [acedido em 2015 Novembro 15];8(3):[8p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300011
59. Ordem dos Farmacêuticos. Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos, Capítulo III (Deontologia Profissional), Secção I (Direitos e deveres gerais dos farmacêuticos), Artigo 9º (Dever geral) (28 de Março de 1998).
60. Ordem dos Farmacêuticos [homepage na Internet]. Lisboa; [atualizado diariamente; acedido em 15 de Junho de 2015]. Disponível em: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/
61. Fórum Europeu dos Farmacêuticos. Contributos da farmácia para a saúde dos cidadãos; 2015.
62. Caramona M et al. Resultados de serviços farmacêuticos centrados no doente implementados em Portugal. *Ata Farmacêutica Portuguesa* [série na Internet]. 2014 [acedido em 2015 Setembro 18];3(1):[8p.]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/275956877_Resultados_de_servicos_farmaceuticos_centrados_no_doente_implementados_em_Portugal
63. Simões M. O contributo da farmácia comunitária no envelhecimento ativo [monografia na Internet]. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; 2014 [acedido em 2015 Setembro 12]. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/14226/1/Simoes%20Alexandra%20TM%202014.pdf>

64. Mendes I. Estudo dos mecanismos de proximidade na relação entre a farmácia e o utente [monografia na Internet]. Lisboa: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2012 [acedido em 2015 Setembro 12]. Disponível em:
<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/3262/Tese%20MICF%202012%20In%C3%AAs%20Mendes.pdf?sequence=1>
65. Afonso S. O papel da farmácia na promoção de uma saúde de proximidade em doentes crónicos [monografia na Internet]. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; [acedido em 2015 Setembro 12]. Disponível em:
http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/5999/tese%20sara%20afonso_v5_final.pdf?sequence=1
66. Ahmad N. et al. Medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus treated at primary health clinics in Malaysia. US National Library of Medicine National Institutes of Health [série na internet]. 2013 [acedido em 2015 Julho 19]; 7:[5p.]. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3693921/>
67. Santos M. Doenças cardiovasculares: temos muito a esperar do aconselhamento farmacêutico. Revista farmácias portuguesas Farmácia mais Saúde. Nº 221, 2015.
68. Infarmed - Gabinete Jurídico e Contencioso. Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de Agosto. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED I.P. Gabinete Jurídico e Contencioso [série na Internet]. 2006 [acedido em 2015 Fevereiro 22]; [246p.]. Disponível em:
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/035-E_DL_176_2006_9ALT.pdf
69. Maia C. Aderência à Terapêutica, Aspectos práticos em medicina familiar. Revista Fatores de Risco [série na Internet]. 2008 [acedido em 2015 Agosto 20];11: [4p.]. Disponível em: <http://www.spc.pt/DL/RFR/artigos/152.pdf>.

70. Castro S. et al. Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. Millenium [série na Internet]. 2011 [acedido em 2015 Julho 5];40: [19p.]. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>
71. Albuquerque C. et al. Empowerment and adherence to the therapeutic regimen in people with diabetes. Procedia, Social and Behavioral Sciences [série na Internet]. 2015 [acedido em 2016 Janeiro 11];171: [5p.]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815001548>
72. Faus M. et al. Caraterização do Sistema de saúde na assistência a doentes diabéticos com base numa farmácia comunitária. Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde [série na Internet]. 2005. [acedido em 2015 Agosto 1];2(2):[7p.]. Disponível em: http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/93/art_6.pdf?sequence=1
73. Ramasamy J. et al. Role of self-care in management of diabetes mellitus. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders [série na Internet]. 2013 [acedido em 2015 Novembro 21];12. Disponível em: <http://jdmdonline.biomedcentral.com/articles/10.1186/2251-6581-12-14>
74. American Diabetes Association. Strategies for Improving Care. Diabetes Care [série na Internet]. 2015 [acedido em 2015 Dezembro 12]; 38: [3p.]. Disponível em: http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/38/Supplement_1/S5.full.pdf
75. Grillo M. et al. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. Revista da Associação Médica Brasileira [série na Internet]. 2013 [acedido em 2015 Setembro 18]; 59(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000400021
76. American Pharmacists Association. Principles of Practice for Pharmaceutical Care. APhA [série na Internet]. [acedido em 2016 Janeiro 12]. Disponível em: <http://www.pharmacist.com/principles-practice-pharmaceutical-care>
77. American Pharmacists Association. Pharmacists Care Process, APhA [série na Internet]. 2014 [acedido em 2016 Janeiro 12]. Disponível em: <https://www.pharmacist.com/sites/default/files/files/PatientCareProcess.pdf>

78. Carvalho N. Cuidados Farmacêuticos, uma experiência, uma opinião. Ata Farmacêutica Portuguesa [série na Internet]. [acedido em 2016 Janeiro 12]; 1(2): [2p.]Disponível em: <http://ofporto.org/upload/revistas/ficheiros/425281-revista2.pdf>
79. Nascimento M, Pereira M. Das boticas aos cuidados farmacêuticos: perspetivas do profissional farmacêutico. Revista Brasileira de Farmácia [série na Internet]. 2011 [acedido em 2015 Agosto 12];92(4):[8p.]. Disponível em: <http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2011-92-4-2-245-252.pdf>
80. Iglésias P, Santos H. Seguimento Farmacoterapêutico. Boletim do Centro de Informação do Medicamento, Revista Ordem dos Farmacêuticos. 2008.

8. ANEXO I

(Questionário: Adesão à terapêutica na diabetes tipo 2)

QUESTIONÁRIO
ADESÃO À TERAPÊUTICA NA DIABETES TIPO 2

FARMÁCIA: _____

DATA: ___/___/___

1. CARATERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Nome: _____ Sexo: F M

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Estado Civil: _____

Local de residência: _____ Com quem vive? _____

Situação Profissional: Empregado/a Desempregado/a Reformado/a Baixa Médica

Habilitações literárias: _____ Profissão (atual ou passada): _____

2. HISTÓRIA CLÍNICA

Tem médico de família? Sim Não Se sim qual o seu centro de saúde? _____

Quantas consultas médicas tem por ano vezes por ano (em média)? _____

É acompanhado/a por um médico especialista da diabetes (endocrinologista)? Sim Não

Há quanto tempo o médico lhe disse que tinha diabetes tipo 2? _____

Tem familiares com diabetes? Sim Não Se sim, qual o grau de parentesco? _____

Para além da diabetes tem mais alguma doença diagnosticada? _____

Tem familiares com outro tipo de patologias como a doença cardiovascular, hipertensão arterial ou hipercolesterolemia?

Sim Não Se sim qual? _____

Já alguma vez foi internado/a devido à diabetes? Sim Não

Se sim em que hospital esteve e qual o motivo? _____

Costuma ter crises de hipoglicemia (baixo açúcar no sangue)? Sim Não Se sim, com que frequência? _____

Costuma ter crises de hiperglicemia (alto açúcar no sangue)? Sim Não Se sim, com que frequência? _____

Já teve alguma complicação de saúde resultante da diabetes? Sim Não

Se sim, qual?

Retinopatia (visão) Glaucoma Cegueira Outra Qual? _____

Nefropatia (rins) Diálise Outra Qual? _____

Neuropatia (Nervos) Qual? _____

Problemas nos Pés

Feridas Unhas encravadas Micoses Amputação Outra Qual? _____

Doença cardiovascular Qual? _____

Pressão Arterial elevada

Colesterol elevado

Circulação Qual? _____

Obesidade

Infecções urinárias

Disfunção e impotência sexual

Outras complicações Quais? _____

Como considera atualmente a sua saúde? Muito Boa Boa Razoável Fraca Muito Fraca

3. TERAPÊUTICA

Foram-lhe prescritos pelo médico medicamentos (comprimidos e/ou insulina) para a diabetes? Sim Não
Se sim, indique de seguida todos os medicamentos que se encontra a tomar atualmente para a diabetes.

Terapêutica atual (PA, Forma Farmacêutica, Dosagem)	Regime Terapêutico

Há quanto tempo toma a medicação que referiu? _____

Encontra-se atualmente a tomar também outro tipo de medicamentos? Sim Não

Se sim, quais e com que finalidade? _____

3. ADESÃO À TERAPÊUTICA

Costuma ter dúvidas em relação a como tomar os seus medicamentos? Sim Não

Se sim quais as dúvidas/dificuldades que tem? _____

Quando procura informação sobre os medicamentos que toma, e/ou quando tem dúvidas sobre o seu tratamento, quem é que habitualmente procura?

Médico Farmacêutico Enfermeiro Familiares/Amigos Outro Qual? _____

Alguma vez interrompeu a medicação para a diabetes, por iniciativa própria? Sim Não

Se sim, qual o motivo? _____

Toma sempre os medicamentos para a diabetes conforme o seu médico lhe indicou? Sim Não

Se Não indique de seguida, quais principais dificuldades que já tenha sentido no cumprimento da terapêutica para a diabetes:

Esquecimento	Ter um número elevado de medicamentos para tomar
Caraterísticas dos medicamentos (sabor desagradável, difíceis de engolir)	Dificuldade na administração da insulina
	Preocupação com os efeitos a longo prazo
Receio de interações entre medicamentos, alimentos e plantas Aparecimento de efeitos secundários. Se sim quais? _____	Dificuldade em tomar a medicação de acordo com o que o médico recomendou (ex. depois das refeições, número de vezes por dia).
Ocorrência de alterações frequentes na terapêutica	Dificuldade com o horário das tomas
Dificuldade em compreender o que deve tomar e como	Não ter ajuda com o tratamento e/ou monitorização da glicémia
Custo da medicação	Por o medicamento se encontrar esgotado na farmácia
Por se sentir melhor e pensar que já não precisa da medicação	Deixa de tomar a medicação para saber como se vai sentir

Adesão à terapêutica em Doentes Diabéticos tipo 2: Estudo de caso numa farmácia em Almada

Questiona a eficácia da medicação que toma	Não querer misturar com álcool
Não gostar de tomar medicamentos	Não gostar de pensar que é diabético
Não ter conhecimento sobre os medicamentos que toma	Por não sentir melhorias com a medicação que toma
Por se sentir pior quando toma a medicação	Por não conseguir fazer de forma autónoma a automonitorização da glicémia
Ter preguiça em tomar a medicação	Por ser um tratamento diário e de longa duração
Por não se encontrar motivado para o tratamento	Não conseguir conciliar o tratamento/monitorização da diabetes à sua rotina diária

O que é para si, o mais difícil de cumprir?

Tomar a medicação/Administração de insulina	Ter uma alimentação saudável
Medir a glicemia	Praticar exercício físico regularmente
Medir a pressão arterial	Cuidar e examinar os pés
Ir às consultas médicas	Realizar as análises/exames clínicos
Outra? _____	

Tem algum familiar/amigo que o ajuda na terapêutica e/ou na medição da glicemia/pressão arterial? _____

Relativamente aos seus hábitos alimentares:

Considera que a sua alimentação é: Saudável Desequilibrada Quantas refeições faz, em média por dia? _____

Considera que existe na sua alimentação algum dos seguintes excessos:

Excesso de açúcar Excesso de sal Excesso de gorduras

Considera-se uma pessoa sedentária ou pratica exercício físico de forma regular? _____

Se pratica exercício físico, indique qual e com que frequência o faz? _____

Tem hábitos tabágicos: Sim Não Se sim, quantos cigarros costuma fumar por dia? _____

Ingere habitualmente bebidas alcoólicas? Sim Não Se sim, o que costuma ingerir e em que quantidade? _____

Costuma avaliar a glicemia através da picada no dedo? Sim Não

Se sim onde costuma fazer essa medição e com que frequência? _____

Tem em casa o aparelho de medição da glicemia? Sim Não

Se sim, tem dificuldades em picar o dedo? Sim Não Se sim, qual? _____

Tem dúvidas quanto ao funcionamento do aparelho de medição da glicemia? Sim Não

Se sim, quais as suas dúvidas? _____

Tem por hábito examinar os seus pés? Sim Não

Já alguma vez foi a um podologista e/ou enfermeiro para avaliarem os seus pés? Sim Não

Se sim, a que profissional de saúde recorreu e com que frequência o faz? _____

Para si é fácil cumprir a prescrição e as indicações terapêuticas fornecidas pelos profissionais de saúde? Sim Não

O que é para si, mais difícil de cumprir?

Medicação Medição da glicemia Medicação da pressão arterial Dieta Praticar regularmente exercício
Cuidar e autoexaminar os pés Ida a consultas

Acha que pode ter graves problemas de saúde se não controlar a diabetes? Sim Não

Considera que neste momento tem a diabetes controlada? Sim Não Não sabe

