

Caracterização do sistema de saúde na assistência a doentes diabéticos com base numa farmácia comunitária

Characterization of the health system in the health care to diabetics patients based in a community pharmacy

Henrique J. Santos¹, Paula Iglésias¹, Fernando Fernandez-Llimós², Maria José Faus²

¹ Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona (GICUF-ULHT),
Departamento de Ciências da Saúde, Campo Grande 376, 1749-024 Lisboa, Portugal

² Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (GIAF-UGR) Universidade de Granada

Resumo:

Introdução: O Programa de Controlo da Diabetes Mellitus de 1998 tem como objectivo procurar a integração dos vários profissionais de saúde num ambicioso projecto cujo objectivo final é dar mais qualidade de vida aos doentes diabéticos. Neste programa, ao lado do médico de medicina geral e familiar, da enfermeira, do médico hospitalar é integrado o farmacêutico.

Método: Estudo transversal (epidemiologia descritiva) realizado numa farmácia comunitária, durante dois meses realizado sobre todos os indivíduos utentes de uma farmácia comunitária portadores de uma prescrição médica para o próprio com pelo menos um antidiabético oral, insulina ou material de autovigilância. Os doentes foram questionados quanto à utilização do Guia do Diabético (GD), número de consultas médicas nos últimos 3 meses, realização de exames oftalmológicos alguma vez na vida e nos últimos 12 meses, vacinação da gripe no último inverno e sobre qual o papel dos vários profissionais de saúde da educação terapêutica do doente diabético.

Resultados: Na resposta à pergunta se têm o GD, 82,9% (68/82) afirmou que o tinha. Dos 56 doentes que realizam dieta alimentar, em 87,5% (49/56) a dieta foi instituída pelo médico, em 32,1% (18/56) pelo farmacêutico, em 7,1% (4/56) pelo enfermeiro e em 19,6% (11/56) pelo dietista. Apenas 56% dos doentes tiveram consulta de oftalmologia no último ano. Apenas 37% dos doentes receberam a vacina para a gripe no último inverno.

Discussão: Melhorias na articulação entre as diversas entidades envolvidas na prevenção e no tratamento da diabetes devem ser introduzidas, visando o alcance de resultados clínicos positivos nos doentes diabéticos.

Conclusão: Apenas 56% dos doentes tiveram consulta de oftalmologia no último ano. Apenas 37% dos doentes receberam a vacina para a gripe no último Inverno. As farmácias são locais adequados para a realização de estudos sobre a qualidade dos serviços de saúde prestados.

Palavras chave: Diabetes, cuidados farmacêuticos, cuidados de saúde.

Abstract:

Introduction: The 1998 Program of Control of the Diabetes Mellitus has as aims the integration of the several professionals of health in an ambitious project whose final objective is to give more quality of life to the diabetic people. In this program, to the group of the general practitioner, of the nurse, of the hospital doctor the pharmacist is integrated.

Method: Transversal study (descriptive epidemiology) carried out through a community pharmacy, during two months done over all the customers of the pharmacy bearing a medical prescription with at least one oral antidiabetic, insulin or autocontrol material. The diabetics had been questioned about the use of the Diabetic Guide, number of medical consultations in the last 3 months, accomplishment of ophthalmologic examinations some time in the life and in the last 12 months.

Results: In the reply to the question if they have the Diabetic Guide, 82,9% (68/82) affirmed that it had it. Of the 56 diabetics who carry through alimentary diet, in 87,5% (49/56) the diet was instituted by the doctor, in 32,1% (18/56) for the pharmacist, in 7,1% (4/56) for the nurse and in 19,6% (11/56) for the dietician.

Discussion: Improvements in the coordination for the diverse ones involved in the prevention and in the treatment of diabetes they must be introduced, aiming at the reach of positives outcomes in the diabetics. Widened studies must be carried through.

Conclusion: Only 56% of the diabetics had had ophthalmologic consultation in the last year. Only 37% of the diabetics had received the vaccine for the influenza in the last winter. The pharmacies are suitable places for the accomplishment of study on the quality of the given services of health.

Keywords: Diabetes, pharmaceutical care, health care.

Recebido em 2/9/2005

Aceite em 31/10/2005

Rev. Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde, 2005; (2) 2: 101-107

Versão electrónica: <http://revistasaude.ulusofona.pt6>

Introdução

Em 1989 numa reunião decorrida em St Vincent (Itália), promovida sob a égide da World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe e da International Diabetes Federation (IDF) produziu-se um documento conhecido como “The St Vincent Declarations”. Este documento alertava para a necessidade do envolvimento de todas as organizações e instituições ligadas à saúde trabalharem, em conjunto, para combater o “maior e crescente problema de saúde na Europa” que é a causa de morbilidade e morte prematura e que afecta pelo menos 10 milhões de cidadãos europeus^[1].

Nesta reunião foi formalmente reconhecido que é necessário criar planos que tenham em vista a “prevenção, a identificação, o tratamento de diabetes e, especialmente as complicações que dela advêm cegueira, insuficiência renal, gangrena e amputação, doença coronária grave e acidente vascular cerebral devem ser elaborados a nível local, nacional e europeu”^[2].

Em 1995, cria-se em Portugal o Programa de Controlo da Diabetes Mellitus (PCDM 1995)² que nasce com os seguintes objectivos:

- “Promover a formação actualizada em diabetologia de todos os profissionais implicados no programa.
- Cumprir os objectivos de St. Vincent.
- Implementar medidas de prevenção primária,

secundária e terciária.

- Promover a integração dos cuidados prestados ao diabético, através da complementaridade técnica dos recursos existentes.

- Promover a prestação de cuidados de qualidade.”

No ano de 1998 cria-se o Programa de Controlo da Diabetes Mellitus (PCDM 1998) o qual teve um novo impulso com o envolvimento da Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Surge assim um documento elaborado em colaboração com o Ministério da Saúde cujo objectivo era procurar a integração dos vários profissionais de saúde num ambicioso projecto cujo objectivo final era dar mais qualidade de vida aos doentes diabéticos. Ao lado do médico de medicina geral e familiar, da enfermeira, do médico hospitalar é integrado o farmacêutico^[3].

Surge o conceito do “Guia do Diabético (GD)” que vai funcionar como o “passaporte” de entrada de um doente para um sistema de cuidados de saúde integrado pelos níveis de cuidados existentes e por todos os profissionais que, cada um com a sua função, se dirijam ao encontro das necessidades em saúde dos doentes^[3].

As normas de vigilância preconizadas pelo PCDM 1998 podem ser observadas na Tabela 1 e definem a periodicidade com que o doente diabético deve ser sujeito a exames de avaliação do seu estado de saúde^[3].

Tabela 1 - Número de avaliações por ano a realizar de acordo com o PCDM 1998¹⁷

	Novos diabéticos			Diabéticos já diagnosticados		
	Tipo 1	Tipo 2	TDG*	Tipo 1	Tipo 2	TDG*
História clínica (exame objectivo.)	1	1	1	-	-	-
Reavaliação clínica	-	-	-	1	1	1
Consultas programadas/ano	4	4	2	4	3	2
IMC	4	4	2	4	3	2
Pressão arterial	4	4	2	2	3	2
ECG	1	1	-	1	1	-
Exame oftalmológico	1	1	-	1	1	-
Exame dos pés	2	2	-	2	2	-
Laboratorial						
Glicémia	4	4	1	4	3	-
Hemoglobina glicosilada	4	2	-	4	2	-
Perfil lipídico	1	1	1	1	1	-
Creatinina	1	1	1	1	1	-
Urina II	1	1	1	1	1	-
Microalbuminúria	1	1	-	1	1	-
Educação terapêutica	A efectuar em todos os contactos e consultas					

O objectivo destas avaliações é garantir que o controlo da glicémia se mantenha de acordo com os objectivos terapêuticos pretendidos e detectar precocemente algum sinal das complicações associadas à doença^[3].

No caso do exame oftalmológico preconiza-se a o controlo anual de todos os diabéticos já diagnosticados, com diabetes tipo 1 e tipo 2. O bom controlo metabólico é fundamental para atrasar o aparecimento e a gravidade de complicações oftalmológicas^[3].

As complicações do pé diabético são uma das principais causas de internamento dos diabéticos e são uma das situações mais temidas pelos doentes pois podem originar a amputação dos membros. Um dos 5 objectivos da Declaração de St. Vincent é em 5 anos reduzir a taxa de amputações mais graves em 50%^[1,4].

De acordo com a norma referida o exame aos pés deve ser realizado duas vezes por ano em todos os doentes diabéticos, contudo, em todas as consultas deve ser ensinado os cuidados a ter com os pés^[3].

O rastreio de albuminúria é um dos parâmetros preconizados no plano de avaliações para ser realizado com periodicidade anual. A presença de microalbuminúria é um dos sinais mais precoces da repercussão renal da diabetes mellitus, sendo ao mesmo tempo, um marcador de doença cardiovascular e do risco de mortalidade precoce. O aparecimento de microalbuminúria aumenta a necessidade de manter um bom controlo metabólico. O controlo da pressão arterial é outro indicador que deve estar implicado no despiste do início da insuficiência renal^[3,5].

A determinação de hemoglobina glicosilada (HbA1c) determina o nível de hemoglobina glicada no sangue. Este teste permite saber a história glicémica nos últimos 120 dias e é um teste útil para avaliar o controlo metabólico do diabético, que deve ser realizado 2 vezes por ano nos diabéticos tipo 2 e 4 vezes por ano nos diabéticos tipo 1^[3,6].

A imunização da gripe (influenza) e da infecção pneumocócica (*Streptococcus pneumoniae*) em doentes com diabetes pode reduzir significativamente a morbilidade e a mortalidade relacionada com estas duas infecções. O objectivo é imunizar todos os doentes com diabetes, particularmente aqueles com complicações, tais como, doença renal ou cardíaca ou que tenham estado recentemente hospitalizados^[7].

Em Portugal, existe uma recomendação da Direcção-Geral de Saúde a qual, para o ano de 2003/2004, refere que um dos objectivos para o ano em causa é aumentar a cobertura vacinal dos grupos de risco, entre eles todas as pessoas com idade superior a 6 meses, incluindo grávidas e mulheres a amamentar, que sofram, entre outras patologias referidas no documento, diabetes mellitus ou outras doenças metabólicas^[8].

A educação para a saúde aplicada a toda a população, em geral, promovendo uma alimentação equilibrada e a

realização de actividade física poderá reduzir a incidência da diabetes tipo 2^[4].

Doentes com diabetes devem receber cuidados de saúde de uma equipa coordenada, que deve incluir médicos, enfermeiras, dietistas, farmacêuticos e psicólogos, entre outros^[3,9].

A declaração de St. Vincent, da qual Portugal é um país subscritor, refere que a educação do doente diabético constitui uma das armas terapêuticas da diabetes e é um direito que todo o diabético deve ter acesso^[1,10].

O farmacêutico é o profissional de saúde mais acessível. Esta acessibilidade coloca o farmacêutico numa posição privilegiada para apoiar, facilitar e implementar actividades de promoção da saúde através da disponibilização de informação e, em algumas situações, rastreio e seguimento farmacoterapêutico^[3,11].

Em Portugal os farmacêuticos colaboram de modo articulado com as entidades oficiais através de um protocolo elaborado entre o Ministério da Saúde, a Ordem dos Farmacêuticos e a Associação Nacional das Farmácias (ANF) que estabelece um nível de intervenção no domínio da autovigilância, da identificação dos diabéticos não controlados e, ainda de indivíduos suspeitos da diabetes e um outro nível em que se realiza seguimento farmacoterapêutico dos doentes^[12,13].

O objectivo deste estudo é caracterizar sócio-demograficamente a população diabética da farmácia: sexo, idade e avaliar a resposta do sistema de saúde na assistência aos doentes diabéticos (uso do GD, número de consultas/ano, educação terapêutica, consultas especializadas, papel dos vários profissionais de saúde na educação terapêutica)^[14].

Método

Estudo transversal (epidemiologia descritiva) realizado numa farmácia comunitária (Farmácia do Altinho, Pontinha), durante dois meses realizado sobre todos os indivíduos utentes da farmácia, portadores de uma prescrição médica com pelo menos um antidiabético oral, insulina ou material de autovigilância que sejam portadores de uma prescrição para o próprio.

A informação foi recolhida num questionário através de uma entrevista directa com o doente.

Os doentes foram questionados quanto ao sexo e idade. Seleccionaram-se algumas questões de fácil percepção pelos doentes para caracterizar a qualidade dos cuidados prestados:

GD: Ferramenta de gestão do PCDM 1998 que facilita e disciplina a informação sobre o doente a toda a equipa de saúde envolvida no seu acompanhamento^[3].

Utilização do GD: De acordo com o PCDM 1998, o guia actualizado facilita a troca de informações

importantes entre o diabético, a sua família e a equipa de saúde, ajudando-o a compreender, com maior clareza, os objectivos, métodos e organização do seu tratamento^[3].

Consultas médicas nos últimos 3 meses: Número de consultas médicas relacionadas com a diabetes nos últimos três meses e local onde foram efectuadas^[3].

Consulta de oftalmologia: Realização de exames oftalmológicos alguma vez na vida e nos últimos 12 meses^[3].

Profissional de saúde que instituiu o regime alimentar (dieta): Define qual o profissional de saúde que instituiu o regime alimentar que o doente segue na actualidade (médico, farmacêutico, enfermeiro, dietista, outro), caso o doente siga um regime alimentar.

Vacinação da gripe (no último Inverno): Avalia se o doente recebeu a vacina para a gripe (influenza) no Inverno de 2003/2004 (vacina administrada entre Setembro de 2003 e Janeiro de 2004)^[8].

Resultados

Este trabalho foi realizado na população diabética (N=82) que se dirigiu a uma farmácia comunitária com uma prescrição médica de um antidiabético oral, insulina ou material de autovigilância no período compreendido entre 15 de Fevereiro e 15 de Abril de 2004.

A taxa de respondentes foi de 88,2% (82/93). A totalidade de respondentes ao questionário foi de 82 doentes diabéticos, dos quais 57,3% (47/82) é do sexo feminino e 42,7% (35/82) é do sexo masculino.

A média de idades da população é de 65 anos, a mediana de 67 anos e a moda de 72 anos.

O elemento mais jovem da população tem 19 anos e o mais idoso 82 anos. A distribuição da população em estudo por grupos etários de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) pode ser observada na Figura 1.

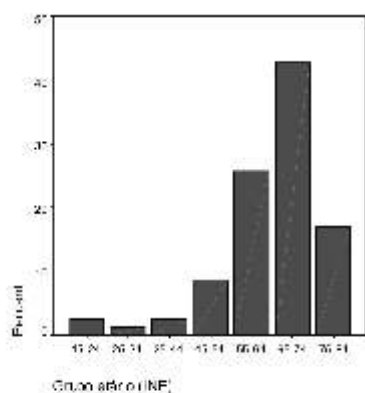


Figura 1 - Distribuição da população por grupos etários de acordo com os grupos etários INE

Na resposta à pergunta se têm o GD, 82,9% (68/82) afirmou que o tinha quando lhe foi mostrado um exemplar. Apenas 17,1% (14/82) dos doentes afirmaram não o ter.

Contudo, quanto à frequência de utilização do GD, isto é, quanto à questão se o usa regularmente, 38,2% (26/68) dos que afirmou que o tinha, não o usa com regularidade. Deste modo, apenas 61,8% (42/68) dos doentes que têm o GD o usa com regularidade.

O número de doentes que utiliza o GD com regularidade por local prestador de cuidados de saúde pode ser observado na Figura 2.

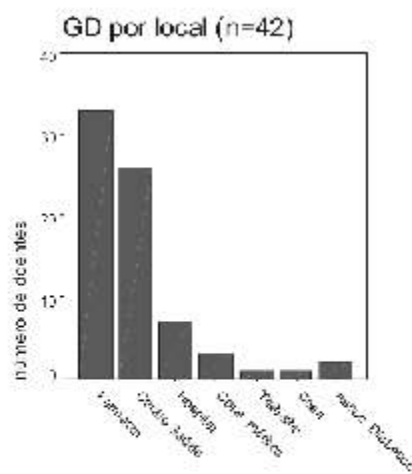


Figura 2 - Distribuição da utilização do guia por local prestador de cuidados de saúde.

Nos últimos três meses 74,4% (61/82) dos doentes consultou o médico por causa da diabetes e 25,6% (21/82) não o consultou.

Quanto ao profissional de saúde que instituiu a dieta alimentar, dos 59 doentes que seguem uma dieta alimentar, 94,9% (56/59) realiza-a de acordo com orientação de um profissional de saúde. Dos 56 doentes que realizam dieta alimentar, em 87,5% (49/56) a dieta foi instituída pelo médico, em 32,1% (18/56) pelo farmacêutico, em 7,1% (4/56) pelo enfermeiro e em 19,6% (11/56) pelo dietista. Alguns doentes referem que a dieta é acompanhada por mais que um profissional de saúde.

Quanto à distribuição da consulta médica pelos locais onde o serviço é prestado 62,3% (38/61) dos que tiveram consulta médica nos últimos 3 meses, consultou o médico no Centro de saúde e 21,3% (13/61) no Hospital do Estado. Os consultórios médicos particulares prestaram consultas médicas nos últimos 3 meses a 16,4% (10/61) dos doentes, seguido de 3,3% (2/61) das instituições onde o doente trabalha e 6,6% (4/61) noutros locais. Alguns doentes referiram ser seguidos em mais do que um local. Nenhum doente recebeu consulta médica em casa.

No que respeita a consultas especializadas, 93,9% (77/82) dos doentes afirmou, pelo menos uma vez na vida, já ter tido uma consulta de oftalmologia. Contudo, apenas 56,1% (46/82) da totalidade dos doentes teve consulta médica dessa especialidade no último ano.

A vacinação contra a gripe foi efectuada em 36,6% (30/82) dos doentes.

Discussão

A taxa de respondentes foi de 88,2% em relação aos doentes que se encontravam nos critérios de inclusão (93 doentes). Considerando o total de prescrições de antidiabéticos orais, insulina e de materiais de autovigilância (209), dispensadas na farmácia durante o período do estudo, o valor dos respondentes corresponde a 44,5%.

O estudo foi realizado em doentes que adquiriram na farmácia antidiabéticos orais, insulina ou material de autovigilância. Os resultados são válidos para esta população que pode incluir diabéticos, doentes com Tolerância Diminuída à Glucose (TDG) e com Glicémia em Jejum Alterada (GJA). Quando, no decurso da avaliação dos resultados nos referimos a “diabéticos” referimo-nos a doentes que podem estar em qualquer uma destas situações.

Dos 82 doentes, 57,3% (47) é do sexo feminino e 42,7% (35) é do sexo masculino, o que coloca as mulheres com uma prevalência ligeiramente maior de diabetes na população do estudo.

A distribuição dos doentes com diabetes pelos grupos etários apresenta uma maior prevalência entre os 55 e os 74 anos, para depois baixar após os 75 anos, utilizando os escalões de grupos etários do INE.

Dos resultados do nosso estudo podemos concluir que, embora passados 7 anos desde a implementação do PCDM 1998, 17,1% dos doentes afirmaram não ter o GD. Isto significa que 14 doentes se encontram afastados do sistema que visa proporcionar-lhes uma melhor qualidade de vida.

Mas, dos doentes que utilizam o GD, 26 doentes afirmaram não o usar com regularidade. Se juntarmos estes doentes aos que não têm o Guia, concluímos que 48,8% (40/82) dos doentes não utilizam normalmente o GD.

Em relação aos doentes que usam o GD é na farmácia que o utilizam com mais frequência, seguido do Centro de Saúde e do Hospital. Os doentes consultam mais o médico por causa da diabetes no Centro de Saúde. O GD é preenchido pelo farmacêutico quando se realiza a dispensa de material de autovigilância, situação que deve ser acompanhada de educação para a saúde quando necessário. Essa intervenção é registada no GD pelo farmacêutico que, de acordo com os resultados, se encontra plenamente envolvido no processo de apoio a estes doentes.

Também o farmacêutico é referido como o segundo profissional, depois do médico que instituiu a dieta alimentar o que coloca este profissional de saúde numa posição relevante no contexto do acompanhamento de doentes com diabetes.

Este resultado está de acordo com os resultados do inquérito realizado pela International Diabetes Federation (IDF), junto dos doentes, em que farmacêutico também é referido pelos doentes diabéticos, logo a seguir ao médico, como “facilitador” da educação para a saúde^[15].

A farmácia sendo o local de saúde mais frequentado pelos portugueses “doentes” é também, com toda a certeza, o mais acessível^[16]. O envolvimento do farmacêutico no acompanhamento do diabético através da prática de cuidados farmacêuticos pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos doentes. A dispensa activa, informando correctamente a posologia e as precauções com a toma, a indicação farmacêutica dirigida para doentes com patologias especiais, na educação para a saúde, dirigida para a melhoria efectiva do estado de saúde do doente e o seguimento farmacoterapêutico, procurando e resolvendo os Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM) são actividades clínicas disponibilizadas pelo farmacêutico que pretendem ir ao encontro das necessidades do doente e melhorar a sua qualidade de vida^[16-18].

A vacinação da gripe foi um dos parâmetros utilizados neste estudo para avaliar a capacidade do sistema de saúde para actuar a nível da prevenção da doença e das suas complicações.

A epidemia anual da gripe (influenza) atinge 5 a 15% da população, afectando principalmente o tracto respiratório superior. Embora na maior parte das pessoas, desapareça em uma ou duas semanas sem exigir qualquer tratamento médico, no caso de crianças de idades reduzidas, idosos e pessoas com problemas médicos especiais, tais como doenças pulmonares, diabetes, cancro, problemas de coração e hepáticos, a gripe é um problema de saúde de alto risco para determinados grupos de risco^[19].

A imunização da gripe é particularmente aconselhada na população diabética. Essas são as recomendações da Organização Mundial de Saúde, da American Diabetes Association e da Direcção-Geral da Saúde portuguesa que incluem as pessoas diabéticas na população de risco que devem ser sujeita à vacinação anual^[17,8,19].

Dos doentes diabéticos incluídos no estudo apenas 36,6% (30/82) referiram ter sido vacinados contra a gripe no último Inverno, percentagem que é manifestamente baixa e que coloca em risco de gripe e suas consequências 63,4% (52/82) dos doentes. Apesar das campanhas realizadas, algumas pelos próprios farmacêuticos, o sistema de saúde não consegue, em

relação a esta questão, dar as respostas necessárias para proteger da doença os diabéticos^[20]. Não rejeitamos a possibilidade que o preço da vacina possa condicionar a administração da mesma a estes doentes, pelo que a sua distribuição gratuita, a este grupo de doentes, poderia contribuir para a redução da mortalidade e morbilidade associada à gripe em diabéticos.

O PC 1998 propõe que os diabéticos realizem uma consulta anual a um oftalmologista para avaliação da evolução dos problemas de visão. As complicações oculares da diabetes são a principal causa de cegueira nos países desenvolvidos^[21].

O relatório de 2001 do Director-Geral e Alto-Comissário, Ganhos de Saúde em Saúde em Portugal reconhece que “a análise dos dados de avaliação da qualidade dos cuidados prestados à população com diabetes revelou que, dos diabéticos identificados, não mais de 30% tinham sido alvo de vigilância oftalmológica nos últimos 12 meses, apesar da promoção da sua referenciação”. E com base neste problema o documento refere que “esta análise desencadeou o desenvolvimento estratégico de um rastreio e tratamentos sistemáticos de uma complicação grave, como a retinopatia e/ou maculopatia diabéticas, e a sua operacionalização em todas as regiões do país. Desenvolveram-se, em 2001, rastreios em várias zonas do País, que revelaram existir, na população rastreada, cerca de 4% de diabéticos com patologia grave a necessitar de tratamento imediato e cerca de 12% de diabéticos a necessitar de referenciação para consultas de oftalmologia, o que levou à implementação de estratégias para o seu tratamento”^[21].

Apesar das medidas referidas no documento anterior, as quais, aceitamos, poderiam ter tido impacto na população em estudo a partir do ano de 2001, não foram, contudo, suficientes para evitar que 5 doentes nunca tivessem sido examinados por oftalmologista e dos que já consultaram um oftalmologista “alguma vez na vida”, só 56,1% fossem examinados no último ano. Isto significa que 43,9% (36/82) não foram examinados no último ano o que claramente, mostra as fragilidades com que o sistema de saúde responde perante uma das complicações da diabetes que se pode considerar de maior gravidade, colocando estes doentes em risco de cegueira.

Por todas estas razões o plano de saúde 2004-2010 publicado pelo Ministério da Saúde manifesta as intenções de “reparar” estas questões quando refere que: “serão mantidos os esforços de implementação do Programa de Controlo da diabetes *mellitus*, nomeadamente, consolidando: a identificação sistemática de diabéticos, com atribuição do GD; a educação terapêutica aos diabéticos identificados, com forte implicação das associações de diabéticos e da

Sociedade Portuguesa de Diabetologia; a extensão a todo o território nacional do diagnóstico e tratamentos sistemáticos da retinopatia diabética; o rastreio sistemático do “pé diabético”; o rastreio sistemático da microalbuminúria”. O mesmo documento acrescenta que a aplicação destas medidas deverão ter imediata aplicação nacional, envolver todos os profissionais de saúde, os quais, na área específica da sua intervenção poderão, todos eles, dar um contributo positivo, para uma área de intervenção em saúde que só terá solução com a participação de todos, incluindo o doente^[22].

Melhorias na articulação entre as diversas entendidas envolvidas na prevenção e no tratamento da diabetes devem ser introduzidas, visando o alcance de resultados clínicos nos doentes diabéticos. Estudos alargados devem ser realizados para avaliar o programa. As farmácias comunitárias são locais de excelência para a realização desses estudos.

Conclusões

O GD é utilizado por 83% dos doentes, dos quais 62% usa-o com regularidade.

Dos doentes que utilizam o GD com regularidade, 79% utiliza-o na farmácia seguido de 62% no Centro de Saúde.

Em relação aos doentes que fazem dieta, em 88% dos casos foi o médico que instituiu a dieta e em 32% foi o farmacêutico.

Apenas 56% dos doentes tiveram consulta de oftalmologia no último ano.

Apenas 37% dos doentes receberam a vacina para a gripe no último Inverno.

Apesar da instituição de um programa nacional de acompanhamento a doentes diabéticos o número de doentes que recebeu, neste estudo, cuidados adequados foi muito reduzido.

Estudos nacionais ou regionais devem ser realizados para permitir a avaliação dos resultados do actual Programa de Controlo de Diabetes Mellitus.

O maior envolvimento do farmacêutico comunitário no acompanhamento de doentes diabéticos pode melhorar os resultados clínicos destes doentes.

A farmácia comunitária é um local adequado para a realização de estudos sobre a qualidade dos serviços de saúde prestados.

Referências

- [1]WHO/IDF. Diabetes Care and Research in Europe: The St Vincent Declaration, 1989. The St Vincent Declaration Diabetes Action Programme. St Vincent, 1989.
- [2]Ministério da Saúde. Programa de Controlo da Diabetes Mellitus. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, 1995.

- [3]Ministério da Saúde , Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Programa de Controlo da Diabetes Mellitus: Dossier Diabetes - em conjunto objectivos comuns. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde , 1998.
- [4]Duarte R, et al. Diabetologia Clínica. 3ª ed. Lousã: Lidel - Edições Técnicas, Lda, 2002.
- [5]American Diabetes Association. Hypertension Management in Adults with Diabetes. 27. 2004;27(Supplement 1):S65-S67.
- [6]American Diabetes Association. Tests of Glycemia in Diabetes. 27. 2004;27(Supplement 1):S91-S93.
- [7]American Diabetes Association. Influenza and Pneumococcal Immunization in Diabetes. 27. 2004;27(Supplement 1):S111-S113.
- [8]Direcção-Geral de Saúde. [Letter to Gripe: Vigilância, vacinação profilaxia e terapêutica em 2004 2005]. 2004 Jan 10.
- [9]American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations 2003. Diabetes Care 2003 Jan;26(Supplement 1).
- [10]Istanbul Commitment 1999 (WHO/IDF). 10th Anniversary Meeting of The St Vincent Declaration Diabetes Action Programme. Istanbul: WHO/IDF, 1999 Oct.
- [11]Ciardulli LM, Goode JV. Using health observances to promote wellness in community pharmacies. J Am Pharm Assoc (Wash) 2003 Jan-2003 Feb;43(1):61-8.
- [12]Costa S, Madeira A, Santos C, Santos MR. Manuais dos Programas de Cuidados Farmacêuticos (Asma/DPOC, Diabetes e Hipertensão Arterial). 2nd ed. Lisboa: ANF, 2003.
- [13]Ministério da Saúde, Ordem dos Farmacêuticos, Associação Nacional das Farmácias. [Letter to Protocolo de colaboração]. 2003 Dec 9.
- [14]Santos HJ. Estudio de caracterización de la población diabética de una farmacia comunitaria [Diploma de Estudios Avanzados]. Granada: Universidade de Granada, 2004. 155 .
- [15]Diabetes Atlas Committee. Diabetes Atlas - executive summary. 2ª ed. Bélgica: International Diabetes Federation, 2003.
- [16]Ordem dos Farmacêuticos. O que os Portugueses pensam dos Serviços de Saúde. Revista Da Ordem Dos Farmacêuticos 2002;(47 suplemento):1-45.
- [17]Santos HJ, Iglésias P, Fernández-Llimós F, Faus MJ, Rodrigues LM. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos - Tradução Intercultural de Espanhol para Português (europeu). Acta Med Port 2004;17(1):59-66.
- [18]Machuca M, Fernández-Llimós F, Faus MJ. Método Dáder. Manual de Seguimento Farmacoterapêutico (versão em português europeu). 3ª ed. Lisboa: Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona - Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (Universidad de Granada), 2005.
- [19]World Health Organization. Adherence to long-term therapies:evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003.
- [20]de Almeida AR. Gripe. A importância de vacinar. Farmácia Portuguesa 1993;(83).
- [21]Ministério da Saúde. Ganhos de Saúde em Portugal.Relatório de 2001 do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde, 2002.
- [22]Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Mais saúde para todos 1-2. Lisboa: Ministério da Saúde, 2004.