



16° Congresso de Iniciação Científica

SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS ACOMPANHADOS EM ATENÇÃO FARMACÊUTICA

Autor(es)

RAFAELA DURRER PAROLINA

Orientador(es)

FÁTIMA CRISTIANE LOPES GOULARTE FARHAT

Apoio Financeiro

FAPIC/UNIMEP

1. Introdução

Diabetes mellitus tipo 2, caracterizada por resistência ou secreção prejudicada de insulina, é uma patologia comum com prevalência rapidamente crescente pelo mundo. Em 1985 existiam 30 milhões de adultos com Diabetes Mellitus - DM no mundo, em 2002 o número cresceu para 173 milhões e até 2030 estima-se que esse número duplique (OMS; IDF, 2003; SBD, 2005).

O número de mortes por DM representa aproximadamente 9% do total mundial e pelo menos uma em cada dez atinge uma pessoa entre 35 e 64 anos (OMS; IDF, 2003; SBD, 2007). A complicação neuropática é um importante problema de saúde, trazendo morbimortalidade e piorando a qualidade de vida por incapacitação (SBD, 2007); a retinopatia diabética é a principal causa de cegueira em pessoas em idade produtiva, principalmente naquelas com mau controle glicêmico e elevado tempo da doença - esta complicação é encontrada após 20 anos de doença em 60% dos diabéticos tipo 2 e pode ser reversível se não houver alterações na retina (SBD, 2007; GROSS; NEHME, 1999); a nefropatia diabética está associada ao importante aumento de mortalidade, principalmente relacionado à doença cardiovascular (SBD, 2007).

Diante das proporções epidêmicas que a doença assumiu, sem contar nos custos sociais e econômicos, se faz necessário o acompanhamento de pacientes diabéticos pelo profissional farmacêutico, o qual por meio da Atenção Farmacêutica (AF) estabelece uma relação terapêutica entre o usuário de medicamentos e o profissional, sendo que este último visa garantir que todas as necessidades farmacoterapêuticas sejam atendidas, contribuindo para o uso apropriado, efetivo e seguro de medicamentos (OPAS/OMS, 2004; CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 1998; HEPLER e STRAND, 1990).

Por outro lado, a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde - QVRS dos pacientes está ganhando importância entre os profissionais de saúde como um novo resultado terapêutico e está intimamente relacionada com o conceito da AF (LYRA JUNIOR *et al*, 2007; KHEIR, 2004), definido como “a provisão responsável da farmacoterapia com o objetivo de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade

de vida dos pacientes” (HEPLER e STRAND, 1990).

A QVRS analisa os aspectos da vida que são significativamente influenciados pela saúde pessoal ou pelos procedimentos para manutenção ou melhoria da saúde e é definida como o “valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos” (GIANCHELLO, 1996).

Quando compara-se a qualidade de vida – QV de portadores de DM com indivíduos sem a doença nota-se que é inferior àqueles sem DM (ALEY, 2007). Diversos fatores podem afetar a QV do indivíduo com DM, como o tempo de tratamento, o controle glicêmico, as complicações macro e microvasculares, e o próprio tratamento medicamentoso (DAVIS; CLIFFORD; DAVIS, 2001). Assim, é útil a mensuração da QV para avaliar a gravidade da doença; a interferência do tratamento, os hábitos de vida do indivíduo e os benefícios de intervenções, conforme mostram os trabalhos de Lau, Qureshi, Scott (2004) e Goddijn *et al* (1999).

O “Medical Outcomes Study 36- Item Short-Form Health Survey (SF-36)” é um instrumento genérico de avaliação da QVRS amplamente aplicado a portadores de DM e já está traduzido para a língua portuguesa e validado para a cultura brasileira. É formado por 36 itens, contendo oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental. Esse instrumento possui escala de pontuação que varia de 1 a 100 em cada área avaliada (CICONELLI *et al.*, 1999).

2. Objetivos

Avaliar o impacto do Serviço de Atenção Farmacêutica sobre a QVRS de portadores de DM.

3. Desenvolvimento

Estudo prospectivo, realizado no Serviço de Atenção Farmacêutica – SAF da Farmácia Unimep, durante o período de agosto de 2007 a julho de 2008.

3.1 Usuários de medicamentos

Portadores de DM com idade igual ou superior a 18 anos, com ou sem co-morbidades, os quais assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE aprovado pelo CEP/UNIMEP.

3.2 Programa de Atenção Farmacêutica

As seguintes informações foram coletadas no cadastro e atualizadas nas fichas de entrevistas sucessivas do usuário, realizadas mensalmente:

- Pessoais (nome, endereço, telefone) e socioeconômicas (idade, sexo, renda familiar, grau de escolaridade, proveniência - SUS ou Assistência Privada);
- Acompanhamento médico e de outros profissionais; hábitos de vida e dietéticos; co-morbidades; medicamentos; expectativas sobre o serviço.
- Parâmetros clínicos: pressão arterial, peso corpóreo, circunferência abdominal, glicemia e demais exames laboratoriais.

Durante o período o usuário recebeu orientações sobre a(s) patologia(s) e complicações, mudanças em estilo de vida, tratamento medicamentoso, reconhecimento e prevenção de eventos adversos e foi encorajado a participar ativamente de seu tratamento.

3.3 Avaliação da QVRS

O SF-36 foi aplicado na primeira entrevista e a cada três meses de acompanhamento. Caso o paciente viesse a receber alta do SAF antes de completar o período de reaplicação, este foi respondido na última

entrevista de alta, garantindo-se o intervalo mínimo de um mês.

3.4 Análise dos resultados de QVRS

As respostas aos questionários foram digitadas duplamente e analisadas no programa SPSS versão 10.0. Foi aplicado o teste estatístico não-paramétrico Wilcoxon para amostras pareadas, considerando-se significativo valores de $p < 0,05$.

4. Resultado e Discussão

Foram acompanhados 25 portadores de DM. Destes, 10 foram submetidos ao menos a uma reavaliação do SF-36 para avaliação da QVRS.

A Tabela 1 mostra o perfil socioeconômico e de morbidade dos 25 usuários, podendo-se notar maior prevalência do sexo feminino, idade superior a 60 anos e escolaridade até o 1º Grau. Perfil semelhante foi observado por Lyra Junior *et al* (2007), Carmo, Farhat e Caravante (2006), Pires *et al* (2006).

A renda familiar foi mais freqüente entre 1,1 e 5 salários mínimos (68%) e o SAF atingiu igualmente os usuários provenientes de assistência privada e do SUS. Esses resultados reforçam a idéia de que a população carece igualmente de serviços de acompanhamento de sua farmacoterapia, conforme Tabela 1.

A baixa escolaridade reforça a necessidade de atenção especial às necessidades de compreensão do tratamento medicamentoso, além de ter reflexo direto sobre a renda familiar desses idosos (CARMO; FARHAT; CARAVANTE, 2006).

Entre os 25 usuários, 72% apresentavam DM associado à hipertensão arterial sistêmica (HAS). Freqüência superior ao encontrado por Lyra *et al* (2007), o qual notou 56,5%. Segundo a SBD (2002), a HAS é cerca de duas vezes mais freqüente entre os indivíduos com DM que na população em geral, e entre os indivíduos com DM tipo 2, a HAS está presente em 50% dos casos no momento do diagnóstico de DM.

Durante o período de estudo, 169 fármacos foram usados com prescrição médica (média de 6,8 + 3,2/usuário). Segundo a classificação ATC (OMS, 2008), 39% agem sobre o Aparelho Cardiovascular e 34% sobre o Aparelho Digestório e Metabolismo.

Foram realizadas 78 entrevistas farmacêuticas (3,12 entrevistas/usuário) e 253 intervenções farmacêuticas (Figura 1), especialmente relacionadas a problemas com adesão ao tratamento – presente inicialmente em 84% nos 25 usuários e 100% dos 10 usuários acompanhados por ao menos três meses. Nestes, houve redução de 40% nos problemas de não adesão.

A Tabela 2 mostra os resultados de QVRS obtidos nesses 10 usuários. Notou-se alteração positiva significativa no domínio “Capacidade Funcional” ($p < 0,05\%$), bem como discreta melhora em quase todos os demais domínios.

Não é possível correlacionar este achado à melhoria dos parâmetros clínicos, especialmente ao controle da glicemia, uma vez que houve grande dificuldade na obtenção desse parâmetro junto aos usuários acompanhados. Da mesma forma, não houve alteração significativa nos demais parâmetros como peso, IMC e circunferência abdominal nesses 10 usuários.

Analisando-se os resultados iniciais de QVRS desses usuários, bem como suas queixas durante as entrevistas farmacêuticas, pode-se dizer que a maioria não apresentava queixas importantes relacionadas à hiperglicemia. No trabalho de Goddinjn *et al* (1999), o impacto na QVRS após um ano de acompanhamento mostrou-se maior nos pacientes que apresentavam queixas relacionadas à hiperglicemia em relação aos assintomáticos, embora continuassem com escores inferiores a esses. Esta análise também foi feita por Redekop (2004) ao questionar até que ponto o controle glicêmico seria de fato suficiente em curto prazo para causar impacto sobre a QVRS dos portadores de DM no trabalho de Lau, Qureshi, Scott (2004), ou seja, é sabido que o objetivo do controle glicêmico é evitar o risco de complicações e que tais complicações são responsáveis pelo impacto negativo na QVRS dos portadores de Diabetes. Assim, intensificar o controle glicêmico é uma forma importante de evitar complicações e melhorar a QV. Porém, Redekop (2004) ressalta

que a glicemia não apresenta uma relação linear com qualidade de vida, pois a hipoglicemia ou a hiperglicemia podem reduzi-la. Logo, espera-se que a melhoria na QVRS seja maior na presença de hiperglicemia severa. Silva et al. (2003) também reportou que, de uma forma geral, quando compara-se indivíduos com DM e que sofrem de complicações crônicas com aqueles que não sofrem as seqüelas, sugere-se que a presença de complicações está associada a diminuição da QV; no entanto, quando obtém-se o controle da mesma, observa-se que não existe linearidade entre a gravidade da complicação e o impacto na qualidade de vida.

Por outro lado, pode-se avaliar que a prática da AF melhorou a compreensão do usuário a respeito de sua patologia e desta como uma condição crônica que exige controle constante, o que resultou em melhora na adesão ao tratamento medicamentoso e pode ter contribuído com o auto-cuidado do indivíduo como um todo e, conseqüentemente, com o resultado encontrado.

5. Considerações Finais

A avaliação da QVRS é importante por ser uma medida que envolve o ponto de vista do usuário, enquanto a prática da AF pode ser um importante meio para colaborar com o processo educativo de portadores de DM e outras doenças crônicas, adequar aspectos individuais do tratamento medicamentoso e melhorar a QV desses indivíduos. A ampliação do número de usuários acompanhados, com características menos heterogêneas, bem como o tempo de seguimento e a aplicação de outros instrumentos de avaliação da QVRS podem colaborar para a concretização desses resultados. Há necessidade de ampliação dos instrumentos de avaliação de QVRS genéricos e específicos validados para nossa língua e cultura.

Referências Bibliográficas

ALEY, L.P.V. Qualidade de vida de idosos diabéticos tipo 2, usuários de um ambulatório de hospital escola. [Dissertação]. São Paulo. Universidade de São Paulo; 2007.

CARMO, T.A.; FARHAT, F. C. L.; CARAVANTE JR, F. de P.G. **ATENÇÃO FARMACEUTICA**: um projeto piloto na busca da humanização da assistência a saúde. In: **8º Seminário de Extensão da Universidade Metodista de Piracicaba**, no contexto da Mostra Acadêmica, 24 a 26 de outubro de 2006.

CICONELLI, R.M.; FERRAZ., M.B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. **Rev. Brás. Reumatol.**, São Paulo, v. 39, n. 3, 1999. Disponível em: <<http://www.sbr.org.br/revista/pdf/390301.pdf>>. Acesso em: 18 Set 2007.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical Care Practice**. EUA: The McGraw-Hill Companies, 1998.

DAVIS, T. M. E.; CLIFFORD, R. M.; DAVIS, W. A. Effect of insulin therapy in quality of life in type 2 diabetes mellitus: the fremantle diabetes study. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 52, p.63-71, 2001.

GIANCHELLO, A.I. Health outcomes research in Hispanics/Latinos. **Journal of Medical Systems**, v.21, n.5, p.235-54,1996.

GODDIJN, P.P.; BILO, H.J. FESKENS, E.J.; GROENIERT, K.H.; van der ZEE, K.I.; MEYBOOM-DE JONG, B. Longitudinal study on glycaemic control and quality of life in patients with Type 2 diabetes mellitus referred for intensified control. **Diabet Med**. n.16, v.1, p.23-30, 1999.

GROSS, J. L.; NEHME, M. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes mellitus. Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. **Rev. Ass Méd Brasil**,

1999.

KHEIR, N.M.; van MIL, J.W.; SHAW, J.P. SHERIDAN J.L. Health-related quality of life measurement in pharmaceutical care. Targeting an outcome that matters. **Pharm World Sci.**, v.26, n.3, p.125-8, 2004.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **Am J Hosp Pharm, Bethesda**, v. 47, p. 533-543, 1990. Disponível em: . Acesso em: 24 Ago. 2007.

LAU, C.Y; QURESHI, A.K.; SCOTT, S.G. Association between glycaemic control and quality of life in diabetes mellitus. **J. Postgrad. Med.** v.50, n.3, p.189-193, 2004. Disponível em: <http://www.jpgmonline.com/temp/jpgm503189-7111_016_19451_0.pdf>. Acesso em: 15 Ago. 2008.

LYRA JR, D.P.; KHEIR, N.; ABRIATA, J.P.; ROCHA, C.E.; SANTOS, C.B.; PELÁ, I.R. Impact os Pharmaceutical Care interventios in the identification and resolution of drug-related problems and on quality of life in a group of elderly outpatients in Ribeirão Preto (SP), Brazil. **Ther. Clin. Risk Managment**, v3, n.6, p.989-998, 2007.

OMS - Organização Mundial da Saúde; IDF - Federação Internacional de Diabetes. Ação Já Contra o Diabetes. Disponível em: <<http://www.opas.org.br /sistema/fotos/ diabetes.pdf>>. Acesso em: 10 Jan. 2008.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Anatomical-Therapeutical-Chemical Classification System. 2008. Disponível em: . Acesso em: 06 Ago. 2008.

OPAS / OMS - Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. **II Fórum Nacional de Atenção Farmacêutica**: Relatório Final. Florianópolis, 2004. Disponível em: . Acesso em: 28 Ago. 2007.

PIRES, C.F; COSTA, M.M; ANGONESI, D; BORGES, F.P. Demanda del servicio de atención farmacéutica en una farmacia comunitaria privada. **Pharmacy Practice (Granada)**. Vol. 4. no.1.Redondela Jan/Mar.2006.

REDEKOP W.K. Does improved glycaemic control lead to a better short-term quality of life in diabetes mellitus type 2? **J. Postgrad. Med.** v.50, n.3, p.194, 2004

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. **Consenso Brasileiro sobre Diabetes, 2002**: Diagnóstico e Classificação do Diabetes Mellitus e Tratamento do Diabetes Mellitus do Tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003.

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. **Atualização Brasileira sobre diabetes, 2006**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2005.

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007**: Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus.

SILVA, I. et al. Qualidade de vida e complicações crônicas da diabetes. **Análise Psicológica** (2003), 2 (XXI): 185-194.

Anexos

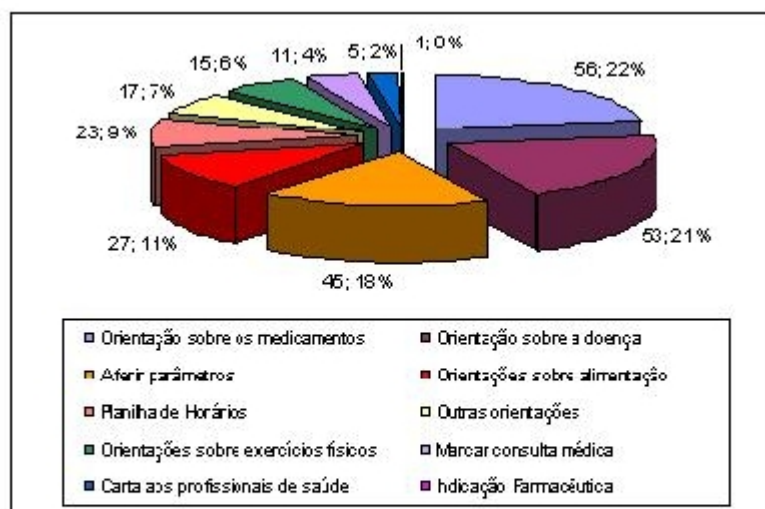


Figura 1: Intervenções farmacêuticas realizadas no SAF- Farmácia Unimep.

Tabela 1: Caracterização Sócio-Econômica e Problemas de Saúde dos usuários cadastrados no GAF – Farmácia Unimep.

Sexo	Faixa etária	Origem	Escolaridade	Renda Familiar	Problemas de Saúde
Masculino	40 – 49 anos	SUS	Até 1º Grau	Até 1 salário	DM
11 (44%)	2 (8%)	10 (40%)	18 (72%)	2 (8%)	7 (28%)
Feminino	50 – 59 anos	Convênios	Até 2º Grau	De 1,1 a 5 sal.	DM e HAS
14 (56%)	4 (16%)	16 (60%)	5 (20%)	17 (68%)	18 (72%)
	60 – 69 anos		Até 3º Grau	Mais de 5 sal.	
	9 (36%)		2 (8%)	6 (24%)	
	70 – 79 anos				
	9 (36%)				
	80 – 89 anos				
	1 (4%)				

Tabela 2: Valores de mediana para cada nível de escolaridade, os resultados das pesquisas de SF-36 e a distribuição dos dados para cada nível de escolaridade, com o teste de Mann-Whitney.

Doença	Mediana SF-36 Físico	Mediana SF-36 Mental	Mediana SF-36 Físico	Mediana SF-36
DM	38	38	38	38
Apoptose	33	33	33	33
HA	37	37	37	37
DM e HAS	37	37	37	37
Saúde mental	36	36	36	36
Apoptose e HAS	33	33	33	33
DM e HAS	33	33	33	33
Apoptose e DM	33	33	33	33