

CLÁUDIA FILIPA CRUZ SILVA

**AVALIAÇÃO DO CONTRIBUTO DO FARMACÊUTICO NOS
AUTOCUIDADOS E PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO**

Orientador: Prof. Doutor Luís Monteiro Rodrigues

Coorientadora: Mestre Maria Manuela Teixeira

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde**

Lisboa

2017

CLÁUDIA FILIPA CRUZ SILVA

AVALIAÇÃO DO CONTRIBUTO DO FARMACÊUTICO NOS AUTOCUIDADOS E PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 12 de Julho de 2018, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação n.º: 52/2018, de 9 de Fevereiro de 2018, com a seguinte composição:

Presidente: Prof^ª. Doutora Patrícia Mendonça Rijo

Arguente: Prof^ª. Doutora Ana Sofia Fernandes

Orientador: Prof. Doutor Luís Monteiro Rodrigues

Vogais: Prof^ª Ana Mirco (Especialista ULHT)

Prof^ª Maria Dulce Santos (Especialista ULHT)

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2017

Agradecimentos

A elaboração desta dissertação não teria sido possível sem o contributo de algumas pessoas que direta ou indiretamente, me incentivaram, ajudaram e apoiaram a enfrentar mais esta etapa da minha vida, pelo que não posso deixar de lhes fazer um agradecimento.

À Professora Maria Manuela Teixeira não poderia deixar de salientar o meu profundo e sincero agradecimento, para quem não tenho as palavras certas para agradecer, visto que foi exímia e muito competente na orientação. Pela partilha do saber e colaboração, pelos conhecimentos que sabiamente me transmitiu, e porque no fundo foi a grande pilar do sucesso e âmbito deste trabalho que nunca desistiu de mim. Tenho uma grande admiração e louvo o seu brio e profissionalismo, e destaco as suas qualidades como Mulher e como Professora.

Aos meus queridos colegas da Farmácia Marbel, local onde aprendo todos os dias o gosto pela profissão Farmacêutica. Obrigada pela preciosa ajuda da elaboração da monografia com a vossa experiência, pela preocupação constante, pelos laços que formamos e pela equipa que somos.

Ao meu namorado e melhor amigo, pelo seu carinho e apoio incondicional em todas as fases desta etapa. A sua presença constante e incentivo tornaram esta caminhada mais fácil, dando-me forças para a concluir.

Por fim, o meu maior agradecimento é dirigido aos meus pais e avós, por me proporcionarem chegar até este momento. Por todo o amor, esforço e paciência, e por terem sempre acreditado em mim e no meu trabalho. Quero que saibam todos vós, que sem vocês nada do que sou e do que fiz seria possível. À minha restante família e amigos, que de alguma maneira, me ajudaram, para seguir adiante no concretizar deste objetivo.

A todos o meu **MUITO OBRIGADO!**

Resumo

A diabetes *mellitus* (DM) é uma patologia crónica, com diversas complicações associadas. Estima-se a existência de 422 milhões de pessoas diabéticas em todo o mundo. Em Portugal, cerca de um terço dos diabéticos ainda não estão diagnosticados. O diagnóstico tardio ou até mesmo desconhecido aumenta o risco de complicações associadas à patologia.

A prática farmacêutica tem evoluído progressivamente ao longo dos anos, de forma a centrar-se cada vez mais no doente. A prestação de cuidados farmacêuticos na diabetes revela-se importante na educação terapêutica do doente, por forma a melhorar os seus conhecimentos, a autoeficácia e autodeterminação perante os autocuidados na DM.

O presente trabalho, tem por objetivo a caracterização de utentes diabéticos de farmácias da região de Lisboa, avaliando o contributo do farmacêutico nos autocuidados e prevenção do Pé Diabético. Assim, recorreu-se a um estudo observacional analítico transversal, com recurso a um questionário onde foram estudadas variáveis categóricas e quantitativas e o respetivo impacto do contributo do farmacêutico nos autocuidados. A amostra foi aleatória e de conveniência, tendo sido realizados 70 questionários. Para a análise estatística, recorreu-se ao *software* IBM SPSS versão 24.0 (IBM Corporation, New York, USA).

Os resultados obtidos no presente estudo revelaram que 98,6% da amostra considera que os conselhos do farmacêutico podem ser importantes para o ajudar a evitar a ter lesões no pé. Constatou-se também que existia uma associação com significância estatística ($p < 0,05$) da existência de lesões do pé diabético com as habilitações académicas, o tempo de diagnóstico da diabetes, o tratamento e o tempo de tratamento.

Neste contexto parece relevante salientar a importância que a farmácia comunitária e os farmacêuticos podem desempenhar. As farmácias podem e devem de facto contribuir efetivamente com os restantes profissionais de saúde para alertar os doentes diabéticos para os autocuidados a ter com a doença de modo a prevenir as complicações associadas, nomeadamente o pé diabético.

Palavra-chave: Diabetes *mellitus*, serviços farmacêuticos, papel do farmacêutico, cuidados farmacêuticos, educação do diabético, prevenção, autocuidados e pé diabético.

Abstract

Diabetes mellitus (DM) is a chronic pathology with several complications associated. There are an estimated 422 million people with diabetes worldwide. In Portugal, about one-third of diabetics are still undiagnosed. Late or even unknown diagnosis increases the risk of associated complications.

Pharmaceutical practice has gradually progressed over the years to focus on the patient. The provision of pharmaceutical care in diabetes proves to be important in the therapeutic education of the patient, to improve their knowledge, self-efficacy and self-determination before self-care in DM.

The objective of this study was to characterize diabetic patients of pharmacies in the Lisbon region, evaluating the contribution of the pharmacist in self-care and prevention of Diabetic Foot. Thus, a cross-sectional observational study was performed using a questionnaire where qualitative and quantitative variables were studied and the respective impact of the pharmacist's contribution on self-care. 70 questionnaires were performed with a sample that was random and convenience. For statistical analysis, we used IBM SPSS software version 24.0 (IBM Corporation, New York, USA).

The results obtained in the present study revealed that 98,6% of the sample considered that the advice of the pharmacist may be important to help and avoid foot injuries. It was also found that there was an association with statistical significance ($p < 0,05$) of the presence of diabetic foot lesions with academic qualifications, diabetes diagnosis time, treatment and treatment time.

In this context, it is important to emphasize the importance that Community pharmacy and pharmacists can play. Pharmacies can and should, effectively contribute with other health professionals to alert diabetic patients to self-care and treat the disease in order to prevent associated complications, such as diabetic foot.

Keyword: Diabetes *mellitus*, pharmaceutical services, pharmacist role, pharmaceutical care, pharmacotherapeutic follow-up, diabetic education, prevention, self-care, diabetic foot.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS	VI
ÍNDICE DE TABELAS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	VIII
ÍNDICE	
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1 – REVISÃO DA LITERATURA (DIABETES)	3
1.1. DIABETES	3
1.1.1. <i>Classificação da Diabetes</i>	3
1.1.1.1. Diabetes tipo I	4
1.1.1.2. Diabetes tipo II	4
1.1.1.3. Diabetes Gestacional.....	5
1.1.1.4. Outros tipos de Diabetes	6
1.1.2. <i>Diagnóstico</i>	6
1.1.3. <i>Tratamento</i>	8
1.1.3.1. Não Farmacológico	8
1.1.3.2. Farmacológico	9
1.1.4. <i>Epidemiologia da Diabetes</i>	11
1.1.4.1. Prevalência em Portugal	11
1.1.4.2. Incidência em Portugal.....	12
1.1.4.3. Complicações da Diabetes	13
CAPÍTULO 2 – SERVIÇOS FARMACÊUTICOS	16
2.1. O PAPEL DO FARMACÊUTICO.....	16
2.2. EVOLUÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS	17
2.3. SERVIÇOS ESSENCIAIS E DIFERENCIADOS.....	19
2.4. CUIDADOS FARMACÊUTICOS	24
2.4.1. <i>Descrição e evolução dos Cuidados Farmacêuticos</i>	24
2.4.2. <i>Seguimento Farmacoterapêutico</i>	26
2.4.2.1. Descrição do Seguimento Farmacoterapêutico	26
2.4.2.2. Identificação dos doentes alvo	27
2.4.2.3. Métodos de acompanhamento Farmacoterapêutico	28
2.4.2.3.2. Método SOAP.....	28
2.4.2.3.3. Identificação PRMs.....	30
CAPÍTULO 3 - CUIDADOS FARMACÊUTICOS NA DIABETES	37
3.1. EDUCAÇÃO DO DIABÉTICO.....	37
3.1.1. <i>Adesão à Terapêutica</i>	38
3.1.2. <i>Autovigilância</i>	39
3.2. AUTOCUIDADOS NA DIABETES	40
3.2.1. <i>Definição</i>	40
3.2.2. <i>Dieta</i>	41
3.2.3. <i>Exercício físico</i>	41
3.2.4. <i>Cuidados com os pés</i>	42
3.2.4.1 Diagnóstico	44
3.2.4.2 Avaliação.....	45
3.2.4.3 Prevenção	47

3.2.4.4 Tratamento.....	47
CAPÍTULO 4 – AVALIAÇÃO DO CONTRIBUTO DO FARMACÊUTICO NOS AUTOCUIDADOS E PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO	49
4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO	50
4.2. LOCAL DO ESTUDO	50
4.3. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA	50
4.4. DESCRIÇÃO DO ESTUDO	50
4.5. VARIÁVEIS EM ESTUDO	51
4.6. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	51
4.7. RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
4.7.1. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	52
4.7.1.1 CARATERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	52
4.7.1.2. CARATERIZAÇÃO DA DIABETES	54
4.7.1.3. CARATERIZAÇÃO DA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO	57
4.7.2. ANÁLISE INFERENCIAL	57
CONCLUSÃO.....	61
BIBLIOGRAFIA	63
ANEXOS	69
ANEXO A: FLUXOGRAMA REPRESENTATIVO DOS CUIDADOS FARMACÊUTICOS.....	69
ANEXO B: DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.	70
ANEXO C: FOLHA SOAP.	71
ANEXO D: FOLHA DE REGISTO DA TERAPÊUTICA DO DOENTE (DADOS OBJETIVOS).....	72
ANEXO E: FOLHA DE REGISTO DE PARÂMETROS EFETUADOS NA FARMÁCIA.	73
ANEXO F: REGISTO MEDICAÇÃO E PARÂMETROS BIOQUÍMICOS DO DOENTE.....	73
ANEXO G: CARTA DE REPORTE AO MÉDICO.	74
ANEXO H: QUESTIONÁRIO	75

Índice de Abreviaturas

ADO	– Antidiabéticos Orais
AGJ	– Alteração Glicemia em Jejum
AMG	– Automonitorização da Glicemia
ANF	– Associação Nacional das Farmácias
CAD	– Cetoacidose Diabética
DCF	– Departamento de Cuidados Farmacêuticos
DG	- Diabetes gestacional
DGS	- Direção Geral de Saúde
DM	- Diabetes <i>mellitus</i>
DMID	– Diabetes <i>mellitus</i> insulínodépendente
DMNID	– Diabetes <i>mellitus</i> não insulínodépendente
DP	– Desvio Padrão
DPCF	– Departamento de Programas de Cuidados Farmacêuticos
DPOC	– Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
HbA1c	- Hemoglobina glicada A1c
GLP-1	– <i>Glucagon-like peptide-1</i>
OF	– Ordem dos Farmacêuticos
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PCFs	– Programa de Cuidados Farmacêuticos
PRMs	– Problemas Relacionados com Medicamentos
PTGO	– Prova de Tolerância à Glucose Oral
RNM	– Resultados Negativos associados à Medicação
SFT	– Seguimento Farmacoterapêutico
SGLT2	- Cotransportador sódio-glucose tipo 2
SNS	– Serviço Nacional de Saúde
SOAP	- Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano
TDG	- Tolerância Diminuída à Glucose
UDI	- Utilizadores de Drogas Injetáveis

Índice de Tabelas

Tabela 1. Número de novos casos de DM em Portugal.	13
Tabela 2. Utentes com internamento hospitalar por pé diabético por 100 000 habitantes – SNS.	43
Tabela 3. Ter ouvido falar os profissionais de saúde sobre os cuidados preventivos ao pé diabético nos últimos 12 meses da religião dos diabéticos segundo as caraterísticas sociodemográficas e da Diabetes.	58
Tabela 4. Ter ou já ter tido alguma lesão caraterística do pé diabético segundo as caraterísticas sociodemográficas e da Diabetes.	60

Índice de Figuras

Figura 1. Prevalência da Diabetes da Hiperglicemia Intermédia em Portugal (2015).	7
Figura 2. Prevalência da DM em Portugal segundo o género.	12
Figura 3. Prevalência da DM em Portugal segundo a faixa etária.	12
Figura 4. Complicações crónicas da DM.	15
Figura 5. Fluxograma dos serviços essenciais e diferenciados.	20
Figura 6. Exemplo de rótulo de matérias-primas e manipulados, respetivamente.	22
Figura 7. Representação esquemática do processo de cuidados farmacêuticos proposto por Hepler.	25
Figura 8. Identificação e classificação de PRM's.	34
Figura 9. Número de utentes com internamento hospitalar por pé diabético ao longo dos anos.	42
Figura 10. Amputações dos membros inferiores por motivo de Diabetes.	43
Figura 11. Uso do monofilamento de <i>Semmes-Weinstein</i>	45
Figura 12. Distribuição dos diabéticos segundo o sexo.	52
Figura 13. Distribuição dos diabéticos segundo a idade.	53
Figura 14. Distribuição dos diabéticos segundo as habilitações académicas.	53
Figura 15. Distribuição dos diabéticos segundo a situação profissional.	54
Figura 16. Distribuição dos diabéticos segundo o tipo.	55
Figura 17. Distribuição dos diabéticos segundo o tempo de diagnóstico.	55
Figura 18. Distribuição dos diabéticos segundo os diferentes tipos de tratamentos.	56
Figura 19. Distribuição dos diabéticos segundo o tempo de tratamento.	56
Figura 20. Distribuição dos diabéticos segundo a prevenção do pé diabético.	57

Introdução

A DM é uma doença crónica, metabólica, evolutiva e prejudicial da qualidade e da esperança de vida dos doentes. É caracterizada por elevados níveis de glucose no sangue, designado por hiperglicemia crónica. É consequência de uma mudança absoluta ou relativa na secreção de insulina e/ou alteração da sua ação nos tecidos e pode originar diversas complicações nomeadamente no coração, olhos, rins e vasos sanguíneos. (Direção-Geral da Saúde, 2011; George, 2013; IDF, 2017; Seino et al., 2010; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

A diabetes tipo II é a mais comum e ocorre geralmente em adultos que se tornam resistentes à insulina ou que o pâncreas não produz insulina suficiente. A diabetes tipo I, ocorre na população mais jovem, e é uma condição crónica na qual o pâncreas produz pouca ou mesmo nenhuma insulina por si só. (George, 2013; IDF, 2017; Seino et al., 2010; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

A DM apresenta uma elevada e crescente prevalência em todos os países do mundo, nomeadamente em Portugal, com uma taxa de prevalência de 13,3%. Portugal, é assim um dos países europeus com maior taxa de prevalência da doença. (George, 2013; IDF, 2017; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

A história da farmácia atravessou diversos períodos, nos quais o farmacêutico mostrou ter diferentes funções e obrigações. (Renovato, Estadual, Grosso, Aplicada, & View, 2015; Strand, Cipolle, Morley, & Frakes, 2004)

Foi em 1960 que o farmacêutico começou a procurar novas formas de se atualizar, através do desempenho de novas funções e diversificação das suas atividades, levando a uma aproximação do farmacêutico ao doente e à sua relação com o médico. O farmacêutico começou a ser reconhecido através dos seus conhecimentos singulares nas áreas da farmacologia, farmacoterapia, fisiopatologia e farmacocinética e a desempenhar as suas funções de forma a desenvolver e promover o uso racional do medicamento, com a visão de estabelecer uma relação de compromisso com o doente, para melhoria da sua qualidade de vida. (Renovato et al., 2015; Strand et al., 2004)

Em 1999, foi criado o Departamento de Cuidados Farmacêuticos (DCF) da Associação Nacional das Farmácias (ANF), com o objetivo da criação, divulgação e monitorização dos programas de cuidados farmacêuticos nas farmácias portuguesas. Em 2001, surgiu a implementação dos cuidados farmacêuticos através da realização de um ensaio piloto nos programas desenvolvidos para a Diabetes, Asma/ Doença Pulmonar

Obstrutiva Crónica (DPOC) e Hipertensão arterial. O farmacêutico passou então a ter um papel mais ativo no Seguimento Farmacoterapêutico (SFT) do doente, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do mesmo. (S. Martins, Costa, & Caramona, 2013)

O processo de cuidados farmacêuticos tem como principal foco o doente e apresenta como principal objetivo a otimização dos seus parâmetros clínicos e a prevenção de reações adversos, que podem estar relacionados com erros de medicação, com a prescrição, dispensa ou toma que podem levar ao aparecimento de Problemas Relacionados com Medicamentos (PRMs). O farmacêutico intervém de forma ativa na resolução destes problemas, através de uma avaliação cuidadosa da medicação e das características do doente e assim podem ser prevenidos ou corrigidos. Se tal não for possível, é elaborada uma carta de reporte ao médico com descrição do(s) PRMs identificado(s). (Santos, Iglésias, Fernández-Llimós, Faus, & Rodrigues, 2004)

O farmacêutico tem também um papel crucial no processo de educação do diabético, para incrementar a autoeficácia e autodeterminação do indivíduo na prática quotidiana dos autocuidados, e assim alcançar um controlo metabólico ideal. Pois, o estilo de vida, os hábitos saudáveis e a competência em autocuidados estão na base da prevenção de complicações agudas e crónicas da DM tipo II. (International Diabetes Federation Guideline Development Group, 2014; Shrivastava, Shrivastava, & Ramasamy, 2013)

O presente trabalho centrou-se num inquérito a doentes diabéticos relativamente aos autocuidados e prevenção do pé diabético e o papel desempenhado pelo farmacêutico como profissional de saúde. De um modo geral, o trabalho pretendeu identificar e caracterizar de que forma o farmacêutico é capaz de influenciar na prevenção de lesões ulcerativas dos pés e consequentemente o pé diabético, principal razão de amputação do membro inferior nas pessoas com DM, de modo a diminuir a morbilidade e mortalidade associadas a esta afeção.

Capítulo 1 – Revisão da Literatura

1.1. Diabetes

Tal como foi mencionado, a diabetes é uma doença crónica, caracterizada por uma desordem metabólica, com elevados níveis de açúcar (glicose) no sangue designando-se por hiperglicemia. Deriva de deficiências na secreção e/ou ação da insulina, com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas. (Seino et al., 2010; WHO, 2017; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

Dos sintomas mais característicos da diabetes fazem parte a polidipsia, polifagia, poliúria, astenia, visão turva, emagrecimento, com um aumento da degradação e da síntese das proteínas. Em situações mais graves pode surgir cetoacidose ou síndrome hiperosmolar, levando a complicações severas. (Association, 2014; Diabetes, 2010; Seino et al., 2010)

Segundo a Norma da Direção Geral da Saúde (DGS) N.º 2/2001, de 14/01/2011, os critérios de diagnóstico da diabetes são os seguintes: (Direção-Geral da Saúde, 2011)

- a) Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl; ou
- b) Sintomas clássicos de descompensação + Glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl; ou
- c) Glicemia ≥ 200 mg/dl às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose; ou
- d) Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5\%$.

1.1.1. Classificação da Diabetes

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), numa fase inicial, a diabetes classificava-se de acordo com as necessidades de insulina dos doentes e dividia-se em Diabetes *mellitus* insulino dependente (DMID) e Diabetes *mellitus* não-insulino dependente (DMNID). Mais tarde, em 2002, a DGS adota uma nova classificação, relacionada com o metabolismo da glicose e respetivos distúrbios que possam ocorrer. (WHO, 2017; Direção-Geral da Saúde, 2011; Association, 2014; Shaw, Sicree, & Zimmet, 2010)

1.1.1.1. Diabetes tipo I

A diabetes tipo I caracteriza-se pela destruição das células produtoras de insulina do pâncreas, as células β , resultado de um mecanismo auto-imune ou de origem idiopática. As células β do pâncreas produzem assim pouca ou nenhuma insulina, o que impossibilita a entrada de glicose nas células dos vários organismos e torna os indivíduos insulino-dependentes. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016; WHO, 2017; Direção-Geral da Saúde, 2011; IDF, 2017; Association, 2014)

A doença ocorre em qualquer idade, mas surge geralmente em pessoas com menos de 30 anos, com pico de incidência em crianças ou adultos jovens. O seu aparecimento é repentino e pode incluir os seguintes sintomas: perda de peso, fome constante, sede anormal e secura de boca, cansaço/falta de energia, visão turva, entre outros. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016; WHO, 2017; Direção-Geral da Saúde, 2011; IDF, 2017; Association, 2014)

1.1.1.2. Diabetes tipo II

A diabetes tipo II é a forma mais frequente de diabetes e pode ser caracterizada por duas situações: ou o pâncreas não produz insulina suficiente, ou quando o organismo não consegue utilizar eficazmente a insulina produzida. (WHO, 2017; IDF, 2017)

O diagnóstico de diabetes tipo II abrange uma faixa etária superior, entre os 30 e os 40 anos de idade, mas pode ocorrer mais cedo, normalmente associada a doentes com excesso de peso ou obesos, que pode por si causar resistência à insulina e levar a níveis elevados de glicose no sangue. (WHO, 2017; IDF, 2017)

A diabetes tipo II pode ser assintomática, o que torna o seu diagnóstico tardio. É efetuado muitas vezes através da manifestação de complicações secundárias ou através de um resultado anormal de glicose no sangue ou na urina. (WHO, 2017; IDF, 2017)

Existem vários fatores inerentes ao desenvolvimento da diabetes tipo II, tais como: alimentação inadequada, falta de exercício físico e obesidade; resistência à insulina; envelhecimento; predisposição genética; etnia. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016; WHO, 2017; IDF, 2017; Tuomilehto, 2009)

1.1.1.3. Diabetes Gestacional

A Diabetes Gestacional (DG) caracteriza-se por uma anomalia no metabolismo da glicose documentado, pela primeira vez, na gravidez. (WHO, 2017; IDF, 2017; WHO, 2013)

À semelhança da diabetes tipo II, a DG resulta de uma diminuição da sensibilidade dos tecidos à insulina e deste modo, o pâncreas da mãe tem necessidade de segregar mais insulina para manter os níveis de glucose adequados. Contudo, em cerca de 2 a 5% das gestantes, a necessidade de aumento de produção de insulina pelas células β do pâncreas, não consegue ser satisfeita. (WHO, 2017; IDF, 2017; WHO, 2013; Seino et al., 2010)

As mulheres que tiveram DG, desenvolvem uma maior predisposição para o aparecimento de diabetes em anos posteriores e para a reincidência numa nova gravidez. O tratamento faz-se através da administração de insulina por forma a compensar o aparecimento da própria diabetes e não com antidiabéticos orais uma vez que estes apresentam efeitos teratogénicos para o feto. (WHO, 2017; IDF, 2017; WHO, 2013)

O aumento do nível de glucose na mãe pode resultar em complicações para o recém-nascido, como traumatismo de parto, icterícia, hipoglicemia, entre outras, com risco aumentado de obesidade e perturbações do metabolismo da glucose durante a infância e vida adulta. (WHO, 2017; IDF, 2017; WHO, 2013)

Assim, é importante controlar os níveis de glucose no sangue materno, com deteção precoce para diminuir o risco para o recém-nascido e deve realizar-se quando existe pelo menos um fator de risco tais como: antecedentes familiares, mulheres com mais de 25 anos ou menos de 25 anos com excesso de peso ou obesas e ter tido um filho anterior com um peso considerado elevado. (WHO, 2017; IDF, 2017; WHO, 2013; Shaw, Sicree, & Zimmet, 2010)

De acordo com a norma referida acima, o diagnóstico da DG faz-se de acordo com os seguintes valores para plasma venoso: (Direção-Geral da Saúde, 2011)

- a) Glicemia de jejum, a realizar na 1ª consulta de gravidez, $\geq 92\text{mg/dl}$ e $< 126\text{ mg/dl}$;
- b) Se glicemia de jejum $< 92\text{ mg/dl}$, realiza-se PTGO com 75g de glucose, às 24-28 semanas de gestação. É critério para diagnóstico de DG, a confirmação de pelo menos um valor:
 - i. às 0 horas, glicemia $\geq 92\text{mg/dl}$;
 - ii. à 1 hora, glicemia $\geq 180\text{ mg/dl}$;

- iii. às 2 horas, glicemia ≥ 153 mg/dl.

1.1.1.4. Outros tipos de Diabetes

Existem ainda outros tipos específicos de diabetes, consequência de um processo etiopatogénico identificado, como: síndromes hormonais, onde estão envolvidas diversas hormonas como a da tiroide, hipófise e suprarrenais; doença do pâncreas exócrino que se manifesta por alterações nas células β dos ilhéus de Langerhans do pâncreas; fármacos que interferem na secreção ou inibem a ação da insulina; infeções que podem ser causadas diretamente por alguns vírus, como a rubéola; indução por químicos ou fármacos, como os glucocorticoides utilizados para suprimir o sistema imunitário; tolerância diminuída à glicose, ou seja, a afinidade da insulina para a glicose encontra-se diminuída e por conseguinte a glicose aumenta no sangue, entre outros. (Kharroubi, 2015; Seino et al., 2010; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

1.1.2. Diagnóstico

Para um correto diagnóstico, é necessário ter em conta os vários tipos clínicos de diabetes, pois são etiologicamente distintos. (WHO, 2017; Direção-Geral da Saúde, 2011)

O diagnóstico da diabetes tipo I, tipo II e gestacional, é feito considerando o plasma venoso e com base nas classificações e parâmetros e valores supramencionados. (Direção-Geral da Saúde, 2011)

Numa pessoa assintomática, o diagnóstico de diabetes não deve ser realizado com base num único valor anormal de glicémia em jejum ou de Hemoglobina glicada (HbA1c). Deve ser sempre confirmado por uma segunda análise, após uma a duas semanas. É assim importante usar mais do que um parâmetro para o seu diagnóstico, como a avaliação de glicémia em jejum e de HbA1c, e se ambos forem valores de diagnóstico, este fica confirmado, havendo um discordante, o parâmetro anormal deve ser repetido numa análise posterior. (WHO, 2017; Direção-Geral da Saúde, 2011)

A Tolerância Diminuída à Glucose (TDG) e Alteração da Glicemia em jejum (AGJ), são dois estadios que antecedem a DM e caracterizam-se por hiperglicemia intermédia, que isoladamente ou em conjunto, identificam grupos de indivíduos que se encontram em estadios distintos da alteração do metabolismo da glicose, com risco aumentado de

desenvolver diabetes e por consequente, doença cardiovascular. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016; WHO, 2017; WHO, 2006; Direção-Geral da Saúde, 2011)

Os valores da hiperglicemia intermédia encontram-se entre 110 e 126 mg/dl. Dentro destes valores está o diagnóstico da TDG, para níveis inferiores a 126 mg/dl, e de AGJ para níveis compreendidos entre 110 e 125 mg/dl. (Direção-Geral da Saúde, 2011; WHO, 2006)

Dados de 2015, revelam que em Portugal a hiperglicemia intermédia atinge 27,4% da população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos que representa um total de 2,1 milhões de indivíduos. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

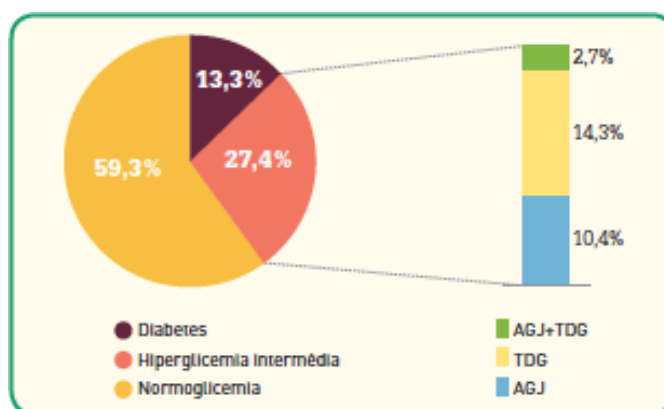


Figura 1. Prevalência da Diabetes da Hiperglicemia Intermédia em Portugal (2015). (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

Como mostra a figura acima, a AGJ representa 10,4% da população portuguesa que corresponde a cerca de 0,8 milhões de indivíduos. A TDG atinge 14,3% da população, um total de 1,1 milhões de indivíduos. As pessoas que possuem AGJ e TDG, representam 2,7% da população portuguesa, ou seja, 0,2 milhões de indivíduos. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

Existe ainda a PTGO que deve ser utilizada como meio de diagnóstico da DM, uma vez que o teste da glucose plasmática em jejum não consegue determinar cerca de 30% dos casos de DM não diagnosticados previamente. Para além disso, é o único meio que permite diagnosticar a TDG às duas horas e confirmar ou excluir o diagnóstico de DM em indivíduos assintomáticos. (Direção-Geral da Saúde, 2011; WHO, 2006)

Com o desenvolvimento do conhecimento científico que se tem vindo a verificar nos últimos anos, nas áreas da imunologia, epidemiologia e genética da diabetes, é importante a atualização dos critérios de diagnóstico e classificação da mesma. (Direção-Geral da Saúde, 2011)

1.1.3. Tratamento

A diabetes é uma doença que ainda não tem cura, mas que devidamente controlada, ajuda na prevenção de futuras complicações. Estar controlada significa ter níveis de açúcar no sangue o mais próximos possível do intervalo de normoglicémia, que deve ser avaliada diariamente e várias vezes ao dia, antes e após as refeições. Os valores de glicemia desejáveis variam de pessoa para pessoa tendo em conta a idade, tipo de vida, atividade física e/ou existência de outras doenças. É ainda importante, controlar a pressão arterial e os níveis de colesterol total e HDL uma vez que podem agravar as complicações da diabetes. (WHO, 2017)

1.1.3.1. Não Farmacológico

Na diabetes tipo I, para além da insulina, é importante aliar ao seu tratamento uma alimentação adequada, praticar exercício físico e uma auto-vigilância e auto-controlo adequados o que permite fazer algum ajuste da terapêutica. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016; WHO, 2017)

Para o tratamento da diabetes tipo II e numa primeira fase, é importante haver uma adaptação alimentar, com algumas regras, e também atividade física com a eventual perda de peso no caso de ser excessivo. Este primeiro passo pode ser o suficiente para manter a diabetes controlada, pelo menos durante algum tempo. O exercício físico trás diversos benefícios, entre os quais: reduz a pressão arterial, auxilia na redução de peso em regimes dietéticos e reduz o risco cardiovascular, que ajuda a reduzir os níveis de colesterol, aumenta a sensibilidade à insulina e permite reduzir o stress, através de uma sensação de bem-estar. (Sarwar et al., 2010; Tuomilehto, 2009)

Assim, os principais elementos do tratamento de um diabético são uma dieta equilibrada, exercício físico com adequação ao estilo de vida. A dieta deve ser equilibrada e variada, incluindo todos os nutrientes e grupos de alimentos em proporções adequadas, sendo que em situações de excesso de peso ou obesidade deve-se ter em conta as calorias presentes na dieta. O regime alimentar deve ser realista e adaptável a cada diabético, permitir o alcance de um peso saudável, evitando estados de hípér e hipoglicemia. (Anselmo et al., 2010; Tuomilehto, 2009)

Quando não é possível controlar a diabetes apenas desta forma, é necessário fazer o tratamento com ADO e em certos casos, administração de insulina. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

1.1.3.2. Farmacológico

Para o tratamento da DM recorre-se à utilização de insulina, antidiabéticos orais (ADO) ou terapêutica mista, como é o caso da DM tipo 2 quando os ADO não são suficientes.

Na diabetes tipo I, para além do tratamento não farmacológico, é necessário a administração programada de insulina, com monitorização dos níveis de glucose no sangue. (Dhaliwal & Weinstock, 2014; McCulloch, 2016)

De acordo com as características farmacocinéticas das diferentes insulinas, ou seja, consoante o seu início de ação, a sua duração de ação e o tempo necessário para atingir a sua concentração máxima, existem diversas classificações: insulinas de ação ultrarrápida ou ultracurta, rápida ou de curta duração de ação, de ação intermédia, de longa duração de ação ou de ação lenta e ultralenta. (INFARMED, 2013)

O objetivo do tratamento é alcançar um perfil fisiológico normal de insulina, através de regimes de múltiplas administrações de injeções de insulina que incluem insulina pré-prandial (intermédia e longa duração) e uma insulina prandial (ação rápida). (Dhaliwal & Weinstock, 2014; McCulloch, 2016)

Na terapêutica da DM tipo II, os alvos glicémicos e as opções terapêuticas devem ser determinados de forma individualizada, tendo em conta, entre outros fatores, a esperança de vida, os anos de evolução da diabetes, o risco de hipoglicemia e a presença de doença cardiovascular e/ou de outras comorbilidades. (Figueiredo, 2010)

O plano alimentar, a atividade física e a educação terapêutica da pessoa com diabetes revelam ser o grande pilar de todos os programas de tratamento da DM tipo II. Assim, é importante o doente manter um estilo de vida saudável ao mesmo tempo da terapêutica farmacológica. (Figueiredo, 2010)

Os antidiabéticos não insulínicos são utilizados para o tratamento da DM tipo II do adulto, consoante o seu mecanismo de ação, dividem-se em sete classes distintas: sulfonilureias, como a gliclazida, glibenclamida, glimepirida e glipizida, que promovem ou estimulam a produção de insulina; biguanidas, como a metformina, tem um papel sensibilizador da insulina; as tiazolidinedionas, como a pioglitazona, também sensibilizador da insulina; inibidores da α -glucosidases, como a acarbose, que inibem a absorção da glucose; os inibidores da dipeptil peptidase-4, como a sitagliptina, vildagliptina, saxagliptina,

linagliptina e alogliptina, moduladores das incretinas; as gliflozinas, como a dapaglifozina e empagliflozina que são inibidores da SGLT2, cotransportador sódio-glicose tipo 2 é uma proteína responsável por reabsorver a glicose que é filtrada pelos rins antes de ser eliminada pela urina. Assim, estes fármacos são responsáveis por bloquear o funcionamento desta proteína e a glicose será eliminada pela urina, por último os agonistas dos recetores *glucagon-like peptide-1* (GLP-1), como o liraglutido e exenetido, são fármacos que mimetizam as ações das incretinas, hormonas intestinais que são produzidas após a ingestão de glucose, e que, entre outros efeitos, são responsáveis pela regulação dos níveis de glucose ao estimularem a secreção de insulina de uma forma dependente da glucose. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016; INFARMED, 2013; ANF, 2009; Figueiredo, 2010; A. Faria et al., 2013)

Existem ainda diversas associações de ADO, como por exemplo a metformina com a pioglitazona, saxagliptina, sitagliptina, vidagliptina ou glibenclamida e ainda a glimepirida com a pioglitazona. (Figueiredo, 2010)

Na ausência de complicações, a metformina constitui o fármaco de primeira linha. Caso a terapêutica com metformina isolada não seja suficiente para obter o controlo metabólico desejado, a associação com 1 a 2 agentes orais ou injetáveis é considerada razoável, com o objetivo de proporcionar melhor controlo glicémico com menos efeitos secundários. (Figueiredo, 2010)

A escolha dos agentes antidiabéticos deve ser baseada nas características do doente, relativamente à suscetibilidade aos efeitos colaterais, no mecanismo de ação e nas diferentes ações metabólicas dos fármacos, no perfil de efeitos colaterais dos fármacos (risco de aumento de peso/hipoglicemias) e na associação dos antidiabéticos devem ser tidos em conta os mecanismos de ação que devem ser complementares. (Figueiredo, 2010)

O tratamento farmacológico da DG passa pelas medidas não farmacológicas, instituindo-se objetivos terapêuticos que quando não são atingidos num período de 1 a 2 semanas, tem que se passar para a insulinoaterapia. O tipo de esquema insulínico e o número de administrações são determinados consoante as necessidades individuais, controlo glicémico e estilo de vida. (Dores, Magalhães, & Carvalheiro, 2011)

1.1.4. Epidemiologia da Diabetes

De acordo com OMS e relativamente ao ano de 2016, dá conta da existência de 422 milhões de casos de diabetes referenciados por todo o mundo. Estima-se que em 2030 o numero de pessoas afetadas ascenda para 552 milhões, representando um aumento de 49% da população atingida pela doença. Estes dados, tornam a diabetes uma das doenças não transmissíveis mais comuns no mundo. (Association, 2016; IDF, 2017; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

Acredita-se que o número de diabéticos está a aumentar devido, especialmente, à maior urbanização, ao crescimento e ao envelhecimento populacional, ao crescente número de indivíduos obesos e ao sedentarismo. (Association, 2016)

1.1.4.1. Prevalência em Portugal

De acordo com o Relatório Anual do Observatório Nacional da diabetes (2015), a prevalência estimada da diabetes na população portuguesa com idades entre os 20 e os 79 anos foi de 13,3%, ou seja, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem diabetes. Entre os quais, 7,5% corresponde a indivíduos em que esta já havia ter sido diagnosticada e 5,8% ainda não tinha sido diagnosticada. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

Entre 2009 e 2015, houve um aumento de 1,6 pontos percentuais da taxa de prevalência da diabetes, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 13,5%. Refletindo o envelhecimento da estrutura etária da população portuguesa entre os 20 e os 79 anos. Assim, Portugal está entre os países da europa com maior taxa de prevalência da doença. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

É possível verificar diferenças estatisticamente significativas na prevalência da doença entre diferentes escalões etários e entre homens e mulheres.

Tal como se verifica na figura 2, a prevalência da diabetes tendo em conta o género, demonstra que nos homens é de 15,9% e nas mulheres de 10,9% e ainda que em ambos os géneros, cerca de um terço dos diabéticos não estão diagnosticados. (IDF, 2017; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

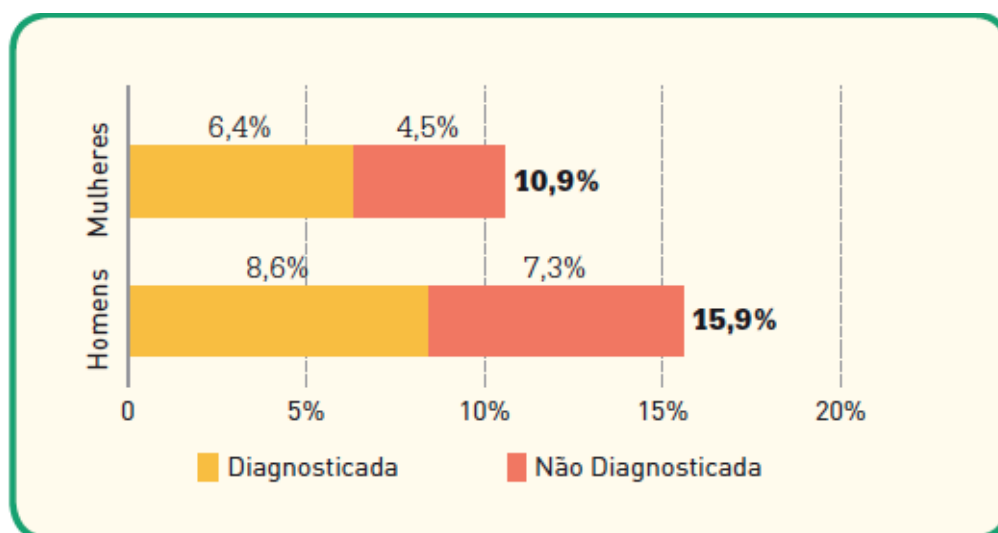


Figura 2. Prevalência da DM em Portugal segundo o género. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

Como é possível observar na figura 3, dados de 2015 revelam que existe um forte aumento da prevalência da diabetes com a idade, mais de um quarto da população portuguesa na faixa etária entre 60 e 79 anos sofre de diabetes.

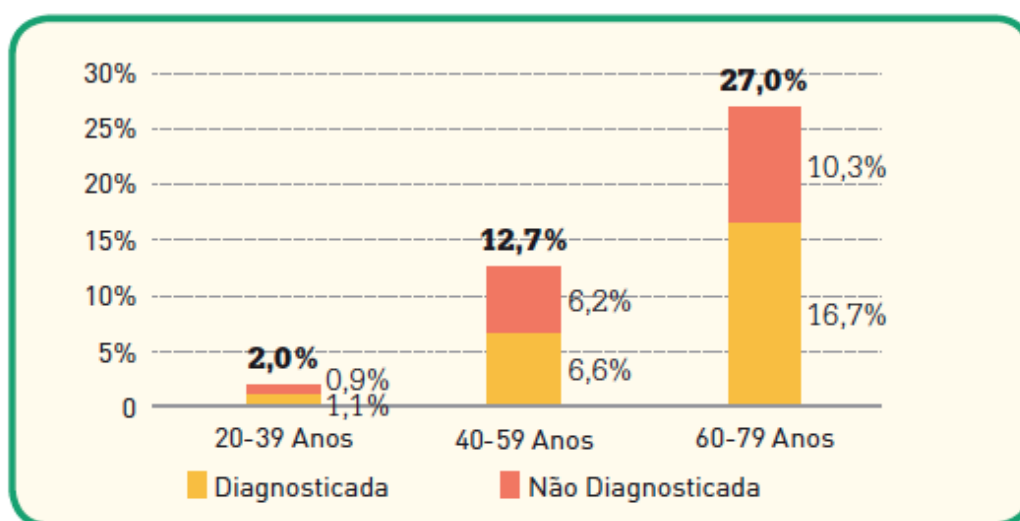


Figura 3. Prevalência da DM em Portugal segundo a faixa etária. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

1.1.4.2. Incidência em Portugal

A taxa de incidência da diabetes faculta a informação que resulta da identificação anual do número de novos casos para uma determinada patologia numa população. Com base nos resultados de incidência da diabetes, estes revelam que o número de novos casos

diagnosticados anualmente em Portugal entre 2006 e 2011 não tem decrescido como seria desejado. Pelo contrário, nos últimos quatro anos, verificou-se um aumento acentuado do número de novos casos diagnosticados anualmente em Portugal, aproximando-se dos valores máximos registados entre 2010 e 2011. Contudo, entre 2012 e 2014 houve um ligeiro decréscimo no número de novos casos como indicado na tabela. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

Tabela 1. Número de novos casos de DM em Portugal. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

Incidência da Diabetes em Portugal

	2000	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	% tcma 2006-2015
N.º de novos casos por 100 000 indivíduos	377,4	460,8	511,1	581,9	571,1	623,5	651,8	500,9	557,1	522,1	591,5	2,8%
N.º Total de Novos Casos Estimados	38 988	48 534	53 938	61 466	60 385	65 921	68 715	52 531	58 090	54 167	61 169	584 916

1.1.4.3. Complicações da Diabetes

As pessoas com diabetes podem vir a desenvolver, a logo prazo, uma série de complicações, pois a persistência de um nível elevado de glicose no sangue, resulta em lesões nos tecidos. Lesões essas que podem ser encontradas em diversos órgãos, contudo é nos olhos, nervos periféricos, rins e sistema vascular, que se manifestam as mais importantes e mesmo fatais, complicações da diabetes. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

Estas complicações podem ser agudas, manifestando-se rapidamente num espaço de horas ou dias, ou crónicas, desenvolvendo-se silenciosamente ao longo dos anos. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

Por forma a reduzir o risco de desenvolver complicações é importante existir um diagnóstico precoce, controlar rigorosamente os níveis de glucose plasmática, colesterol e triglicéridos e ainda da tensão arterial. É também de extrema importância que o doente diabético realize uma vigilância periódica dos órgãos mais sensíveis ao desenvolvimento de complicações. (APDP, 2017)

Uma grande parte das complicações associadas à diabetes têm registado ocorrência de novos casos, com aumento dos internamentos e despesa com medicamentos. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

As principais complicações agudas da diabetes são provocadas por desequilíbrios metabólicos e delas fazem parte: cetoacidose diabética (CAD), hipoglicemia e a hiperglicemia. (Barone et al., 2007; Seeley, Stephens, & Tate, 2003; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

A hipoglicemia caracteriza-se por um valor de glicemia igual ou inferior a 70 mg/dl, e pode dever-se à diminuição da ingestão de hidratos de carbono, aumento do exercício físico ou excesso de insulina ou ADO. É um dos problemas mais frequentes na DM e pode mesmo levar à morte. (Seaquist et al., 2013)

Na hiperglicemia há um aumento da glucose plasmática, devido a doses insuficientes de insulina ou falha de uma dose, infeções, excesso de hidratos de carbono ou stress. Quando não controlada pode evoluir para CAD e quando os valores se mantêm elevados por muito tempo, é a principal causa das complicações crónicas. (Kitabchi, Umpierrez, Miles, & Fisher, 2009)

A CAD ocorre principalmente na DM tipo I e é uma das complicações agudas mais graves, podendo levar à morte. Existe uma deficiência em insulina que leva a um aumento da glicémia, atingindo valores acima de 200 mg/dl. Devido à deficiente captação de glucose pelas células, o seu mecanismo é conhecido pelo aumento do processo de lipólise, que vai aumentar a formação de corpos cetónicos, os quais são tóxicos para o organismo e uma vez excretados pelos rins e pulmões, originam um odor na urina e na respiração característico. (Kitabchi et al., 2009)

Como dito anteriormente, as hiperglicemias continuadas provocam lesões nos vasos sanguíneos e são as principais responsáveis pelo desenvolvimento de complicações crónicas.

As complicações crónicas da diabetes podem ser divididas em dois grupos principais: complicações microvasculares que ocorrem ao nível dos pequenos vasos sanguíneos e macrovasculares referentes a lesões em vasos sanguíneos de grande calibre. Das complicações microvasculares fazem parte a retinopatia com potencial perda de visão; nefropatia que pode levar a falência renal; e neuropatia e amputação, uma das complicações mais graves e dispendiosas da DM. Como tal este estudo baseia-se na análise dessa situação. As complicações macrovasculares podem manifestar-se a nível cerebral, cardiovascular, membros inferiores e hipertensão arterial. (Association, 2014; Clinic, M., 2018; Direcção-Geral da Saúde., 2011; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016; Tuomilehto, 2009)

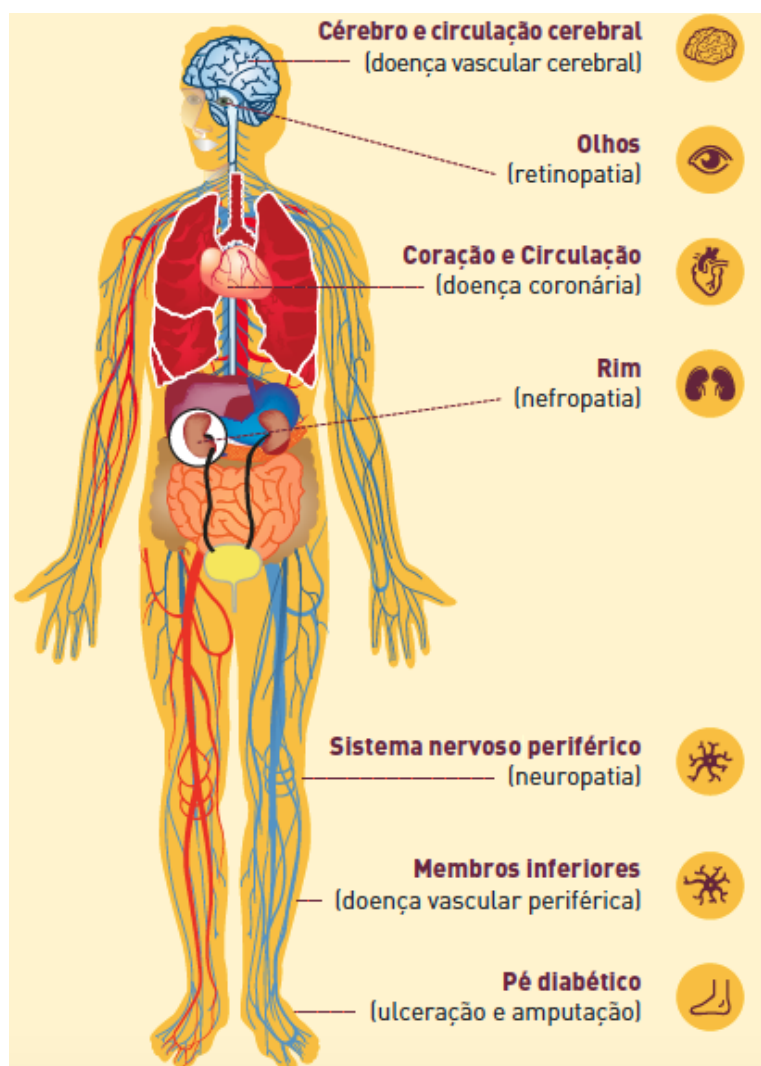


Figura 4. Complicações crônicas da DM. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

Capítulo 2 – Serviços Farmacêuticos

2.1. O papel do Farmacêutico

No início do século XX, o farmacêutico era responsável pela disponibilização, preparação e avaliação dos fármacos utilizados no tratamento das diversas doenças. A sua principal obrigação era avaliar se os produtos que vendia tinham qualidade e devidamente preparados por laboratórios de referência ou na farmácia como o caso de manipulados, sem deixar de prestar o devido aconselhamento. (American College of Clinical Pharmacy, 2000; Anderson, 2002)

Entre 1930 e 1970, este papel mais tradicional começou a desaparecer, principalmente nos países mais industrializados, pois verificou-se uma diminuição da necessidade da preparação extemporânea de medicamentos, à medida que cada vez mais formas farmacêuticas iam sendo produzidas industrialmente. (Anderson, 2002; Zellmer, 2010)

O papel do farmacêutico comunitário tem evoluído progressivamente ao longo dos anos, de um produtor e técnico de medicamentos manipulados, para dispensador de produtos e medicamentos industriais, e hoje, de dispensador de medicamentos para um prestador de cuidados de saúde centrados no doente, num esforço para responder às crescentes exigências e necessidades da sociedade em geral. (Anderson, 2002; Zellmer, 2010)

Tradicionalmente, o farmacêutico era o responsável por assegurar que o doente recebia o medicamento certo prescrito pelo médico e que o mesmo era seguro de utilizar. Com a mudança de paradigma que se tem vindo a verificar, o farmacêutico é responsável por assegurar que o doente faz o melhor uso do medicamento e que os resultados esperados são alcançados. (Zellmer, 2010)

O farmacêutico revela ser uma figura de credibilidade, o utente vai à farmácia tendo a segurança de que existe um profissional de saúde que o aconselhará adequadamente, proporcionando a informação adequada sobre a doença, a prevenção da doença e a correta utilização dos medicamentos, com linguagem simples e concreta e que o acompanhe no processo patológico em conjunto com outros profissionais, tornando mais fácil atingir os objetivos terapêuticos em relação à eficácia e segurança. (Anderson, 2002; Zellmer, 2010)

Tendo em conta as características de proximidade à população e disponibilidade de horário, a farmácia comunitária é muitas vezes o primeiro local a que o doente recorre para obter aconselhamento sobre a sua saúde.

A evolução do conceito de farmácia comunitária em Portugal vai no sentido desta ser considerada cada vez mais um espaço de saúde, em que para além do medicamento e do aconselhamento com ele relacionado, se prestam outros serviços farmacêuticos, nomeadamente a medição de parâmetros bioquímicos e fisiológicos, tais como: tensão arterial, glicémia, colesterol total e HDL, ácido úrico; administração de medicamentos e de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação, apoio domiciliário, campanhas de informação e educação para a saúde e programas de Cuidados Farmacêuticos. É através destes programas de cuidados diferenciados que o farmacêutico pode detetar patologias associadas como por exemplo o pé do diabético que é uma patologia grave que será o objetivo do presente trabalho. (Anderson, 2002; Iraj B. et al., 2012, Maio 2018; Pendsey, P. S., 2010, Maio 2018; Zellmer, 2010)

A definição do modelo de Sistema de Saúde que estará em vigor no futuro é importante para a definição do papel do farmacêutico comunitário, pois pode influenciar a organização da prestação dos cuidados de saúde, que pode ter impacto no papel do farmacêutico. (Anderson, 2002)

2.2. Evolução dos Serviços Farmacêuticos

Ao longo dos anos, as farmácias têm acompanhado as necessidades em saúde dos portugueses e demonstrado a mais-valia da sua intervenção em áreas onde os serviços públicos de saúde apresentam uma resposta mais deficitária ou distante. (Rodrigues, Marques, Ferreira, & Raposo, 2007)

A diversificação e o alargamento do leque de oferta de Serviços Farmacêuticos que vem sendo oferecido à população, muitas vezes de forma gratuita, revela-se importante, na medida em que responde a carências específicas dos doentes e do Serviço Nacional de Saúde (SNS), suportado por normas e procedimentos de Boas Práticas Profissionais e *guidelines* internacionais. É importante que os serviços em causa, sejam implementados em coordenação com autoridades de saúde, fomentando partilha de informação entre os diferentes profissionais de saúde que acompanham os cidadãos que precisam de cuidados, para evitar o desperdício ou a duplicação de recursos. (Farmacêuticos, 2009; Rodrigues et al., 2007)

Nos anos 60, iniciou-se um movimento para uma prática mais centrada no doente, que resultou na mudança de paradigma da prática farmacêutica. Devido à globalização dos conhecimentos, mudança de hábitos e comportamentos, mais e melhor informação, atitude mais crítica e participativa da maior parte dos cidadãos e maior exigência na prestação de cuidados (diferenciados, mais competente e personalizada), o farmacêutico deixou de centrar-se apenas no medicamento e passou a centrar-se também no doente e na gestão de risco e resultados. (Zellmer, 2010)

Nos anos 80, começou a verificar-se uma grande evolução na prestação de serviços farmacêuticos. A Farmácia Comunitária, que tinha como função apenas a medição de parâmetros, ações informativas e gestão de resíduos de medicamentos, passou também a acolher outro tipo de serviços, como o programa de troca de seringas, introdução de alguns serviços diferenciados como os programas de substituição narcótica (como por exemplo, a metadona) e programas de cuidados farmacêuticos (Asma/DPOC, Diabetes, Hipertensão Arterial, entre outras doenças crónicas com parâmetros mensuráveis), abordados em pormenor mais à frente. Mais tarde, foi permitido às farmácias prestarem outros serviços farmacêuticos ao nível da promoção de saúde e do bem-estar dos utentes, como campanhas, tal como o mês de Maio dedicado ao coração; medições de parâmetros; gestão da terapêutica e seguimento farmacoterapêutico. (Infarmed, 2007, 2012; Zellmer, 2010)

Os serviços farmacêuticos envolvem informação, educação e comunicação de forma a promover promoção da saúde, a disponibilização de informação e aconselhamento sobre medicamentos, serviços regulamentares e educação e formação de equipas. (S. Costa, Santos, & Silveira, 2006)

Um estudo recente promovido pela Ordem dos Farmacêuticos (OF), demonstrou que o leque de serviços disponibilizados por estes profissionais de saúde contribui para o aumento da qualidade de vida e longevidade da população. Os dados recolhidos, indicam que os farmacêuticos comunitários realizam mais de 120 milhões de atos por ano, atendendo cerca de 4,2 milhões de cidadãos e dedicando a esse trabalho 11 milhões de horas, com uma poupança anual de cerca de 880 milhões de euros para o SNS. Assim, esta atividade leva a uma redução do consumo anual de cuidados de saúde, como urgências, internamentos hospitalares e consultas não programadas. (Farmacêuticos, 2015)

As Farmácias Portuguesas devem focar-se neste momento na prestação de serviços de saúde, indo ao encontro das necessidades dos doentes e que contribuam, de forma comprovada, para o uso seguro, obtenção do benefício terapêutico pretendido e diminuição do seu desperdício, sendo reconhecidas pelos utentes como verdadeiros espaços de saúde.

Desta forma, a elevada disponibilidade e acessibilidade aos serviços farmacêuticos disponibilizados nas farmácias e a reconhecida competência destes profissionais de saúde para intervir em áreas como a promoção da adesão à terapêutica, o acompanhamento dos doentes crónicos ou em outros programas de saúde pública justificam um maior aproveitamento e sua integração na rede de cuidados de saúde primários, em estreita articulação com as prioridades definidas pelas autoridades e com os restantes profissionais de saúde que prestam cuidados aos doentes. (Barbosa, 2011; Infarmed, 2007; Rodrigues et al., 2007)

2.3. Serviços Essenciais e diferenciados

Os serviços farmacêuticos prestados pelas farmácias e que estão ao dispor do utente, podem ser agrupados em 2 categorias: serviços essenciais e serviços diferenciados. Segundo a OF, a implementação destes serviços torna as farmácias verdadeiros centros de prevenção e de terapêutica. Com esta sistemática verifica-se um apoio para a população na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de diversas patologias, que contribuem para a obtenção de elevados ganhos em saúde, económicos e humanísticos. (Farmacêuticos, O., 2015)

Os serviços essenciais são todos os serviços prestados por farmacêuticos ou técnicos sob supervisão de um farmacêutico, de forma sistemática, durante o ato de dispensa ou atendimento regular. Já os serviços diferenciados apenas podem ser prestados por farmacêuticos certificados (com formação específica obrigatória acreditada pela OF) habitualmente realizados fora do ato de dispensa ou atendimento regular, ou seja, são realizados durante uma visita programada do doente à farmácia. (S. Costa et al., 2006; Horta, 2015)

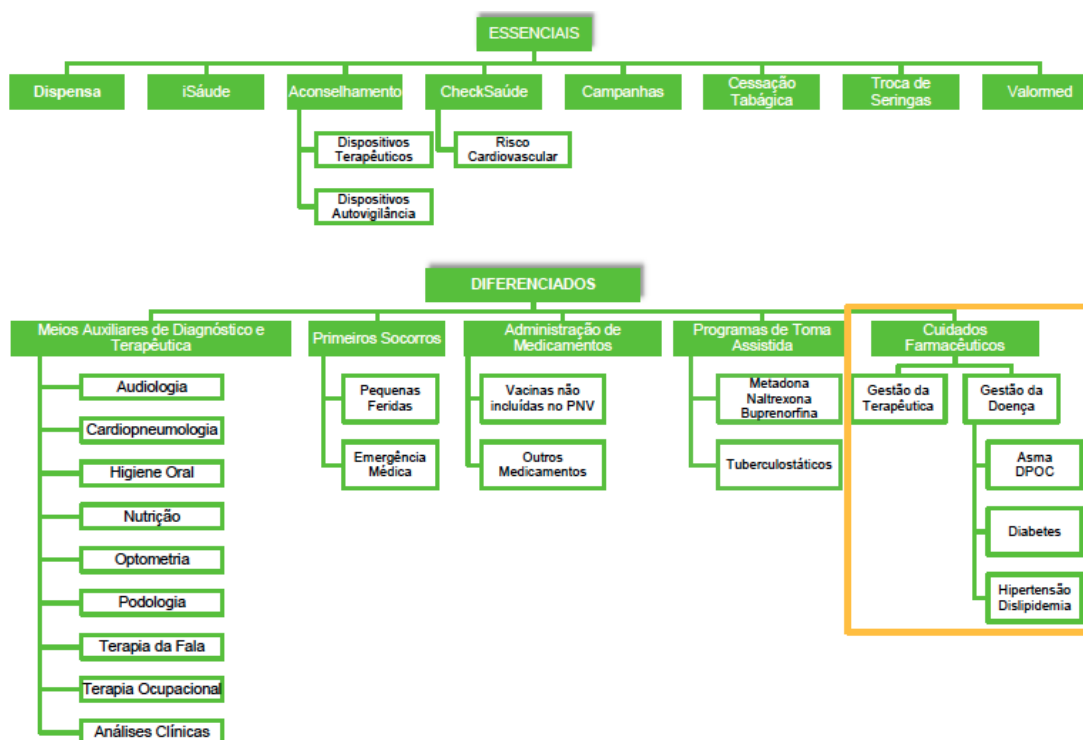


Figura 5. Fluxograma dos serviços essenciais e diferenciados. (Horta, 2015)

Como supramencionado, dos serviços essenciais fazem parte: (ANF, 2008b)

- **Serviço Informação Saúde (I-Saúde):** disponibilização de informação gratuita, por norma adequada à época do ano em que se encontram, sobre diversos temas da área da saúde. Encontram-se disponíveis para toda a população que se dirija à farmácia, escritos de forma simples e clara, mas muitas vezes é adequado como complemento para os doentes que usufruem do Serviço CheckSaúde.
- **Serviço CheckSaúde:** faz-se a medição de parâmetros bioquímicos e fisiológicos, como a glicemia, colesterol total, HDL, triglicéridos, mas também a medição do peso, altura, perímetro abdominal e tensão arterial. Tendo em conta os valores registados com estas medições face aos valores padrão, faz-se um aconselhamento ao doente das medidas não farmacológicas por forma a controlar os valores por ele apresentados. Nos doentes crónicos, através dos parâmetros bioquímicos consegue-se perceber se a doença do utente se encontra controlada e por consequente, se há uma boa adesão à terapêutica.

- **Aconselhamento:** o ensino do uso correto de dispositivos de autovigilância e dispositivos terapêuticos, é essencial sobretudo para os doentes crónicos. Tanto para os diabéticos que necessitam de saber como funcionam os medidores de glicémia e como é feita a administração da insulina, mas também para quem sofre de doenças de foro respiratório, que têm de recorrer a inaladores. Este serviço, pode ajudar os utentes a terem melhores resultados, pois muitas doenças que se encontram descontroladas devem-se à terapêutica com deficiente administração. Este serviço poderá, por conseguinte, diminuir a incidência de crises e de hospitalizações.
- **Programas de promoção e educação para a saúde:** estas iniciativas são importantes para despistar doentes de risco e sinalizar novos doentes. Também é essencial para fazer vigilância de doentes que já fazem terapêutica para o seu problema de saúde e assim identificar precocemente situações relacionadas com a mesma. O farmacêutico promove ações, como rastreios, no dia mundial da diabetes, da asma e também no dia do não fumador, por exemplo, com acompanhamento dos doentes e assim consegue-se atuar mais ao nível do SFT com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do doente. (WHO, 2017)
- **Dispensa:** o farmacêutico presta informação sobre os produtos, reforça o conhecimento dos utentes, questionando sempre o doente de como faz o medicamento, se sabe qual a finalidade, durante quanto tempo o deverá fazer, os cuidados a ter durante esse período e os efeitos adversos associados que podem surgir. Portanto, promove-se a utilização segura e correta dos medicamentos e uma sensibilização para a prevenção do seu desperdício.
- **Valormed:** é um projeto de recolha de medicamentos que já não são utilizados ou que estão fora de validade, para inceneração. Os blisters, folhetos, cartonagem, colheres de plástico, copos, são para reciclagem. Tendo por objetivo o uso racional dos medicamentos e prevenção de danos ambientais.

- **Medicamentos manipulados:** os manipulados fazem parte integrante da prática da farmácia e são essenciais para a prestação de cuidados de saúde. Ao preparar um medicamento manipulado, o farmacêutico deve assegurar-se da qualidade da preparação, com observação das boas práticas na preparação de medicamentos manipulados. Ao dispensar o medicamento manipulado, o farmacêutico deverá garantir que são fornecidas todas as informações relevantes ao utente, relativamente à posologia, condições de conservação e prazo de validade, conforme o rótulo apresentado a baixo. (Infarmed, 2005; Ministério da Saúde, 2004)

		APROVADO	
Farmácia Teixeira		Validade: ____ / ____	
Produto: _____			
Fornecedor: _____			
Fabricante: _____			
Nº Factura: _____		Data Entr.: ____ / ____ / ____	
Nº Lote: _____		Preço s/ IVA: _____ €	
Nº Boletim Análise: _____			
Quantidade: _____			
Aprovado: _____		Conferido: _____	
		Dr.ª Mª Manuela Gomes Teixeira Estrada Nacional 1-B 2835-172 Baixa da Banheira Telef.: 212099012	
Farmácia Teixeira			
Nº Lote: 051/09		Preço: 30,79€	
Data: 13/08/09		Prazo de Utilização: 13/10/09	
Nº Fórmula: 183			
Suspensão Oral de Trimetoprim a 1%			
Trimetoprim – um grama (1,0g) Xarope Simples -q.b.p. cem mililitros (100 ml)			
Op: PT		Utente: Raquel Matias	
Conservar no frigorífico			

Figura 6. Exemplo de rótulo de matérias-primas e manipulados, respetivamente.

- **Programa de Troca de Seringas:** o programa “Diz não a uma seringa em segunda mão” tem como objetivo prevenir a transmissão do VIH entre os utilizadores de drogas injetáveis (UDI), onde se faz a distribuição do material esterilizado e da recolha e destruição do material utilizado pelos UDI. O farmacêutico tem um papel imperativo na distribuição destes Kits e restante processo, bem como na promoção da saúde e na prevenção de comportamentos de risco, como a utilização do preservativo. (SPMS, 2013; (ANF, 2008)

Relativamente aos serviços diferenciados, são de carácter opcional e por isso variam de farmácia para farmácia. Com este tipo de serviços, o farmacêutico pode intervir diretamente na gestão da terapêutica do doente, organizando a medicação com horários para as respetivas tomas, explicam-se pormenores da mesma e avalia-se a progressão da sua condição através de visitas programadas à farmácia, com recurso a exames complementares de diagnóstico, relatórios médicos e atualizações da medicação. Oferece-se assim um serviço de SFT, o que proporciona uma evolução da relação de proximidade entre a farmácia e o utente, tendo sempre como foco a adesão à terapêutica por parte do utente. (ANF, 2008a; Correr; Otuki; Soler, 2011)

Este serviço é uma mais-valia para dos doentes, pois permite o acesso de equipas multidisciplinares num só local, como podologista, fisioterapeuta, nutricionista, entre outros que conseguem auxiliar o doente nos seus problemas de saúde. (ANF, 2008a; Correr; Otuki; Soler, 2011)

O papel da farmácia é cada vez mais significativo no quotidiano do utente, que irá refletir-se num conceito de proximidade mais forte e sólido. Recentemente, teve início a dispensa de medicamentos para o VIH/sida nas farmácias comunitárias, até à data de uso exclusivo hospitalar, a que mais tarde se poderá juntar a dispensa de medicamentos oncológicos e tuberculostáticos. Estes dados revelam que há cada vez mais confiança nas capacidades dos farmacêuticos comunitários para prestarem no futuro uma maior diversidade de serviços diferenciados.

2.4. Cuidados Farmacêuticos

2.4.1. Descrição e evolução dos Cuidados Farmacêuticos

Os cuidados farmacêuticos são um serviço diferenciado e surgiram com a necessidade de cuidados de saúde mais focados no doente e na melhoria da sua qualidade de vida. (S. Martins et al., 2013)

Os conceitos de gestão da terapêutica e gestão da doença assentam na avaliação inicial do doente, na elaboração de um plano de cuidados farmacêuticos e no seguimento/monitorização periódica destes doentes na farmácia; numa filosofia de intervenção farmacêutica na gestão de doentes crónicos, com destaque para a gestão da terapêutica farmacológica no intervalo das consultas médicas, por forma a maximizar a efetividade da terapêutica e prevenir, detetar e resolver problemas relacionados com medicamentos, sempre em parceria com o médico prescritor e o doente. (S. Martins et al., 2013)

A gestão da terapêutica é um serviço diferenciado “generalista” dirigido a qualquer doente que se enquadre em pelo menos um dos seguintes critérios: idade superior ou igual a 65 anos, toma de 4 ou mais medicamentos, problemas de saúde descompensados (como por exemplo, a diabetes), terapêutica de longa duração e/ou para doenças crónicas, alta hospitalar nas ultimas 4 semanas e alterações da terapêutica frequentes nos últimos 3 meses. (S. Martins et al., 2013)

A gestão da doença, da qual faz parte os PCFs, é o serviço mais diferenciado e “especializado” por serem centrados na gestão da doença. As patologias prioritárias para os PCFs são a Diabetes, Asma/DPOC e Hipertensão arterial/Dislipidemia, tudo patologias com parâmetros clínicos mensuráveis. Os critérios são idênticos aos da gestão da terapêutica, mas dirigem-se a doentes com pelo menos um medicamento habitualmente prescrito para a patologia abrangida. (S. Martins et al., 2013)

No início dos anos 90, a prestação de cuidados farmacêuticos foi aceite pela generalidade dos profissionais e universidades como a nova missão dos farmacêuticos comunitários. A primeira definição conhecida refere os cuidados farmacêuticos como todo o cuidado que um doente requer e recebe, assegurando o uso seguro e racional do medicamento. Hepler e Strand (1990), conhecidos como os pais dos cuidados farmacêuticos, definem cuidados farmacêuticos como a dispensa responsável da terapêutica farmacológica com o objetivo de alcançar resultados (*outcomes*) definitivos que contribuam para a melhoria da qualidade de vida do doente, com a participação ativa do

farmacêutico em colaboração com outros profissionais de saúde e com o próprio doente, sendo os resultados desejados: a cura da doença, redução ou eliminação dos sintomas, diminuição ou atraso do progresso da doença e a prevenção da doença ou dos seus sintomas. (Costa et al., 2006; S. Martins et al., 2013)

Esta definição leva a que o farmacêutico se responsabilize por três funções primordiais a favor do doente: identificar, prevenir e resolver problemas atuais ou futuros, relacionados com medicamentos. Desta forma, o farmacêutico ultrapassa o seu simples papel de técnico de medicamento, promovendo o aconselhamento terapêutico e prestando serviços individualizados, o que permite ao utente a obtenção do sucesso terapêutico e que alcance os resultados pretendidos. O farmacêutico tem assim responsabilidade na prevenção e diminuição da morbilidade e mortalidade associado ao uso do medicamento, assumindo um papel incontestável na Saúde Pública. Hepler descreveu o processo de cuidados farmacêuticos como um ciclo de melhoria. (Costa et al., 2006)

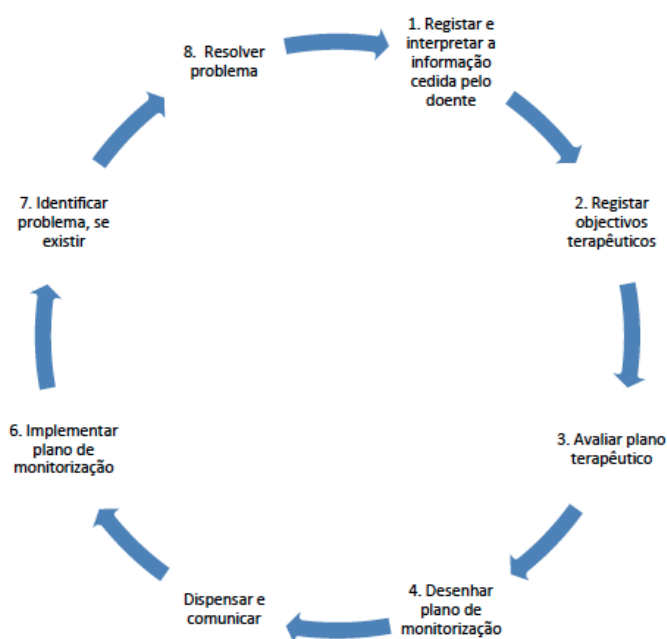


Figura 7. Representação esquemática do processo de cuidados farmacêuticos proposto por Hepler. (van Mil, Schulz, & Tromp, 2004)

Na reunião da OMS realizada em Tóquio, no ano de 1993, relativa às responsabilidades do farmacêutico no sistema de cuidados de saúde, foi salientada a necessidade do maior envolvimento dos farmacêuticos na avaliação dos resultados da utilização dos medicamentos, assim como noutros aspetos dos cuidados de saúde, de modo

a assegurar a melhor terapêutica e segurança do doente. (Ribeiro, Farmacêuticos, & Xavier, 2013; WHO, 1993)

Em 1999, foi criado o DCF da ANF, com o objetivo da criação, divulgação e monitorização dos programas de cuidados farmacêuticos nas farmácias portuguesas. Dois anos mais tarde, em 2001, aconteceu a implementação dos cuidados farmacêuticos através da realização de um ensaio piloto nos programas desenvolvidos para a Diabetes, Asma/DPOC e Hipertensão arterial. Este ensaio piloto teve como base o seguimento farmacoterapêutico do doente por parte do farmacêutico em cooperação com o médico, sempre que necessário.

No processo de prestação de cuidados farmacêuticos, é feita uma análise crítica dos dados subjetivos e objetivos do doente, avaliação da terapêutica utilizada, com descrição sucinta e completa dos PRMs e outros problemas de saúde identificados, através do alcance de resultados definidos, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do doente. (Correr; Otuki, 2013; Ribeiro et al., 2013)

Posteriormente, é elaborado um plano de cuidados farmacêuticos, com definição dos objetivos a atingir e as ações que o doente se compromete a levar a cabo até à próxima monitorização, com a finalidade de prevenir e resolver PRMs e atingir os objetivos definidos. (Correr; Otuki, 2013; Ribeiro et al., 2013)

Por último, é feita uma reavaliação do doente e redefinição do plano de cuidados farmacêuticos de acordo com os objetivos a atingir, em intervalos de tempo periódicos e pré-definidos, acordado entre o doente e o farmacêutico de modo a assegurar que os medicamentos que o doente toma são apenas aqueles que ele necessita e que continuam a ser os mais seguros e efetivos possível. Todo este processo é designado por SFT abordado no ponto seguinte. (Correr; Otuki, 2013; Farmacêuticos, 2009; Ribeiro et al., 2013)

2.4.2. Seguimento Farmacoterapêutico

2.4.2.1. Descrição do Seguimento Farmacoterapêutico

Como acima mencionado, os cuidados farmacêuticos incluem a monitorização contínua da terapêutica dos doentes que estão orientados para a avaliação dos *outcomes* em saúde, surgindo assim o SFT. SFT pode ser definido como uma “prática profissional em que o Farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades dos doentes relacionadas com os medicamentos. Esta prática realiza-se mediante a deteção, prevenção e resolução de

PRMs. Este serviço implica um compromisso, que deve ser feito de forma continuada, sistematizada e documentada, em colaboração com o doente e os restantes profissionais de saúde, com o objetivo de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do doente”. (Escoval et al., 2010; Ribeiro et al., 2013)

O SFT realiza-se através de procedimentos de trabalho normalizados e validados, e executado com a máxima eficiência de modo a permitir avaliar o processo, mas sobretudo os resultados. (Farmacêuticos, 2009)

2.4.2.2. Identificação dos doentes alvo

Para entrada em PCFs ou gestão da terapêutica, é necessário obedecer à sistemática de seguimento de doentes, sendo que o primeiro passo é identificar os doentes alvo. (Correr; Otuki; Soler, 2011)

Como referido anteriormente, os doentes alvo deste serviço diferenciado são todos os que obedeçam a pelo menos uma das seguintes situações: (S. Martins et al., 2013)

- Doentes polimedicados (4 ou mais medicamentos);
- Problemas de saúde não controlados;
- Alterações de terapêutica frequentes nos últimos 3 meses;
- Idade superior ou igual 65 anos;
- Terapêutica para doenças crónicas/longa duração;
- Alta hospitalar nas ultimas 4 semanas.

Estes doentes podem ser identificados numa ida à farmácia, para determinação de parâmetros ou durante a dispensa de medicamentos ou outros produtos de saúde. O farmacêutico pode então sugerir o serviço, mas também pode ser a pedido do doente ou por referenciação do médico ou outro profissional de saúde. (Correr; Otuki; Soler, 2011)

Numa fase posterior à identificação do doente, o farmacêutico deve informar sobre o serviço, apresentando os objetivos e vantagens que trás para o doente, complementando com um folheto de Apresentação do Serviço. (Correr, C. J.; Noblat, L. A. C. B.; Castro, M. S, 2013; Correr; Otuki; Soler, 2011)

Caso o doente opte por utilizar o serviço, o farmacêutico deve apresentar o Consentimento Informado, pela disponibilização dos dados do doente à farmácia, para informar acerca de todos os objetivos do serviço. (Correr; Otuki; Soler, 2011)

Depois do consentimento assinado, marca-se a visita do doente à farmácia e pede-se para trazer: o boletim mais recente das análises clínicas; um saco com toda a medicação que está a tomar e dispositivos que possa estar a utilizar em autovigilância, como o aparelho de medição de glicémia, pressão arterial, asma, entre outros. (Correr; Otuki; Soler, 2011)

Na visita programada do doente à farmácia, o farmacêutico pode utilizar a folha SOAP, como descrito abaixo, para recolher de forma rápida e organizada os dados do doente e planear a intervenção. O método SOAP é o método de SFT mais citado e conhecido na literatura internacional. (Correr; Otuki; Soler, 2011)

2.4.2.3. Métodos de acompanhamento Farmacoterapêutico

Os métodos de acompanhamento farmacoterapêutico revelam-se importantes na medida em que permitem ao farmacêutico seguir normas claras e simples para realizar SFT de forma sistematizada, seguindo um plano de atuação com o doente que promova a continuidade do SFT no tempo, em vista de uma melhor qualidade de vida. (Hernández, Dáder, & Castro, 2009; Lima, 2010)

2.4.2.3.1. Método Dáder

Como mencionado anteriormente, o SFT para ser realizado com a máxima eficiência, exige a aplicação de um método de trabalho rigoroso, com procedimentos de trabalho protocolados e validados. Assim, em 1999, o “Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada”, desenvolveu o “Método Dadér” para obter a história farmacoterapêutica do doente. A história farmacoterapêutica tem por base os problemas de saúde que este apresenta, os medicamentos que utiliza e na avaliação do seu estado de situação numa determinada data, de forma a identificar e resolver os possíveis resultados negativos associados à medicação de determinado doente, e fazer as intervenções necessárias para posterior avaliação dos resultados obtidos. (F, F, MA, M, & MJ, 2001; Hernández et al., 2009; Ribeiro et al., 2013)

2.4.2.3.2. Método SOAP

O método SOAP constitui uma metodologia de organização e documentação do processo de gestão de doentes em cada interação com o doente, utilizando um formato

padronizado denominado SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano). Este método é utilizado por um vasto leque de profissionais de saúde que se baseia no Segundo Consenso de Granada, descrito mais à frente. (Correr, C. J.; Noblat, L. A. C. B.; Castro, M. S, 2013)

Dados Subjetivos: não são confirmados pelo profissional de saúde e revelam informações/queixas apresentadas pelo doente, tais como sinais ou sintomas que este apresente, reações adversas a medicamentos, alergias, patologias antigas e atuais, historial médico e familiar, data de diagnóstico da doença, dias de baixa/internamento, utilização dos serviços de saúde, entre outros. (Correr, C. J.; Noblat, L. A. C. B.; Castro, M. S, 2013)

Dados Objetivos: informação relativa ao doente confirmada pelo profissional de saúde. São recolhidas informações quantitativas, que podem ser medidas na farmácia, como a glicémia, pressão arterial, colesterol, triglicéridos, entre outros. É traçado o perfil terapêutico do doente (para que esta a tomar; como está a tomar; quando toma; possíveis efeitos adversos ou problemas relacionados com a toma) e recolha dos resultados de exames médicos/análises laboratoriais. (Correr, C. J.; Noblat, L. A. C. B.; Castro, M. S, 2013)

Avaliação: identificação de PRMs e de outros problemas de saúde, através de uma análise crítica dos dados subjetivos e objetivos do doente e avaliação da terapêutica utilizada com identificação de PRMs e outros problemas de saúde, como por exemplo o pé do diabético e se for o caso, o registo na folha SOAP de mais alguma patologia. (Correr, C. J.; Noblat, L. A. C. B.; Castro, M. S, 2013; Pendsey, P. S., 2010, Maio 2018)

Plano de cuidados farmacêuticos: nesta fase é importante estabelecer os objetivos terapêuticos a atingir, acordados entre o farmacêutico e doente, para que desta forma se obtenha maior sucesso da intervenção. É também papel do farmacêutico, reportar, em caso de necessidade, os PRMs ao médico através de uma carta, referenciando o doente para uma consulta médica. Deve promover o uso de medidas não farmacológicas e o uso correto do medicamento, por forma a diminuir a automedicação e assim prevenir/resolver PRMs. O farmacêutico deve registar todas as informações recolhidas em formulários próprios, e também as intervenções efetuadas e/ou a efetuar. (Correr, C. J.; Noblat, L. A. C. B.; Castro, M. S, 2013)

A fim de avaliar as ações que o doente se compromete a levar a cabo, é importante a marcação previa da próxima visita, com a finalidade de verificar se os objetivos definidos estão a ser atingidos.

Nas visitas seguintes é feita uma reavaliação do doente, com recolha de novos dados subjetivos e objetivos, incluindo os resultados de intervenções anteriores, e caso seja necessário, fazer uma redefinição do plano de cuidados em função dos objetivos a atingir, registando toda a informação na folha SOAP. A periodicidade das visitas vai ao encontro das necessidades do doente, sendo mais frequente em determinadas situações tais como: PRMs identificados e não resolvidos; valores das determinações superior ou igual aos objetivos a atingir; início/alteração recente da terapêutica e utilização frequente dos cuidados de saúde (urgências, visitas médicas não programadas). (Correr, C. J.; Noblat, L. A. C. B.; Castro, M. S, 2013)

2.4.2.3.3. Identificação PRMs

Os PRMs são resultados clínicos negativos relacionados com a terapêutica farmacológica e que interferem ou podem interferir com os resultados em saúde que se pretendem alcançar. (Correr, C. J.; Noblat, L. A. C. B.; Castro, M. S, 2013)

Dividem-se em reais e potenciais, sendo que nos reais o doente apresenta manifestação clínica e exigem a intervenção do farmacêutico para os resolver, enquanto que nos potenciais o doente está em risco de vir a desenvolver se o farmacêutico não intervir para os prevenir. (Correr, C. J.; Noblat, L. A. C. B.; Castro, M. S, 2013)

A identificação de um PRM deve ser feita tendo em conta a avaliação da terapêutica, a interpretação das determinações feitas na farmácia em relação aos objetivos terapêuticos que se procuram atingir e o diálogo com o doente. (Correr, C. J.; Noblat, L. A. C. B.; Castro, M. S, 2013)

Primeiramente, para a identificação de PRMs, é importante reunir todos os problemas de saúde do doente e se estão ou não controlados e de todos os medicamentos que ele toma, sujeitos e não sujeitos a receita médica, sendo estes os considerados. (Correr, C. J.; Noblat, L. A. C. B.; Castro, M. S, 2013)

Para efeitos de utilização desta classificação, considera-se que um PRM origina um problema de saúde. Assim revela-se importante que para cada medicamento utilizado ou a utilizar, pelo doente, o farmacêutico deve analisar se são cumpridos os requisitos de necessidade, efetividade e segurança do medicamento.

A necessidade do medicamento trata-se de uma situação em que parece haver indicação para iniciar ou adicionar um medicamento com o objetivo de tratar ou prevenir um problema de saúde. (Correr, C. J.; Noblat, L. A. C. B.; Castro, M. S, 2013)

A efetividade é uma medida do sucesso do medicamento em atingir os resultados esperados num determinado doente, quando utilizado em condições normais de terapêutica. Um medicamento revela-se inefetivo quando o doente não está a atingir suficientemente os objetivos terapêuticos desejados. (Correr, C. J.; Noblat, L. A. C. B.; Castro, M. S, 2013)

Relativamente à segurança de um medicamento, é expectável que a sua utilização num determinado doente não provoque efeitos indesejáveis. Um medicamento não é seguro quando provoca efeitos adversos indesejáveis no doente ou agrava algum problema de saúde. (Correr, C. J.; Noblat, L. A. C. B.; Castro, M. S, 2013)

Quando pelo menos um dos critérios supramencionados não for cumprido, estamos perante um PRM. (Correr, C. J.; Noblat, L. A. C. B.; Castro, M. S, 2013)

As categorias necessidade e efetividade devem ser analisadas segundo o conjunto de medicamentos que o doente toma para cada problema de saúde e não cada medicamento isoladamente. Já a segurança demonstrada pelo medicamento, deverá ser analisada individualmente. (Correr, C. J.; Noblat, L. A. C. B.; Castro, M. S, 2013)

Com a criação do Primeiro Consenso de Granada, em 1998, os PRMs eram definidos como resultados clínicos negativos e que podiam estar relacionados com os medicamentos utilizados. Assim, pode-se definir PRM através de situações em que o uso de medicamentos causa, ou podem causar o aparecimento de um resultado negativo na saúde do doente associado ao uso ou falha na utilização da medicação (RNM). (S. Martins et al., 2013; Santos et al., 2004)

O Primeiro Consenso de Granada expõe os PRMs em seis categorias em função de três necessidades básicas de toda a farmacoterapia: (S. Martins et al., 2013; Santos et al., 2004)

Indicação

PRM1 – o doente não usa os medicamentos que necessita;

PRM2 – o doente usa os medicamentos que não necessita;

Efetividade

PRM3 – o doente usa um medicamento mal selecionado;

PRM4 – o doente usa uma dose, frequência e/ou duração inferior à que necessita;

Segurança

PRM5 – o doente usa uma dose, frequência e/ou duração superior à que necessita;

PRM6 - o doente usa medicamentos que lhe provocam efeitos adversos.

A intensa utilização da classificação de PRMs levou a que anos mais tarde, em 2002, surgisse uma nova publicação do Consenso de Granada com modificações que visam esclarecer dúvidas e resolver dificuldades relativas à classificação de PRMs observadas no primeiro Consenso. O Segundo Consenso de Granada sobre PRMs é a classificação adotada pelos Programas de Cuidados Farmacêuticos e surge com a determinação de ser revisto periodicamente, tornando-o dinâmico e participativo. (S. Martins et al., 2013; Santos et al., 2004)

Assim, os PRMs agrupam-se em seis subcategorias, que, por sua vez, se agrupam em 3 categorias: (Correr, C. J.; Noblat, L. A. C. B.; Castro, M. S, 2013; Santos et al., 2004)

Necessidade

PRM 1 – o doente tem um problema de saúde por não utilizar a medicação que necessita; isto pode acontecer quando parece haver indicação para a terapêutica farmacológica, nova ou adicional, mas o medicamento não foi prescrito ou não foi adquirido ou quando o doente parece não aderir totalmente à terapêutica prescrita.

PRM 2 – o doente tem um problema de saúde por utilizar um medicamento que não necessita; isto pode suceder quando o doente utiliza de forma não intencional dois medicamentos com a mesma substância ativa ou do mesmo grupo farmacoterapêutico ou ainda quando parece não haver indicação clara para a utilização do medicamento.

Efetividade

PRM 3 – o doente tem um problema de saúde por uma inefetividade não quantitativa da medicação; o doente não tem sucesso terapêutico por razões não relacionadas com a dosagem/regime terapêutico.

PRM 4 – o doente tem um problema de saúde por uma inefetividade quantitativa da medicação; nesta situação, o doente toma o medicamento numa dosagem/regime terapêutico inferior ao necessário.

Segurança

PRM 5 – o doente tem um problema de saúde por uma insegurança não quantitativa de um medicamento; existem sinais ou sintomas de uma reação adversa ao medicamento.

PRM 6 – o doente tem um problema de saúde por uma insegurança quantitativa de um medicamento; o doente toma o medicamento numa dosagem/regime terapêutico superior ao necessário.

Quando há interações pode ocorrer a inibição ou potenciação da ação de um outro medicamento e estamos perante um problema de efetividade ou segurança, respetivamente. Podem também potenciar os acontecimentos adversos e estamos igualmente perante um problema de segurança. (Correr, C. J.; Noblat, L. A. C. B.; Castro, M. S, 2013)

As duplicações podem levar à toma do medicamento em excesso e/ou à inibição ou potenciação de outros medicamentos. (Correr, C. J.; Noblat, L. A. C. B.; Castro, M. S, 2013)

Nos problemas de adesão à terapêutica podem surgir diversos problemas, tais como: o doente toma o medicamento em excesso (problema de segurança); o doente toma parcialmente o medicamento (problema de efetividade) e ainda quando o doente não toma totalmente o medicamento que necessita (problema de efetividade ou de necessidade). (Correr, C. J.; Noblat, L. A. C. B.; Castro, M. S, 2013)

Por forma a auxiliar o farmacêutico na identificação e classificação de PRMs, pode ser utilizado o seguinte fluxograma: (Suzete Costa et al., 2006)

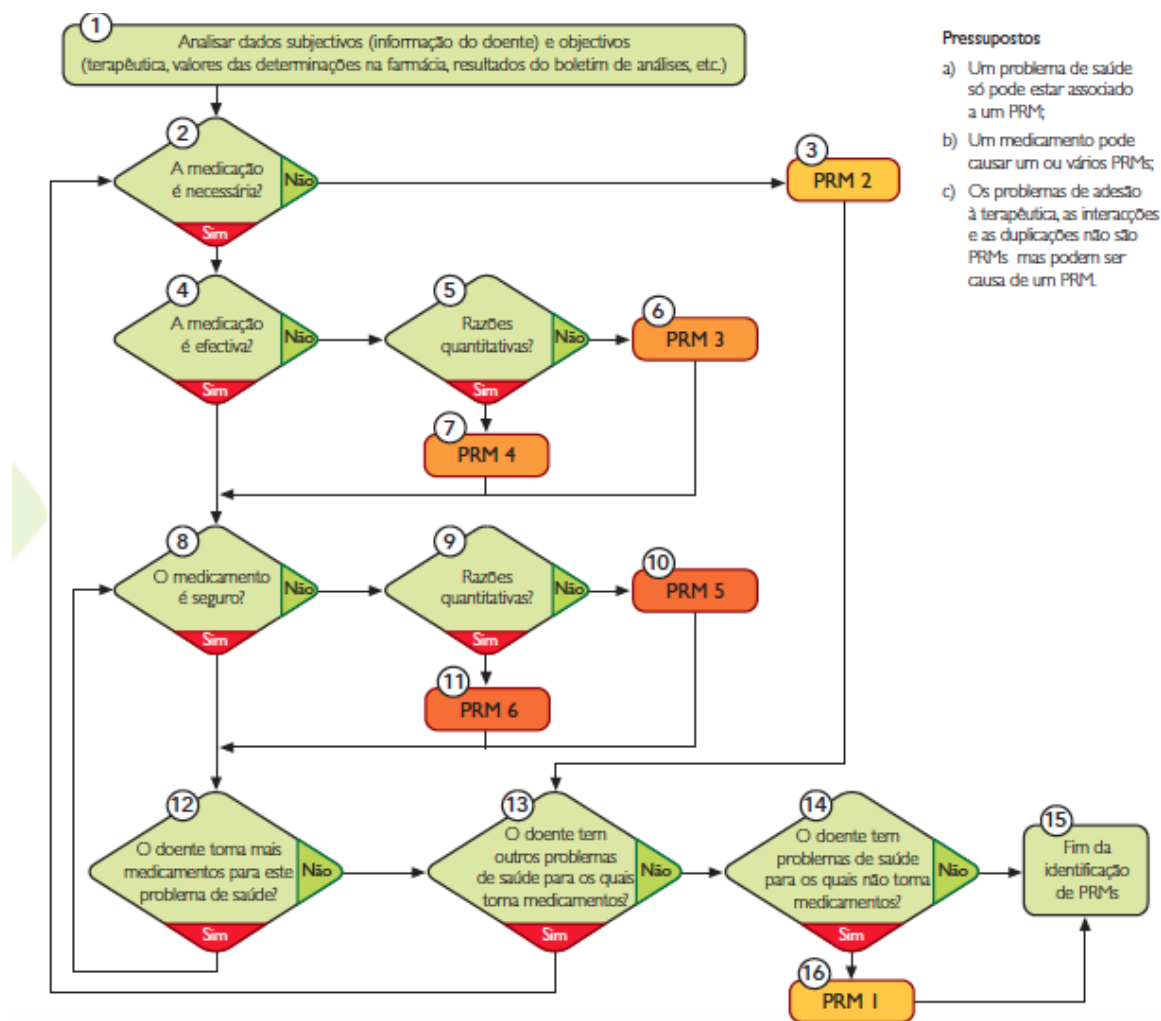


Figura 8. Identificação e classificação de PRM's. (Suzete Costa et al., 2006)

Como indica a figura acima, a implementação desta classificação na identificação de PRMs revela os seguintes pressupostos: (Suzete Costa et al., 2006)

- Um problema de saúde só pode estar associado a um PRM;
- Um medicamento pode causar um ou vários PRMs;
- Problemas de interações, duplicações e adesão à terapêutica não são PRMs, contudo podem ser causa de um PRM.

Anos mais tarde, em 2005, Fernández – Llimós, passa a defender o uso da terminologia “Resultados Negativos associados à Medicação” (RNM), denominado por Terceiro Consenso de Granada. (Consenso, 2007; Fernández-Llimós F. et al., 2004; S. Martins et al., 2013)

Os RNM são definidos como um resultado na saúde do doente que não era esperado, devido ao uso inadequado dos medicamentos ou mesmo à não utilização dos mesmos. Assim, os objetivos terapêuticos pré-definidos não são atingidos e surge um novo problema de saúde. (Consenso, 2007; Fernández-Llimós F. et al., 2004; S. Martins et al., 2013)

O Terceiro Consenso de Granada classifica os RNM como: (Consenso, 2007; Fernández-Llimós F. et al., 2004; S. Martins et al., 2013)

Necessidade

Problema de saúde não tratado – o doente sofre um problema de saúde por não utilizar a medicação que necessita;

Efeito de um medicamento desnecessário – o doente sofre um problema de saúde por utilizar um medicamento que não necessita;

Efetividade

Inefetividade não quantitativa – o doente sofre um problema de saúde associado à inefetividade não quantitativa da medicação;

Inefetividade quantitativa – o doente sofre um problema de saúde associado a um problema quantitativo da medicação;

Segurança

Insegurança não quantitativa – o doente sofre um problema de saúde associado a uma insegurança não quantitativa de um medicamento;

Insegurança quantitativa – o doente sofre um problema de saúde associado a uma insegurança quantitativa de um medicamento.

A intervenção farmacêutica em PRMs revela-se importante na medida em que tem como objetivo melhorar os resultados clínicos do doente. Quando os problemas são causados por adesão inadequada ou utilização deficiente dos dispositivos pelo doente, estes podem ser resolvidos com uma intervenção direta, na farmácia. (Correr, C. J.; Noblat, L. A. C. B.; Castro, M. S, 2013)

Contudo, existem PRMs que requerem um início ou ajuste da terapêutica. Assim, o farmacêutico em concordância com o doente, deverá aconselhá-lo a consulta médica que conforme as necessidades pode ser de rotina, imediata ou urgente; reportar o PRM ou problemas de saúde ao médico, através de contacto telefónico/pessoalmente ou por escrito. (Correr, C. J.; Noblat, L. A. C. B.; Castro, M. S, 2013)

Na intervenção farmacêutica é ainda importante prestar aconselhamento sobre medidas não farmacológicas e sobre a terapêutica, verbalmente e/ou por escrito, mas também o uso correto dos dispositivos de autovigilância e no caso de estar perante um PRM 5, notificar as reações adversas ao Serviço Nacional de Farmacovigilância. (Correr, C. J.; Noblat, L. A. C. B.; Castro, M. S, 2013)

Capítulo 3 - Cuidados Farmacêuticos na Diabetes

3.1. Educação do Diabético

A educação para a saúde é, possivelmente, o pilar fundamental no tratamento do doente com DM. Como tal, para se obterem resultados positivos no tratamento e no controlo da DM, o doente deve, em primeira instância, ser consciencializado sobre todos os aspetos inerentes à doença, sendo, portanto muito importante a educação. Este é um processo contínuo com vista a facilitar o conhecimento e desenvolver aptidões e competências necessárias à execução dos autocuidados. (Couto, 2006; J. de A. Costa, Balga, Alfenas, & Cotta, 2011; Trouilloud & Regnier, 2013)

Um estudo recente, realizado na unidade de educação para a diabetes num hospital em França, com 120 voluntários que aleatoriamente se dividiram em dois grupos, um grupo de controlo e um grupo que recebeu educação terapêutica na DM. O programa educativo consistiu em 8 sessões de grupo, com 5 a 8 doentes cada, com a duração de 2 a 3 horas num total de três dias. As sessões foram conduzidas por uma equipa multidisciplinar constituída por um médico especialista na DM, um enfermeiro e um profissional da área do desporto, que abordaram as três principais componentes da DM: dieta, atividade física e medicação. (Trouilloud & Regnier, 2013)

No início das sessões e três meses após o finalizar do programa, foram medidos os seguintes parâmetros avaliativos dos doentes: controlo glicémico (através da HbA1C), comportamentos de autogestão e perceção de competência. Através dos resultados foi possível concluir que houve uma diminuição estatisticamente significativa ($p < 0.001$) dos valores de HbA1C no grupo que realizou as sessões comparativamente com o grupo controlo. (Trouilloud & Regnier, 2013)

Relativamente aos comportamentos de autogestão e perceção de competências, observou-se um aumento significativo na prática de exercício físico ($p < 0.001$) e na adesão a recomendações relativas à alimentação ($p < 0.001$), do grupo que recebeu educação terapêutica face ao grupo controlo. (Trouilloud & Regnier, 2013)

Com o conjunto de mudanças positivas demonstradas no presente estudo, é possível concluir que a educação do diabético representa uma forte intervenção dos cuidados de saúde que deve ser ainda mais explorada e implementada. (Trouilloud & Regnier, 2013)

3.1.1. Adesão à Terapêutica

O termo adesão constitui algo complexo, uma vez que não existe um consenso sobre a sua definição ideal. Assim, o conceito de adesão é, de uma forma geral, compreendido como a utilização de medicamentos ou outros procedimentos em pelo menos 80% do seu total, considerando o cumprimento dos horários, doses e tempo de tratamento. (J. de A. Costa et al., 2011; Gimenes, Zanetti, & Haas, 2009)

A adesão deve ser vista como uma atividade conjunta entre o profissional de saúde e o doente, no qual o doente compreende e concorda com o tratamento prescrito e segue a prescrição sem se limitar a obedecer simplesmente às orientações de um profissional de saúde. (J. de A. Costa et al., 2011)

São vários os fatores relacionados com a baixa adesão aos regimes terapêuticos. Em 2011, Faria, refere que de entre os diversos fatores destaca-se, em primeiro lugar, acessibilidade ao medicamento e de seguida os fatores relacionados com o indivíduo, como a idade, sexo, escolaridade, nível intelectual, aceitabilidade do medicamento, fatores psicológicos, atitudes familiares e isolamento social. (J. de A. Costa et al., 2011; H. T. G. Faria, 2011)

Destaca também os fatores relacionados com a relação do profissional de saúde com o utente, tais como: confiança no profissional e no serviço de saúde, frequência de encontros, tempo dispensado para a consulta, linguagem, acolhimento e motivação para o cumprimento do tratamento proposto. (J. de A. Costa et al., 2011; H. T. G. Faria, 2011)

Posteriormente os fatores relacionados com o esquema terapêutico (custo, efeitos adversos, esquemas terapêuticos complexos, necessidade de mudanças na rotina de vida diária) e, por último, os fatores relacionados com a doença propriamente dita (cronicidade, ausência de sintomas, tempo de diagnóstico, conhecimento e compreensão acerca da doença e do tratamento). (J. de A. Costa et al., 2011; H. T. G. Faria, 2011)

Na DM, a adesão ao regime terapêutico é um aspeto bastante importante, uma vez que as complicações que advêm desta doença são determinadas, na grande maioria dos casos, pela eficácia do tratamento prescrito e pelo nível de adesão do doente à medicação e à mudança de estilos de vida. Sabe-se que a baixa ou não adesão aos regimes terapêuticos pode trazer sérias repercussões a estes doentes, pois leva a complicações de saúde, complicações psicossociais, mas também reduz a qualidade de vida das populações. (J. de A. Costa et al., 2011; Pereira et al., 2015)

Davidson refere que existem evidências científicas que revelam que uma grande parte da mortalidade e morbilidade associada à DM podiam ser prevenidas através de um programa de tratamento completo, passando pela dieta, exercício físico e tratamento farmacológico e através da monitorização dos níveis de glicémia no sangue. Assim, como vamos ver mais à frente, a autovigilância e os autocuidados, são de extrema importância no doente diabético, requer do indivíduo uma grande responsabilidade para toda a sua vida, a partir do momento em que a doença é diagnosticada. (J. de A. Costa et al., 2011; Davidson, 2000)

Devido ao carácter assintomático da doença, existem muitos doentes que acreditam não necessitar da terapia medicamentosa. Estima-se que apenas 1/3 das pessoas tem adesão adequada ao tratamento e a prevalência da adesão nos países desenvolvidos, é em média 50%. É importante personalizar e adaptar o regime terapêutico às condições de vida de cada doente para que se obtenham melhores resultados. (Gimenes, Zanetti, & Haas, 2009; H. T. G. Faria, 2011)

Existem métodos diretos e indiretos que podem ser utilizados para medir a adesão ao tratamento, contudo é o teste de Morisky o mais utilizado para medir adesão ao uso de medicamentos. Os métodos diretos permitem avaliar os níveis de glicémia através de análises sanguíneas e análises à urina, contudo apresentam desvantagens tais como: custo, tempo limitado, falsos positivos, invasivos e variações farmacocinéticas. Já os métodos indiretos correspondem aos resultados terapêuticos, entrevista ao utente, diário do utente e contagem dos comprimidos. Nestes relativamente aos métodos anteriores, a obtenção dos resultados é rápida, são de fácil utilização e têm custos baixos. (Borges, J. et al.; 2011; H. T. G. Faria, 2011; J. de A. Costa et al., 2011; Pereira et al., 2015)

3.1.2. Autovigilância

Entende-se por autovigilância o controlo que o doente tem sob o seu peso, na determinação da glicémia/glicosúria, da pressão arterial e se necessário, cetonúria/cetonemia em situações de pós-operatório, cetose declarada e doenças intercorrentes. É a capacidade individual que o doente tem para participar ativamente na gestão da doença, agir com base na informação pesquisada e gerir a diabetes de forma responsável, com a sua equipa de apoio que presta informação sobre a utilização dos dispositivos de autovigilância. (Mateus-Santos & Iglésias-Ferreira, 2013)

O controlo metabólico da diabetes é essencial para preservar a saúde e dar melhor qualidade de vida ao doente. Na diabetes tipo I, o controlo glicémico fornece informação ao doente de forma a adequar as doses de insulina e a alimentação. Na diabetes tipo II, o controlo da glicémia está dependente da gravidade da situação, contudo a sua realização dá responsabilidade ao doente de tomar decisões sobre a evolução da sua doença. (Mateus-Santos & Iglésias-Ferreira, 2013)

As técnicas utilizadas para o controlo glicémico são a automonitorização da glicémia (AMG), que deve ser realizada diariamente, e a determinação da HbA1C, cujos valores de referência estão supramencionados. Existem também técnicas secundárias como a determinação da glicosúria e da cetonúria. (Veras et al., 2014)

Tal como o nome indica, a AMG é realizada pelo próprio doente de forma relativamente simples e pouco dolorosa, através de um aparelho onde se coloca uma gota de sangue capilar, o que permite ao doente e aos profissionais de saúde, avaliarem diretamente o efeito dos autocuidados. A frequência da sua realização deve ser em função do estado e do tipo de diabetes. (Mendes et al., 2016; Mateus-Santos & Iglésias-Ferreira, 2013; Veras et al., 2014)

3.2. Autocuidados na diabetes

3.2.1. Definição

A OMS define autocuidado como: “o que o individuo faz por si mesmo para estabelecer e manter a saúde, prevenir e lidar com a doença. É um conceito amplo, que abrange: higiene (geral e pessoal), nutrição (tipo e qualidade dos alimentos ingeridos), estilo de vida (atividade física, lazer), fatores ambientais (condições de vida, hábitos sociais), fatores socioeconómicos (remuneração, crenças culturais) e automedicação”.

Autocuidado é um comportamento pessoal, que as pessoas realizam em seu próprio benefício na manutenção da vida, saúde e bem-estar para minimizar as complicações associadas à DM. É um processo evolutivo que prevê o desenvolvimento de conhecimentos e de consciência sobre a natureza complexa da doença. (Portugal, 2011; Shrivastava et al., 2013)

É importante que o doente diabético, os seus familiares próximos e os profissionais de saúde cooperem nos autocuidados, no processo do controlo metabólico, de modo a prevenir o aparecimento e desenvolvimento de complicações crónicas da DM. Este controlo

é importante para a preservação da saúde do diabético e para uma melhor qualidade de vida. (Portugal, 2011; Shrivastava et al., 2013)

O exercício físico, a dieta, a monitorização metabólica, a medicação antidiabética estabelecida, doenças intercorrentes como o pé diabético, são fatores condicionantes do equilíbrio diabético que devem estar na base dos autocuidados. A tríade terapêutica é constituída essencialmente pela dieta, pratica de exercício físico e medicação que quando presentes, refletem-se no equilíbrio metabólico do diabético. Contudo, o grande fator de ligação entre as três componentes e como já referido anteriormente, a educação do diabético, constitui um elemento chave do tratamento da DM. (Portugal, 2011; Shrivastava et al., 2013)

3.2.2. Dieta

A dieta é um dos fatores mais importantes para controlar a DM e está na base de qualquer programa terapêutico da DM.

Assim, o diabético deve fazer uma correta distribuição dos nutrientes ao longo do dia, fracionando-os em 6 ou 7 pequenas refeições diárias, com intervalos de 2 horas e meia a 3 horas entre cada uma delas durante o dia e de cerca de 8 horas durante a noite. Deve incluir legumes e hortaliças a todas as refeições, hidratos de carbono (principal fonte de energia), duas a três peças de fruta fora das refeições acompanhada com uma bolacha para diminuir a absorção do açúcar e beber no mínimo litro e meio de água. Desta forma, o doente diabético evita a hipoglicemia entre refeições e a hiperglicemia após as refeições, consequente da ingestão de grande quantidade de alimentos. É importante não atrasar nem saltar refeições com especial atenção para o açúcar, gorduras, sal e bebidas alcoólicas ingeridas, pois o álcool interage com os ADO e diminui assim o seu efeito. (Anselmo et al., 2010; Portugal, 2011; Postali & Leandro-merhi, 2010)

3.2.3. Exercício físico

O exercício físico é um ponto crucial dos autocuidados na DM tipo 1 e 2, mas também atua na prevenção da DM tipo 2. A sua prática regular trás diversos benefícios para a população em geral, pois reduz os fatores de risco para a doença cardiovascular, melhora o controlo glicémico, contribui para a perda de peso e melhora o bem-estar físico e psicológico. Para além destas funções, no doente diabético, existem outras vantagens mais significativas, como o aumento da sensibilidade à insulina que por sua vez diminui o hiperinsulinismo e reduz a insulinemia basal e pós-prandial; a diminuição da massa gorda e da glicémia durante e após o exercício físico; melhora o perfil lipídico com diminuição do

colesterol LDL e dos triglicéridos e ainda promove a estabilização dos valores da tensão arterial. (Association, 2008; Tuomilehto, 2009)

Recomenda-se a elaboração de um plano de exercício físico, orientado pelo médico, que vá de encontro à condição física do doente. É importante praticar exercícios de intensidade moderada, no mínimo 150 minutos por semana, repartidos ao longo dos dias. Os treinos podem ser compostos por exercícios leves, como fazer uma caminhada, passear o cão ou andar de bicicleta cerca de 30 minutos; exercícios moderados, que inclui caminhadas mais longas, dança, hidroginástica, corrida lenta, subir lanços de escadas, entre outros; até aos exercícios mais intensos, como por exemplo uma corrida, caminhada rápida, ciclismo, treino de força, natação e a pratica de jogos coletivos. O nível de exigência dos treinos vai aumentando consoante o aumento à capacidade de exercício do doente. (Association, 2008; Tuomilehto, 2009)

3.2.4. Cuidados com os pés

O pé diabético é uma das complicações da diabetes mais conhecidas por toda a sociedade e das que mais atinge os diabéticos. É uma complicação crónica grave, sendo o principal motivo de ocupação prolongada de camas hospitalares pelas pessoas com diabetes e o responsável por cerca de 70% de todas as amputações efetuadas por causas não traumáticas. (Direcção Geral de Saúde, 2011)

Em 2015 foi registado um decréscimo de 220 episódios de internamentos hospitalares por pé diabético comparativamente ao ano anterior. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

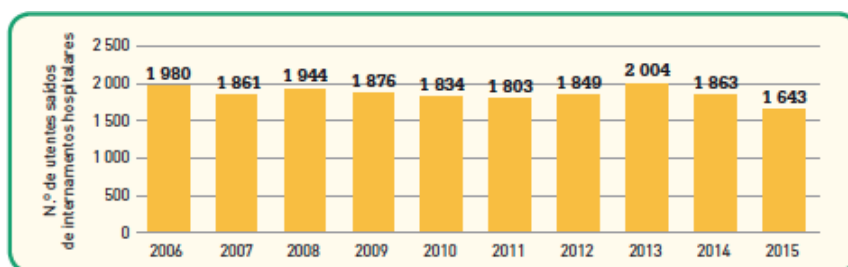


Figura 9. Número de utentes com internamento hospitalar por pé diabético ao longo dos anos. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

Tabela 2. Utentes com internamento hospitalar por pé diabético por 100 000 habitantes – SNS. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

	2000	2004	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Utentes Saídos por Pé Diabético por 100 000 habitantes	17,9	19,7	18,5	19,3	18,6	18,2	18,0	18,5	20,2	18,9	16,7

De acordo com a norma da DGS N.º 005/2011, de 21/01/2011, é expectável, ainda, que em Portugal possam acontecer anualmente 1600 amputações não traumáticas dos membros inferiores. Posteriormente, com o esforço acrescido do membro remanescente, leva a problemas a curto prazo, independentemente de colocação ou não de prótese no membro amputado. Passados cinco anos sobre a primeira amputação, mais de metade dos casos terão sofrido amputação do membro contrário.

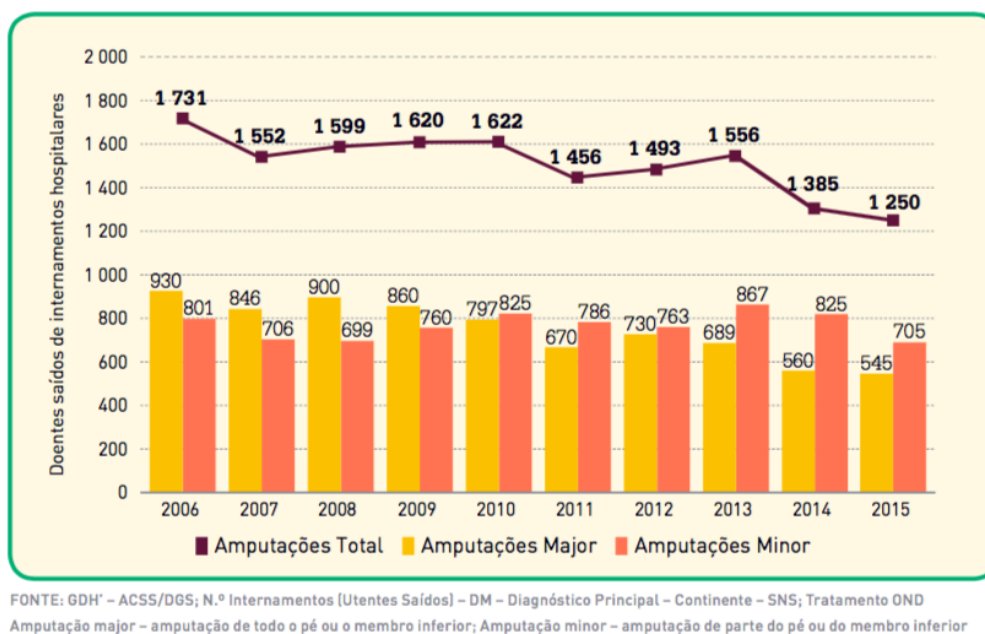


Figura 10. Amputações dos membros inferiores por motivo de Diabetes. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

Como é possível verificar na figura acima, o número total de amputações dos membros inferiores, por motivo de Diabetes, registou uma quebra significativa em 2015, a qual se encontra, em grande medida, associada à diminuição das amputações minor. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

Estima-se que cerca de 25% de todas as pessoas com diabetes tenha condições favoráveis ao aparecimento de lesões nos pés, particularmente pela presença de neuropatia sensitivo-motora e de doença vascular aterosclerótica. (Clinic, M., 2018; Direcção Geral de Saúde, 2011)

3.2.4.1 Diagnóstico

As lesões do pé diabético que atinjam preferencialmente nervos ou vasos, irão condicionar o aparecimento, respetivamente, de um Pé Neuropático ou de um Pé Neuroisquémico. Assim, o diagnóstico diferencial destes dois tipos de pé diabético é fundamental para a abordagem correta do pé diabético e prevenir ou retardar o aparecimento de complicações como úlceras nos pés e amputações que são uma importante causa de morbilidade, de incapacidade, bem como de desgaste emocional e físico para as pessoas com diabetes. (Direção-Geral de Saúde, 2001)

As lesões do pé neuropático curam, na maior parte dos casos, quando submetidas a um tratamento adequado. O prognóstico do pé neuroisquémico, depende do restabelecimento da circulação sanguínea. (Direcção Geral de Saúde, 2011)

A forma de distinção destes dois tipos de pé diabético está na presença ou ausência, de pulsos periféricos. Por esta razão, na prática clínica, os parâmetros de diagnóstico decisivos são os vasculares, enquanto os neurológicos são apenas confirmativos. (Direcção Geral de Saúde, 2011)

A confirmação das alterações sensitivas, dependentes da neuropatia, deverá ser efetuada em todos os doentes, através da pesquisa da sensibilidade vibratória com diapasão de 128 Hz, a táctil com recurso a algodão e a sensibilidade à pressão com o monofilamento de 10g de *Semmes-Weinstein* utilizado como marcador do risco de ulceração. (Direção-Geral de Saúde, 2001; Direcção Geral de Saúde, 2011)

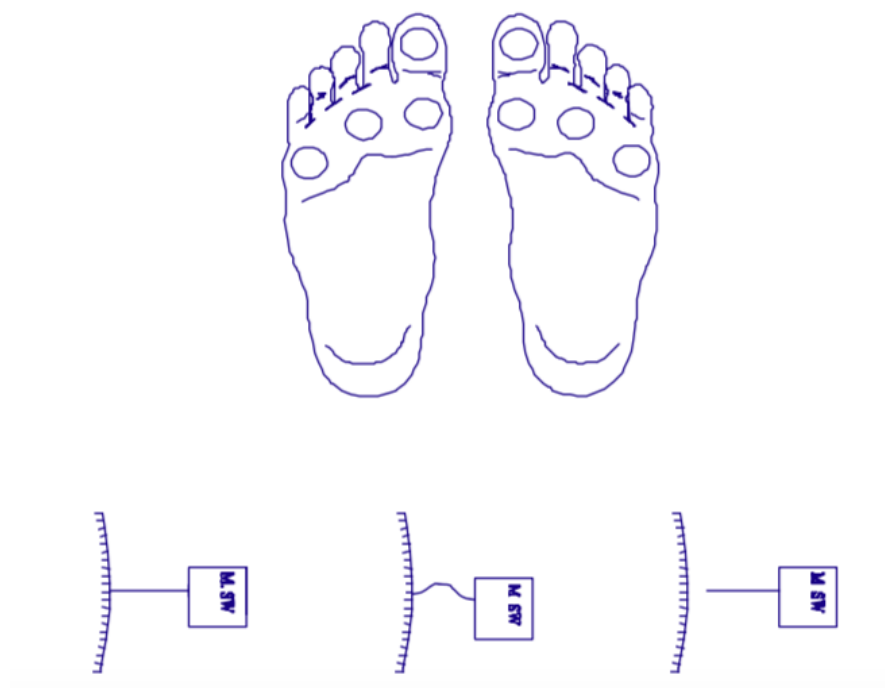


Figura 11. Uso do monofilamento de *Semmes-Weinstein*. (Direção-Geral de Saúde, 2001)

De acordo com a norma da DGS N.º 003/2011, de 21/01/2011, no teste do monofilamento, e tal como é possível observar na figura supra, o mesmo deve ser aplicado perpendicularmente à pele sã, com pressão suficiente para o dobrar durante um máximo de dois segundos. Nesta altura, é perguntado ao doente se sente a pressão e o local onde a sente. O teste para ser considerado correto, é efetuado em 3 locais com 3 toques em cada local, alternando toques reais com irreais. Se, para cada local, duas das três respostas forem corretas, então considera-se que existe sensação protetora.

3.2.4.2 Avaliação

Todas as pessoas com DM são avaliadas anualmente com o objetivo de serem identificados fatores de risco condicionantes de lesões dos pés.

Assim, revela-se importante fazer uma inspeção periódica dos pés dos doentes, nomeadamente em relação a anamnese, como por exemplo: úlcera ou amputações prévias, complicações tardias da diabetes, diminuição da acuidade visual, condições socio-económicas deficientes e desconhecimento dos riscos da doença; através do exame ao pé para observar o estado das unhas e da pele (secura, presença de calosidades, gretas ou micoses), presença de edema e deformidades dos dedos ou rigidez articular. No exame ao

pé pode ser identificado enfraquecimento ou perda de sensibilidade do tato e/ou diminuição das restantes sensibilidades, como pressão e vibratória, mencionadas anteriormente e estamos perante neuropatia. Neste exame pode também ser identificado presença de claudicação ou dor em repouso, avaliação da cor e temperatura da pele, dos pulsos periféricos e do índice de pressão tornozelo/braço; e ainda avaliação das características e tipo de calçado e meias em uso pela pessoa com DM. (Direcção Geral de Saúde, 2010)

Depois de avaliada a história clínica e realizado o exame clínico, os doentes devem ser agrupados numa das seguintes categorias de risco de ulceração: baixo risco (ausência de fatores de risco – deverá manter-se uma vigilância anual); médio risco (presença de neuropatia – deverá manter-se uma vigilância semestral); alto risco (existência de neuropatia ou isquémia ou história de úlcera cicatrizada ou amputação prévia – o doente deverá ser avaliado de 1 a 3 meses). (Direcção Geral de Saúde, 2010)

Existem três níveis de cuidados de saúde, sendo que em cada um deles existe uma equipa multidisciplinar organizada, responsável pela educação, prevenção, observação e identificação do pé em risco de ulceração ou com úlcera ativa dos doentes por si vigiados. (Direcção Geral de Saúde, 2010)

Segundo a norma da DGS N.º 003/2011, de 21/01/2011, a equipa do pé diabético em cuidados de nível I, tem por objetivo a educação da pessoa com DM e familiares, a avaliação do risco e das medidas preventivas necessárias, os cuidados com as lesões não ulcerativas, o tratamento de úlceras superficiais e a monitorização da patologia ulcerativa em acompanhamento noutro nível de cuidados de saúde.

No nível II, a equipa de saúde é constituída por médico, enfermeiro e/ou profissional treinado em podologia e ortopedista ou cirurgião geral, com o objetivo de avaliar casos com patologia ulcerativa e/ou isquémica; avaliar casos com patologia ulcerativa complicada por infeção e/ou necrose, a necessitar de eventual desbridamento cirúrgico e internamento; sem esquecer de reforçar a educação e medidas preventivas de futuras lesões.

Por último, nos cuidados de nível III para além da equipa de saúde integrada no nível II, também faz parte um fisiatra, técnico de ortóteses e cirurgião vascular com a finalidade de avaliar casos clínicos complexos, identificar a necessidade de avaliação vascular, proceder a intervenções vasculares adequadas e reforçar as medidas preventivas de futuras lesões.

3.2.4.3 Prevenção

A prevenção de complicações relacionadas com o pé diabético é uma medida prioritária de forma a reduzir a incidência de novos casos e a gravidade da apresentação clínica. (Direção-Geral de Saúde, 2001)

A prevenção passa pela educação contínua dos doentes e dos profissionais de saúde no que respeita a observação frequente dos pés de forma correta e adequada, realização de uma boa higiene, conhecimento dos agentes agressores, utilização de palmilhas e calçado específico, remoção de calosidades e cuidados ungueais adequados. As meias devem ser brancas de algodão ou lã, sem costuras nem elásticos, e devem ser de material absorvente. (Direção-Geral de Saúde, 2001)

O uso de calçado adequado é também uma estratégia fundamental na prevenção do pé diabético, pois é a causa mais frequente de lesão do Pé Diabético. As calosidades ou ulcerações surgem na grande maioria das vezes consequência do traumatismo continuado do calçado, normalmente nos locais de maior pressão ou atrito. Assim por forma a evitar o aparecimento destas lesões, o calçado deve ter espaço para os dedos e deve ser suficientemente alto e largo na ponta para impedir a lesão dorsal e marginal dos dedos. É importante também ser fundo e possuir palmilha amovível, que seja de fácil substituição por uma palmilha individualizada e corretora das hiperpressões plantares, para impedir o aparecimento de calosidades e eventual ulceração posterior. (Direção Geral de Saúde, 2010)

3.2.4.4 Tratamento

A norma da DGS N.º 003/2011, de 21/01/2011, refere que o tratamento difere consoante a lesão seja não ulcerada ou ulcerada. Nas lesões não ulceradas, o tratamento passa pela monitorização da pele seca, calosidades e patologia da pele e das unhas, com avaliação dos fatores desencadeantes por forma a evitá-los ou minorá-los.

Já nas lesões ulceradas, a grande prioridade passa pelo controlo da infeção. Primeiramente faz-se o desbridamento cirúrgico de todas as coleções abcedadas com drenagem do pus, depois a colocação de penso que mantenha um ambiente húmido do leito da úlcera com a possibilidade de novos desbridamentos e por último recurso a antibioterapia de largo espectro, como por exemplo administração de flucloxacilina ou amoxicilina/ácido clavulânico que varia tendo em conta a profundidade da infeção. A duração da antibioterapia não deverá ser inferior a 2 semanas.

Em situações de úlceras plantares, faz-se o alívio da pressão plantar por imobilização com contacto total através de gessos ou outras técnicas de imobilização, com meios-sapatos por exemplo.

Na úlcera isquémica o seu tratamento pode envolver o restabelecimento da circulação sanguínea, referenciando o doente para avaliação vascular que pode envolver exames não invasivos e invasivos do sistema arterial. O tratamento da úlcera crónica neuropática, envolve a remoção regular das queratoses e tecido necrosados, que evita o seu pseudo-encerramento e infeção posterior; e a correção das zonas de hiperpressão plantar.

Capítulo 4 – Avaliação do Contributo do Farmacêutico nos Autocuidados e Prevenção do Pé Diabético

Em 2015, a prevalência estimada da diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos foi de 13,3%, representando mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem diabetes. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

A norma da DGS N.º 005/2011, de 21/01/2011, o pé diabético é uma das complicações mais graves e dispendiosas da DM, pois é o principal motivo de ocupação prolongada de camas hospitalares pelas pessoas com diabetes e o responsável por cerca de 70% de todas as amputações por causas não traumáticas, que resulta no aumento da morbilidade e mortalidade. Estima-se que cerca de 25% de todas as pessoas com DM tenham condições favoráveis ao aparecimento de lesões nos pés, como neuropatia sensitivo-motora e doença vascular aterosclerótica.

Assim, um programa multidisciplinar com prevenção, educação do doente e profissionais de saúde, tratamento das úlceras e monitorização rigorosa, revela ser bastante importante na medida em que pode contribuir para uma redução das amputações. Um dos objetivos da Declaração de St. Vincent, de que Portugal foi subscritor, e da implementação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, é a redução do número de amputações dos membros inferiores nas pessoas com DM. (Direcção Geral de Saúde, 2010)

É importante a optimização do controlo glicémico, mas a educação dos doentes relativamente aos cuidados a ter com os pés e a inspecção periódica dos mesmos, são os factores mais importantes na prevenção do pé diabético. De forma a perceber o sucesso da educação dos doentes com DM, é importante explicar ao doente todas as recomendações necessárias, de forma periódica, mas também avaliar as dúvidas e as dificuldades que este apresente. Por conseguinte, torna-se igualmente importante avaliar a eficácia das intervenções educativas, por forma a tomar decisões futuras quanto ao seu formato e avaliar o custo-benefício das mesmas. (Anselmo MI., et al., 2010; Olson JM.; et al., 2009; Singh N., et al., 2005)

Como tal, este estudo tem como objetivo primordial, sensibilizar os utentes diabéticos para os cuidados a ter com o pé diabético, avaliando o contributo do farmacêutico nos autocuidados e prevenção do mesmo.

É expectável que os resultados deste estudo possibilitem aumentar a compreensão das necessidades educacionais, através de uma abordagem mais específica e

individualizada destes doentes, e contribuir para a prevenção de lesões ulcerativas dos pés e posteriormente o pé diabético, que pode levar à amputação do membro inferior nas pessoas com DM, diminuindo a morbilidade e mortalidade associadas a esta afecção.

4.1. Delineamento do estudo

Estudo observacional analítico transversal, com recolha de dados durante o mês de Maio de 2018.

4.2. Local do estudo

O desenvolvimento deste trabalho teve lugar em 2 farmácias localizadas no concelho de Lisboa.

4.3. Caraterização da amostra

Foi utilizada uma amostra de conveniência constituída por 70 indivíduos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 23 e os 80 anos.

Foram incluídos todos os utentes diabéticos das farmácias referidas e que voluntariamente aderiram ao estudo e que responderam ao questionário, desde que apresentassem idade superior a 23 anos e menos de 80 anos.

Foram excluídos doentes com qualquer patologia que impossibilitasse uma adequada comunicação (surdez, alzheimer), doentes analfabetos e incapacidade para se deslocarem às farmácias.

4.4. Descrição do estudo

Foi elaborado um questionário com o intuito de avaliar o Contributo do Farmacêutico nos Autocuidados e Prevenção do Pé Diabético.

A metodologia de implementação deste estudo compreendeu várias fases:

- Apresentação do trabalho e do questionário à equipa das farmácias envolvidas;

- Aplicação dos respetivos questionários aos utentes elegíveis de cada farmácia. Os dados foram recolhidos por entrevista, através do preenchimento do questionário, composto por onze perguntas individuais.

Todos os participantes do estudo foram informados da natureza do mesmo. Cada individuo foi convidado a responder às perguntas do questionário de forma totalmente voluntária e anónima, com direito de desistir da sua participação no estudo a qualquer momento. Foi obtido o consentimento informado para a sua participação.

A fim de assegurar a confidencialidade dos dados e o anonimato dos doentes, foi solicitada a colaboração da equipa das farmácias. A estas foi entregue um conjunto de questionários, tendo em conta o número de utentes diabéticos que habitualmente frequentam a farmácia.

4.5. Variáveis em estudo

Foram analisadas as variáveis: sexo, idade, nível de escolaridade, situação profissional, anos de doença, tipo de diabetes, tratamento atual da diabetes, tempo de utilização de tratamento da diabetes, informação cedida pelos profissionais de saúde sobre os cuidados preventivos ao pé diabético, pé em risco e conselhos do Farmacêutico para ajudar a evitar a ter lesões no pé.

4.6. Tratamento e análise dos dados

Na caracterização global da amostra, as variáveis categóricas são resumidas através de frequências absolutas e relativas, apresentadas em tabelas ou em gráficos e as variáveis quantitativas são resumidas através da média, desvio padrão (DP), mínimo e máximo. Para analisar a associação entre as variáveis utilizou-se o teste de independência do qui-quadrado. Todos os valores de P calculados consideraram-se estatisticamente significativos para $p < 0.05$.

A análise estatística foi realizada com o software IBM SPSS versão 24.0 (IBM Corporation, New York, USA) e os gráficos foram elaborados com o recurso ao Microsoft Excel 2010 (Microsoft Corporation, Washington, USA).

4.7. Resultados e Discussão

4.7.1. Caraterização da amostra

4.7.1.1 Caraterísticas sociodemográficas **(gráficos com eixos)**

No total foram inquiridos 70 diabéticos, sendo esta amostra constituída por 29 (41,4%) do género feminino (Figura 11). Em termos etários, o inquirido de menor idade possuía 23 anos e o mais idoso tinha 80 anos, 27,1% (n = 19) possuíam entre os 70 e os 79 anos e 21,4% (n = 15) tinham de 60 a 69 anos (Figura 12), a média etária eram 58,8 anos (DP = 16,3). Este resultado está de acordo com o inicialmente esperado tendo em conta a população envelhecida que frequenta, na maior parte dos casos, as farmácias portuguesas e também tendo em conta a sua taxa de prevalência. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

As habilitações académicas mais expressivas na amostra de diabéticos eram a formação superior (n = 20; 28,6%) e o primeiro ciclo (n = 18; 25,7%), 15,7% (n = 11) não possuía o primeiro ciclo (Figura 13). Nos diabéticos inquiridos 44,3% (n = 31) eram trabalhadores no ativo e 34,3% (n = 24) estavam reformados (Figura 14).

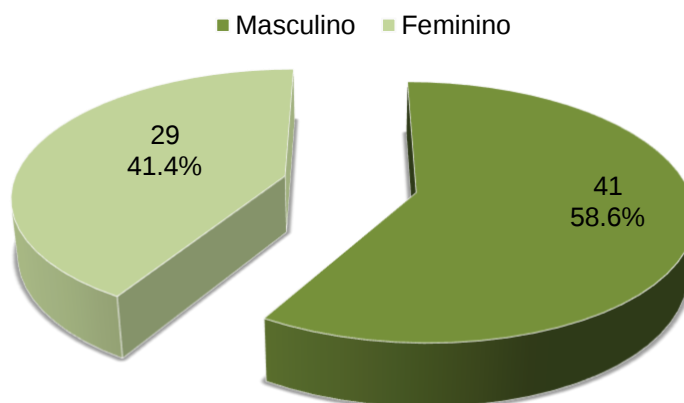


Figura 12. Distribuição dos diabéticos segundo o sexo.

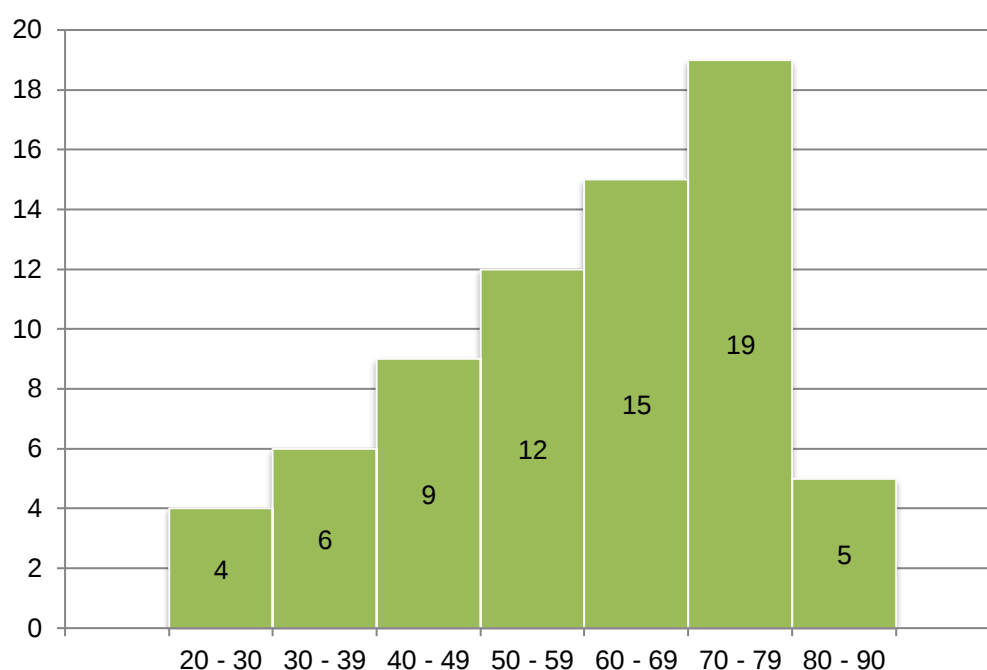


Figura 13. Distribuição dos diabéticos segundo a idade.

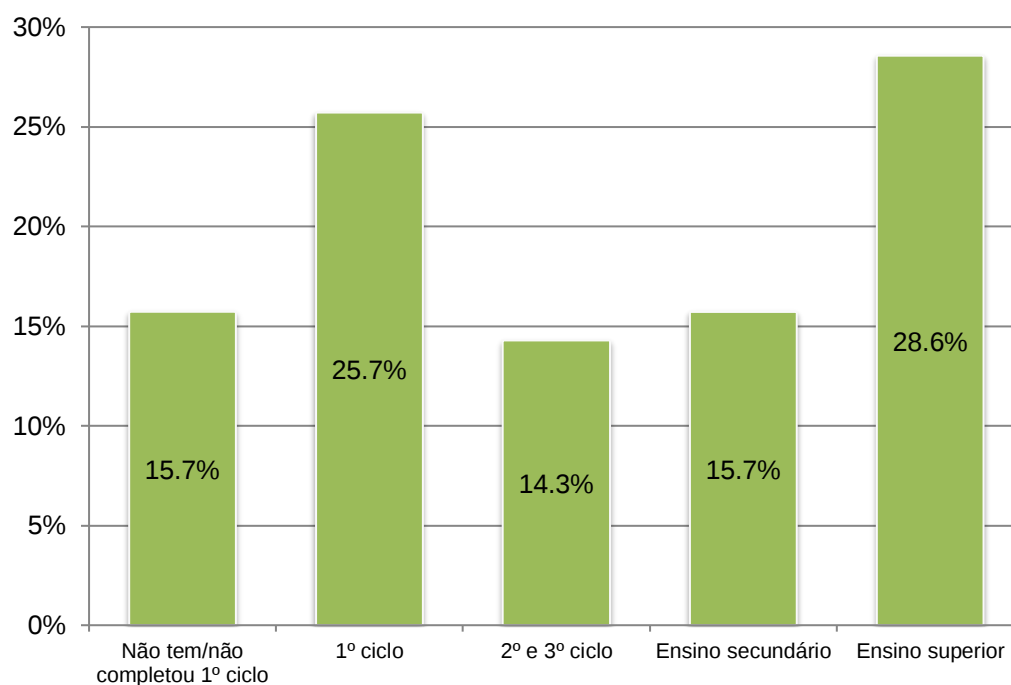


Figura 14. Distribuição dos diabéticos segundo as habilitações académicas.

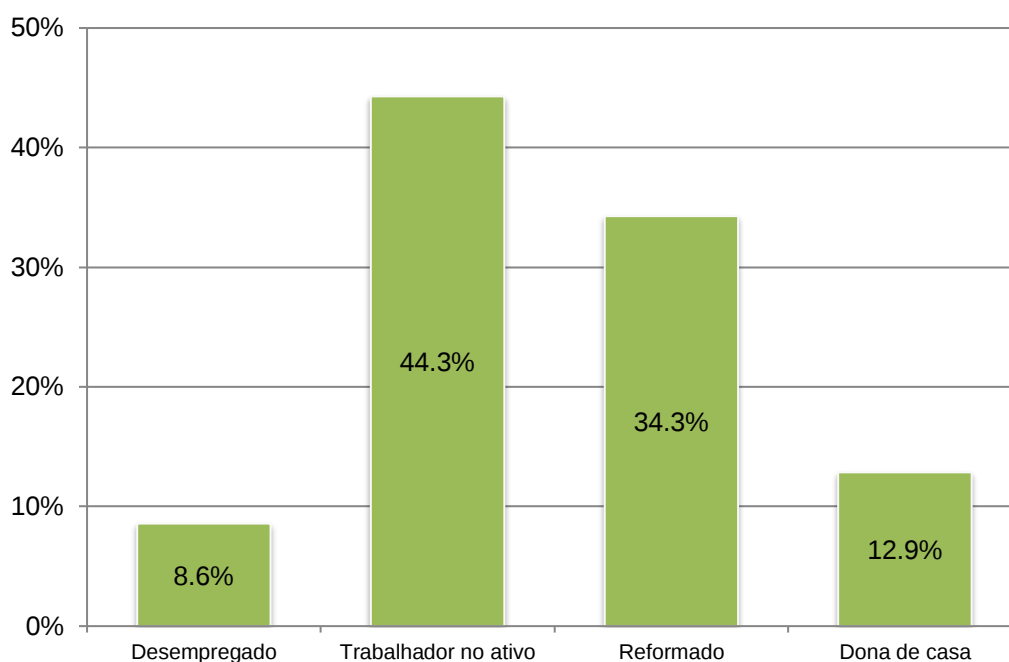


Figura 15. Distribuição dos diabéticos segundo a situação profissional.

4.7.1.2. Caraterização da Diabetes

Nesta secção é realizada uma descrição das caraterísticas dos inquiridos conectadas com a doença.

O tipo de diabetes predominante era o tipo II (57,1%; n = 40) e 34,3% (n = 24) tinham diabetes tipo I (Figura 15). Tal resultado seria de esperar uma vez que a DM tipo II é a forma mais prevalente da doença. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

Quanto ao tempo da diabetes, 30,0% (n = 21) tinham há menos de 5 anos, 25,7% (n = 18) e 21,4% (n = 15) possuíam a diabetes há entre 5 e 9 anos e entre 10 e 14 anos, respetivamente (Figura 16). Relativamente aos tratamentos (Figura 17), 77,1% (n = 54) consumiam antidiabéticos orais, 62,9% (n = 44) somente tinham cuidados na alimentação e realizavam exercício e 37,1% (n = 26) tomava Insulina, sendo 34,3% (n = 24) destes tratamentos eram realizados há menos de 5 anos e 24,3% (n = 17) faziam os tratamentos há entre 10 e 14 anos, respetivamente (Figura 18).

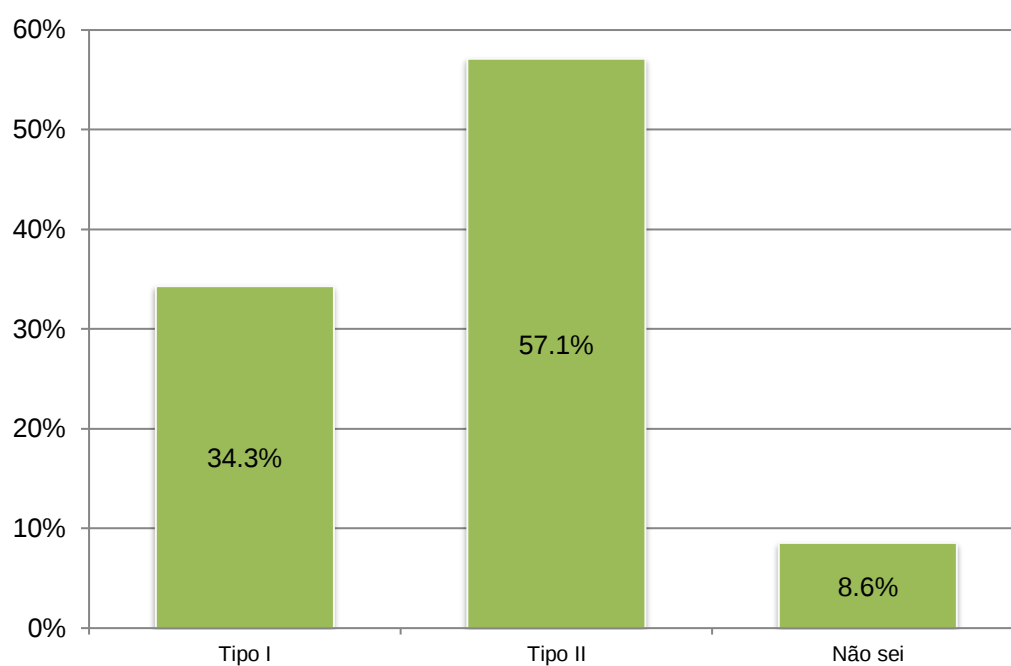


Figura 16. Distribuição dos diabéticos segundo o tipo.

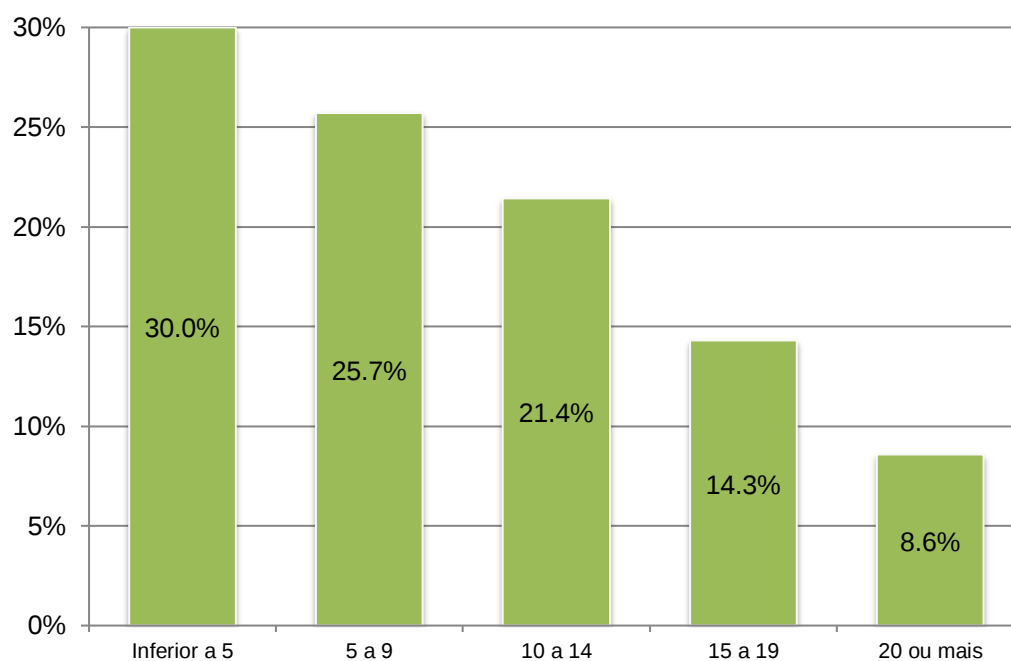


Figura 17. Distribuição dos diabéticos segundo o tempo de diagnóstico.

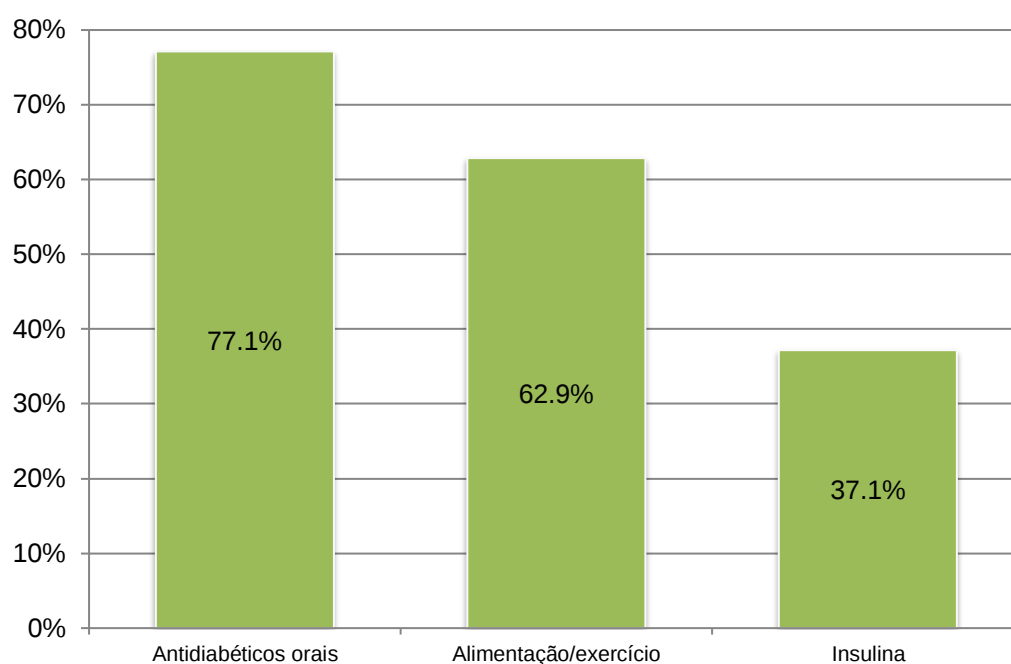


Figura 18. Distribuição dos diabéticos segundo os diferentes tipos de tratamentos.

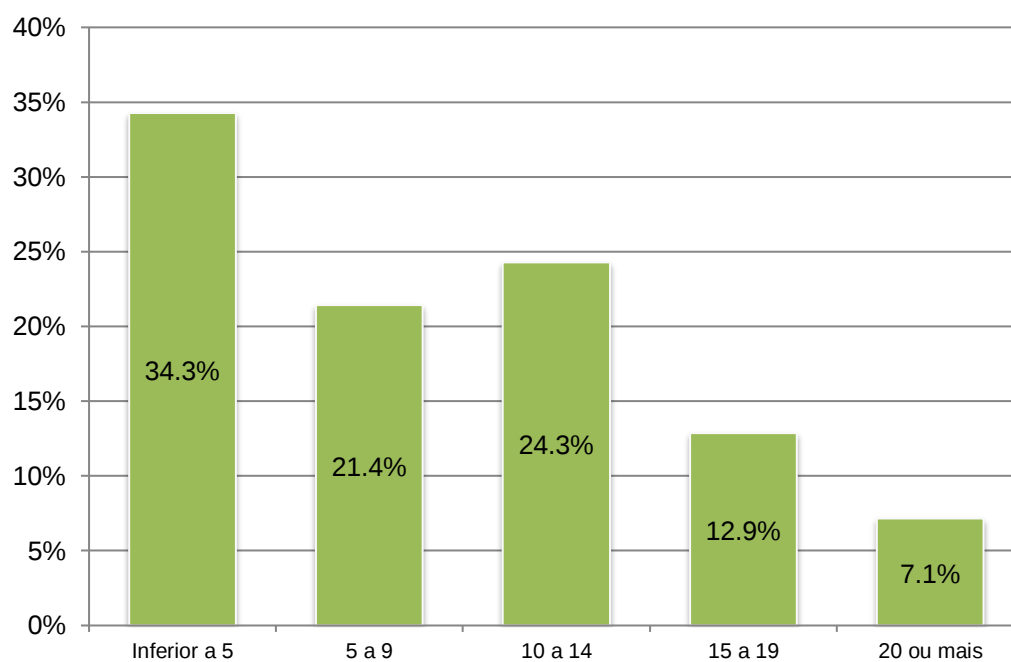


Figura 19. Distribuição dos diabéticos segundo o tempo de tratamento.

4.7.1.3. Caraterização da prevenção do pé diabético

No que respeita ao pé diabético (Figura 19), 65,7% (n = 46) foi-lhe falado sobre os cuidados preventivos ao pé diabético nos últimos 12 meses, no contacto realizado com os profissionais de saúde, 34,3% (n = 24) tem ou já teve alguma lesão caraterística do pé diabético e 98,6% considera que os conselhos do Farmacêutico podem ser importantes para o ajudar a evitar a ter lesões no pé.

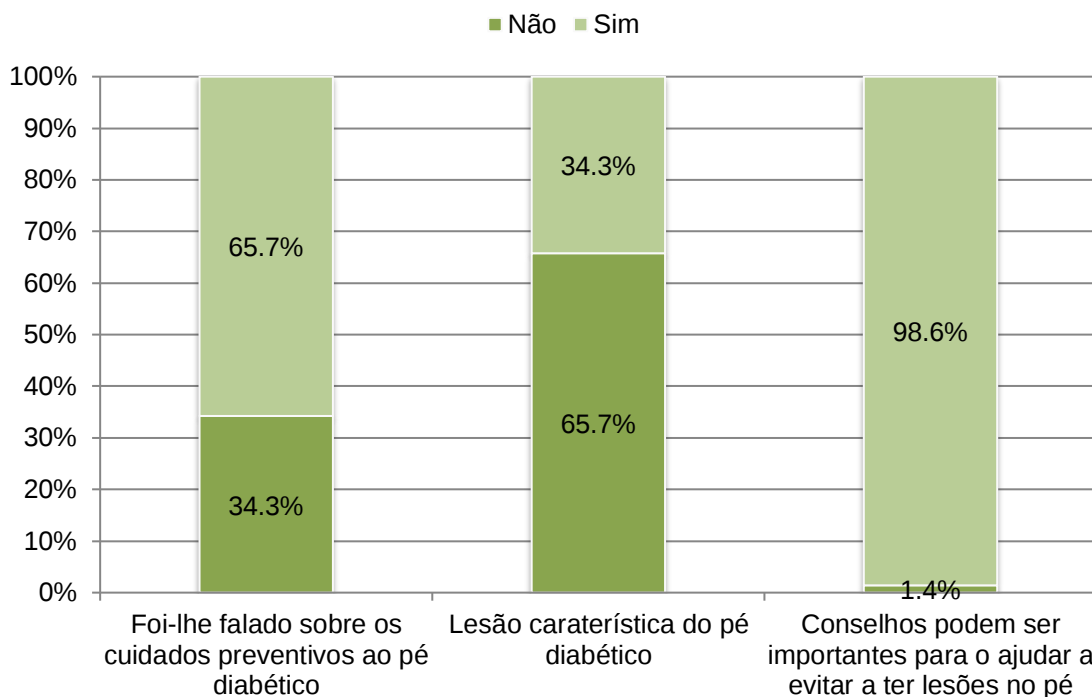


Figura 20. Distribuição dos diabéticos segundo a prevenção do pé diabético.

4.7.2. Análise inferencial

Neste ponto é avaliada a associação das caraterísticas sociodemográficas e da doença com a prevenção do pé diabético em particular ter ou não ouvido falar os profissionais de saúde sobre os cuidados preventivos ao pé diabético nos últimos 12 meses e ter ou já ter tido alguma lesão caraterística do pé diabético. Não foi avaliada esta associação com considerar os conselhos do farmacêutico importantes para o ajudar a evitar a ter lesões no pé uma vez que somente um inquirido referiu que não crê que isso seja importante.

Na Tabela 3 apresentam-se os resultados relativos à associação das características sociodemográficas e da doença com ter ou não ouvido falar os profissionais de saúde sobre os cuidados preventivos ao pé diabético nos últimos 12 meses. Constata-se que não existia qualquer relação estaticamente significativas ($p \geq 0,05$) entre as características sociodemográficas e da doença com a prevenção do pé diabético em particular ter ou não ouvido falar os profissionais de saúde sobre os cuidados preventivos ao pé diabético nos últimos 12 meses. Pelo que independentemente das características sociodemográficas e da doença, a distribuição de ter ou não ouvido falar os profissionais de saúde sobre o pé diabético é similar.

Tabela 3 – Ter ouvido falar os profissionais de saúde sobre os cuidados preventivos ao pé diabético nos últimos 12 meses da religião dos diabéticos segundo as características sociodemográficas e da Diabetes.

		Nos últimos 12 meses, no contacto com os profissionais de saúde, foi-lhe falado sobre os cuidados preventivos ao pé diabético				p
		Não		Sim		
		N	%	N	%	
Sexo	Feminino	11	37,9%	18	62,1%	0,589
	Masculino	13	31,7%	28	68,3%	
Idade (anos)	20 - 50	5	26,3%	14	73,7%	0,593
	50 - 69	11	40,7%	16	59,3%	
	70 - 90	8	33,3%	16	66,7%	
Habilitações académicas	Não tem/não completou 1º ciclo	3	27,3%	8	72,7%	0,323
	1º ciclo básico	4	22,2%	14	77,8%	
	2º e 3º ciclo básico	5	50,0%	5	50,0%	
	Ensino secundário	6	54,5%	5	45,5%	
	Ensino superior	6	30,0%	14	70,0%	
Situação Profissional	Desempregado	2	33,3%	4	66,7%	0,998
	Trabalhador no ativo	11	35,5%	20	64,5%	
	Reformado	8	33,3%	16	66,7%	
	Dona de casa	3	33,3%	6	66,7%	
Tipo de Diabetes	Tipo I	8	33,3%	16	66,7%	0,156
	Tipo II	16	40,0%	24	60,0%	
	Não sei	0	0,0%	6	100,0%	
Tempo de diagnóstico da Diabetes (anos)	Inferior a 5	10	47,6%	11	52,4%	0,336
	5 a 9	6	33,3%	12	66,7%	
	10 a 14	5	33,3%	10	66,7%	
	15 ou mais	3	18,8%	13	81,3%	
Alimentação/exercício	Não	9	34,6%	17	65,4%	0,964
	Sim	15	34,1%	29	65,9%	
Antidiabéticos orais	Não	8	50,0%	8	50,0%	0,132
	Sim	16	29,6%	38	70,4%	

Insulina	Não	16	36,4%	28	63,6%	0,634
	Sim	8	30,8%	18	69,2%	
Tempo de utilização de tratamento da Diabetes (anos)	Inferior a 5	11	45,8%	13	54,2%	0,270
	5 a 9	5	33,3%	10	66,7%	
	10 a 14	6	35,3%	11	64,7%	
	15 ou mais	2	14,3%	12	85,7%	

* $p < 0,05$

Na Tabela 4 apresentam-se os resultados da associação das lesões do pé diabético segundo as características sociodemográficas e da diabetes, constatando-se que existia uma associação com significância estatística ($p < 0,05$) da existência de lesões do pé diabético com as habilitações académicas, o tempo de diagnóstico da diabetes, o tratamento e o tempo de tratamento.

Relativamente às habilitações académicas, nenhum doente com o ensino secundário tinha ou já tinha tido qualquer lesão característica do pé diabético e no ensino superior 15% ($n = 3$) tinham ou já tinha tido alguma lesão característica do pé diabético. Pelo contrário, 70,0% ($n = 7$) dos diabéticos com o 2º ou 3º ciclo básico e 63,6% ($n = 7$) dos que não tem qualquer habilitação ou não completaram o 1º ciclo tinham ou já tinha tido alguma lesão característica do pé diabético e no ensino superior.

No que respeita ao tempo da diabetes, com o aumento do tempo da diabetes há um acréscimo da percentagem de diabéticos que tem ou já teve alguma lesão característica do pé diabético, sendo 9,5% ($n = 2$) nos doentes que tinham diagnóstico da diabetes há menos de 5 anos, subindo até aos 50,0% ($n = 8$) naqueles que tinham a diabetes há mais de 15 anos.

Em termos de tratamento, 50,0% ($n = 13$) dos diabéticos tratados com insulina tinham ou já tinha tido alguma lesão característica do pé diabético e no ensino superior, sendo essas proporções 40,7% ($n = 22$) nos diabéticos a efetuarem tratamentos com antidiabéticos orais e 20,5% ($n = 9$) naqueles que cuidavam da doença somente com alimentação e exercício.

Finalmente em termos de tempo de tratamento, tal como com o tempo da doença, com o aumento do tempo de tratamento há um incremento da percentagem de diabéticos que tem ou já teve alguma lesão característica do pé diabético, sendo 8,3% ($n = 2$) nos doentes cujo tratamento era realizado há menos de 5 anos e atingindo os 50,0% ($n = 7$) naqueles que efetuavam o tratamento há mais de 15 anos.

Tabela 4 – Ter ou já ter tido alguma lesão característica do pé diabético segundo as características sociodemográficas e da Diabetes.

		Tem ou já teve alguma lesão caraterística do pé diabético				p
		Não		Sim		
		N	%	N	%	
Sexo	Feminino	21	72,4%	8	27,6%	0,321
	Masculino	25	61,0%	16	39,0%	
Idade (anos)	20 - 50	16	84,2%	3	15,8%	0,138
	50 - 69	16	59,3%	11	40,7%	
	70 - 90	14	58,3%	10	41,7%	
Habilitações académicas	Não tem/não completou 1º ciclo	4	36,4%	7	63,6%	0,001*
	1º ciclo básico	11	61,1%	7	38,9%	
	2º e 3º ciclo básico	3	30,0%	7	70,0%	
	Ensino secundário	11	100,0%	0	0,0%	
	Ensino superior	17	85,0%	3	15,0%	
Situação Profissional	Desempregado	4	66,7%	2	33,3%	0,233
	Trabalhador no ativo	24	77,4%	7	22,6%	
	Reformado	14	58,3%	10	41,7%	
	Dona de casa	4	44,4%	5	55,6%	
Tipo de Diabetes	Tipo I	12	50,0%	12	50,0%	0,125
	Tipo II	30	75,0%	10	25,0%	
	Não sei	4	66,7%	2	33,3%	
Tempo de diagnóstico da Diabetes (anos)	Inferior a 5	19	90,5%	2	9,5%	0,034*
	5 a 9	11	61,1%	7	38,9%	
	10 a 14	8	53,3%	7	46,7%	
	15 ou mais	8	50,0%	8	50,0%	
Alimentação/exercício	Não	11	42,3%	15	57,7%	0,002*
	Sim	35	79,5%	9	20,5%	
Antidiabéticos orais	Não	14	87,5%	2	12,5%	0,037*
	Sim	32	59,3%	22	40,7%	
Insulina	Não	33	75,0%	11	25,0%	0,033*
	Sim	13	50,0%	13	50,0%	
Tempo de utilização de tratamento da Diabetes (anos)	Inferior a 5	22	91,7%	2	8,3%	0,012*
	5 a 9	8	53,3%	7	46,7%	
	10 a 14	9	52,9%	8	47,1%	
	15 ou mais	7	50,0%	7	50,0%	

* p < 0,05

Conclusão

Os resultados obtidos no presente estudo revelaram que 98,6% da amostra considera que os conselhos do farmacêutico podem ser importantes para o ajudar a evitar a ter lesões no pé. Apesar disso, 34,3% (n = 24) tem ou já teve alguma lesão característica do pé diabético, o que revela que ainda há muito a desenvolver por parte do farmacêutico em cooperação com o doente relativamente aos autocuidados e prevenção do mesmo. Contudo 65,7% (n = 46) dos inquiridos responderam que foi-lhe falado sobre os cuidados preventivos ao pé diabético nos últimos 12 meses, no contacto realizado com os profissionais de saúde, o que mostra a sensibilização da doença por parte dos mesmos, obtendo-se evidentes ganhos de saúde e qualidade de vida.

Constatou-se ainda através dos resultados da associação das lesões do pé diabético segundo as características sociodemográficas e da diabetes, que existia uma associação com significância estatística ($p < 0,05$) da existência de lesões do pé diabético com as habilitações académicas, o tempo de diagnóstico da diabetes, o tratamento e o tempo de tratamento.

No que respeita às habilitações académicas, nenhum doente com o ensino secundário tinha ou já tinha tido qualquer lesão característica do pé diabético e apenas 15% (n = 3) dos inquiridos com o ensino superior tinham ou já tinha tido alguma lesão característica do pé diabético; relativamente ao tempo da diabetes, com o seu aumento é possível verificar um acréscimo da percentagem de diabéticos que tem ou já teve alguma lesão característica do pé diabético; em termos de tempo de tratamento, tal como com o tempo da doença, com o aumento do tempo de tratamento há um incremento da percentagem de diabéticos que tem ou já teve alguma lesão característica do pé diabético.

Com estes resultados e tendo em consideração que a prevalência da DM tem vindo a aumentar e que o pé do diabético é umas das complicações mais graves e dispendiosas associadas a esta doença, a prevenção desta sequela é particularmente importante. Além disso, como mencionado anteriormente, sabe-se que muitas das complicações associadas a esta afeição, podem ser prevenidas através da educação/aprendizagem de autocuidados a ter com os pés.

A maior limitação deste estudo consistiu no facto de a amostra ser de conveniência e ainda o facto de os questionários terem sido efectuados apenas no conselho de Lisboa não sendo por este motivo representativos da população portuguesa.

Embora se tenha verificado que uma percentagem substancial de doentes respondeu que considera os conselhos do farmacêutico importantes para o ajudar a evitar a ter lesões no pé, seria importante desenvolver programas educacionais mais individualizados e específicos através de instrumentos que avaliem de forma mais precisa os autocuidados que os doentes diabéticos têm com os pés, o que pode passar pela realização de entrevistas frequentes e pela descrição/exemplificação dos cuidados que estes têm com os seus pés. Com estas ferramentas e através do contributo do farmacêutico será possível identificar e combater deficiências nos cuidados que os utentes têm com os pés e diminuir a morbilidade associada e os custos para o doente e sociedade.

Bibliografia

- American College of Clinical Pharmacy. (2000). A vision of pharmacy's future roles, responsibilities, and manpower needs in the United States. *Pharmacotherapy*, 20(8), 991–1020. <http://doi.org/10.1592/phco.20.11.991.35270>
- Anderson, S. (2002). The state of the world's pharmacy: A portrait of the pharmacy profession. *Journal of Interprofessional Care*, 16(4), 391–404. <http://doi.org/10.1080/1356182021000008337>
- Anselmo MI, Nery M, Parisi MC. The effectiveness of educational practice in diabetic foot: a view from Brazil. *Diabetol Metab Syndr*. 2010;2(1):45.
- ANF. (2008). Programa de Troca de Seringas nas Farmácias 1993-2008.
- ANF, C.-. (2009). Farmácia prática Especial Terapêutica. *Media*, 1–8.
- APDP (2017). Complicações - Diabetes. Retirado de: <http://www.apdp.pt/diabetes/complicações>, consultado a: 17/10/2017
- Association, A. D. (2008). Nutrition recommendations and interventions for diabetes: A position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 31(SUPPL. 1). <http://doi.org/10.2337/dc08-S061>
- Association, A. D. (2014). Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus, 2014. *Diabetes Care*, 37(3), 887.1-887. <http://doi.org/10.2337/dc14-er03>
- Association, A. D. (2016). Standards of Medical Care in Diabetes - 2016. *Australian Family Physician.*, 39(6), 386–390. <http://doi.org/10.2337/dc14-S014>
- Associação Nacional das Farmácias (2008a). Serviços Diferenciados. Retirado de: http://www.anf.pt/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=101&Itemid=101, consultado a: 16/08/2017
- Associação Nacional das Farmácias (2008b). Serviços Essenciais. Retirado de: http://www.anf.pt/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=99&Itemid=100, consultado a: 16/08/2017
- Barbosa, C. M. (2011). Farmácias/cuidados de saúde : Ordem defende conceito de farmacêutico de família.
- Barone, B., Rodacki, M., Cenci, M. C. P., Zajdenverg, L., Milech, A., & Oliveira, J. E. P. de. (2007). Cetoacidose diabética em adultos: atualização de uma complicação antiga. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 51(9), 1434–1447. <http://doi.org/10.1590/S0004-27302007000900005>
- Borges, P. W. J., Moreira, M. M. T.; Rodrigues, P. T. M.; Oliveira, J. C. (2011). Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa, 46(2): 487-494.
- Clinic, M. (2018). Diabetic neuropathy - Symptoms and causes. Disponível em: <https://www.mayoclinic.org>.
- Consenso, C. de. (2007). Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM), 48(1), 5–17.

- Correr, C. J.; Noblat, L. A. C. B.; Castro, M. S. Gestão da Assistência Farmacêutica - Modelos de Seguimento Farmacoterapêutico. Eixo 3, módulo 9, p 22-29. 2013
- Correr, C. J; Otuki, M. F. A prática farmacêutica na farmácia comunitária. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- Correr, C. J.; Otuki, M.; Soler, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: da gestão técnica à gestão clínica do medicamento. Material não publicado [submetido]. 2011.
- Costa, J. de A., Balga, R. S. M., Alfenas, R. de C. G., & Cotta, R. M. M. (2011). Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 2001–2009. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300034>
- Costa, S., Madeira, A., Horta, M. R., & Santos, R. (2006). *Manual: como prestar um serviço Diferenciado na farmácia?* Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:No+Title#0>
- Costa, S., Santos, C., & Silveira, J. (2006). Community Pharmacy Services in Portugal. *Annals of Pharmacotherapy*, 40(12), 2228–2234. <http://doi.org/10.1345/aph.1H129>
- Couto, C. (2006). O Enfermeiro e a Pessoa com Diabetes. Retirado de: www.ordemenfermeiros.pt, consultado a: 22/10/2017
- Davidson, J. (2000). Diabetes tipo 2: Detecção mais precoce, doentes mais jovens. *Patient care*, 30-38
- Dhaliwal, R., & Weinstock, R. S. (2014). Management of Type 1 Diabetes in Older Adults. *Diabetes Spectrum : A Publication of the American Diabetes Association*, 27(1), 9–20. <http://doi.org/10.2337/diaspect.27.1.9>
- Diabetes, D. O. F. (2010). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 33(SUPPL. 1). <http://doi.org/10.2337/dc10-S062>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Norma da Direção Geral da Saúde (002/2011)*.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Diagnóstico Sistemático do Pé do Diabético. Norma da DGS Nº005/2011 Atualizada a 21/01/2011*.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Organização de cuidados, prevenção e tratamento do Pé Diabético. Orientação da DGS (003/2011).
- Direção-Geral de Saúde. (2001). Pé Diabético – Programa de Controlo da Diabetes Mellitus. *Circular Normativa*, (8/DGCG), 9.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Pé Diabético - Programa Nacional de prvenção e Controlo da Diabetes. *Circular Normativa*, (05/PNPCD).
- Direcção-Geral da Saúde. (2011). *Abordagem Terapêutica Farmacológica na DM tipo 2 no adulto. Norma da DGS nº 052/2011 Atualizada a 27/04/2015*.
- Direcção Geral de Saúde. (2011). Organização de cuidados, prevenção e tratamento do Pé Diabético. *Orientação DGS 003/2011*, 1–5. Retrieved from <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0032011-de-21012011.aspx>
- Dores, J., Magalhães, Â., & Carvalheiro, M. (2011). Relatório de Consenso Diabetes e Gravidez. *Direção Geral de Saúde*, 21.

- Escoval, A., Coelho, A., Diniz, J., Rodrigues, M., Moreira, F., & Espiga, P. (2010). Gestão Integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 105-116.
- F, M.-R., F, F.-L., MA, G., M, P., & MJ, F. (2001). Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico . Resultados de la fase piloto Pilot phase results of the Dáder programme for drug therapy follow up, 53–65.
- Faria, A., Coordenador, V., Magalhães, A. S., Lourenço, A., Paulino, E., & Rodrigues, H. L. (2013). Boletim Terapêutico N.º 03/2013 Recomendações Para a Terapêutica Farmacológica Da Hiperglicémia Na Diabetes Mellitus Tipo 2. *Boletim Da Comissão de Farmácia E Terapêutica Da Administração Regional de Saúde Lisboa E Vale Do Tejo (ARS LVT)*, 1–17. Retrieved from http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/451/3_Boletim_Terap_utico_N_3_2013.pdf
- Faria, H. T. G. (2011). *Desafios para a atenção em saúde : adesão ao tratamento e controle metabólico em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 , no município de Passos , MG Desafios para a atenção em saúde : adesão ao tratamento e controle metabólico em pessoas com diabetes melli.*
- Farmacêuticos, O. dos. (2015). Intervenções dos farmacêuticos aportam valor social e económico.
- Farmacêuticos, O. Dos. (2009). Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF). *Conselho Nacional Da Qualidade, 3ª Edição, 3ª Edição*, 53.
- Fernández-Llimós F., Faus, M., Gastelurrutia M., Baena, M., Tuneu, L., Martínez, F. (2004). Systematic identification of negative clinical outcomes from pharmacotherapy. 2(3): 195-205.
- Figueiredo, I. V. (2010). Diabetes mellitus - Fármacos antidiabéticos não insulínicos.
- George, F. H. M. (2013). *Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2. Norma Da Direção - Geral Da Saúde*. <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.08.049>
- Gimenes, H. T., Zanetti, M. L., & Haas, V. J. (2009). Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica 1 medicamentosa. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 17(1), 1–7. <http://doi.org/10.1590/S0104-11692009000100008>
- Hernández, D. S., Dáder, M. J. F., & Castro, M. M. S. (2009). *Método Dáder. Manual de Seguimento Farmacoterapêutico - Terceiro Consenso de Granada* (Vol. 2009).
- Horta, R. (2015). Programas de Cuidados Farmacêuticos em Doença Crónica.
- IDF. (2017). International Diabetes Federation (IDF). IDF diabetes atlas, Eighth edition, 1–150. Retrieved from www.diabetesatlas.org
- Iglésias-Ferreira, P., & Mateus-Santos, H. (2011). Cuidados Farmacêuticos Domiciliários : Uma Necessidade , Um Serviço Clínico , Uma Oportunidade. *Boletim Do CIM*. Retrieved from http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc6285.pdf
- Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (Infarmed). (2005). Medicamentos Manipulados. *Infarmed*, 5.
- Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (Infarmed). (2007). Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto. *Diário Da República*, 1–35. Retrieved from http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_II/TITULO_II_CAPITULO_IV/022-A_DL_307_2007_6ALT.pdf

- Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (Infarmed). (2012). Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto. *Diário Da República*, 1–30.
- Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (IFARMED). (2013). *Formulário: Medicamentos para o tratamento da Diabetes Mellitus*. Retrieved from file:///C:/Users/PORTATIL/Downloads/FNM_DiabMell_CNFT_Word_alterações_Maio15.pdf
- International Diabetes Federation Guideline Development Group. (2014). Global guideline for type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 104(1), 1–52. <http://doi.org/10.1016/j.diabres.2012.10.001>
- Iraj, B., Khorvash, F., Ebnesahidi A., & Askari G. (2012, Maio 2018). Prevention of Diabetic Foot Ulcer. *International Journal of Preventive Medicine*. Disponível em: Medline.
- Kharroubi, A. T. (2015). Diabetes mellitus: The epidemic of the century. *World Journal of Diabetes*, 6(6), 850. <http://doi.org/10.4239/wjd.v6.i6.850>
- Kitabchi, A. E., Umpierrez, G. E., Miles, J. M., & Fisher, J. N. (2009). Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes. *Diabetes Care*, 32(7), 1335–1343. <http://doi.org/10.2337/dc09-9032>
- Lima, L. (2010). Pharmaceutical care of the elderly : basis and proposals. *Geriatrics & Gerontologia*, 4(3), 154–161.
- Martins, A. P., Costa, S., Horta, M. R., Miranda, A., Ferreira, A. P., Crisóstomo, S., ... Marechal, A. N. F. R. (2007). Contributos em Saúde para os Diabéticos Avaliação do Programa de Cuidados Farmacêuticos : Diabetes Programas de Cuidados Farmacêuticos Cuidados Farmacêuticos e Problemas Relacionados com Medicamentos Programa de Cuidados Farmacêuticos : Diabetes, 1–8.
- Martins, S., Costa, F., & Caramona, M. (2013). IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS FARMACÊUTICOS, 255–263.
- Mateus-Santos, H., & Iglésias-Ferreira, P. (2013). Intervenção Farmacêutica Na Prevenção E Controlo Da Diabetes.
- McCulloch, D. K. (2016). Management of blood glucose in adults with type 1 diabetes mellitus.
- Mendes, Z., Guedes, S., Guerreiro, J. P., Inês, M., Sousa, A., & Miranda, A. (2016). Autovigilância da doença e qualidade de vida dos doentes diabéticos: estudo observacional em farmácias comunitárias. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 34(1), 11–19. <http://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.06.007>
- Ministério da Saúde. (2004). Portaria nº594/2004, de 2 de junho -. *Diário Da República*, 1.ª Série-B, 129, 3441–5.
- Olson JM, Hogan MT, Pogach LM, Rajan M, Raugi GJ, Reiber GE. Foot care education and self management behaviors in diverse veterans with diabetes. *Patient Prefer Adherence*. 2009;3:45-50.
- Pendsey, P. Sharad (2010, Maio 2018). Understanding diabetic foot. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*. Disponível em: Medline.

- Pereira da Silva, A., de Sousa Borges, B. V., Garcia Lira Neto, J. C., Silva Dantas Avelino, F. V., Coelho Damasceno, M. M., Wagner Júnior Freire de Freitas, R. Adesão ao tratamento com antidiabéticos orais na atenção básica de saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, vol. 16, núm. 3, Maio-Julho, 2015, pp. 425-433.
- Portugal, A. P. dos D. de. (2011). Vencer a Diabetes - Histórias que inspiram. 67, 84.
- Postali, C. C., & Leandro-merhi, V. A. (2010). Determinação do índice glicêmico e da carga glicêmica de dietas hospitalares para indivíduos com. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(2), 259–265.
- Renovato, D., Estadual, U., Grosso, M., Aplicada, F., & View, I. (2015). Pharmaceutical care, (January).
- Ribeiro, N., Farmacêuticos, S., & Xavier, D. S. F. (2013). Cuidados Farmacêuticos e Seguimento Farmacoterapêutico, 7–8.
- Rodrigues, A., Marques, F. B., Ferreira, P. L., & Raposo, V. (2007). Estudo do Sector das Farmácias em Portugal, 72.
- Santos, H., Iglésias, P., Fernández-Llimós, F., Faus, M. J., & Rodrigues, L. M. (2004). Segundo Consenso Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos. *Acta Médica Portuguesa*, 17(1), 59–66. <http://doi.org/15636729>
- Sarwar, N., Gao, P., Kondapally Seshasai, S. R., Gobin, R., Kaptoge, S., Di Angelantonio, E., ... Wormser, D. (2010). Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: A collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *The Lancet*, 375(9733), 2215–2222. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60484-9](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60484-9)
- Sequist, E. R., Anderson, J., Childs, B., Cryer, P., Dagogo-Jack, S., Fish, L., ... Vigersky, R. (2013). Hypoglycemia and diabetes: A report of a workgroup of the American diabetes association and the endocrine society. *Diabetes Care*, 36(5), 1384–1395. <http://doi.org/10.2337/dc12-2480>
- Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2003). *Anatomia e Fisiologia*.
- Seino, Y., Nanjo, K., Tajim, N., Kadowaki, T., Kashiwagi, A., Araki, E., ... Ueki, K. (2010). Report of the committee on the classification and diagnostic criteria of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes Investigation*, 1(5), 212–228. <http://doi.org/10.1111/j.2040-1124.2010.00074.x>
- Shaw, J. E., Sicree, R. A., & Zimmet, P. Z. (2010). Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87(1), 4–14. <http://doi.org/10.1016/j.diabres.2009.10.007>
- Shrivastava, S., Shrivastava, P., & Ramasamy, J. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 12(1), 14. <http://doi.org/10.1186/2251-6581-12-14>
- Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. *JAMA*. Jan 12 2005;293(2):217-228
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2016). Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 12/2016, 8–67. Retrieved from [www.spd.pt / diabetes@spd.pt / observatorio@spd.pt%0Ahttp://www.spd.pt/index.php/notcias-topmenu-19/663-2017-03-16-16-19-17](http://www.spd.pt/diabetes@spd.pt/observatorio@spd.pt%0Ahttp://www.spd.pt/index.php/notcias-topmenu-19/663-2017-03-16-16-19-17)

- Strand, L., Cipolle, R., Morley, P., & Frakes, M. (2004). The Impact of Pharmaceutical Care Practice on the Practitioner and the Patient in the Ambulatory Practice Setting: Twenty-five Years of Experience. *Current Pharmaceutical Design*, 10(31), 3987–4001. <http://doi.org/10.2174/1381612043382576>
- Trouilloud, D., & Regnier, J. (2013). Therapeutic education among adults with type 2 diabetes: effects of a three-day intervention on perceived competence, self-management behaviours and glycaemic control. *Global Health Promotion*, 20(2_suppl), 94–98. <http://doi.org/10.1177/1757975913483331>
- Tuomilehto, J. (2009). Nonpharmacologic therapy and exercise in the prevention of type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 32 Suppl 2, 189–193. <http://doi.org/10.2337/dc09-S308>
- van Mil, J. W. F., Schulz, M., & Tromp, T. F. J. (2004). Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review. *Pharmacy World & Science*, 26(6), 303–311. <http://doi.org/10.1007/s11096-004-2849-0>
- Veras, V. S., Regina De Sousa Teixeira, C., Antônio, M., Santos, D., Da Costa, M. T., Torquato, G., ... Zanetti, M. L. (2014). Perfil Glicêmico De Pessoas Com Diabetes Mellitus Em Um Programa De Automonitorização Da Glicemia Capilar No Domicílio. *Artigo Original Texto Contexto Enferm Jul-Set*, 23(3), 609–16. <http://doi.org/10.1590/0104-07072014002610012>
- World Health Organization (WHO). (1993). *The role of the pharmacist in health care system. Journal of health care for the poor and underserved* (Vol. 4).
- World Health Organization (WHO). (2006). Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycemia. *Who2*, 50. <http://doi.org/ISBN 92 4 159493 4>
- World Health Organization (WHO). (2013). Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycaemia First Detected in Pregnancy. *World Health Organization*, 1–63. <http://doi.org/10.1016/j.diabres.2013.10.012>
- World Health Organization (WHO). (2017). Diabetes. Retirado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>, consultado a: 16/08/2017
- World Health Organization (WHO). (2017). World Diabetes Day 2017: Women and diabetes. Retirado de: <http://www.who.int/diabetes/en/>, consultado a: 20/11/2017
- Zellmer, W. A. (2010). Pharmacy's future: Transformation, diffusion, and imagination. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 67(14), 1199–1204. <http://doi.org/10.2146/ajhp090539>

Anexos (Remeter ao longo do texto)

Anexo A: Fluxograma representativo dos cuidados farmacêuticos. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)



Anexo B: Declaração de consentimento informado. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Nome do Doente: _____

Temos, nesta farmácia, o serviço _____ ao seu dispor com o objectivo principal de contribuir para a melhoria do seu estado de saúde.

Juntamente com esta declaração recebeu informações mais detalhadas do seu Farmacêutico sobre este serviço, o qual não substitui as consultas médicas nem as análises clínicas eventualmente prescritas pelo seu médico.

Convidamo-lo(a) a aderir, autorizando a constituição de um registo dos seus medicamentos, valores dos testes feitos na farmácia e o acompanhamento prestado, que será utilizado exclusivamente para efeitos de acompanhamento do seu estado de saúde nesta Farmácia e de articulação com o seu médico assistente, quando necessário.

A sua participação é inteiramente voluntária, podendo em qualquer momento desistir, sem que isso afecte negativamente o atendimento que recebe nesta farmácia.

Toda a informação que nos fornecer sobre si no âmbito deste serviço será sempre confidencial e anónima. O seu nome será do conhecimento exclusivo desta farmácia e do seu médico assistente caso seja necessário contactá-lo(a), não sendo nunca cedido a mais ninguém.

Nos termos da legislação em vigor, terá direito de acesso, correcção e eliminação destes dados, desde que o solicite pessoalmente nesta Farmácia.

A adesão é formalizada através do preenchimento da presente declaração, sendo-lhe atribuído um código, o qual nos permite, de forma mais rápida, identificar e actualizar o seu registo de medicamentos e outros parâmetros, para efeitos de acompanhamento na farmácia.

Nestes termos, declaro que:

- * Tomei conhecimento das condições de participação, as quais aceito.
- * Autorizo esta Farmácia a utilizar os meus dados pessoais.

____ / ____ / ____

(Assinatura do Doente)

Anexo C: Folha SOAP. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

FOLHA SOAP®



Programa de Cuidados Farmacêuticos
Associação Nacional de Farmácias

1. Nome do Doente: _____ Tel.: _____
Médico Assistente: _____ Local de Trabalho: _____ Tel.: _____
2. Farmácia: _____ Cód. ANF: _____
Cód. Doente: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Altura (m): _____ Data: ____/____/____
Estados Patológicos: _____ Alergias: _____
3. **Dados Subjectivos:**
(informação / queixas relatadas pelo doente)
4. **Dados Objectivos:**
(valores dos parâmetros determinados na Farmácia e outros exames)

Data	Valores que desencadearam a intervenção							
	PA (mmHg)	Glicemia (mg/dL)	Col Total (mg/dL)	TG (mg/dL)				
__/__/__								
__/__/__								

jj – jejum, pp – pós-prandial, oc – ocasional

5. **Avaliação:**
(PRMs e outros problemas de saúde)

	Problema de saúde	C/CNC	Medicamentos (Substância Activa e Posologia)	N	E	S	PRM
a)							
b)							
c)							
d)							
e)							
f)							

C/CNC – Controlado / Não controlado; N – Necessidade; E – Efectividade; S – Segurança

6. **Plano de Cuidados Farmacêuticos:**
(Intervenção farmacêutica)

☐ Reportei problema(s) _____ ao médico (contacto pessoal / telefone / carta)

☐ Referenciei à consulta médica (rotina / imediata / urgente)

☐ Prestei aconselhamento sobre terapêutica

☐ Prestei aconselhamento sobre medidas não farmacológicas

☐ Ensinei uso correcto dos dispositivos de autovigilância

☐ Notifiquei Efeito Adverso / PRM S ao Serviço Nacional de Farmacovigilância

☐ Outros: _____

Próx. consulta médica: ____/____/____ Próxima avaliação farmacêutica: ____/____/____ Tempo: ____ min.

Objectivos Terapêuticos	
Parâmetro	Valor

7. **Resultado:**

PRM(s) reportado(s) ao médico	O médico iniciou / ajustou a terapêutica na sequência do reporte?			Problema de saúde resolvido?				
	Sim	Não	Data	Sim	Não	Data	Parâmetro	Valor Final
PRM(s) que desencadearam outra intervenção								

Nome do Farmacêutico: _____ Carteira Prof. nº: _____

Para a Farmácia
© Copyright, Associação Nacional de Farmácias

PHDPCJG20105

Anexo D: Folha de registo da terapêutica do doente (dados objetivos). (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

REGISTO DA TERAPÊUTICA

Nome do Doente: _____

Cód. Doente: _____ Data: ____ / ____ / ____



Programa de Cuidados Farmacêuticos
Associação Nacional de Farmácias

Medicamento (Nome e dosagem)	Indicação Terapêutica	Regime Terapêutico	Data Início	Informação do doente*	Data fim (se aplic.)

*Questões-chave:

1. Sabe para que toma?

2. Desde quando?

3. Como toma habitualmente?

4. Acha que está a resultar? Está satisfeito?

5. Tem sentido algum desconforto?

Rubrica do Farmacêutico: _____

[illegible]

Anexo F: Registo medicação e parâmetros bioquímicos do doente. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

[illegible]

Anexo G: Carta de reporte ao médico. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

Exmo(a). Sr(a). Dr(a).,

Identificação do Doente:

Nome: _____

Idade: _____ Telefone: _____

Motivos de referência à consulta médica:

Intervenção farmacêutica efectuada:

Outra informação:

Terapêutica actual (medicamento, forma farmacêutica e dosagem)	Regime Terapêutico	
	Prescrito	Que o doente faz

Determinações na Farmácia:

Data	Hora	Peso (Kg)	IMC (Kg/m ²)	Pressão arterial (mmHg)	Pulsção (bpm)	Glicemia (mg/dL)		Colesterol (mg/dL)	Triglicéridos (mg/dL)	
						jejum	pós-prandial			

Para qualquer informação adicional, contactar:

FARMACÊUTICO	
FARMÁCIA	
TELEFONE	

Com os melhores cumprimentos,

Data: ____ / ____ / ____

IMP.DPCF.G.04.04

Assinatura do Farmacêutico e carimbo da Farmácia

Anexo H: Questionário

Avaliação do Contributo do Farmacêutico nos Autocuidados e Prevenção do Pé Diabético

QUESTIONÁRIO

O presente questionário faz parte de um estudo de investigação, realizado no âmbito da Unidade Curricular "Dissertação" do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa.

O estudo visa analisar o conhecimento e a prática de autocuidados a ter com os pés nos diabéticos, de modo a prevenir o pé diabético e a realização de um acompanhamento eficaz por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente o contributo do Farmacêutico para a prevenção do mesmo.

Gostaria que dispensasse um pouco do seu tempo, respondendo às questões que se seguem:

1. Sexo

☐ Feminino ☐ Masculino

2. Idade

_____ anos

3. Nível e Instrução

- ☐ Não tem/não completou 1º ciclo
- ☐ 1º ciclo básico
- ☐ 2º e 3º ciclo básico
- ☐ Ensino secundário
- ☐ Ensino superior

4. Situação Profissional

- ☐ Desempregado
 - ☐ Trabalhador no ativo
 - ☐ Reformado
 - ☐ Dona de casa
-

Avaliação do Contributo do Farmacêutico nos Autocuidados e Prevenção do Pé Diabético

5. Tempo de diagnóstico da Diabetes?

- ☐ <5 anos
- ☐ 5-9 anos
- ☐ 10-14 anos
- ☐ 15-19 anos
- ☐ ≥20 anos

6. Qual é o seu tipo de Diabetes?

- ☐ Tipo I
- ☐ Tipo II
- ☐ Outro _____
- ☐ Não sei

7. Qual ou quais os tratamentos que faz para a Diabetes?

- a. Alimentação/exercício ☐ Sim ☐ Não
- b. Antidiabéticos orais ☐ Sim ☐ Não
- c. Insulina ☐ Sim ☐ Não

8. Tempo de utilização de tratamento da Diabetes?

- ☐ <5 anos
- ☐ 5-9 anos
- ☐ 10-14 anos
- ☐ 15-19 anos
- ☐ ≥20 anos

9. Nos últimos 12 meses, no contacto com os profissionais de saúde, foi-lhe falado sobre os cuidados preventivos ao pé diabético?

- ☐ Sim ☐ Não
-

Avaliação do Contributo do Farmacêutico nos Autocuidados e Prevenção do Pé Diabético

10. Tem ou já teve alguma lesão característica do pé diabético?

☐ Sim ☐ Não

11. Considera que os conselhos do seu Farmacêutico podem ser importantes para o ajudar a evitar a ter lesões no pé?

☐ Sim ☐ Não

Obrigada pela sua colaboração!

Cláudia Cruz Silva (aluna do 5ºano do MICF – ULHT)