

CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ

LUANA SCARIOT

**ASSISTENCIA HUMANIZADA REALIZADA PELO FARMACÊUTICO AO
PACIENTE PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM UNIDADE DE
SAÚDE**

CASCABEL

ANO 2021

LUANA SCARIOT

**ASSISTÊNCIA HUMANIZADA REALIZADA PELO FARMACÊUTICO AO
PACIENTE PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM UNIDADE DE
SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Farmácia do Centro Universitário
FAG, como requisito parcial para aprovação da
Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso.

Prof. Orientador: Claudinei Mesquita da Silva

CASCADEL

ANO 2021

AGRADECIMENTOS

Permitiu-me liberdade de alcançar voo e me indicou os caminhos, o crítico mais severo e o guia mais capaz, caracterizaram a orientação recebida do Professor, orientador Claudinei Mesquita da Silva.

Aos professores do curso, muito obrigado pelos ensinamentos e o alcance desta jornada.

A minha mãe, pelo amor, carinho, dedicação, durante todos os dias de minha vida.

Ao meu esposo e meus filhos, pela ajuda durante a realização da faculdade e deste estudo, pelo carinho e compreensão. Muito obrigada.

Aos amigos do curso que, durante mais de um ano, fizeram parte de minha vida, tornando-a mais estimulante e criativa.

Pelo privilégio e a oportunidade de estudar no Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz de Cascavel - PR. Obrigada pelo apoio e atenção recebidos durante o desenvolvimento do curso e deste trabalho.

Agradeço a Deus, por estar presente em minha vida e munir energias para concluir mais uma etapa da caminhada.

Mensagem

*Ninguém educa ninguém, ninguém se
educa sozinho, os homens se educam entre si
mediatizados pelo mundo.*

Paulo Freire, 1975.

Dedico

A todos os envolvidos direta e indiretamente nesse processo

E dedico a MIM Luana pela superação de cada dia!

SCARIOT, L. **Assistência humanizada realizada pelo farmacêutico ao paciente portador de diabetes mellitus tipo 2 em unidade de saúde.** Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Farmácia do Centro Universitário FAG, como requisito parcial para aprovação da Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso. Cascavel – PR, 2021. 00p.

RESUMO:

A atenção farmacêutica refere-se ao cuidado, no trabalho em equipe, aplicando sua prática junto ao paciente. O estudo justifica-se devido ao elevado índice de pacientes diabéticos tipo 2, que frequentam as UBS. Sendo que a diabetes mellitus é avaliada como uma doença grave, indesejada que demanda muita atenção do farmacêutico. Objetivou investigar a existência da assistência humanizada realizada pelo farmacêutico ao paciente portador de diabetes mellitus tipo 2. A pesquisa foi exploratória e bibliográfica, a amostra foi composta por 8 farmacêuticos que atuam 4UBS, com 2 profissionais em cada UBS, situadas em 4 cidades no interior do estado do Paraná; Campo Bonito; Guaraniaçu; Ibema e Catanduvas, que atendem pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2. O perfil dos farmacêuticos pesquisados permitem concluir o predomínio do sexo feminino em detrimento do sexo masculino, na faixa etária de 31 a 39 anos, e casados, 25% deles tem 2 empregos, estão trabalhando entre 2 a 9 anos, com renda mensal com base no piso salarial dos farmacêuticos do estado do Paraná. A minoria formou-se em universidade pública, a maioria em universidade privada, a minoria cursou pós-graduação na área e a maioria em outras áreas. Nas 4 cidades pesquisadas, Campo Bonito, a população portadora de diabetes ser perfaz em 185 pessoas, representando 5% dos moradores. Em Guaraniaçu a população portadora de diabetes 227 pessoas sendo 1,9% dos moradores. Na cidade de Ibema os portadores de diabetes são 236 pessoas sendo 3,7% dos moradores. Em Catanduvas o percentual de portadores de diabetes é de 324 pessoas no percentual de 3,2% da população. Nestas cidades existe a distribuição de insumos para os pacientes diabéticos como glicosímetro, tiras e lancetas, somente para os usuários de insulina. Os farmacêuticos realizam a assistência humanizada, mas não tem grupos de apoio aos diabéticos. Estes entendem que a assistência humanizada é centrada nas necessidades visando a integralidade do cuidado com respeito, ética, levando em consideração a comunicação e a empatia com o usuário, garantindo o acesso, de medicamentos, tendo como premissa básica a qualidade de vida dos indivíduos, por meio da abordagem multidisciplinar. As dificuldades estão centradas resistência na adesão ao tratamento, e o uso da agulha ainda é o maior obstáculo. Visualiza-se problemas relacionados as orientações que incidem na deficiência de entendimento do paciente quantos aos riscos a saúde, na falta de espaço para atender os grupos para realizar a assistência humanizada e integração da equipe. A falta de gestão está vinculada à capacidade de alocar e gerenciar recursos técnicos e administrativos para garantir o acesso e o uso de medicamentos. Deficiências estas que afetam o trabalho, como a baixa qualificação dos responsáveis por estas ações, dificuldades na prestação da assistência farmacêutica de forma autônoma. Salienta-se a necessidade de remodelar os serviços farmacêuticos, de modo que sejam ampliadas a oferta e a diversidade de atividades oferecidas na assistência humanizada aos usuários.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência; farmacêutico; diabetes mellitus tipo 2; unidade básica de saúde

ABSTRACT:

Pharmaceutical care refers to care, in teamwork, applying its practice with the patient. The study is justified due to the high rate of type 2 diabetic patients who attend the UBS. Since diabetes mellitus is evaluated as a serious, unwanted disease that demands a lot of attention from the pharmacist. It aimed to investigate the existence of humanized care provided by the pharmacist to patients with type 2 diabetes mellitus. The research was exploratory and bibliographical, the sample consisted of 8 pharmacists who work at 4UBS with 2 professionals in each UBS, located in 4 cities in the countryside of state of Parana; Campo Bonito; Guaraniaçu; Ibema and Catanduvas, who serve patients with type 2 diabetes mellitus. The profile of the surveyed pharmacists allows us to conclude that the predominance of females is at the expense of males, mostly females, aged between 31 and 39 years old, and married, 25% of them have 2 jobs, are working between 2 and 9 years, with monthly income based on the salary floor of pharmacists in the state of Paraná. The minority graduated from a public university, the majority from a private university, the minority attended postgraduate studies in the area, and the majority in other areas. In the 4 cities surveyed, Campo Bonito, the population with diabetes of 185 people, representing 5% of the residents. In Guaraniaçu, the population with diabetes 227 being 1.9% of the residents. In the city of Ibema there are 236 people with diabetes, 3.7% of the residents. In Catanduvas the percentage of people with diabetes is 324 in the percentage of 3.2% of the population. In these cities there is the distribution of supplies for diabetic patients such as glucometer and supplies, only for insulin users. Pharmacists provide humanized care, but they do not have support groups for diabetics. They understand that humanized and needs-centered care aimed at comprehensive care with respect, ethics, taking into account communication and empathy with the professional, ensuring access to medicines, having as a basic premise the quality of life of individuals, through the multidisciplinary approach. The difficulties are centered on resistance to treatment adherence, the use of the needle is still the biggest obstacle. Problems related to the guidelines that affect the patient's poor understanding of health risks, lack of space to attend groups to provide humanized care and team integration are seen. Lack of management is linked to the ability to allocate and manage technical and administrative resources to ensure access to and use of medicines. Deficiencies that affect the work, such as the low qualification of those responsible for these actions, difficulties in providing pharmaceutical care autonomously. The need to remodel pharmaceutical services is highlighted, so that the offer and diversity of activities offered in humanized care to users are expanded

KEYWORDS: Assistance; pharmaceutical; type 2 diabetes mellitus; basic health Unit

LISTA DE SIGLAS

ADA	American Diabetes Association
AH	Assistência Humanizada
AF	Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica
CBA	Assistência Farmacêutica
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
IGT	Curva de Intolerância à Glicose
IDDM	Diabetes Mellitus Insulino Dependente – tipo 1
NIDDM	Diabetes Mellitus não Insulino Dependente – tipo 2
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DM	Diabetes Mellitus
IGT	Intolerância a Glicose
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNAF	Pesquisa Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Pesquisa Nacional de Medicamentos
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Aparelho digestivo humano.....	19
Figura 2 – Figura 3: O diabetes no organismo.....	23

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Promoção de saúde e prevenção de doença.....	35
Quadro 2 – Ciclo da assistência farmacêutica.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultados do perfil demográfico dos farmacêuticos que atuam em UBS	48
Tabela 2 – Distribuição do perfil sócio econômico dos farmacêuticos pesquisados	49
Tabela 3 – Distribuição do perfil educacional dos farmacêuticos pesquisados	51
Tabela 4 – Distribuição do numero de portadores insulino dependentes, grupos de apoio e orientações aos pacientes pesquisados	52

SUMÁRIO

CAPITULO 1 - INTRODUÇÃO	14
1.1 TEMA.....	14
1.2 ASSUNTO.....	15
1.3 FORMULACAO DO PROBLEMA	16
1.4. HIPOTESE	16
1.5. JUSTIFICATIVA.....	16
1.6. OBJETIVOS DA PESQUISA	17
1.6.1 Objetivo Geral.....	17
1.6.2 Objetivo Específicos.....	17
 CAPITULO 2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	 19
2.1 ABORDAGEM SOBRE O APARELHO DIGESTIVO.....	19
2.2. DESCRISÃO DO DIABETES MELLITUS	22
2.3. DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	24
2.4 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS – PRINCIPAIS SINTOMAS	26
2.5 COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS 2.....	28
2.6 EPIDEMIOLOGIA DO DIABETES MELLITUS	29
2.7. UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	30
2.8. ATENÇÃO FARMACÊUTICA.....	32
2.8.1 Gestão de Medicamentos.....	32
2.9 CUIDADO NO USO DOS MEDICAMENTOS	34
2.10 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	37
2.11 CONSULTA FARMACÊUTICA E O ACESSO NO USO DE MEDICAMENTOS	40
 CAPITULO 3 – MATERIAIS E MÉTODOS.....	 44
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	44
3.2. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO E PLANO DE RECRUTAMENTO	45
3.3. COMO E QUEM IRÁ OBTER O CONSENTIMENTO.....	46
3.4 DESCRISÃO DOS PROCEDIMENTOS PARA EXECUÇÃO DO PROJETO	46
3.5 DESCRISÃO DE MÉTODOS QUE AFETEM OS PARTICIPANTES DA PESQUISA E ANÁLISE CRÍTICA DE RISCOS E BENEFÍCIOS, BEM COMO MEDIDAS QUE MINIMIZEM E/OU ELIMINEM TAIS RISCOS	46
3.6 CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA	46
3.7. EXPLICITAÇÃO DAS RESPONSABILIDADES DE CADA UM DOS ENVOLVIDOS NA PESQUISA	47
3.8. EXPLICITAÇÃO ACERCA DA PROPRIEDADE DAS INFORMAÇÕES GERADAS PELA PESQUISA, SOBRE O USO E DESTINO DAS INFORMAÇÕES/DADOS COLETADOS, BEM COMO MEDIDAS DE PROTEÇÃO RELATIVAS À PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE DAS INFORMAÇÕES OBTIDAS PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO, LOCAL E TEMPO DE ARMAZENAMENTO.	47

CAPITULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
4.1 PERFIL DOS FARMACEUTICOS PESQUISADOS	48
4.2. QUESTOES DO ESTUDO	53
4.2.1. Em sua Opinião o que é Assistência Humanizada	53
4.2.2 No seu Trabalho e Realizada a Assistência Humanizada aos Pacientes Portadores de Diabete Mellitus tipo 2 Atendidos em UBS	56
4.2.3 Quais as Ações que você desenvolve na Assistência Humanizada para os Pacientes Portadores de DM tipo 2 atendidos em UBS	56
4.2.4 Quais as Dificuldades Encontradas na Assistência aos Pacientes Portadores de DM tipo 2 que são Atendidos em UBS	61
 CAPITULO 5 – CONCLUSÃO	 66
 CAPITULO 6 – REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	 68

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

1.1. TEMA

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é a principal porta de entrada para o sistema de saúde e o desenvolvimento de atividades voltadas à prestação da assistência humanizada realizada pelos farmacêuticos que deve funcionar em conformidade com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil. Classificam-se na atenção primária, as Unidades Básicas de Saúde são consideradas como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) por apresentarem estruturação de acordo com a densidade demográfica, a composição, a atuação e os tipos de equipes, o perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. Além disso, as UBSs possuem espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, para a formação em serviço e para a educação permanente (BRASIL, 2017).

Na UBS, o paciente recebe um atendimento básico e gratuito em serviços médicos, de enfermagens e odontológicos. Além disso, a assistência farmacêutica (AF) integra os serviços de saúde por meio da assistência farmacêutica durante a dispensação (BRASIL, 2012; SREELALITHA et al., 2012).

O serviço farmacêutico na Unidade Básica de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil garante o acesso à atenção a saúde, exames e distribuição de medicamentos de qualidade e contribui para o uso racional para que o paciente seja o principal beneficiário. Além disso, é essencial a participação do profissional farmacêutico na gestão da assistência clínica para paciente.

O Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (2002 apud BISCAHYNO; LIMBERGER, 2013), afirma que na assistência farmacêutica o profissional relaciona seu trabalho nas ações entre o medicamento e o seu usuário, prevenindo, identificando e resolvendo as dificuldades relativas aos medicamentos.

Portanto, a assistência farmacêutica consiste em um conjunto de ações relacionadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, individual e coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e uso racional.

1.2. ASSUNTO

Os problemas enfrentados pelos doentes no processo de adoecer abrangem o conjunto em dimensões biopsicossociais e colaboram de forma negativa na condição emocional, provocando um dano/agravos na qualidade de vida (TOUSO et al., 2016). A oferta e a demanda dos serviços farmacêuticos são elevadas, sendo imprescindível reconhecer o perfil do usuário para avaliar os riscos, e planejar o trabalho prestado na assistência, em gerência, programação e no planejamento da saúde (ARAÚJO; PALHÃO; SILVA et al., 2017; VAN MIL et al., 2004).

Com intuito de uma melhor assistência ao paciente, uma das ações sugeridas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) está relacionada à eficácia da integralidade da assistência prestada aos pacientes (WHO, 2005; BRASIL, 2014).

Sob esta ótica, o nível primário é assinalado por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual/coletivo, que compreende a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma assistência integral que impacte de forma positiva na situação de saúde da comunidade (BRASIL, 2012a).

Na esfera da assistência farmacêutica essa assistência é desenvolvida por meio da observação nos prontuários dos pacientes, atenção farmacêutica ou na dispensação, procurando elementos junto ao paciente (SÁ et al., 2020). A assistência farmacêutica contribui para minimizar os problemas, favorecendo deste modo para uma melhor qualidade de vida do paciente (ARAÚJO; PALHÃO; SILVA et al., 2017; SANTANA et al., 2018).

No entender de Alcântara e Terra Junior (2016) o farmacêutico em seu trabalho atua junto ao usuário, com saber científico, práticas sociais e pedagógicas de forma humanizada, levando em conta suas competências técnicas. Nesse sentido, o papel do farmacêutico é garantir acesso, qualidade, uso racional, acompanhamento aquisição, controle, armazenagem e distribuição de medicamentos, além de melhoria da qualidade de vida dos usuários das UBS.

1.3. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Nesse contexto, verifica-se a necessidade de investigar sobre essa temática e compreender melhor a assistência humanizada prestada pelo farmacêutico em unidade básica de saúde junto aos pacientes portadores de diabetes do tipo 2. Visa colher informações relevantes que possa ajudar na elaboração de um plano para assistência a saúde realizada pelo profissional na tomada de decisões acerca do controle do diabetes mellitus tipo 2 e das inúmeras situações de vida impostas pela doença.

1.4. HIPÓTESE

O estudo pretende investigar a existência da assistência humanizada realizada pelo farmacêutico ao paciente portador de diabetes mellitus tipo 2 que atua em unidade básica de saúde.

1.5. JUSTIFICATIVA

O Sistema Único de Saúde atua conforme a realidade de seus pacientes que frequentam UBSs na busca ativa na melhoria da saúde, sendo que as unidades básicas de saúde ofertam serviços voltados para a assistência, nas ações educativas e preventivas, e nos procedimentos curativos.

As UBSs estão inseridas no primeiro nível de atenção à saúde sendo os farmacêuticos profissionais qualificados para promover e proteger a saúde, bem como a prevenção de danos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de dos agravos na manutenção da saúde no âmbito individual e coletivo.

Nesta conjuntura, o enfoque principal do trabalho do farmacêutico nas unidades básicas de saúde é a gestão técnica do medicamento e assistência realizada ao paciente. Desta forma, a inserção do farmacêutico nas unidades básicas de saúde é efetiva, pela sua capacidade de desenvolver ações na assistência à saúde, individual/coletiva.

O profissional farmacêutico atua de forma competente para o sucesso terapêutico, devido ao seu envolvimento nas etapas da assistência, compreendendo a atenção e os

cuidados farmacêuticos. As ações ocorrem a partir da assistência humanizada, estruturada e planejada.

As atividades desenvolvidas no âmbito da assistência farmacêutica, de acordo com a Política Nacional de Medicamentos (PNM), têm como premissa garantir o acesso dos pacientes aos medicamentos essenciais de qualidade, destacando o desempenho do farmacêutico como profissional da saúde (BRASIL, 1998).

Reichert; Line e Collet (2007) citam que o cuidado quando feito de forma individual, visa à integralidade e o respeito à vida que deve ser o alicerce da humanização na assistência. Essa prática necessita estar inserida no dia-a-dia de quem proporciona a assistência para diminuir os danos e elevar a qualidade dos pacientes.

O diabetes mellitus é considerada uma enfermidade ruim, indesejada que demanda muita atenção. Em relação ao diabetes, o autocuidado é efetivado na perspectiva de viver bem e de impedir os agravos da doença (NAGAI; CHUBACI; NERI, 2012).

Múltiplos fatores, como o saber, estão atrelados no processo de tratamento da doença crônica, e reconhecer as atitudes do doente frente o diabetes ajudam a perceber as reais necessidades de saúde físicas/psicológicas que promovem a obtenção de rotinas saudáveis elevando qualidade de vida (SOUZA, 2018). Desta forma, a assistência prestada pelos profissionais farmacêuticos, ao paciente, sua família e a troca de experiências com outros doentes portadores de diabetes mellitus tipo 2, auxiliam na mudança de comportamento (RODRIGUES et al. apud SOUZA, 2018).

1.6. OBJETIVOS DA PESQUISA

1.6.1 Objetivo Geral

Pesquisar a assistência humanizada realizada pelo farmacêutico ao paciente portador de diabetes mellitus tipo 2 em unidade de saúde.

1.6.2. Objetivos Específicos

Descrever a assistência humanizada realizada pelo farmacêutico ao paciente portador de diabetes mellitus tipo 2 em unidade de saúde.

Identificar o perfil socioeconômico e demográfico dos farmacêuticos pesquisados.

Caracterizar perfil socioeconômico e demográfico os pacientes com diabetes eeellitus, hábitos de vida e medicamentos usados.

CAPÍTULO 2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. ABORDAGEM SOBRE O APARELHO DIGESTIVO

O aparelho digestivo recebe a secreção das glândulas. Algumas destas glândulas localizam-se na parede do tubo digestivo, como as glândulas da boca, do esôfago, do estômago e dos intestinos. Outras glândulas são individualizadas e localiza-se próximo ao tubo digestivo, sua comunicação ocorre por meio de ductos que secretam seus produtos de elaboração. Em relação à boca estão às glândulas salivares, ligadas ao duodeno há o fígado e o pâncreas. O mau funcionamento do pâncreas pode causar o diabetes (CASTRO, 1985). Na Figura 1 os órgãos que compõem o aparelho digestivo:



Figura 1: Aparelho digestivo humano. Fonte: Dantas (2020).

O pâncreas está situado na parede posterior do abdômen, anexo ao aparelho digestivo. As ilhotas pancreáticas concebem a glândula sem ducto e secretam a insulina, que atua sobre o metabolismo dos glicídios. O diabetes mellitus (DM) acontece quando existe carência de insulina, e a glicose não é aproveitada, sendo suprimida pelos rins. O pâncreas é o responsável por produzir o glucagon, que gera o acréscimo da glicose no sangue (hiperglicemia), diminuindo a mobilidade intestinal e a secreção gástrica, elevando assim a excreção renal (CASTRO, 1985).

De acordo com Smeltzer e Bare (2005), o pâncreas é uma glândula de secreção mista. Suas células são compostas por um tecido encarregado da secreção do suco pancreático que é entornado da porção descendente do duodeno, intervindo nos processos digestivos. Outras células compõem as ilhotas pancreáticas, que secretam a insulina, que vai direto para a corrente circulatória sanguínea. O pâncreas pode ser considerado tanto uma glândula exócrina, pois o suco pancreático é drenado por ductos; quanto uma glândula endócrina, pois as ilhotas pancreáticas representam segmentos de glândulas sem ductos.

No interior do pâncreas estão localizados agrupamentos de células conhecidas como ilhotas de Langerhans, cujo desempenho é produzir hormônios. As células-beta são responsáveis por produzir insulina e as células-alfa produzem o glucagon, que aumentam a glicose no sangue (CASTRO, 1985).

Para Smeltzer e Bare (2005, p. 1137),

[...] o fígado é a maior glândula do organismo (maior víscera abdominal). Ele está situado na região superior do abdome, logo abaixo do diafragma, à direita da linha mediana. [...]. A extremidade correspondente à tuberosidade maior do ovo estaria à direita; a face convexa para cima e a plana (face de seção) para baixo. Em média pesa 1,5 kg. Sua coloração é vermelho marrom e a consistência é firme, porém quando roto dificilmente suturável, pois os fios comuns cortam o tecido hepático. Por outro lado, ele se amolda às vísceras que lhe estão próximas, as quais deixam sobre a sua superfície diversas depressões, que recebem o nome genérico de impressões.

O fígado é imprescindível no processo digestório e atua como reservatório do sangue possuem um elevado fluxo de linfa, e a função dos macrófagos que age para limpar o sangue. O fígado é responsável por metabolizar os carboidratos, as gorduras e as proteínas, guardar as proteínas, o ferro e as substâncias sanguíneas usadas no procedimento de coagulação. Sendo também designado pela excreção de fármacos, hormônios e outras substâncias (GUYTON; HALL, 2002).

Na opinião de Smeltzer e Bare (2005), o fígado se encarrega em anular e eliminar algumas substâncias tóxicas. Ele promove a comunicação entre o sistema digestivo e o sangue. Além de produzir proteínas plasmáticas como a albumina, que transporta ácidos graxos menores.

O fígado localiza-se na cavidade abdominal, no hipocôndrio direito, abaixo do músculo diafragma, ao lado do estômago, acima do pâncreas e anterior à vesícula biliar. A margem inferior do lobo direito está em contato com parte do intestino grosso. O fígado

possui quatro lobos, sendo: direito, esquerdo, quadrado e caudado. Entre o lobo direito e o esquerdo existe o ligamento falciforme, que faz a junção entre o fígado e o músculo diafragma, existem também dois ligamentos: o triangular e o coronário. As artérias hepáticas são responsáveis por irrigar o fígado, o que é drenado pela veia cava inferior e veia porta, a principal via de comunicação do fígado com o corpo (CASTRO, 1985).

Segundo Guyton e Hall (2002, p. 156),

[...] as funções do fígado juntamente com o funcionamento adequado do pâncreas são fundamentais para garantir um organismo livre de diabetes. No trato alimentar, a digestão dos carboidratos consiste, quase que exclusivamente de glicose, frutose e galactose, sendo que a glicose representa 80% desta. Após sua absorção no trato intestinal grande parte da frutose e quase toda a galactose são, então, rapidamente convertidas em glicose no fígado. Por conseguinte, verifica-se a presença de quantidade muito pequena de frutose e galactose no sangue circulante. Assim, a glicose constitui a via final de transporte de quase todos os carboidratos até as células teciduais.

Cita o autor, que internamente as células hepáticas e as enzimas determinam as interconversões entre os monossacarídeos e glicose, frutose e galactose. Para o autor, quando os monossacarídeos são liberados pelo fígado para o sangue, convertem-se em glicose. Isto porque as células hepáticas têm elevada quantidade de glicose fosfatase que degradam a glicose e o fosfato. Considerando que quase todos os monossacarídeos que circulam no sangue são compostos por glicose, esta pode ser levada para o sangue pelas membranas dos hepatócitos (CASTRO, 1985).

Guyton e Hall (2002) descrevem para que as células usem a glicose, esta deve ser transportada por meio da membrana para o citoplasma. A insulina eleva a velocidade do transporte de glicose, bem como a de alguns outros monossacarídeos. Analisando a velocidade de transporte da glicose na falta da secreção de insulina, esta pode crescer até dez vezes quando a insulina é secretada em ampla quantidade pelo pâncreas, pois é essa secreção de insulina que controla a rapidez do uso dos carboidratos pela maioria das células.

Para indivíduos que não são portadores de diabetes mellitus, conforme Braga (2002), a taxa normal de glicose no sangue para as pessoas que não se alimenta por um período de 3 a 4 horas é de cerca de 90 mg/dl. Após se alimentar com ampla quantidade de carboidratos, a glicemia dificilmente ultrapassará 140 mg/dl.

Entende Guyton, Hall (2002), que a glicose é o único nutriente que pode ser usado por alguns órgãos, como o cérebro, a retina, e o epitélio germinativo, suprindo-os de energia

necessária, seu equilíbrio é imprescindível para garantir a saúde. É essencial para a saúde manter os níveis de glicose dentro do normal, pois níveis altos de glicose podem acarretar desidratação celular, assim como glicosúria (perda de glicose na urina), originando depleção dos líquidos e eletrólitos, e ainda gerar lesão em tecidos e vasos sanguíneos, ocasionando acidentes cardiovasculares, doença renal e cegueira irreversível.

2.2. DESCRIÇÃO DO DIABETES MELLITUS

O diabete mellitus, para Braga (2002, p. 98),

[...] é uma doença metabólica crônica, que se desenvolve em indivíduos com predisposição hereditária, promovida por distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono. Isso ocorre devido à insuficiência de insulina sendo caracterizada por hiperglicemia (elevação da taxa de açúcar no sangue) e glicosúria (presença de açúcar na urina).

Os exames de rotina são essenciais, pois levam um tempo entre a instalação da hiperglicemia e a manifestação da micro e macroangiopatia, e detectada a hiperglicemia no paciente, este pode tratá-la antes de agravar a micro angiopatia (BRAGA, 2002), que,

Segundo Smeltzer e Bare (2005, p.1217),

[...] o diagnóstico de Diabetes Mellitus deve ser feito após comprovação por exame de sangue, denominado na nomenclatura médica por Glicemia em jejum em que são considerados normais os indivíduos que apresentam menos de 110mg/dL, e em exame de glicemia após glicose anidra menos de 140 mg/dL. A Intolerância à glicose é configurada quando o exame de glicemia apresenta mais de 140 mg/dL. A comprovação desses índices por exames clínicos comprova também a propensão de pacientes a desenvolver o Diabetes Mellitus e doenças coronarianas (macropatias).

O portador de diabetes deve ter uma dieta característica que proceda em uma boa nutrição e que precisa ser transformada com constância. Isto é avaliado um amplo desafio, entretanto essas alterações são importantes na adequação da aptidão física de metabolizar os nutrientes, para ajustar deficiências nutricionais relacionadas à doença e para suprimir certos alimentos da dieta que possam inutilizar a terapêutica constituída (BRAGA, 2002).

Sobre a patologia diabete mellitus tipo 2 no organismo, a Figura 3 descreve o processo:

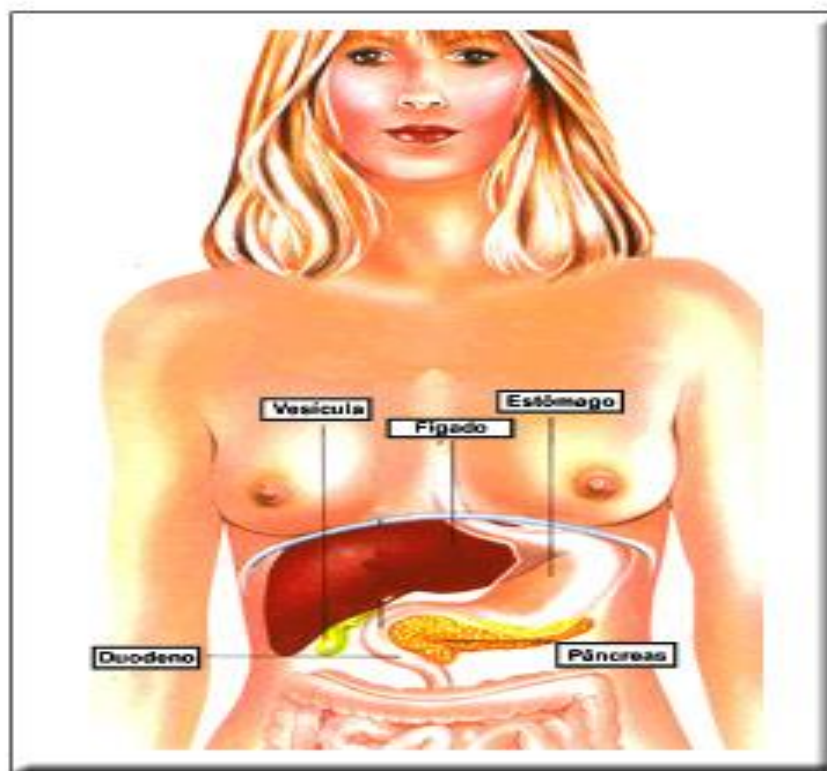


Figura 2: O diabetes no organismo. Fonte: ANAD (2020).

Entre os múltiplos tipos de diabetes, este se difere quanto à origem, evolução clínica e tratamento. Em 1997 foram revistos a classificação e o diagnóstico do diabetes mellitus e novos critérios procurando retificar as divergências e conseguir a mesma prevalência de diabetes mellitus, independentemente de empregar a glicemia em jejum ou a curva de tolerância à glicose, de tal modo que ambos incidiam a antecipar diagnósticos idênticos (ATKINSON apud BRAGA, 2002).

Descreve Dias et al. (apud BRAGA 2002), que após pesquisas foram constituídos de indivíduos com mais de 45 anos precisam fazer o exame pelo menos a cada três anos, ou anualmente se tiver fator de risco como:

- Obesidade abdominal;
- Antecedentes com diabetes na família (em primeiro grau);
- Antecedentes obstétricos compatíveis com Diabetes Mellitus Gestacional (DMG);

- Coronariopatia antes dos 50 anos;
- Hipertensão arterial;
- Triglicérides > 150 mg/dl associado ao HDL < 35 mg/dl;
- IGT ou IGF em exame prévio.

Esta classificação é usada como modelo, e causou alterações sobre os novos critérios para diagnosticar o diabetes mellitus, transformando a prevalência da doença dependente do método diagnóstico, glicemia em jejum, ou curva de tolerância à glicose.

A curva de intolerância à glicose (IGT) pode ser analisada como um identificador mais seguro de diabetes futuro, e está integrada com risco elevado de doença cardiovascular. A intolerância à glicose pode acarretar em disfunção da célula β , enquanto (IGT) está coligado com hiperinsulinemia, ou seja, resistência à insulina, indicando etiologias desiguais para esses estados de distúrbio no metabolismo glicêmico (FACE, 2003).

Dias (2002), confirma que ainda não se sabe se o tratamento da IGT ou IFG pode adiar ou prevenir o início da doença macrovascular. Observa-se que o retardo do diabetes na população irá favorecer no que se relaciona a morbidade e mortalidade. Deve-se tratar aos pacientes recomendando sobre o estilo de vida ou com agentes hipoglicemiantes com segurança científica evidenciada, enquanto se acumulam elementos adicionais.

Braga (2002) assegura que em 1979 o diabetes mellitus foi distribuído em 2 classes, sendo: diabetes mellitus insulínoddependente (IDDM – DM tipo I) e diabetes mellitus não insulínoddependente (NIDDM – DM tipo II), sendo tipo 2 objeto do estudo.

2.3. DIABETES MELLITUS TIPO 2

O diabetes mellitus é descrito na atualidade como um dos grandes problemas de saúde, quanto ao número de indivíduos portadores desta enfermidade, provocando inaptidão e mortalidade, quanto ao alto valor ao governo para o controle e tratamento de suas prováveis complicações (PACE, 2003 apud CATANEO, 2017).

Desde o princípio do século XXI esta enfermidade tem constituído um problema médicos e de saúde pública. A causa para a ampliação de casos no mundo, estão relacionadas às transformações do estilo de vida, acontecimentos de urbanização e industrialização, alterações demográficas, maior perspectiva de vida e, em certos países, com o rápido aumento de populações com atributos raciais e étnicas mais predispostas à enfermidade (FLORES, 2005 apud CATANEO, 2017).

Ela é avaliada a quarta causa de morte no Brasil. Acredita-se que, no País, têm mais de 5 milhões de indivíduos diabéticos, sendo que 50% não sabem do diagnóstico, e que a grande parte deles tem idade de 3 a 69 anos (FRANCO, 1992 apud CATANEO, 2017).

Diabetes é um grupo de enfermidades metabólicas assinaladas por hiperglicemia que resulta em defeitos na secreção de insulina, ação da insulina ou ambos. E a hiperglicemia crônica tem sido associada com agravos em longo prazo, disfunção e falha de distintos órgãos (ADA, 2014 apud SOUZA, 2018).

De acordo com a (WHO, 2016), a American Diabetes Association (2014 apud SOUZA, 2018) e as indicações da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2016), o diabetes mellitus pode ser classificado em 4 classes clínicas: diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de diabetes mellitus e diabetes mellitus gestacional.

Têm mais 2 classes, mencionadas como pré- diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose atenuada, sendo estes fatores de risco para o aumento de DM e doenças cardiovasculares. O DM1, também manifesto como insulínodpendente, juvenil ou da infância, é assinalada por uma deficiência na produção de insulina. Pessoas com este tipo de diabetes precisam de 1 dose diária de insulina para regular a quantidade de glicose no sangue (WHO, 2016). As suas causas não são conhecidas e não prevenidas (ADA, 2014).

O tipo 2 passa a existir em consequência de o organismo não usar de forma adequada a insulina que produz, ou então não produz insulina suficiente para conter a taxa de glicemia. Observa-se que 90% dos doentes com diabetes são diagnosticadas com este tipo de diabetes. Os adultos são mais acometidos, as crianças podem desenvolver. Dependendo da seriedade, o nível de glicose pode ser controlado só com atividade física e da mudança alimentar. Em diferentes casos, determina o uso de insulina e/ou outros medicamentos (SBD, 2017).

Para Ferrannini (apud BRAGA, 2002), o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) expõe alterações etiopatogênicas e fisiopatológicas heterogêneas. Estas têm como propriedade a combinação de resistência à insulina, o déficit das células β pancreáticas e a produção endógena de glicose alta, induzidas por anormalidades genéticas e adquiridas.

A hiperglicemia exacerbada é causada pela produção sucessiva de glicose pelo fígado, associada à mínima retenção hepática da glicose que vem do trato intestinal. Um agravante da hiperglicemia é a diminuição da apreensão de glicose pelo músculo, relacionado à diminuição da secreção de insulina, pois esta é responsável por captar a glicose pelo músculo, assim como pela supressão da lipólise no tecido adiposo e a supressão da produção hepática de glicose. Para provocar o incremento de drogas mais ativas para doentes com diabetes mellitus tipo II, é indispensável conhecer sobre as estruturas moleculares de resistência a insulina e das alterações na secreção de insulina nesses doentes (GOODYEAR apud BRAGA 2002).

2.4. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E PRINCIPAIS SINTOMAS

Existem casos em que os doentes desprezam os sinais do organismo, não dão a atenção. Sobrevêm por um extenso tempo de coexistência com o diabetes sem transformar o estilo de vida, sem ser acompanhado por especialista, e terminam padecendo tendo efeitos graves, como amputações, por descaso com sua própria saúde (THOMPSON; ASHWILL, 1996).

O DM2, conhecido como não insulino dependente, resulta do uso ineficiente da insulina pelo corpo. Representa pela maioria de pessoas com diabetes no mundo. Os sintomas são iguais ao tipo 1, mas repetidamente em menor intensidade. Por isso, muitas vezes ele ocorre anos sem ser diagnosticado até que aparecem as complicações (WHO, 2016). Têm alguns sinais e sintomas típicos como a poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso inexplicada que determinam suspeita de diabetes mellitus e que, embora estejam presentes no DM2, incidem, sobretudo no DM1 na forma mais aguda, podem evoluir com cetose, desidratação e acidose metabólica, principalmente associado ao estresse agudo.

Outros sintomas como pruridos, visão turva e fadiga também podem estar presentes (BRASIL, 2013). O diagnóstico do DM é realizado com base na detecção da hiperglicemia. Alguns exames podem ser empregados no diagnóstico do DM, como a glicemia casual,

glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em 2 horas e, em alguns casos, hemoglobina glicada (BRASIL, 2013).

Outros sintomas como urinar diversas vezes durante o dia e noite e em grande quantidade, exibir sede excessiva, obesidade, emagrecimento, sentir fome, desânimo e fadiga com facilidade, deficiência visual, furúnculos frequentes, cicatrização difícil e infecções de pele, impotência sexual e pressão arterial alta, são indicativos do aparecimento da doença (DUNCAN, 1996).

O diabete mellitus 1, não pode ser prevenido, só para o diabete mellitus 2 existem ações eficazes disponíveis na prevenção de suas complicações e na morte prematura que pode derivar de todos os tipos de diabetes. Dai a importância da assistência a saúde junto a população que colaboram para saúde, independente do diabetes, atividades como exercício físico regular, alimentação saudável, evitar o tabagismo, controlar a pressão arterial e lipídios (WHO, 2016).

Braga (2002) alega que o diabetes é simples de ser diagnosticado, pois o portador dos sintomas pode fazer o exame de glicemia e de glicosúria. Indivíduos que com familiares diabéticos, pessoas obesas, pessoas com mais de 60 anos, hipertensos e mães que deram à luz a crianças com mais de 4 kg, tem o risco máximo de desenvolver diabetes.

Duncan (1996, p. 476) esclarece que “a diabetes é uma doença comum, que atinge 7,6% da população com mais de 30 anos, apresenta alta morbidade e mortalidade que podem ser prevenidos num nível primário de atenção à saúde”.

Thompson e Ashwill (1996) esclarecem que a diabete é uma síndrome de intolerância ao carboidrato que surge em muitas pessoas. É distribuída em diabetes mellitus tipo I (insulinodependente), diabetes mellitus tipo 2 (não insulinodependente) e cetoacidose diabética (coma diabético). Em todos os casos é essencial a educação contínua e orientação ao doente para ter melhor qualidade de vida e para prevenir as complicações decorrentes da enfermidade.

2.5. COMPLICAÇÕES DO DIABETES

Quando não tratado, o diabetes pode ocasionar complicações físicas, sociais e econômicas, que comprometem a vida da pessoa, especialmente quando nascem as complicações agudas. Sobre estas complicações, Smeltzer e Bare (2006, p. 1247) afirmam que,

[...] existem três complicações agudas importantes do diabetes relacionadas ao desequilíbrio por curto prazo nos níveis sanguíneos de glicose. hipoglicemia, a cetoacidose diabética (DKA), e síndrome não-cetótica hiperosmolar hiperglicêmica. (HHNS), também conhecido por coma não cetótico hiperosmolar hiperglicêmico ou síndrome hiperosmolar hiperglicêmica.

- Hipoglicemia

Quando por algum motivo sobrevém a diminuição do nível de glicose no sangue (entre 50 mg/dl à 60 mg/dl), ocorre a hipoglicemia. Pode acontecer por múltiplos fatores, entre eles: quantidade exagerada de insulina, agentes hipoglicemiantes orais, alimentação imprópria ou atividade física exagerada. É mais corriqueiro antes das refeições, mas pode ocorrer a qualquer momento.

- Cetoacidose Diabética

A ausência total ou parcial da insulina gera a cetoacidose diabética. Esta ausência é determinada no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. Acidose, hiperglicemia, desidratação e perda de eletrólitos são as complicações da cetoacidose diabética.

- Síndrome não Cetótica Hiperosmolar Hiperglicêmica.

É originada por uma doença grave, e advém pela ausência de insulina efetiva. Deriva na perda de água e eletrólitos, pois gera a diurese osmótica. É mais corriqueira em indivíduos com faixa etária entre 50 e 70 anos, sem história de diabetes ou com diabetes mellitus tipo II.

Conforme Smeltzer e Bare (2006, p.1257) explicam que,

[...] ao mesmo tempo em que houve uma queda no número de mortes de pacientes diabéticos por problemas atribuídos á cetoacidose e infecção, verificaram-se um crescimento na quantidade de pessoas que morreram por problemas cardiovasculares e renais. As complicações em longo prazo estão se tornando mais comuns na mesma proporção que as pessoas vivem mais tempo com diabetes. Com o tempo, os diversos efeitos do diabetes afetam praticamente todo o organismo.

Para Gomes (2005, p. 14-15),

[...] o diabetes é um inimigo silencioso e sorrateiro, aos poucos vai se instalando no organismo de maneira traiçoeira, até que se manifesta de maneira [...] irreversível. Atacando praticamente todos os órgãos vitais, neste estágio se torna uma luta desigual, ele já debilitou os alicerces do corpo, a visão, o coração e tantos outros órgãos importantes, a vítima [...] está irremediavelmente vencido, seus estragos, ao longo do tempo já estão instalados, em pouco tempo se manifestarão na forma de mutilações, cegueira, impotência sexual, enfarto, neuropatias, ataque cardíacos etc. Portanto, não se devem desprezar os primeiros sinais do nosso organismo.

Sem o tratamento correto e sem controle do diabetes mellitus, pode ocasionar complicações como:

- a) Cegueira por retinopatia e as cataratas;
- b) Doenças coronarianas como o infarto agudo do miocárdio;
- c) Gangrena relacionada à arteriosclerose acelerada;
- d) Impotência sexual masculina;
- e) Hipertensão arterial, insuficiência renal, infecções, entre outras complicações.

Afirma Gomes (2005. p, 13), que o diabetes é uma doença “extremamente agressiva, seus terríveis efeitos são possíveis de serem evitados ou atenuados considerando ser uma doença que depende muito do estilo de vida do próprio diabético”.

2.6. EPIDEMIOLOGIA DO DIABETES MELLITUS

De acordo com a IDF (2015), o diabetes é uma das maiores emergências de saúde do século 21 e suas estimativas assinalam que 415 milhões de indivíduos no mundo, ou 8.8% dos adultos com idades entre 20-79 anos, tem diabetes. Existem 318 milhões de adultos com deficiência de tolerância à glicose, com elevado risco de desenvolver a doença no futuro. E 2040, são estimados 642 milhões de indivíduos, ou 1 entre 10 adultos, apresentarão diabetes. Na América do Norte e Caribe, cálculos apontaram que 44.3 milhões de indivíduos, sendo 12.9% da população adulta, tem diabetes. Nas Américas do Sul e Central são 29.6 milhões de indivíduos, ou 9.4% da população adulta.

O Brasil tem um elevado número de indivíduos adultos com diabetes, 14.3 milhões, o 4o no ranking mundial, com uma avaliação para 2040 de 23.3 milhões de pessoas com diabetes (IDF, 2015).

Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013) feita em 2013 estimou que no Brasil 6,2% da população de 18 anos ou mais de idade citaram diagnóstico médico de diabetes, o equivalente a um contingente de 9,1 milhões de indivíduos. As mulheres, sendo 7% exibiram maior dimensão da doença do que os homens com 5,4%, o que corresponde a 5,4 milhões de mulheres e 3,6 milhões de homens. Os 16 percentuais de prevalência da doença por faixa etária foram: 0,6% entre 18 a 29 anos; 5% de 30 a 59 anos; 14,5% entre 60 e 64 anos e 19,9% entre 65 e 74 anos. Para aqueles que tinham 75 anos ou mais de idade, o percentual foi de 19,6%.

Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) mostrou que nas capitais brasileiras, em 2016, a assiduidade do diagnóstico médico prévio de diabetes foi de 8,9%, sendo menor entre homens (7,8%) que entre mulheres (9,9%). Em ambos os sexos, o diagnóstico da doença é mais comum com o aumento da idade, com exceção a partir dos 45 anos, com um ampliação na frequência de em média 0,28 pp ao ano no período 2012-2016.

2.7 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1990, p. 8), a unidade básica de saúde (UBS) é “destinada a prestar assistência à saúde a uma população determinada contando com uma equipe de saúde interdisciplinar em caráter permanente”.

As unidades básicas de saúde realizam atendimento de caráter primário. Na atenção primaria são classificadas como unidades básicas de saúde (UBSs) que são consideradas como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturada pela lógica a partir da densidade demográfica, a estruturação, do desempenho e da composição da equipe, do perfil populacional e das ações e serviços de saúde ofertados (BRASIL, 2017 apud ABREU; MIRANDA; ALVES et al., 2020).

A complexidade e dimensões físicas variam em função das características da população a ser atendida, dos problemas de saúde a serem resolvidos e da capacidade resolutiva. O nível primário é distinguido por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, compreendendo a promoção e a proteção da saúde, atua na prevenção de danos, no diagnóstico, no tratamento, na reabilitação, a redução de agravos, bem como, na

manutenção da saúde, objetivando desenvolver a atenção integral que promova a condições de saúde da população (BRASIL, 2012 apud ABREU; MIRANDA; ALVES et al., 2020).

“Os serviços de saúde são, por definição, são dependentes da mão de obra especializada e de equipamentos com alto grau de complexidade” (MALIK, 1996a, p. 32). Os serviços produzidos na UBS têm duas vertentes, a primeira, refere-se à assistência dirigida ao indivíduo, família e à comunidade, a segunda centra-se na gerência dos serviços ofertados. Os trabalhos desenvolvidos pela equipe fundem-se na complementaridade multiprofissional.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1990) aborda que, para identificar os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde, é importante o conhecimento das características do perfil epidemiológico da população, em termos de incidência das doenças, condições socioeconômicas da comunidade e a infraestrutura dos serviços disponíveis. As ações de promoção e proteção de saúde visam à redução dos fatores de risco.

Na UBS, o usuário do SUS recebe atendimentos básicos e gratuitos por médicos, enfermeiros e dentistas, farmacêuticos e assistentes sociais, técnicos de enfermagem. Os serviços proporcionados são consultas, injeções, curativos, vacinas, inaladores, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para outras especialidades clínicas, dispensação de medicamentos com fornecimento de medicação básica e atenção farmacêutica através dos cuidados farmacêuticos (MELO; CASTRO, 2017; FEITOSA; RODRIGUES; SILVA et al., 2020).

No campo da prevenção, as ações empregadas são por meio da educação em saúde. As ações de proteção são realizadas por meio da vigilância epidemiológica, vacinações, saneamento básico, vigilância sanitária, exames médicos e odontológicos. Todos os grupos de ação têm suporte da legislação específica com normas e regulamentos de proteção à saúde.

Para desenvolver os serviços, na unidade básica de saúde é necessário uma equipe multiprofissional que é composta por: enfermeiro, médicos, assistente social, farmacêutico, técnico de enfermagem, assistente social, agente de saúde, assessor administrativo e zelador, etc.

O funcionamento da unidade básica de saúde tem caráter multidisciplinar e as ações visam à complementaridade nos serviços prestados. Melhorar a qualidade e atender

satisfatoriamente o cliente deve ser o propósito contínuo das instituições modernas. A atuação do trabalho realizado pelos farmacêuticos é considerada quanto à qualidade e à eficácia dos serviços prestados aos usuários, podendo intervir na realidade, com visão de longo prazo e resolução na prestação dos serviços.

É neste cenário que o farmacêutico trabalha na UBS, que é definido como “espaço geográfico que está em constante processo de mudança, pois é produto da dinâmica social - construção e reconstrução - englobando os aspectos econômicos, sociais, culturais e políticos” (BRASIL, 1999, p. 57). (Grifo nosso)

Durante a assistência prestada, o acolhimento das equipes frente às demandas, obrigações e manifestações dos usuários é um elemento-chave frente à comunidade. A unidade básica de saúde (UBS) trabalha para garantir a acessibilidade universal aos que buscam o serviço de saúde (NORA; JUNGES, 2013; MAEDA et al., 2011 apud ABREU; MIRANDA; SIMÕES et al.; 2020).

Os profissionais que atuam em UBSs devem exercer suas funções de maneira coletiva e integral, identificando as qualidades sociais, ambientais, econômicas e culturais pautadas nos agravos dos indivíduos, contribuindo com enfoque terapêutico contínuo para cada usuário (MAEDA et al., 2011 apud ABREU; MIRANDA; SIMÕES et al.; 2020).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2004) em 6 de maio de 2004, confirmou e publicou a Resolução CNS n. 338, estabelecendo a política nacional de assistência Farmacêutica (PNAF), deliberando que assistência farmacêutica versa sobre um conjunto de atividades voltadas a promover, proteger e recuperar a saúde, no âmbito individual e coletivo, tendo o medicamento como insumo efetivo visando a promoção e ao seu uso racional e a qualidade de vida.

2.8 ATENÇÃO FARMACÊUTICA

A atenção farmacêutica refere-se ao cuidado farmacêutico, no trabalho multiprofissional, aplicando sua prática profissional no paciente, protegendo, recuperando e promovendo a saúde, atua prevenindo os possíveis agravos (BARROS NETO; BORGES, 2019).

2.8.1 Gestão de Medicamentos

A política nacional de medicamentos (PNM) definiu a assistência farmacêutica como um grupo de atividades relacionadas ao medicamento, designadas a apoiar as ações de saúde impetradas pela comunidade (BRASIL, 2009 apud SOUZA, 2018).

O CFF (2013) em sua lei de n. 13.021, de 2014, no artigo 3º define para farmácia: como sendo uma unidade de prestação de serviços destinada a prestar assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual/coletiva, por meio da manipulação e/ou dispensação de medicamentos, cosméticos, insumos farmacêuticos, produtos farmacêuticos e correlatos (BRASIL, 2014 apud CÂNDIDO, 2020).

A política nacional de assistência farmacêutica (PNAF) instituiu os seguintes princípios, que além do conjunto de ações conhecido, deve haver integração do farmacêutico com os usuários, a fim de obter uma farmacoterapia racional e efeitos determinados e mensuráveis, objetivando, a melhoria de qualidade vida dos pacientes (FERREIRA; SERRA; 2011; SOUZA, 2018).

Outra função do farmacêutico está relacionada às atividades gerenciais, intrínsecas à assistência farmacêutica relativa ao uso dos medicamentos. Para desempenhar estas atividades e necessário o conhecimentos e habilidades do profissional, uma adequada comunicação com os usuários e com os demais profissionais envolvidos em seu tratamento (ARAÚJO; UETA; FREITAS, 2009 apud NORA; COSTA; ARAÚJO et al., 2019).

A gestão técnica é uma atividade corriqueira no trabalho do farmacêutico, está ligada às atividades clínicas por contemplar as etapas que envolvem o acesso ao medicamento, desde sua seleção até a análise de seu uso por um usuário e pela comunidade (SOUZA, 2018).

Observa-se que os elementos da assistência farmacêutica na gestão técnica, como um conjunto de atividades farmacêuticas interdependentes, focalizada na qualidade, no acesso e uso racional de medicamentos, e na gestão clínica do medicamento, enfocando o usuário no tratamento terapêutico (LOMBARDI, 2016 apud CATANEO, 2017).

Para Conrad (2012) a seleção de medicamentos, atividade mais importante do ciclo, é o processo de escolha dos medicamentos para atender as demandas dos usuários, baseado nas enfermidades incidentes (BRASIL, 2001 apud BISCAHYNO; LIMBERGER, 2013).

Observou-se que, na seleção de medicamentos essenciais existe um padrão de qualidade da prescrição, o que facilita o método da escolha do medicamento e da dispensação. Da mesma forma, o abastecimento, o armazenamento e a distribuição, devem ser regularmente, de maneira eficiente e com economia. Outro ponto importante a destacar, é a programação do ciclo da assistência farmacêutica, que esta diretamente envolvida na condição de acesso aos medicamentos e as perdas relacionadas aos mesmos (MARIN; CASTRO; SANTOS, 2003 apud BISCAHYNO; LIMBERGER, 2013).

Quanto ao procedimento de aquisição, este considera vários fatores como: a programação de medicamentos, de acordo com a política de aquisição determinada para a compra podendo ser, centralizada/descentralizada, sendo que os recursos financeiros, as normas e procedimentos operacionais definidos de acordo com as responsabilidades e do fluxo operacional do processo de compra (DALENOGARE, 2009 apud BISCAHYNO; LIMBERGER, 2013).

A aquisição na administração pública é feita por meio de processo licitatório que incide em um processo administrativo preliminar, sendo que a administração pública tem critério prévio, onde são selecionadas, as diversas propostas relacionadas a compras, tendo como princípios a legalidade, impessoalidade, moralidade, igualdade, publicidade, probidade administrativa, vinculação ao instrumento convocatório, julgamento objetivo etc. (ANVISA, 2003 apud BISCAHYNO; LIMBERGER, 2013).

2.9 CUIDADO NO USO DO MEDICAMENTO

O cuidado no uso de medicamentos faz parte da atenção realizada pelo farmacêutico durante a assistência prestada ao paciente. O farmacêutico desenvolve suas funções na corresponsabilidade visando a qualidade de vida. Este é um trabalho essencial, já que os eventos adversos a medicamentos são avaliados como uma patologia emergente (OTERO; DOMINGUEZ-GIL, 2000 apud VIEIRA, 2007) e são responsáveis por amplas danos/perdas, financeira ou de vida.

O cuidado farmacêutico (BRASIL, 2014), agrega ações de educação em saúde, onde são recomendadas atividades educacionais para a equipe de saúde, atividades de promoção à saúde, do uso racional de medicamentos, desenvolvimento de atividades assistenciais e

técnico-pedagógicas. Partindo deste pressuposto, o farmacêutico institui uma ação associada com a equipe de saúde, ao usuário, visando à **promoção da saúde, proteger e recuperar a saúde e prevenir as doenças e os agravos**, por meio da educação em saúde, da promoção do uso de medicamentos prescritos e não prescritos, nas terapias alternativas e complementares. Trabalho este, feito na clínica farmacêutica por meio de atividades técnico-pedagógicas voltadas ao usuário, à família, à população. (Grifo nosso).

Vale destacar as diferenças entre promoção de saúde e prevenção de doença, conforme apresentado no Quadro 1:

Categorias	Promoção da saúde	Prevenção da doença
Conceito de saúde	Positivo e multidimensional	Ausência de doença
Modelo de intervenção	Participativo	Modelo médico
Alvo	A população no seu ambiente	Para grupos de alto risco
Incumbência	Redes de saúde	Patologia específica
Estratégia	Diversas e complementares	Geralmente única
Abordagens	Facilitação e capacitação	Direcionada e persuasiva
Direção das medidas	Ofertadas à população	Impostas a grupos alvos
Objetivo do programa	Mudanças na situação individual e ambiental	Foco no indivíduo e no grupo
Executor do programa	Organizações não profissionais, movimentos sociais, governo local municipal, regional e nacional.	Profissional de saúde

Quadro 2 - Promoção de saúde e prevenção de doença. Fonte: Adaptada de Stachtchenko e Jenicek (apud BUSS, 2003).

O modelo de promoção ocorre a partir da educação em saúde. Gazzinelli et al. (2005) delineiam que a alteração da fala/diálogo da educação em saúde, situada em uma expectativa habitual baseada na deliberação de modelos, deve ser voltado para a participação da população. No entender destes autores, a origem da educação em saúde foi convencionada numa perspectiva de teor, evidenciando que a aquisição do conhecimento introjetado não resultou essencialmente em modificação de conduta. Os autores concluem que na educação condicionada é aceitável advir o aprendizado libertador, no qual o profissional e o usuário são

sujeitos, seguindo seus papéis e fazendo com que a metodologia educativa advenha de modo expressivo, adequada de determinar mudanças.

Uma das funções do farmacêutico é acompanhar o paciente durante o seu tratamento, avaliar os procedimentos terapêuticos, sua evolução identificando a melhor assistência para os possíveis efeitos adversos e analisar os resultados em todas as etapas (BISCAHYNO; LIMBERGER, 2013).

Com relação à dispensação dos medicamentos, essa atividade determina que o farmacêutico possua conhecimentos e habilidades clínicas, para poder avaliar a prescrição técnico/legal, com as condições de saúde do paciente. Deve ainda verificar a existência de interferência no resultado do tratamento e na segurança do paciente, podendo intervir junto ao prescritor, minimizando seus efeitos (CORRER; OTUKI, 2013; CFF, 2016 apud CÂNDIDO, 2020).

Quanto a Alcântara e Terra Junior (2016) aponta que a prescrição de medicamentos é feita a partir da escolha, posologia, terapia e estratégias educativas, para que os aspectos clínicos e medicamentosos permaneçam integrados de maneira racional. Assim, prescrever ou utilizar medicamentos demanda uma qualificação continuada, o profissional deve estar informado para orientar o paciente sobre o uso e aplicabilidade, levando em conta adesão à terapia e a reabilitação da saúde.

O ciclo da prescrição segue um roteiro com critérios rigorosos fundamentado na legislação contribuindo para o uso racional de medicamentos. Segundo a (OMS, 1987 apud BISCAHYNO; LIMBERGER, 2013) para que o uso racional de medicamentos aconteça, é imprescindível, estabelecer a necessidade do uso do medicamento receitado de forma adequada, a melhor escolha, levando em consideração sua eficácia e segurança comprovada e aceitável.

O ciclo aponta a necessidade de que o medicamento seja prescrito apropriadamente, na forma farmacêutica, por doses e período de duração do tratamento; que esteja disponível, com os critérios de qualidade exigidos; dispensados em condições adequadas, feito com orientação e responsabilidade, e, finalmente, que se exerça o ciclo terapêutico prescrito, do melhor modo possível (OMS, 1987 apud BISCAHYNO; LIMBERGER, 2013).

Dentre as condições para a promoção do uso racional de medicamentos e preciso ter a participação dos pacientes, profissionais de saúde, legisladores, formuladores de políticas públicas, indústria, comércio, governo (AQUINO, 2008 apud BISCAHYNO; LIMBERGER, 2013). Correr (2015) afirma que no serviço, o farmacêutico gerencia o uso de medicamentos. Este serviço visa:

- Orientar integralmente o usuário, quanto ao acesso aos medicamentos na UBS.
- Educar o usuário sobre seus medicamentos e problemas de saúde, aumentando sua autonomia sobre o tratamento e promovendo o autocuidado.
- Promover a adesão do usuário aos medicamentos, por meio da orientação terapêutica, reduzindo a complexidade do tratamento e do fornecimento de recursos apoiando o uso de medicamentos.
- Otimizar a farmacoterapia, revendo a polimedicação e, na redução da carga de comprimidos.
- Avaliar a efetividade do tratamento e o ajuste da farmacoterapia, quando necessários, com o prescritor e a equipe de saúde.
- Identificar a prevenção e o manejo de erros de medicação, interações medicamentosas, reações adversas e riscos associados aos medicamentos.
- Educar o usuário para guardar em local apropriado e no destino correto dos medicamentos vencidos (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011 apud CORRER, 2015).

2.10 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A assistência farmacêutica na atenção básica da saúde é essencial, pelo fato de interferir abertamente na saúde dos pacientes, por meio de atividades que são direcionadas ao uso adequado dos medicamentos e ao acesso (COSENDEY et al., 2000 apud ABREU; MIRANDA; ALVES et al., 2020). A assistência farmacêutica trata das ações realizadas pelo farmacêutico, dirigidas a promover, proteger e recuperar a saúde individual por meio de medicamentos efetivos e pelo acesso ao seu uso racional (BISCAHYNO; LIMBERGER, 2013).

A assistência farmacêutica leva em conta o uso racional de medicamentos, o método compreende 7 etapas: seleciona, programa, aquisição, armazena, distribui, prescreve e a dispensação. Essas etapas são conectadas e trabalham como um ciclo em que uma depende do resultado da outra em uma sequência de atividades (ABREU; MIRANDA; SIMÕES et al.; 2020). A seguir são descritas as etapas do ciclo:

a) Seleção: na primeira etapa do processo são apresentados os métodos de opção dos medicamentos essenciais, por meio de critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos colocados pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), apontando o uso garantido, eficácia e custo-efetivo com a intenção do uso racional, e a harmonia nas condutas terapêuticas, bem como o direcionamento do processo e da aquisição, produção e políticas farmacêuticas.

b) Programação: realizada após seleção dos medicamentos, tem como objetivo mensurar as quantidades de medicamentos a serem adquiridas para atender os serviços por um período de tempo, e feita com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). Os medicamentos precisam ter nome genérico, forma farmacêutica e apresentação, e ordenados, pelo nível de complexidade do tratamento.

c) Aquisição: nesta etapa, leva em conta a qualificação de fornecedores e normas técnicas adotadas, o processo de compra é realizado para prover medicamentos em números adequados, com qualidade e menor custo-efetividade e manutenção regular de abastecimento.

d) Armazenamento: efetivada após aquisição, procedimentos técnicos e administrativos são feitos garantindo as condições de recepção, armazenamento, conservação e controle de estoque, garantindo a disponibilidade dos medicamentos nos locais de atendimento aos usuários do SUS.

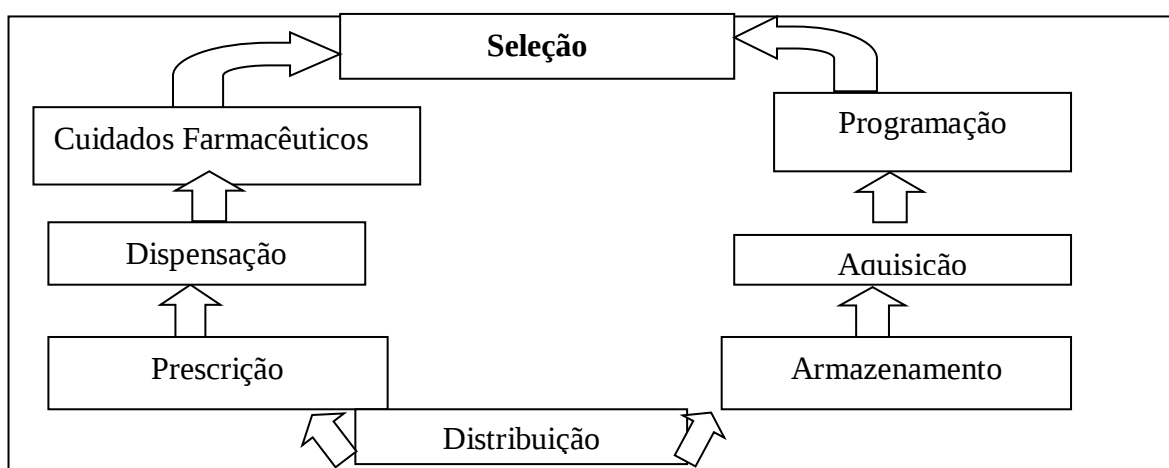
e) Distribuição: incide na distribuição de quantidades suficientes de medicamentos para as unidades de saúde, farmácias, clínicas e hospitais do SUS, garantindo a qualidade, tempo, presteza e garantia na entrega, eficiência no controle e informação.

f) Prescrição: nesta etapa é feita a documentação que define o medicamento a ser usado pelo paciente, referente dosagem e duração do tratamento que será dispensado na farmácia.

g) **Dispensação:** é um ato farmacêutico de conferir a prescrição e avaliar a farmacoterapia do paciente antes e durante a liberação de 1 ou mais medicamentos usados, das metodologias usadas na atenção e os cuidados farmacêuticos. Os cuidados farmacêuticos são analisados como etapas da assistência farmacêutica sendo feita no consultório individualmente (CORADI, 2012 apud ABREU; MIRANDA; SIMÕES et al.; 2020).

Sobre o fornecimento de medicamentos, o art. 6º da lei 8080/90, descreve que a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, é uma das ações do SUS (BRASIL, 1990 apud ABREU; MIRANDA; SIMÕES et al.; 2020). A assistência farmacêutica integral é regulamentada pelo art. 19-M da lei, que decide que os medicamentos a ser dispensada a prescrição devem estar em consonância com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (RONSONI et al., 2015; BRASIL, 2016).

Apresenta-se no quadro 2, as fases do ciclo da assistência farmacêutica considerando os cuidados farmacêuticos:



Quadro 2 – Ciclo da assistência farmacêutica. Autor: Coradi (2012 apud ABREU; MIRANDA; SIMÕES et al.; 2020).

As ações abrangem a dispensação de medicamentos, a orientação terapêutica ao usuário, o acompanhamento farmacoterapêutico, a revisão da farmacoterapia, a composição dos medicamentos avaliando e promovendo adesão terapêutica. Esses serviços são ofertados permitindo ao farmacêutico realizar a gerência de forma integrada de toda a farmacoterapia, determinando um controle eficiente das doenças, máxima segurança para o usuário e cooperando para a melhoria na sua qualidade de vida (CORRER; OTUKI, 2013 apud ARAÚJO; PALHÃO; SILVA et al., 2017).

Assim prescrever ou fornecer medicamentos exige uma qualificação contínua, para orientar o usuário sobre o seu uso e aplicabilidade, numa permuta recíproca de orientações para que ocorra a adesão à terapia e a reabilitação da saúde (ALCÂNTARA; TERRA JUNIOR, 2016).

2.11 CONSULTA FARMACÊUTICA E O ACESSO NO USO MEDICAMENTOS

Com o advento da clínica farmacêutica o profissional pode exercer os serviços, por meio da educação em saúde, e ações para promoção do uso racional de medicamentos (BRASIL, 2014 apud COSTA; PAGANELLI; SOEIRO et al., 2015). A atenção dispensada na clínica é realizada de diversas formas pelo farmacêutico: por meio da busca ativa os pacientes são identificados no momento da entrega dos medicamentos ou por seus prontuários, o farmacêutico agenda a consulta; encaminha o doente a UBS; realiza encaminhamentos a outros profissionais.

As consultas devem ser feitas individualmente, pois o farmacêutico tem acesso ao prontuário do doente com as informações necessárias para a tomada de decisão, que pode ser por meio da anamnese e entrevista com o paciente; prescrição de medicamentos; lista de medicamentos; histórico do uso de medicamentos; exames laboratoriais; monitoramento do paciente; testes de farmacoterapia; testes funcionais/físicos; teste de saúde mental/cognitiva; prontuário do paciente; encaminhamento da alta hospitalar do paciente (CORRER, 2014 apud CATANEO, 2017).

Trata-se de um conjunto de atividades que passam, necessariamente, pela construção de vínculo terapêutico entre o farmacêutico e o usuário, pela compreensão dos fatores que condicionam o comportamento do usuário no contexto singular e pela negociação com os saberes e práticas populares de saúde, de forma a garantir a continuidade e a autonomia dos usuários em relação ao seu cuidado (BRASIL, 2012 apud COSTA; PAGANELLI; SOEIRO et al., 2015)

Os serviços ofertados na clínica farmacêutica, são direcionados aos pacientes atendidos na UBS e desenvolvidos em quatro etapas, sendo: por meio da busca ativa, onde os pacientes recebem identificação no momento da dispensação dos medicamentos, ou por análise dos prontuários, e posteriormente é feita o agendamento para a consulta; na alta

hospitalar recente: o farmacêutico que atua em hospitais após a alta hospitalar encaminha aos farmacêuticos das UBSs para acompanhamento, e o encaminhamento realizado pela equipe de saúde para atendimento, a partir do agendamento da consulta (BRASIL, 2014; CORRER, 2014).

As consultas são realizadas em um espaço próprio, de forma individual, podendo também ser compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde (LOMBARDI, 2016). Durante a consulta o farmacêutico tem acesso a diversas informações e dados clínicos do paciente, como:

- Prescrições de medicamentos;
- Lista de medicamentos ou sacola de medicamentos;
- Histórico de retirada de medicamentos na unidade;
- Exames laboratoriais;
- Dados de auto monitoramento apresentados pelo paciente;
- Testes de avaliação da adesão a farmacoterapia;
- Testes rápidos e aplicados no consultório;
- Testes funcionais ou físicos;
- Teste de saúde mental ou cognitiva;
- Anamnese e entrevista com o paciente;
- Prontuário do paciente;
- Relatório existe no encaminhamento da alta hospitalar apresentado pelo paciente;
- Contato com outro profissional da saúde para obtenção de informações (CORRER, 2014 apud CATANEO, 2017).

Os serviços de clínica farmacêutica abrangem um elenco de ações assistenciais nos pontos de atenção à saúde, ofertadas por meio de atendimento individual ou compartilhado com a equipe de saúde. Essas ações assistenciais podem incluir a dispensação de

medicamentos, a orientação terapêutica ao usuário, o acompanhamento farmacoterapêutico, a revisão da farmacoterapia, a conciliação dos medicamentos e a avaliação e promoção da adesão terapêutica (BRASIL, 2012; CORRER; OTUKI, 2013 apud COSTA; PAGANELLI; SOEIRO et al., 2015).

A clínica farmacêutica abriga serviços orientados ao uso racional de medicamentos, com a finalidade de obter resultados concretos de segurança e de efetividade do tratamento. Para isso, busca a otimização dos processos da farmacoterapia, entre os quais a seleção da terapêutica e a administração e adesão aos medicamentos pelo usuário (COSTA; PAGANELLI; SOEIRO et al., 2015).

Os farmacêuticos devem entender a importância da atenção à saúde ofertada na clínica, pois a consulta aproxima o paciente do profissional, por meio da assistência direcionada a saúde (BRASIL, 2014). Da mesma forma, fica explícito que o serviço na clínica é efetivado pelo farmacêutico, atividade que faz parte do seu trabalho no desenvolvimento da assistência a saúde e na prestação do cuidado aos pacientes (WONG, 2004 apud CATANEO. 2017).

Incluem atividades em que o profissional farmacêutico, a partir de uma decisão clínica, procura influenciar de maneira positiva na saúde dos pacientes atendidos (BENRIMOJ; FELETTTO; GASTELURRUTIA et al., 2010). Ou seja, estes serviços atendem às necessidades dos pacientes de forma integral, efetiva, segura e contínua tendo em vista resultados terapêuticos positivos (BRASIL, 2014).

O profissional na consulta aborda o doente prevenindo danos, sejam por meio do tratamento medicamentoso, cuidados por meio da educação em saúde, atenção na visita domiciliar e trabalho com os grupos para suporte da saúde (COSENDEY et al., 2000 apud ABREU.; MIRANDA.; ALVES, et al., 2020; FEITOSA; RODRIGUES; SILVA, 2020; FREITAS et al., 2006; MELO; CASTRO, 2017). Além dessas atividades, é necessário organizar um sistema de referência e contra referência, entre os serviços de clínica farmacêutica da atenção básica e os serviços farmacêuticos clínicos ofertados nos níveis secundários e terciários (COSTA; PAGANELLI; SOEIRO et al., 2015).

As ações realizadas na assistência são desenvolvidas em quatro eixos, sendo: a estrutura que busca realizar as atividades desenvolvidas na assistência farmacêutica, a educação, e a informação e o cuidado realizado por meio do monitoramento e do

acompanhamento das ações e dos serviços da assistência farmacêutica. Da mesma forma, o cuidado deve ser incluído na assistência farmacêutica para diminuir os riscos relacionados à farmacoterapia e da assistência à saúde por meio da educação contínua nas práticas clínicas (BRASIL, 2014).

Na consulta segundo Wallace (apud ZANELA, 2011), a assistência humanizada é importante para diminuir o impacto sobre a família. Nesse sentido, para reduzir o nível de estresse, transmitir informações e satisfazer as necessidades da família, faz-se necessária à comunicação entre o profissional e a família. Partindo desta premissa, as famílias devem ser incluídas nos cuidados de saúde. Para que a assistência aconteça com qualidade e em sua totalidade, visando o bem-estar de todos, é necessária tanto a contribuição da equipe, quanto do paciente e de seus familiares, pois só assim, será possível atingir as metas almejadas (CIANCIARULLO, 2000).

Uma das responsabilidades do farmacêutico é acompanhar o uso do medicamento durante o tratamento junto ao paciente, podendo assim, avaliar se a terapêutica foi efetivada, e identificando se há indícios de efeitos adversos por meio da análise dos resultados obtidos (BISCAHYNO; LIMBERGER, 2013).

Cabe destacar que a dispensação de medicamentos, no marco dos serviços de clínica farmacêutica, deverá ter seus objetivos, método de trabalho e estruturas subjacentes totalmente transformados para atender as necessidades da comunidade (COSTA; PAGANELLI; SOEIRO et al., 2015).

CAPÍTULO 3 – MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Segundo Lakatos e Marconi (1999, p. 83), o método científico consiste em um “conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permitem alcançar os objetivos [...], traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista”.

A natureza da pesquisa, segundo Minayo (1996, p. 22) é compreendida como a metodologia que segue o “caminho e o instrumental próprios na abordagem da realidade”, ocupa um espaço efetivo no cerne das teorias, pois faz parte intrínseca da visualização de mundo ligada à teoria.

De acordo com Minayo (1996, p. 89) que a pesquisa exploratória “compreende a etapa de escolha do tópico de investigação, de delimitação do problema, dos objetivos, de construção do marco teórico conceitual, dos instrumentos de coletas de dados e da exploração do campo”. O tipo de pesquisa usado para o desenvolvimento do estudo foi por meio da pesquisa exploratória tendo por objetivo principal caracterizar a existência da assistência humanizada realizada pelo farmacêutico ao paciente portador de diabetes mellitus tipo 2 em unidade de saúde, da mesma forma obter conhecimento sobre o perfil socioeconômico e demográficos dos profissionais e pacientes objetos do estudo.

A busca dos dados para pesquisa bibliográfica foi realizada em banco de dados (*LILACS, PubMed, SciELO, REDALYC*); em artigos científicos, monografias; dissertações; teses; documentos legais e livros que abordam o tema, nos meses de julho a novembro de 2020 a novembro de 2021. A metodologia encontra justificativa, com diversos benefícios, como o uso no ensino, aprendizagem integrada, como fontes de informação e, trabalho em equipe, propiciando um aprendizado estimulante.

Foi encaminhada correspondência de esclarecimento ao setor responsável pela pesquisa na secretaria de saúde da cidade para apresentar o projeto de pesquisa e solicitar a autorização para realizar a pesquisa. A autorização foi formalizada por meio de documento oficial e assinada por seu representante legal para obtenção de autorização para o desenvolvimento da pesquisa nas unidades básicas de saúde.

Para atender aos objetivos específicos, a coleta de dados foi desenvolvida em 4 etapas:

- (1) seleção de literatura clássica e artigos científicos dos últimos, presentes na internet, para a obtenção resultados sobre o assunto;
- (2) análise do material bibliográfico que preenchem o objetivo do referido estudo
- (3) envio ao comitê de ética em pesquisa, com autorização das secretarias municipais de saúde objeto do estudo.
- (4) compilação dos dados obtidos das entrevistas, bem como a análise fundamentada em literatura, obtendo assim melhor conhecimento sobre o tema proposto.

3.2 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO E PLANO DE RECRUTAMENTO

Sobre as variáveis, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera:

- Dados demográficos: Referem-se ao nome, a data de nascimento, idade e sexo.
- Dados socioeconômicos: Estão ligados à escolaridade e as ocupações.
- Dados de morbidade: Investigam a presença de indivíduos portadores de doenças ou condições especiais, serviços utilizados em caso de doença. Foram consideradas as seguintes categorias de variáveis: Questões abertas; socioeconômicas e demográficas e do uso de medicamentos.

A amostra foi composta por 08 profissionais farmacêuticos que trabalham em unidades básicas de saúde e atendem pacientes com Diabetes mellitus tipo 2, escolhidos por conveniência, de forma aleatória simples, para garantir que todos os elementos que compõem a amostra tivessem a mesma oportunidade.

A pesquisa foi realizada 04 unidades básicas de saúde, sendo 2 profissionais lotados em cada UBS, situadas em 4 cidades localizadas no interior do estado do Paraná; sendo: Campo Bonito; Guaraniaçu; Ibema e Catanduvas, que atendem um quantitativo de pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2.

3.3 COMO E QUEM IRÁ OBTER O CONSENTIMENTO

A pesquisa obedeceu aos critérios da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012c). O pesquisador realizou as entrevistas no local de trabalho do profissional farmacêutico nas unidades básicas de saúde de cada cidade, sendo: Ibema, Campo Bonito, Catanduva e Guaraniãçu.

3.4 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PARA A EXECUÇÃO DO PROJETO

Foi realizada a validação da entrevista com roteiro sistematizado junto a 2 profissionais farmacêuticos que residem na cidade de Cascavel – PR, sendo que estes não participaram da pesquisa, apenas para validar o roteiro e contribuir para possíveis sugestões.

A coleta de dados foi realizada junto aos farmacêuticos por meio de um roteiro sistematizado elaborado pela pesquisadora considerando variáveis sobre o trabalho desenvolvido na assistência, identificação do perfil socioeconômico e demográfico, hábitos de vida e uso de medicamentos de paciente atendidos na UBS. O período de coleta de dados foi em junho de 2021. As entrevistas foram realizadas de forma dialogada com os farmacêuticos com hora e dia agendados. Os farmacêuticos pesquisados foram informados pela pesquisadora sobre os objetivos, metodologia do estudo. Para devida participação, os farmacêuticos assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.5. DESCRIÇÃO DE MÉTODOS QUE AFETEM OS PARTICIPANTES DA PESQUISA E ANÁLISE CRÍTICA DE RISCOS E BENEFÍCIOS, BEM COMO MEDIDAS QUE MINIMIZEM E/OU ELIMINEM TAIS RISCOS

A realização da aplicação da entrevista não acarretou riscos aos entrevistados. O pesquisador providenciou mascaras e uso de álcool aos pesquisados antes da de ser realizada a entrevista. Foi mantido distanciamento de mínimo 2 metros de distancia entre o pesquisador e o pesquisado. O pesquisador informou aos entrevistados sobre os riscos advindos da coleta dos dados e, não houve gastos relacionados à pesquisa. A presente pesquisa foi feita por meio de dialogo entre pesquisador e pesquisado, sem quaisquer danos aos pesquisados.

3.6 CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA

Sem critérios.

3.7 EXPLICITAÇÃO DAS RESPONSABILIDADES DE CADA UM DOS ENVOLVIDOS NA PESQUISA

Aplicação da entrevista foi realizada pelo pesquisador de acordo com os procedimentos éticos.

3.8 EXPLICITAÇÃO ACERCA DA PROPRIEDADE DAS INFORMAÇÕES GERADAS PELA PESQUISA, SOBRE O USO E DESTINO DAS INFORMAÇÕES/DADOS COLETADOS, BEM COMO MEDIDAS DE PROTEÇÃO RELATIVAS À PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE DAS INFORMAÇÕES OBTIDAS PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO, LOCAL E TEMPO DE ARMAZENAMENTO.

Quanto ao tratamento dos dados da pesquisa, são consideradas dados que são transformadas em informações que propiciam o conhecimento na tomada de decisão para realizar o planejamento das ações necessárias ao paciente portador de DM tipo 2, bem como, o uso de medicamentos e na melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Os dados obtidos das pesquisas foram analisados pelo método quantiqualitativo. Para Minayo (1994, p. 22), sendo que “o conjunto de dados quantitativos e qualitativos não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”.

As questões abertas contidas na entrevista assistência humanizada realizada pelo farmacêutico ao paciente portador de DM tipo 2 em UBS foram analisadas na abordagem qualitativa. As questões sobre o perfil sócio econômico e demográfico dos diabéticos foram analisadas de forma quantitativa. Para a análise quantitativa utilizou-se de números e modelos estatísticos para explicar os dados. O tipo mais conhecido é a pesquisa de opinião, e está centrada ao redor do levantamento de dados (BAUER; GASKELL, 2017).

Os dados coletados foram digitalizados e tabulados no Microsoft Office Excel 2010, objetivando caracterizar a população do estudo nos aspectos socioeconômicas e demográficos, hábitos de vida, uso de medicamentos e relacionadas ao trabalho realizado com os pacientes portadores de diabete mellitus tipo 2. Os resultados dados quantitativos encontrados são apresentados em tabelas. Os dados das questões abertas são discutidos tendo como base a literatura disponível.

CAPITULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PERFIL DOS FARMACÊUTICOS PESQUISADAS

Na sequência, apresentam-se nas Tabelas os resultados da pesquisa do perfil socioeconômico, demográfico, educacional e profissional dos farmacêuticos pesquisadas que atuam em Unidades Básicas de Saúde: A seguir, apresentam-se, na Tabela 1, os resultados do perfil demográfico dos farmacêuticos que atuam na UBS:

Tabela 1 - Distribuição do perfil demográfico dos farmacêuticos pesquisados

Variável	Descrição	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Sexo	Masculino	3	37,5
	Feminino	5	62,5
Idade	27 a 30 anos	3	37,5
	31 a 39 anos	4	50
	45 anos	1	12,5
Estado civil	Solteiros	3	37,5
	Casados	5	62,5

FA = Frequência Absoluta / FR = Frequência Relativa

Fonte: Dados da pesquisa da autora (2021).

Constatou-se neste estudo o predomínio do sexo feminino em detrimento do sexo masculino nos pesquisados. A maioria 62,5% dos pesquisados é do sexo feminino. Estudo realizado por Oliveira et al., (2017) sobre o perfil dos farmacêuticos é majoritariamente do sexo feminino (74,5%). Pesquisa sobre o perfil revelou que a maioria dos pesquisados pertence ao sexo feminino está relacionado ao processo de feminização da profissão farmacêutica (SERAFIN; CORREIA JÚNIOR; VARGAS, 2015 apud OLIVEIRA et al., 2017).

Estudo desenvolvido por Nagassaki e col. (2002 apud SILVA et al., 2020), em Aracaju, verificou-se a maior participação das mulheres atuando nas unidades básicas de saúde.

Da mesma forma o presente estudo apontou uma predominância na *faixa etária* de 31 a 39 anos. No estudo de Oliveira et al., (2017) sobre atuação profissional dos farmacêuticos no Brasil, constatou-se a maioria dos pesquisados tinha até 30 anos de idade (61,3%), constituindo um grupo jovem de profissionais atuando na área das farmácias/drogarias. A idade média entre os homens foi de 30 anos e entre as mulheres 28 anos.

Com relação a *estado civil* os resultados desta pesquisa evidenciaram uma predominância dos pesquisados casados sendo total de 62,5%. A população estudada mora em cidade do interior levando-se em consideração que o maior percentual é de 7 anos, e a maioria com idade acima de 30 anos e casados.

Apresentam-se, na Tabela 2, os resultados do perfil socioeconômico profissional dos farmacêuticos pesquisados que atuam na UBS:

Tabela 2 - Distribuição do perfil socioeconômico profissional dos farmacêuticos pesquisados

Variável	Descrição	FA	FR (%)
Número de Empregos	1 - Emprego	6	75
	2 - Empregos	2	25
Tempo de Atuação na UBS	2 a 4 anos	3	37,5
	6 a 9 anos	3	37,5
	11 a 18	2	25
Renda Mensal (Salário Mínimo)	3668,50	2	25
	3200,00	1	12,5
	3800,00	1	12,5
	4000,00	1	12,5
	4200,00	1	12,5
	5000,00	1	12,5
	9360,00	1	12,5

FA = Frequência Absoluta / FR = Frequência Relativa

Fonte: Dados da pesquisa da autora (2021).

Quanto ao *número de empregos* desta pesquisa, verificou-se que somente 2 dos farmacêuticos, ou seja, 25%, possuem dois empregos, o que pode ser relacionado a morarem

em cidades menores, com menos ofertas de emprego, ou com carga horária de trabalho que é de 8 horas. Pelo fato de o campo profissional ser vasto, o farmacêutico pode, de acordo com legislação profissional vigente, ocupar duas responsabilidades técnicas, permitindo, assim, usufruir vínculo com dois empregadores (BRASIL, 1973). Outro fator que explica o acúmulo de atividades pode ser as cargas horárias dos concursos municipais, estas que permitem acumular outros trabalhos.

Os resultados deste estudo sobre o *tempo de trabalho* variaram muito, conforme os concursos realizados e o tempo de prorrogação dos mesmos, mas em sua grande maioria os tempos de atuação se concentram em 2 a 9 anos.

Estudo realizado por Biscahyno e Limberger (2013) sobre o tempo de serviço, constatou-se que os farmacêuticos possuíam menor tempo de serviço (4 e 10 anos) em comparação aos outros profissionais (14 e 19 anos). O tempo de serviço também é determinante para o conhecimento de práticas decorrentes dos processos da assistência farmacêutica, sendo que as relações constantes com políticas e práticas profissionais ajudam a familiarizar o farmacêutico com os conceitos aprimorando suas atividades. Entretanto, as atividades de rotinas desenvolvidas são consideradas básicas e comuns perdendo a sua importância, desqualificando o resultado final.

Neste estudo a remuneração ou *renda mensal* se torna equilibrada entre os farmacêuticos com 1 emprego e ambos respeitam o piso salarial dos farmacêuticos do estado do Paraná. Também se pode relacionar a tempo de serviço e bonificações nos salários, o que não foi explorado no estudo.

Estudo desenvolvido por Sanar Saúde (2019) sobre o profissional farmacêutico no Brasil apontou que o maior percentual é 3,9% esta faixa salarial de 2001,00 a 3000,00 reais. A média salarial nacional para os farmacêuticos é em torno de 2700,00 reais. Também sobre o salário os farmacêuticos não têm piso único nacional no Brasil, este piso é definido por cada estado, da mesma forma o número de horas semanais, e a função exercida no setor de trabalho.

Na Tabela 3 apresenta-se o perfil profissional/educacional dos farmacêuticos pesquisados que atuam no programa saúde da família:

Tabela 3 - Distribuição do perfil educacional dos farmacêuticos pesquisados

Variável	Descrição	FA	FR (%)
Universidade de Graduação	Pública	3	37,5
	Privada	5	62,5
Tempo de Formado (a)	2 a 4 anos	3	37,5
	6 a 9 anos	3	37,5
	11 a 18	2	25
Pós-graduação	Sim	5	62,5
	Não	3	37,5

FA = Frequência Absoluta / FR = Frequência Relativa

Fonte: Dados da pesquisa da autora (2021).

Os resultados desta pesquisa relacionada a formação educacional dos farmacêuticos, os dados evidenciaram que 37,5% dos farmacêuticos pesquisados formaram-se em universidade pública, enquanto a grande maioria com 62,5% formaram-se em universidade privada.

No estudo de Oliveira et al. (2017) sobre o tempo de formados, constatou-se que 66% dos participantes graduaram-se há 5 anos. Os que se graduaram entre 5 e 10 anos são 19,6%. No trabalho dos farmacêuticos, verificou-se que os homens (45,3%) estão a mais tempo trabalhando em relação às mulheres (20,7%): em média, eles trabalham há 8,4 anos, enquanto que as mulheres trabalham entre 4 a 8 anos.

Ainda no estudo de Oliveira et al. (2017) sobre a formação profissional dos pesquisados, os farmacêuticos formados nas universidades públicas representaram apenas (23,8%) dos participantes. Os demais cursaram a graduação em faculdades privadas. As causas visualizadas para que a maioria dos farmacêuticos pesquisados ter sua formação em universidades privadas está relacionada com o panorama do desenvolvimento do ensino superior no Brasil, especialmente na área da saúde.

Ainda, sobre os dados da *formação dos farmacêuticos*, no que diz respeito à Pós-Graduação, 37,5% dos entrevistados declararam não possuir nenhum tipo de especialização. Os demais 62,5% informaram suas especialidades. Sobre o assunto, Santos; Lima e Vieira (2005 apud OLIVEIRA et al., 2017), observaram que os profissionais que trabalham em

outras áreas da profissão farmacêutica buscam se especializar muito mais do que aqueles que trabalham com dispensação em farmácias e drogarias. Além disso, outro elemento que intervém na busca por especializações dos profissionais é a carga horária de trabalho intensa, até mesmo aos finais de semana, levando em consideração também a baixa remuneração do setor.

Apresentam-se, na Tabela 4, os resultados do número de portadores insulino dependentes, grupos de apoio e orientações aos pacientes pesquisados que frequentam a UBS:

Tabela 4 - Distribuição do número de portadores insulino dependentes, grupos de apoio e orientações aos pacientes pesquisados

Variável	Descrição	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
N. de Portadores d DM	Campo Bonito	185	5%
	Guaraniaçu	227	1.9%
	Ibema	236	3.7%
	Catanduvas	324	3.2%
Fornecido Glicosímetro	Sim	8	100
p/Insulino Dependente	Não	0	-
Possui Grupo Apoio e Orientação UBS	Sim	1	25
	Não	7	75
Faz Orientação Individual	Sim	8	100
	Não	0	-

FA = Frequência Absoluta / FR = Frequência Relativa

Fonte: Dados da pesquisa da autora (2021).

Quanto as 4 cidades pesquisadas, observou-se que em Campo Bonito, segundo os pesquisados possui uma população portadora de diabetes de 185 pessoas, representando 5% do número estimado de moradores que segundo o IBGE (2021). Em Guaraniaçu onde a população estimada é de 11.969 pessoas (IBGE 2021), a porcentagem é de 1,9% portadoras de diabetes. Na cidade de Ibema segundo a pesquisa realizada 3,7% do total de 6.387 pessoas são portadores de diabetes. E por fim, na cidade de Catanduvas que tem 10.144 moradores o percentual de portadores de diabetes é de 3,2% segundo informações coletadas dos entrevistados.

Dados do estudo apontam que a pesquisa evidenciou a distribuição de insumos para os pacientes diabéticos em todas as 4 cidades pesquisadas. Entretanto, os pesquisados informaram *entregar glicosímetro e insumos, somente para os usuários de insulina*, com exceção aos que recebem a prescrição médica.

Observou-se que no estudo de Serafin; Correia Júnior e Vargas (2015 apud OLIVEIRA et al., 2017), sobre a atuação direta do farmacêutico na dispensação de medicamentos ao consumidor, (94,6%) respondeu afirmativamente (que o faz sempre ou quase sempre), enquanto (5,4%) o fazem raramente ou nunca. Resultado semelhante foi encontrado pela pesquisa do Conselho Federal de Farmácia onde 89,6% dos farmacêuticos respondeu realizar dispensação de medicamentos.

Já com relação aos *grupos de apoio* aos diabéticos em sua maioria 75% diz não haver nenhum grupo, e 25% diz haver o hiperdia, mas na atualidade com a situação da pandemia nada está sendo feito. As orientações então são feitas única e exclusivamente com o paciente no momento da entrega dos insumos, e em caso de dúvidas durante o tratamento.

4.2 QUESTÕES DO ESTUDO

4.2.1 Em sua Opinião o que é Assistência Humanizada (AH)

A clínica farmacêutica promove ou deve promover ações que visem à assistência nos pontos para a atenção à saúde, que pode ser realizado por um indivíduo ou produzido por toda a equipe de saúde.

Na sequência apresentam-se as falas dos farmacêuticos pesquisados que analisadas de forma qualitativa. Para o pesquisado F1 [...] *E a assistência farmacêutica voltada à saúde individualizada ao paciente para minimizar os riscos.* F2 [...] *Assistência individualizada conferindo dificuldades particulares.* Além das respostas obtidas por esses dois entrevistados a assistência humanizada em farmácia deve se ter uma visão generalizada do paciente em todas as esferas, que envolvem o biopsicossocial.

No entender de F3 a assistência humanizada [...] *fornece ao paciente toda orientação necessário o entendimento do seu tratamento com a equipe de saúde.* A assistência farmacêutica estará interligada e articulada a equipe multiprofissional que atua na unidade,

como o envolvimento em campanhas e nos outros serviços. O farmacêutico também fará parte de todo o planejamento, coordenação, execução, de ações (ALCÂNTARA.; TERRA JUNIOR, 2016).

Com relação à fala sobre a assistência humanizada de F4, [...] *A atuação da equipe multidisciplinar para a melhora no tratamento do paciente.* O uso de práticas voltadas para as vontades e necessidades da população. Utilizando conhecimentos e práticas sociais e pedagógicas dos profissionais de saúde no sentido de recuperar a saúde da população. (ALCÂNTARA.; TERRA JUNIOR, 2016).

Com relação a assistência humanizada, para F5 [...] *quando o paciente tem assistência dos diversos profissionais juntos, expondo diversas opiniões e conhecimentos, tendo o a assistência humanizada.* Um importante papel na Atenção Básica à Saúde é a assistência farmacêutica que busca melhorar o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos. Junto aos levantamentos epidemiológicos devem prever e verificar as necessidades epidemiológicas da população (COSTA.; PAGANELLI.; SOEIRO et al., 2015). Os autores descrevem que a educação em saúde, atividades de caráter geral e promoção de saúde da população, assim como o uso racional de medicamentos são voltadas muito ao cuidado farmacêutico. Enfatizam que existem outras atividades desenvolvidas pelos farmacêuticos em nível de UBS no SUS se referem aos três níveis de serviços: básico, estratégico e especializado.

Com relação à Assistência humanizada (AH), segundo F6 [...] *compreende as necessidades do paciente e do profissional de saúde respeitando os limites e necessidades peculiares de cada um, estabelecendo uma relação mais próxima que estime pelo respeito, atenção e ética, e uma busca constante de a uma melhor comunicação entre o profissional e o paciente, considerando assim a integralidade do cuidado, prevendo a união entre a qualidade técnica e do relacionamento desenvolvido entre o paciente e a equipe de saúde.* Constatou-se que os farmacêuticos pesquisados se referem às diversas especialidades do trabalho e a forma com que atuam na UBS, e a importância que cada um tem em relação ao tratamento do paciente.

Já Barros Neto e Borges (2019) explicita que o cuidado farmacêutico, é uma ação integrada dos componentes da equipe de saúde, focando sua prática nos pacientes, visando à proteção, e à recuperação para prevenção de possíveis agravos. Portanto, a atuação do

profissional vai além do que se deve fazer, vislumbra à educação em saúde e à promoção do uso racional de medicamentos e terapias não farmacológicas/complementares por meio de instrumentos que operacionalizem os princípios básicos da integralidade, estes atuantes nos serviços da clínica farmacêutica.

A assistência humanizada no entender de F7 [...] e um conjunto da melhoria de qualidade de vida população através de cadeia logística que envolve ética, com responsabilidade e habilidade na dispensação de medicamentos. [...] o atendimento humanizado [...] que o farmacêutico deve orientar o paciente de forma compressiva e objetiva, mas que respeite a singularidade e as limitações de cada um na hora de instruir a posologia, forma de armazenamento, interações, reações adversas, e demais informações sobre a medicação dispensada.

Para Ferreira e Serra (2011) o estabelecimento de alguns princípios o conjunto de ações e a integração direta do profissional ao usuário para obtenção de uma farmacoterapia racional objetivando uma melhor qualidade de vida do usuário é o que diz a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Ações que caracterizam a assistência farmacêutica envolvem a dispensação de medicamentos, orientação terapêutica, o acompanhamento farmacoterapêutico, a revisão da farmacoterapia, a conciliação dos medicamentos e a avaliação e promoção da adesão terapêutica. Isso demonstra e permite que o farmacêutico consiga integrar e gerenciar toda a farmacoterapia, proporcionando maior e melhor controle das doenças, garantia e segurança para o usuário assim proporcionando melhoria na sua qualidade de vida (FERREIRA.; SERRA, 2011).

O pesquisado F8 relata assistência humanizada [...] *compreende o paciente como um ser integral, que busca melhorar os aspectos de saúde e qualidade de vida dos indivíduos, através de uma abordagem multidisciplinar como monitoramento constante dos resultados obtidos, e adequações do tratamento.* O empoderamento dos pacientes, o controle dos agravos crônicos, a prevenção e resolução de comorbidades, além de impulsionar e melhorar a qualidade de vida destes demonstra o quão importante é o profissional farmacêutico clínico na atenção primária frente à comunidade (BARROS; SILVA; LEITE, 2020).

Marin et al. (2003 apud SOUZA, 2018) demonstram que, para o Brasil, a denominação assistência farmacêutica engloba questões multiprofissionais e intersetoriais,

que organizam e objetivam os processos de trabalho organizando as ações e serviços relacionados ao medicamento e suas dimensões, sempre como principal foco à relação com o paciente e a comunidade.

4.2.2 No seu Trabalho e Realizada a Assistência Humanizada para os Pacientes Portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 Atendidos em UBS

Constatou-se que 8 farmacêuticos pesquisados responderam à questão sendo que para 7 e sim e deles respondeu não. O farmacêutico como profissional em saúde pública é capacitado em agir na proteção da saúde do paciente, facilita e proporciona o uso racional de medicamentos, assim este contribui para o processo educacional dos usuários para controle no uso indiscriminado de medicamento (SPADA, 2007).

A instituição farmácia é considerada um local de saúde e considerada de fácil acesso, que é onde o doente procura e que em muitas vezes procura até antes de procurar atendimento médico, eles utilizam a farmácia para conselhos que sejam sinceros, sem interesse, e seguros do farmacêutico. E mais que isso, em muitas vezes o paciente cria tanto vínculo que se sente à vontade em contar em relação à doença e ou tratamento, dessa maneira o farmacêutico mantém-se em uma posição estratégica na educação e promoção da saúde dos pacientes, diabéticos ou portadores de outras doenças (BAZOTTE, 1995).

Para o autor, é imprescindível que o farmacêutico tenha a noção de sua capacidade assim como dos limites da sua intervenção (consulta farmacêutica) para que assim sua atitude seja correta e assertiva, em momento adequado, com avaliação da situação, e quando necessário que os encaminhamentos sejam realizados, conduzindo-o ao médico ou para o hospital.

4.2.3 Quais as Ações que você desenvolve na Assistência Humanizada para os Pacientes Portadores de DM tipo 2 atendidos em UBS

Sobre as ações desenvolvidas pelos farmacêuticos F1 respondeu [...] *orientações sobre horários, posologia, interações e riscos dos medicamentos, [...] aos insulinos dependentes, uso da caneta ou seringa, locais de aplicações, formas de armazenamento e o uso correto dos*

insumos. Para a obtenção de sucesso no tratamento do diabetes exige dos pacientes que devem adotar novos hábitos de vida e que eles sejam saudáveis, melhorando a alimentação, incluir na prática diária do paciente atividade física regular, moderação e abandono do uso de tabaco e álcool, estando junto ou não a tratamentos medicamentosos (BRASIL, 2013 apud SOUZA, 2018).

O profissional farmacêutico tem seu trabalho elencado no caráter clínico com intuito de aperfeiçoar a farmacoterapia procurando obter benefício para o paciente focado na eficiência dos medicamentos. Assim colocando em prática uma das principais funções do farmacêutico que é a promoção do acesso e uso racional de medicamentos (COSTA.; KLOCK, 2019).

Para F2 [...] *explicação em particular ao paciente, no início do tratamento em que e fornecido junto a medicação o glicosímetro, tiras reagentes e lancetadores e feita uma explicação [...] ao paciente ate que se perceba o entendimento*. O uso de medicamentos é realizado por quase a totalidade dos portadores da doença, dito isso o farmacêutico participa na orientação dos pacientes, além do uso dos medicamentos alguns insumos médico hospitalares que são os aparelhos que dão suporte e auxiliam a avaliação para manutenção do acompanhamento de doenças crônicas (BRASIL, 2013 apud SOUZA, 2018).

E por tanto, o farmacêutico deverá adotar como forma permanente uma postura de aprendizado, mantendo cursos de extensão e/ou pós-graduação e estudos frequentes. (LUCCHETTA; MASTROIANNI, 2010).

Na visão de F3 as ações são, [...] *visitas domiciliares com ACS vendo os medicamentos e orientando o paciente ao uso dos remédios e aplicação, armazenamento da insulina, bem como, aferição de glicemia e PA, em alguns solicitando exames de hemoglobina glicada*. As intervenções comunitárias ou as ações educativas devem ser realizadas rotineiramente no cotidiano das UBS objetivando estimular aos usuários a adoção de hábitos saudáveis e ampliar o controle social de saúde-doença em defesa da qualidade de vida.

As funções dos farmacêuticos vão desde indicar, acompanhar, avaliar e planejar ações, sendo possível dessa forma a intervenção que permita intervir nas situações problemas identificadas na comunidade local, podendo estabelecer as prioridades, solucionando problemas e definindo resultados.

O assistencialismo do farmacêutico de forma efetiva poderá ser relacionado a aspectos do tratamento medicamentoso, atuando com a equipe de profissionais de saúde assim favorecendo o controle da doença além de suas complicações atuando e melhorando na qualidade de vida do paciente (BAZOTTE; SILVA, 2010).

As ações realizadas para F4 são de que [...] pacientes insulino dependente que possuem aparelho para medição de glicemia capilar e retirado um gráfico onde detém as informações das medições mensais de cada paciente, então sabemos que o paciente apresentou hipo ou hiperglicemia passando assim a avaliação médica para possível ajuste da dose [...], pacientes poli queixosos encaminhamos para avaliação medica se ocorrer ajustes de doses orientamos a melhor forma de geris seus medicamentos além de orientações com questões nutricionais.

O controle glicêmico do portador de diabetes visa reduzir as complicações do DM, pois a partir dele ocorre a possibilidade de acompanhar as variações, visando melhoria no tratamento. Este controle pode ser feito por meio de testes rápidos realizados no domicílio ou nas UBS, e os realizados via laboratorial glicemia de jejum e de hemoglobina glicada (VINHOLES; ALANO; GALATO, 2009). Estes testes permitem a obtenção do nível glicêmico atual e os de glicemia média dos últimos quatro meses (SBD, 2016).

Quanto a realização das ações para F5 estas se referem a [...] *faço acompanhamento a cada 02 (dois) meses sobre a dispensação de medicamentos sobre a dispensação de medicamentos se foi pego corretamente. Não consigo fazer assiduamente este acompanhamento, mas sempre que possível estou verificando, coeto a documentação e cadastro/alteração do paciente junto ao site do GSUS.* A diabetes é considerada uma doença crônica que impõe condições a qual exigem controles e manutenção contínuos, por isso, o envolvimento do cuidado farmacêutico constitui uma importante ligação e gerência dos cuidados para com os pacientes, os quais buscam alívio imediato dos efeitos que a doença causa e também para as reações e sintomas nos medicamentos (ALCÂNTARA.; TERRA JUNIOR., 2016).

Planejamento, atenção, promoção, orientação e ações voltadas para promover as ações integrais de atenção causando alterações nas ideologias de medicamentos, aplicação de mudanças nos quadros de saúde-doença, estilo de vida e participações nas terapias (ALCÂNTARA.; TERRA JUNIOR, 2016).

As ações realizadas conforme a fala de F6 [...] e abordado o paciente de forma individualizada quando se observa alguma necessidade em relação a adesão ou dúvidas quanto ao tratamento ou a doença. Informar ao paciente da importância do cuidado na garantia do controle glicêmico na DM e consequentemente os danos que a doença pode causar na vida do mesmo caso não se tenha esse controle ou não siga o tratamento prescrito. Passa para o paciente o conhecimento sobre os riscos relacionados ao seu problema de saúde, assim como o controle dos sinais e sintomas da doença. Orientamos sobre o uso correto dos medicamentos, principalmente aqueles que apresentam algum tipo de dificuldade em aderir ao tratamento medicamentoso. É organizado os documentos dos pacientes que possuem alguma dificuldade em identificar o mesmo. Ensinamos e orientamos a maneira correta de usar o glicosímetro além da assistência técnica quando algum problema no aparelho é detectado.

Ações de promoção de saúde devem ser aplicadas referindo-se ao uso racional de medicamentos, dando enfoque a polimedicação, à automedicação, às doenças crônicas, à adesão terapêutica e aos cuidados com o uso e a conservação de medicamentos (VINHOLES; ALANO; GALATO, 2009 apud BATISTA, 2015).

O controle da terapêutica farmacológica do paciente portador de diabetes assim como suas consequências é de fundamental importância que seja manejado pelo farmacêutico, pois este é capaz de prever e conduzir o uso de vários medicamentos simultaneamente (SILVA; BAZOTTE, 2009).

Para F7 as ações refere-se [...] a assistência farmacêutica para o acompanhamento farmacoterapêutico do paciente com diabetes, deve considerar a susceptibilidade do mesmo, principalmente quando se depara o desenvolvimento de complicações. Ao ser atendido o paciente necessita ser amparado, pois se trata de uma doença complexa e por isso envolve cuidados, informações sobre medicamento e tratamento, orientando o esquema posológico, armazenamento tanto de medicamento quanto das insulinas e o uso de glicosímetro e como fazer o controle da glicemia. Atentando-se a queixas dos pacientes quando a alterações significativas no controle da glicemia, investigando o que está ocorrendo e buscar meios para que isso não ocorra. Sendo assim, a assistência farmacêutica humanizada é essencial para o portador de diabetes, pois além de criar conexão com o paciente, pode proporcionar mudanças no hábito de vida de cada um.

A educação em saúde se faz necessária no intuito de facilitar o diagnóstico e o controle dos tipos de diabetes, a educação se faz também importante no momento que se devem proporcionar as mudanças de estilo de vida que irão diminuir o número casos novo (IDF, 2015).

Ao farmacêutico também se incumbe a responsabilidade compartilhar com a equipe, as discussões dos casos que devem ser visitados, expressando as observações farmacoterapêuticas disponíveis, assim estabelecendo uma melhoria na terapêutica farmacológica do paciente e orientando sobre os cuidados que inclui o condicionamento e a utilização correta dos fármacos (BRICOLA, 2004 apud LIMA, 2017).

A fala de F8 refere-se a [...] *orientação sobre o uso de medicamentos orais, injetáveis e insumos, interpretação de exames clínicos*. A melhoria na educação em saúde se faz necessária e procura facilitar o gerenciamento do diabetes o que proporciona incorporar mudanças de estilo de vida para que se diminua o número casos novos e complicações (IDF, 2015).

A necessidade de aprender a viver com diabetes mellitus (DM) faz com que o paciente assuma as responsabilidades pelo auto cuidado o que reflete sobre suas experiências, suas dúvidas e necessidades de compreender e influenciar a vida diária, bem como os processos da doença.

Nas 4 cidades verificou-se a utilização dos seguintes medicamentos usados para o tratamento da diabetes tipo 2 foram pesquisados no aplicativo ProDoctor Software S/A (2020): As medicações utilizadas para tratamento do diabetes são reguladoras do açúcar no sangue, objetivando a normalização da glicemia para manter o limite mais dentro dos limites estabelecidos como normais. Na cidade de Campo Bonito verificou-se os seguintes medicamentos: Metformina 850mg; Glibenclamida 5g; Glicazida 30mg; Sitagliptina 100mg; Vildagliptina 50mg; Glimeperida 2mg; Empagliflozina 25mg; Insulina NPH regular; Insulina Basais; Insulina Ultra rápida. Da mesma forma na cidade de Guaraniáçu, foram citados os medicamentos: Metformina 850mg; Glibenclamida 5g; Insulina NPH regular; Insulina Basais; Insulina Ultra rápida Clargina.

Nas 4 cidades os medicamentos foram descritos: Ibema ; Metformina 850mg; Glibenclamida 5g; Glicazida 30mg; Insulina NPH regular; Insulina Basais; Insulina Ultra rápida. Na cidade de Catanduvas, os medicamentos utilizados foram: Metformina 850mg;

Glibenclamida 5g; Glicazida 30mg; Insulina NPH regular; Insulina Basais; Insulina Ultra rápida. A metformina ajuda a insulina produzida pelo organismo a agir, reduzindo a resistência das células ao hormônio. A glibenclamida ajuda as células do pâncreas a produzir insulina, favorecendo a metabolização dos carboidratos. A glicazida estimula a secreção de insulina pelo pâncreas. A sitagliptina aumenta os níveis de hormônio insulina no organismo. A vildagliptina aumenta os níveis de produção de insulina no organismo. A glimeperida estimula a produção de insulina no pâncreas. O empagliflozina diminui os níveis de glicose, pois modifica a absorção de glicose no rim. E as insulinas que são fornecidas pelo componente especializado do estado a SESA. A Insulina NPH favorece a absorção da glicose pelas células. A Insulina Ultra-rápida, é utilizada em bolus após as refeições para absorção das glicose e rápida saída da corrente sanguínea. As Insulinas Basais permanecem em baixo nível no sangue para manter uma estabilidade na glicemia. Os medicamentos citados foram pesquisados no aplicativo (PRODOCTOR SOFTWARE, S/A 2020):

4.2.4 Quais as Dificuldades Encontradas na Assistência aos Pacientes Portadores de DM tipo 2 que são Atendidos em UBS

Para Ferreira e Serra (2011) o profissional farmacêutico era quem entendia do funcionamento da farmácia ela que era responsável por gerir e controlar a farmácia e se transformou em um controlador de estoques, guardião de medicamentos, o profissional pela parte burocrática, e consciente ou inconscientemente, do resto do sistema de cuidado de saúde, se isolou do restante da equipe de saúde.

Os farmacêuticos são os profissionais que rotineiramente, fornecem orientações específicas quanto ao uso racional de medicamentos, e na maioria das vezes reconhecem que poderiam orientar mais e melhor, as justificativas são diversas desde a o excesso de serviços burocráticos (planilhas, estatísticas, cadastros, entre outros), falta de recursos humanos, de estrutura física (computadores, salas mais adequadas, guichê de maior contato etc.), e, por fim, de tempo (FERREIRA.; SERRA, 2011).

Sobre o assunto F1cita que [...] *principalmente nota-se a dificuldade de aceitação do paciente e adesão ao tratamento. O paciente ao receber o diagnóstico muitas vezes toma/faz uso da medicação no início, mas deixa de retornar ao médico para fazer acompanhamento e ajustes necessários, o que faz com que a doença evolua rapidamente (descompensando).*

Antes da pandemia tínhamos grupos de orientações a esses pacientes, notava-se que a adesão ao tratamento era maior.

Serviços de clínica farmacêutica são vinculados às funções dos farmacêuticos e diretamente direcionados aos usuários. As técnico-pedagógicas são atividades que podem ser correspondidas e vinculadas à coletividade (grupos e comunidade), além disso, a gestão do conhecimento pode e deve ser direcionada a equipe de saúde. E para tanto as atividades de gerenciamento podem ser aplicadas a todos os setores e serviços que tratem direta ou indiretamente com medicamentos (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013).

Sobre as dificuldades expõe F2 que [...] *a principal é a resistência em aderir corretamente ao tratamento, o uso da agulha ainda é o maior obstáculo.* O processo de trabalho do farmacêutico ainda pode ser embasado e diretamente ligado às atividades de gerenciamento e de entrega dos medicamentos nas unidades básicas de saúde e isso pode deixa-los um pouco distante dos efetivos cuidados com os usuários. A colocação dessas práticas, só melhora e torna possível ampliar o cuidado em saúde e aumentando assim a resolutividade dos problemas e o uso de medicamentos (COSTA.; PAGANELLI.; SOEIRO et al., 2015).

A fala de F3 refere a [...] *falta de atenção no tratamento, pacientes não acreditam nos riscos a saúde que, porém, de tratamento ineficaz do diabetes. Dieta de forma inadequada mesmo fazendo acompanhamento com nutricionista.*

Cuba (2012) sugere que a resolução desse problema pode se dar por meio de mudanças organizacionais das atividades diárias do trabalho como: estipular intervalos de tempo menores nos primeiros momentos de acompanhamento e programados para os cuidados em domicílio; estabelecimento de mecanismos de resolução de problemas urgentes; criar vínculos e afinidade com os colegas de trabalho; estimular e incentivar mudanças de atitude da equipe esta que por sua vez deve identificar a casa do paciente com ambiente seguro e normal para desenvolver um trabalho de qualidade.

Múltiplas estratégias devem ser utilizadas para a promoção da adesão dos pacientes usuários de medicamentos de uso contínuo, dentre elas as orientações ao usuário, redução da complexidade do tratamento, material educativo e monitoramento contínuo (CUTRONA et al., 2010; RUBIO-VALERA et al., 2011).

A dificuldade para F4 reside na [...] *falta de profissional para trabalhar questões básicas com o paciente, no atual momento não temos grupos de prevenção como o HIPERDIA, que demonstra eficácia no tratamento e melhora do paciente, pois quando vamos atender um paciente insulínico independente que vai fazer uso da insulina pela primeira vez, desde o local de aplicação, até a correção da glicemia é passado para o mesmo, em contrapartida a fila para atendimentos de pessoas de consultas corriqueiras aumenta muito, assim muitas vezes não damos a devida atenção que o paciente merece.*

Conforme F5 [...] *aqui, saliento que gostaríamos de retomar aos grupos de conversas e orientações com pacientes diabéticos (não só diabéticos, mas também hipertensos, etc.), porém hoje a nossa maior dificuldade é conseguir fazer com que reúna todos eles, a maioria trabalha fora (frigoríficos) ou tem outros compromissos de trabalho, ouço alguns relatos que mesmo tomando a medicação, a alimentação não tem sido correta, tem muitos pacientes idosos que tem dificuldade na comunicação e de entendimento, vejo a necessidade de uma acompanhante.*

São diversos os fatores que podem colaborar atrapalhar um tratamento e sua adesão pelo paciente estes vão desde o enfrentamento deste paciente ao seu tratamento, qual a idade desse paciente, que tipo de dificuldades esses pacientes podem apresentar ao iniciar o tratamento, quais efeitos colaterais, a quantidade de medicamentos envolvidos, rede de apoio de paciente. O que pode amenizar e melhorar a adesão estão ligados a acolhimento e convivência com os profissionais envolvidos nos seus cuidados. As questões emocionais do portador de diabetes geram devem ser observadas desde o momento do diagnóstico, o profissional de saúde deve orienta-lo para que possa lidar com a aceitação de sua nova condição de saúde. O paciente sente apreensivo, pois sabe que sua comorbidade vai interferir em todas as suas atividades, desde a sua rotina, alimentação, atividades sociais, alterando seu estilo de vida, e ainda precisam aprender a lidar com os medos e preocupações diante de possíveis complicações (VIGETA; MACHADO; NASCIMENTO, 2014; CHAVES; ALVES, 2015).

Entende F6 que os problemas estão na [...] *utilização racional dos medicamentos e adesão ao tratamento, é observado que quanto maior o número de medicamentos que é prescrito para o paciente menor a adesão dele ao tratamento. Espaço apropriado para atender o paciente de forma individualizada e reservada, quando necessário. Existe uma dificuldade no acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes, devido a quantidade de*

funcionários e a demanda de serviço. Muitas vezes os pacientes saem da farmácia com dúvidas a respeito do tratamento prescrito dúvidas pelo fato de não as relatar ao profissional de saúde. Muitas das orientações prestadas pelo funcionário caem no esquecimento após um determinado tempo.

Da mesma forma F7 descreve que [...] as maiores dificuldades encontram-se nos pacientes que vão aderir ao tratamento, até se adaptarem as dosagens prescritas a rotina da administração do fármaco e quando é um volume grande de medicamento alguns acabam confundindo-se. Outro problema está com a compreensão do uso da insulina e seu controle, quando o paciente é insulínico, pois a falta de espaço apropriado para fazer o manejo e orientação do insumo acaba influenciando na não compreensão do paciente. O fluxo de atendimento é constante e não há um dia específico para o atendimento dos portadores de diabetes, o prejudica a assistência farmacêutica de forma globalizada, pois a demanda é muito grande e poucos funcionários.

Segundo ADA (2017), aproximadamente 1 em cada 4 pessoas acima de 65 anos são portadores de diabetes, que é uma condição de saúde importante nas comorbidades e na mortalidade relacionada ao envelhecimento da população, e esta proporção deverá aumentar rapidamente nas próximas décadas. Portanto são de fundamental importância o gerenciamento e a avaliação da população.

Problemas enfrentados podem ocorrer desde a seleção e prescrição do fármaco, na dispensação e problemas de acesso da população aos medicamentos prescritos, na falta de qualidade dos produtos oferecidos, ineficiência no momento de orientação em todas as instâncias, dificuldade de acompanhamento e monitorização dos usuários, na administração e na utilização dos medicamentos pelo usuário, ou ainda, por eventos que ocorrem relacionados ao usuário que não são possíveis de prever (CORRER, 2015).

Ações de alcance maiores podem ser efetuadas, para que o propósito de melhorar a adesão ao medicamento seja alcançado, como condução de consultas farmacêuticas e em alguns momentos estas podem ser associadas a outros membros da equipe multidisciplinar, como médicos, enfermeiros e nutricionistas, estas devem ser feitas de forma individualizada, para garantir segurança, e privacidade ao usuário assim podendo se criar vínculo e intimidade com o paciente para que o entendimento das questões sejam melhores. O processo de cuidado ao usuário, desenvolvido pelo farmacêutico a cada consulta, compõe-se de quatro etapas: a coleta

e organização dos dados do usuário; a avaliação e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia; a pactuação de um plano de cuidado com o usuário; e o seguimento individual do usuário, quando necessário (CORRER; OTUKI, 2013).

As dificuldades F8 é a [...] resistência do paciente em adotar algumas praticas relacionadas ao tratamento. Tempo disponível para organizar e operacionalizar o serviço. Integração dos profissionais de saúde. Apoio ao gestor. Demanda por recursos materiais, pessoais e financeiros.

As frequências de idas até a farmácia do paciente portador de diabetes são constantes, estas ocorrem no mínimo uma vez por mês, isso proporciona que este paciente tenha um maior envolvimento do farmacêutico na sua terapêutica farmacológica. Considerando que após a consulta médica, o farmacêutico é o profissional de saúde com maior tempo e frequência de contato com o paciente (ZUBIOLI, 2004).

As orientações fornecidas são muito importantes para o aumento da compreensão, da auto eficácia dessa terapêutica pois uma vez que o paciente entende o que está utilizando e para que deve utilizar assim como o que ele pode vir manifestar caso não trate a doença, sua tomada de decisão frente a terapia farmacológica e sua relação aos seus medicamentos se torna melhor. Assim como se obtêm melhores resultados na adesão ao tratamento, principalmente nos tratamentos para condições agudas e para promover o autocuidado em saúde (KRAEMER et al., 2012).

A profissão farmacêutica nos últimos anos vem se destacando na atenção primaria a saúde e, trazendo ao profissional farmacêutico maiores responsabilidades. Dessa forma, desempenha papel fundamental para a melhoria da qualidade de vida e para a restauração da saúde. E para que esta atividade seja fiel e eficientes em sua proposta, os farmacêuticos dispõem de ferramentas excelentes que permitem realizar seu trabalho de forma satisfatória e em longo prazo, sendo de grande valor para os avanços na saúde da população, no que se refere à promoção da saúde e ao uso racional de medicamentos (SANTANA et al., 2018).

5. CAPITULO

5.1 CONCLUSÃO

O Diabetes Mellitus 2 é uma enfermidade crônica que aparece quando o pâncreas não produz insulina ou a sua produção é insuficiente ou quando o corpo não tem capacidade de assimilar a insulina produzida. Sem o controle do diabetes, advêm complicações que põem a vida, contribuindo aumentar a mortalidade, os custos e a má qualidade de vida.

O perfil dos farmacêuticos pesquisados permite concluir que a maioria é do sexo feminino, na faixa etária de 31 a 39 anos, e casados, 25% deles tem 2 empregos, estão trabalhando entre 2 a 9 anos, com renda mensal centrada no piso salarial dos farmacêuticos do estado do Paraná. Somente a minoria formou-se em universidade pública, a maioria em universidade privada, a minoria cursou pós-graduação na área, e a maioria em outras áreas. Campo Bonito, a população portadora de diabetes de 185 pessoas, representando 5% dos moradores. Em Guaraniaçu a população portadora de diabetes 227 pessoas, sendo 1,9% dos moradores. Na cidade de Ibema os portadores de diabetes são 236 pessoas, sendo 3,7% dos moradores. Em Catanduvas o percentual de portadores de diabetes é de 324 pessoas, no percentual de 3,2% da população.

Pode-se inferir a existência de distribuição de insumos para os pacientes diabéticos como, glicosímetro e insumos, somente para os usuários de insulina, com exceção aos que recebem a prescrição médica. A grande maioria não realiza *grupos de apoio* aos diabéticos. Da mesma forma a assistência individualizada somente na entrega dos insumos, e em caso de dúvidas durante o tratamento. Sobre o significado da assistência humanizada, observou-se que esta é realizada de forma individual minimizando os riscos, e as orientações são feitas sobre o tratamento e com a equipe de saúde.

Para o farmacêutico a assistência humanizada é centrada nas necessidades visando a integralidade do cuidado com respeito, ética, levando em consideração a comunicação e a empatia com o usuário, garantindo o acesso, uso racional, acompanhamento, aquisição, controle, armazenagem e distribuição de medicamentos, tendo como premissa básica a qualidade de vida dos indivíduos, por meio da abordagem multidisciplinar. Na assistência farmacêutica o profissional relaciona seu trabalho nas ações entre o medicamento e o seu

usuário, prevenindo, identificando e resolvendo as dificuldades relativas aos medicamentos.

Aqui se entende que o trabalho é feito por meio das orientações sobre horários, posologia, interações e riscos dos medicamentos, aos insulinos dependentes, uso da caneta ou seringa, locais de aplicações, formas de armazenamento e o uso correto dos insumos, proporcionando mudança nos hábitos e no estilo de vida dos pacientes. As ações são desenvolvidas tanto na UBS como em visitas domiciliares. Sobre a utilização dos medicamentos usados para o tratamento da diabetes tipo 2, constatou-se que todas em cidades onde os pesquisados atuam nas UBS, existe a distribuição dos medicamentos para o tratamento da diabetes mellitus tipo 2.

Dentre as principais dificuldades encontram-se a resistência na adesão ao tratamento, o uso da agulha ainda é o maior obstáculo. Visualiza-se problemas relacionados as orientações que incidem na deficiência de entendimento do paciente quanto aos riscos à saúde, da mesma forma, falta de espaço para atender os grupos para realizar a assistência humanizada e integração da equipe. Com relação às dificuldades vinculadas à não adesão à farmacoterapia, que representa um verdadeiro desafio para o sistema de saúde, com insuficiência de serviços destinados ao desenvolvimento da adesão dos usuários aos tratamentos propostos.

Este panorama torna-se mais frágil com os resultados do estudo sobre o desenvolvimento das ações da assistência farmacêutica, para além do processo de aquisição e de estruturação das unidades de atendimento e de armazenamento de medicamentos e insumos. A falta de gestão está vinculada à capacidade de alocar e gerenciar recursos técnicos e administrativos para garantir o acesso e o uso de medicamentos.

O serviço de farmacoterapêutico refere-se à dispensação e a orientação farmacêutica são as atividades clínicas desenvolvidas nas UBS. Deficiências estas que afetam o trabalho, como a baixa qualificação dos responsáveis por estas ações, dificuldades na prestação da assistência farmacêutica de forma autônoma.

A falta de organização da prática da conciliação medicamentosa, revisão da farmacoterapia e educação em saúde pelos farmacêuticos das UBS, revelam a ineficiência no trabalho. Salienta-se a necessidade de remodelar os serviços farmacêuticos, de modo que sejam ampliadas a oferta e a diversidade de atividades oferecidas na assistência humanizada aos usuários.

6. CAPITULO

6.1 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABREU, R. D. S.; MIRANDA, K. S.; SIMÕES, A. B. A.; VIEIRA, G. DEL-VECHIO.; SOUSA, O. V. Assistência farmacêutica em unidades básicas de saúde: um foco no serviço farmacêutico. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 4, jul./aug. 2020.

ADA. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, v. 37 (Supplement 1), p. 81-90, jan. 2014.

ADA. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Older adults. Sec. 11. In Standards of Medical Care. in: Diabetes. **Diabetes Care**, v. 40(Suppl. 1), p. 99–104, 2017.

ALCÂNTARA, A. P.; TERRA JUNIOR, A. T. Intervenção farmacêutica junto à atenção básica de saúde da família. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, 7 (2): 13-32, jul. Dez., 2016. Disponível em: <<http://repositorio.faema.edu.br/bitstream/123456789/1797/1/ALC%C3%82NTARA%20at%20al.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

ANAD. Associação Nacional de Assistência ao Diabético. **Diabetes – Insulina**. Disponível em: <<http://www.anad.org.br/diabetes/index.asp>> Acesso em: 15ago. 2020.

ARAÚJO, N. C. F.; PALHÃO, D. M. R.; SILVA, V. C.; AVILA, J. O. L.; CARDOSO, K. F.; SANTOS, E. R. F.; LOMBA, F. C. M. S.; CARVALHO, I. R. A.; SOUZA, B. G.; POLISEL, C. G. Avaliação da adesão ao tratamento em condições crônicas de saúde por meio do cuidado farmacêutico. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**, 8(3): 37-41, 2017. Disponível em: <<file:///D:/Meus%20document os/Documents/DOC/Work/work/ATUAL/Luana%20Farmacia/artigos/298-Article%20VER.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

BARROS NETO, S.; BORGES, L. Trabalho farmacêutico: **Diálogos Interdisciplinares**, 8(7), p. 123-134, 2019, Disponível em: <<https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/articleview/71>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

BARROS, D. S. L.; SILVA, D. L. M.; LEITE, S. N. Serviços farmacêuticos clínicos na

atenção primária à saúde do Brasil. **Educ. Saúde**, Rio de Janeiro,; 18(1):e0024071, 2020. Disponível em: <DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00240>> Acesso em: 15 jun. 2020.

BARROS, F. P. C. et al. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. **Saúde Debate**, v. 40, n. 110, p. 264-271, 2016.

BATISTA, R. A. O. **Atuação do farmacêutico na educação em saúde**. Universidade Federal de Minas Gerais Escola de Enfermagem Renata Anastácia de Oliveira Batista. CORINTO / MG, 2015.

BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

BAZOTTE, R. B. O diabetes mellitus (DM) na farmácia de dispensação. **Infarma**, v. 4, n. 1/6, p. 8-10, 1995.

BAZOTTE, R. B.; SILVA, G. E. C. Diabetes Mellitus e o Exercício da Profissão Farmacêutica. In: BAZOTTE, R. B. **Paciente Diabético: cuidados farmacêuticos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2010 a. cap. 1, p.1-5.

BENRIMOJ, C.; FELETTTO, E.; GASTELURRUTIA, A.; MARTINEZ, F.; FAUS, M. A holistic and integrated approach to implementing cognitive pharmaceutical services. **Ars Pharm**, 51-2; p. 69-88, 2010. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/285966615_A_holistic_and_integrated_approach_to_implementing_cognitive_pharmaceutical_services> Acesso em: 16 jul. 2020.

BISCAHYNO, F. B.; LIMBERGER, J. B. **Ciclo da assistência farmacêutica e a atuação do farmacêutico em unidades básicas de saúde de Santa Maria – RS**, v. 25, n. 1, 2013. Disponível em:< <https://core.ac.uk/download/pdf/206273570.pdf>> Acesso em: 16 jul. 2020.

BRAGA, W. R. C. **Diabetes mellitus**. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 2002.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A assistência farmacêutica nas**. Redes de Atenção à Saúde do SUS. Brasília, 2012a. 25 p. 23

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Lei nº 5.991**, de 17 de dezembro de 1973.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno 1: Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde**. 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmacuticos_atencao_basica_saude.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 3916, de 30 de outubro de 1998**. Estabelece a Política Nacional de Medicamentos e define as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica para os gestores federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://bibliotecaatualiza.com.br/cursos/portaria_MS_3.916.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**. Brasília, 1999. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/>>. Acesso em: 16 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p. **Brazilian Journal of health Review Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 9797-9911 jul./aug. 2020. ISSN 2595-6825 9910

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. **Cadernos de Atenção Básica, n. 36**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes metodológicas:** elaboração de diretrizes clínicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 96 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes metodológicas:** elaboração de diretrizes clínicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 96 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência Social a Saúde. **ABC do SUS.** Doutrinas e princípios. Brasília, 1990b. Disponível em: <<http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/RH/RECRUTAMENTO%20ENFERMEIROS/Anula%C3%A7%C3%A3o.pdf>> Acesso em: 26 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência Social a Saúde. **ABC do SUS.** Doutrinas e princípios. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/RH/RECRUTAMENTO%20ENFERMEIROS/Anula%C3%A7%C3%A3o.pdf>> Acesso em: 26 jul. 2020.

BRASIL. **Resolução n. 466**, de 12 de Dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 12 dez. 2012c.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde, conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro, Fio Cruz, 2003. p. 160-176.

CÂNDIDO, M. L. A. Impactos socioeconômicos da prática clínica farmacêutica. **Revista Científica UMC Mogi das Cruzes**, v.5, n.2, agosto 2020. ISSN 2525-5250

CASTRO, S. V. **Anatomia fundamental.** 2. ed. São Paulo: Makron Books, 1985.

CATANEO, J. **Identificação de problemas da farmacoterapia em pacientes diabéticos de**

uma unidade básica de saúde. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, FAG, Curso de Farmácia. Cascavel 2017.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 585 de 29 de agosto de 2013. **Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências.** Disponível em <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>.,ehttp://www.cff.org.br/userfiles/file/noticias/Resolu%C3%A7%C3%A3o586_13.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2020.

CHAVES, J.M.; ALVES, S.H.S. Estratégias utilizadas por pessoas com diabetes mellitus tipo 2 para o controle dos aspectos emocionais. **Perspectivas em Psicologia**, vol. 19, n. 2, pp. 199-220, Jul/Dez, 2015.

CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar:** um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 2000.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. **Aprova a política nacional de assistência farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília/DF, 20 maio 2004. Acesso em: 21 ago. 2020. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/reso338_06_05_2004.html>. Acesso em: 10 jun. 2020.

CORADI, A. E. P. A importância do farmacêutico no ciclo da Assistência Farmacêutica. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde.**; 37(2): 62-4, 2012.

CORRER C. J. **Implantação de serviços farmacêuticos clínicos integrados à atenção primária à saúde na rede de atenção à saúde de Curitiba.** Curitiba, 2014.

CORRER, C. J et al. Avaliação econômica do seguimento farmacoterapêutico em pacientes com diabetes melito tipo 2 em farmácias comunitárias. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 53, n. 7, p.825-833, 2009.

CORRER, C. J. **O serviço de clínica farmacêutica.** In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado farmacêutico na atenção básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de

Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. p. 69-93. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/07/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude_1ed.pdf#page=54>. Acesso em: 11 jun. 2020.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

COSTA, F. V.; KLOCK, P. Farmacêutico clínico e gestão em saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Res., Soc. Dev.** 2019; 8(8): e31881226. ISSN 25253409. Disponível em: <DOI:<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v8i8122615>>. Acesso em: 11 jul 2020.

COSTA.; K. S.; PAGANELLI, M. O.; SOEIRO, O. M.; ARAÚJO, S. Q.; CORRER, C. J. **Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado farmacêutico na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. . p. 53-68, Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção.

CUBA, M. Á. S. Atención integral a domicilio. **Revista Médica La Paz**, v. 18, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010>. Acesso em: 14 jun. 2017.

CUTRONA, S. L. et al. Modes of delivery for interventions to improve cardiovascular medication adherence. *The American Journal of Managed Care*, [S.l.], v. 16, n. 12, p. 929-942, 2010.

DANTAS, P. L. **Digestão**. Disponível em: <<www.mundoeducacao.com.br/biologia/digestao.htm> Acesso em: 10 maio 2020.

DIAS, E. P. **Diabetes mellitus: Diagnóstico e classificação**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.

DUNCAN, B. B. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1996.

FACE, F. B. **Condutas em endocrinologia**. Porto Alegre: Medsi, 2003.

FEITOSA, C.; RODRIGUES, R. L. A.; SILVA, T. P. Avaliação da utilização do programa “Aqui tem farmácia popular” pelos pacientes atendidos na atenção básica do Município de Tremedal-Bahia. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 6191-6200, 2020.

FERREIRA, T. J. N.; SERRA, C. G. Perfil dos farmacêuticos atuantes nas unidades de atenção básica tradicionais e secundárias de saúde na cidade do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Farm.**, 92(3): 149-154, 2011. Disponível em: <http://www.rbfar_ma.org.br/files/rbf-2011-92-3-11.pdf> Acesso em: maio 2020.

FREITAS, E. L.; OLIVEIRA, D. R.; PERINI, E. Atenção farmacêutica - teoria e prática: um diálogo possível?. **Acta farmaceutica Banaerense**, v. 25, n. 3, p. 447-453, 2006. Disponível em: <http://www.latamjpharm.org/trabajos/25/3/LA_JOP_25_3_4_1_65S_6D96437.pdf> Acesso em: 25 maio 2020.

GAZZINELLI, M. F.; GAZINELLI, A. G.; REIS, D. C.; PENNA, C. M. M. Educação em saúde, conhecimento, representações sociais e experiências da doença. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 21(1), jan/fev. 2005. p. 200-206.

GOMES, C. **Diabético: cuide de seus pés**. Porto Alegre, 2005.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2002.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <www.cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 29 out. 2021.

IDF. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas update poster, 7th edn. **Brussels, Belgium: International Diabetes Federation**, 2015. Disponível em: <<https://scholar.google.com.br/scholar?cluster=5173884607259888547&hl=ptPT&as_sdt=2005&scioldt=0,5> Acesso em: 28 maio 2020.

JOHANSSON, K. et al. Manoeuvring between Anxiety and Control: Patients' Experience of Learning to Live with Diabetes: A Lifeworld Phenomenological Study. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, 2015. 35

KRAEMER, D. F. et al. A randomized study to assess the impact of pharmacist counseling of employer-based health plan beneficiaries with diabetes: the EMPOWER study. **Journal of Pharmacy Practice**, [S.l.], v. 25, n. 2, p. 169-179, 2012.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LIMA, R. A. **Inserção do profissional farmacêutico na atenção domiciliar dentro da estratégia saúde da família**. Faculdade de Educação e Meio Ambiente. Ariquemes - Ro 2017

LOMBARDI, N. F. **O serviço de cuidado farmacêutico na atenção primária à saúde do município de Curitiba – PR**. Universidade Federal do Paraná, 2016. Disponível em: <<https://www.acervodigital.ufpr.br/handle/1884/43094>> Acesso em: 9 jun. 2020.

LUCCHETTA, R. C.; MASTROIANNI, P. C. Avaliação do conhecimento e das condutas dos farmacêuticos, responsáveis técnicos por drogarias. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, 2010;31(3):183-191.

MALIK, A. M. et al. Manual de recursos humanos em salud. Washngtn, D. C.: OPS, 1996.131 p. **HSP/UNIManuales operativos Paltex**, v 1, n3.

MELO, D. O.; CASTRO, L. L. C. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 235-244, 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

NAGAI, P. A.; CHUBACI, R. Y. S.; NERI, A. L. Idosos diabéticos: as motivações para o autocuidado. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 15, n.6, p. 407-434, 2012.

NORA, L. C. D.; COSTA, K. S.; ARAÚJO, S. Q.; TAVARES, N. U. L. Análise da assistência farmacêutica no planejamento: participação dos profissionais e a qualificação da gestão. Trabalho realizado na Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 27 (3): 278-286. p. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2019005008106&script=sci_arttext> Acesso em: 21 jul. 2020.

OLIVEIRA, N. V. B. V.; SZABO, I.; BASTOS, L. L. BASTOS.; PAIVA, S. P. Atuação profissional dos farmacêuticos no Brasil: perfil sociodemográfico e dinâmica de trabalho em farmácias e drogarias privadas. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.4, p.1105-1121, 2017.

OPS. Organização Panamericana. **Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/ OMS.** 2013. Disponível em: <[file:///C:/Users/D%C3%A9bora/Downloads/SerieRAPSANo6-2013%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/D%C3%A9bora/Downloads/SerieRAPSANo6-2013%20(1).pdf)> Acesso em: 12 dez. 2017.

PNS. Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da federação.** Rio de Janeiro: IBGE; 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2016.v20n58/597-610/pt/>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

PRODOCTOR SOFTWARE S/A 2020. Disponível em: **Aplicativo App Store.** Acesso em: 29 out. 2021.

REICHERT. A. P. S.; LINS. R. N. P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI neonatal. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 200-213, 2007.

RONSONI, R. M. et al. Avaliação de oito Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde por meio do instrumento AGREE II: um estudo piloto. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1157-1162, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2015.v31n6/1157-1162/pt/>>. Acesso em: 3 ago. 2020.

RUBIO-VALERA, M. et al. I. Effectiveness of pharmacist care in the improvement of adherence to antidepressants: a systematic review and metaanalysis. **The Annals of Pharmacotherapy**, [S.l.], v. 45, n. 1, p. 39-48, 2011.

SÁ, M. G. F. et al. Avaliação da compreensão e adesão da terapia medicamentosa de pacientes diabéticos assistidos no município de Verdejante- PE. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 7225-7235, 2020.

SANAR SAÚDE. **Carreiras**: o profissionalismo de farmácia no Brasil. 12/02/2019. Disponível em: <sanarsaude.com/porta/carreiras/artigos-noticias.perfil-profissional-farmaceutico-barsil-artigo>. Acesso em: 9 de out. 2019.

SANTANA, K. S. et al. O papel do profissional farmacêutico na promoção da saúde e do uso racional de medicamentos. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 9, n. 1, p. 399-412, 2018.

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diabetes**. 2017. Disponível em: <www.diabetes.org.br/publico/diabetes/oque-e-diabetes> Acesso em: 20 maio 2020.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes** (2015-2016). São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. 36

SILVA, G. E. C.; BAZOTTE, R. B. Seguimento Farmacoterapêutico em pacientes portadores de Diabetes mellitus do tipo 2. In: **Congresso Internacional de Saúde e III Cisdem** (Cátedra Iberoamericano-Suíza de Desarrollo de Medicamentos), Tema: Gestão e Inovação em Saúde, 3., 2009, Maringá, Anais . Maringá: Resumos Farmácia, n. 128, 2009.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. **Bruner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12. ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SMELTZER, S. C; BARE, B.G. **Bruner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUZA, A. S. **Idosos com diabetes mellitus**: atitudes de enfrentamento. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem. 2018. 50 f. Disponível em: <<https://monografias.ufma.br/jspui/handle/123456789/2052>>. Acesso em: 14 jul. 2020.

SPADA, K. **A função educativa do Farmacêutico no sistema único de saúde**. Porto Alegre, 2007. Disponível em: <www.pucpr.br/eventos/educere/educere2007/anaisevento/arquivos/ci-180-01.pdf>. Acesso em: 08 abril 2017.

SREELALITHA, N. et al. Review of pharmaceutical care services provided by the pharmacists. **International Research Journal of Pharmacy**, v. 3, n. 4, p. 78-79, 2012. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/2226-4787/5/2/23>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

THOMPSON, E. D.; ASHWILL, J. W. **Uma introdução à enfermagem pediátrica**. 6. ed. (Trad. Ana Thorell) Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

TOUSO, M. F. S. et. al. Dificuldades emocionais e psicológicas em indivíduos com diabetes mellitus. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 2, p. 524-530, 2016. Disponível em: <<https://ri.ufs.br/handle/riufs/5001>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

VAN MIL, J. W. F.; SCHULZ, M.; TROMP, TH. F. J. Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review. **Pharmacy World and Science**, v. 26, p. 303-311, 2004.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]., v.2, n., p. 213-220, 2007. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. Esplanada dos Ministérios Bloco G Ed Sede 8º andar sala 829. 70058-900 Brasília DF, 2007.

VIGETA, S.M.G.; MACHADO, B.C.; NASCIMENTO, P. O significado para o homem idoso ser portador do diagnóstico clínico diabetes mellitus. **Rev. APS**, v. 17, n. 3, p. 388 – 396, jul/set 2014.

VINHOLES, E. R.; ALANO, G. M.; GALATO, D. A Percepção da Comunidade Sobre a Atuação do Serviço de Atenção Farmacêutica em Ações de Educação em Saúde Relacionadas à Promoção do Uso Racional de Medicamento. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.2, p.293-303, 2009.

WHO. World Health Organization. **Global report on diabetes**: 2016. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257eng.pdf;jsessionid=>

[53949128AABDDEA663CC38F287 E6535A?sequence=1](#)>. Acesso em: 12 jun. 2020.

.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety:** forward programme. Genebra, 2005. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43072/9241592443.pdf>>. Acesso em: 6 maio 2020.

ZANELA, J. P. L. **Assistência humanizada:** o trabalho do enfermeiro junto à criança internada na UTI. Monografia. Faculdade Estadual de Educação de Ciências e Letras de Paranavaí. Cascavel, 2011.

ZUBIOLI A. **Ética Farmacêutica.** Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos. São Paulo: 2004. 400p.

ARTIGO