

UNIVERSIDADE VILA VELHA-ES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**AVALIAÇÃO CLÍNICA E HUMANÍSTICA DE PACIENTES COM
TRANSTORNOS MENTAIS E DIABETES MELLITUS ATENDIDOS EM
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

VIVIAN CERQUEIRA DE SOUZA VIANA

VILA VELHA
MAIO 2018

UNIVERSIDADE VILA VELHA-ES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**AVALIAÇÃO CLÍNICA E HUMANÍSTICA DE PACIENTES COM
TRANSTORNOS MENTAIS E DIABETES MELLITUS ATENDIDOS EM
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à Universidade Vila Velha como pré-requisito do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica para obtenção do grau de Mestre em Assistência Farmacêutica.

Orientador: Prof.^a Dra. Nazaré Souza Bissoli

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Lorena Rocha Ayres

VIVIAN CERQUEIRA DE SOUZA VIANA

VILA VELHA

2018

V614a Viana, Vívian Cerqueira de Souza.
Avaliação clínica e humanística em pacientes com transtornos mentais e diabetes mellitus atendidos em uma Unidade de Saúde da Família / Vívian Cerqueira de Souza Viana. – 2018.
108 f.: il.

Orientador: Nazaré Souza Bissoli.
Coorientadora: Lorena Rocha Ayres.
Dissertação (mestrado em Assistência Farmacêutica) -
Universidade Vila Velha, 2018.
Inclui bibliografias.

1. Farmacologia e terapêutica. 2. Diabetes. 3. Doenças mentais. I. Bissoli, Nazaré Souza. II. Ayres, Lorena Rocha. III. Universidade Vila Velha. IV. Título.

CDD 615

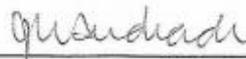
VÍVIAN CERQUEIRA DE SOUZA VIANA

**AVALIAÇÃO CLÍNICA E HUMANÍSTICA DE PACIENTES COM TRANSTORNOS
MENTAIS E DIABETES MELLITUS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA**

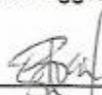
Dissertação apresentada à Universidade
Vila Velha como pré-requisito do
Programa de Pós-Graduação em
Assistência Farmacêutica para obtenção
do grau de Mestra em Assistência
Farmacêutica.

Aprovada em 25 de Maio de 2018.

Banca examinadora:



Prof. Dr. Tadeu Uggere de Andrade- UVV



Prof. Dra. Girlândia Alexandre Brasil - UVV



Prof. Dra. Denise Coutinho Endringer - UVV

O que vale na vida não é o ponto de partida
e sim a caminhada. Caminhando e
semeando, no fim terás o que colher.

Cora Coralina

Dedico esse trabalho a toda minha família, com meu eterno amor e gratidão; a minha orientadora e a minha co-orientadora por todo aprendizado e carinho; a todos os meus pacientes que me ensinam diariamente que o importante é a diferença que fazemos na vida das pessoas e àqueles que acreditam e lutam por um sistema de saúde público melhor para TODOS!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de viver e por me cercar sempre de pessoas e momentos especiais.

Aos meus pais, Waine e Mary, pelo amor, dedicação e incentivo ao estudo.

À Lívia, minha irmã, pelo companheirismo, amor, amizade, e principalmente, pelos meus sobrinhos Sávio e Amélie.

Ao Jordane, meu companheiro pelo amor, incentivo e colaboração.

Aos meus filhotinhos Obininha e Sabrininha pela companhia nos momentos de estudo e a leveza e amor diários.

A toda a minha família por todo amor e carinho, principalmente as avós Eva e Ruth.

Às queridas irmãs da República Muvuca, pelo incentivo, amizade e presença constante mesmo com a distância.

Aos meus amigos que de longe ou perto torceram pela realização desse trabalho.

À minha querida orientadora Prof.^a Dr.^a Nazaré Souza Bissoli, pelo cuidado, carinho, aprendizado, amizade, dedicação, generosidade e tantos outros, saiba que em cada degrau da minha caminhada, em cada paciente que eu atender, terá sempre um pedacinho seu!!!

À minha querida co-orientadora Prof.^a Dr.^a Lorena Rocha Ayres, pelo incentivo em iniciar essa jornada, carinho, aprendizado, amizade, parceria, também terá um pouquinho seu em tudo que eu fizer!

À querida Prof.^a Dr.^a Denise Coutinho Endringer, pela acolhida tão carinhosa, por estar sempre disponível, e por espalhar seu brilho para todos que te cercam.

Ao programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica por me proporcionar um aprendizado tão transformador!

A todos os professores e professoras Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica e do Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas que tanto contribuíram para o meu aprendizado e para a realização deste trabalho.

A todos os colegas do Mestrado em Assistência Farmacêutica e do Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, pela acolhida e por compartilharem tão generosamente essa jornada comigo.

Aos queridos colegas do LHE, pelo aprendizado, compartilhamento e acolhida, em especial a Karine que tão gentilmente me auxiliou nas estatísticas.

Aos amigos da Farmácia da Unidade de Saúde da Família de Maruípe, Hugo, Geraldo, Renata e Joana, minha segunda família, sem os quais eu não teria conseguido concluir esse trabalho!

A todos os meus estagiários e monitores do pet por toda troca e aprendizado durante todos esses anos, principalmente Jéssica, Paty, Victor, Dani, Helyene, Carol, Susana, Marcela, Karine e Anna.

Aos Colegas de Trabalho da Unidade de Saúde da Família de Maruípe que contribuíram na execução desse projeto.

A querida professora Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Ribeiro Gonçalves pela amizade e carinho, e que nunca desistiu de me reaproximar da academia!

A todos os usuários e usuárias, trabalhadores e trabalhadoras do SUS, Sistema Único de Saúde, que contribuem e constroem diariamente um sistema de saúde mais justo, universal, integral e principalmente de muita qualidade.

Aos professores da banca pela gentileza em me avaliar e contribuir nesse trabalho.

À SEMUS/PMV, por meio da ETSUS, pela permissão do desenvolvimento de minha pesquisa.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RESUMO

ABSTRACT

| | |
|---|-----------|
| 1.INTRODUÇÃO | 15 |
| 1.1 TRANSTORNOS MENTAIS..... | 15 |
| 1.2 DIABETES..... | 18 |
| 1.2.1 Classificação | 19 |
| 1.2.2 Diabetes tipo 1 (DM1) | 19 |
| 1.2.3 Diabetes tipo 2 (DM2) | 20 |
| 1.2.4 Diabetes gestacional | 22 |
| 1.2.5 Outros tipos de diabetes | 22 |
| 1.2.6 Diagnóstico | 22 |
| 1.2.7 Tratamento diabetes mellitus | 23 |
| 1.2.7.1 Educação em saúde..... | 23 |
| 1.2.7.2 Medidas não-farmacológicas..... | 24 |
| 1.2.7.3 Tratamento Medicamentoso..... | 24 |
| 1.3 DIABETES E SAÚDE MENTAL..... | 27 |
| 2 HIPÓTESE | 29 |
| 3 OBJETIVOS | 29 |
| 3.1 OBJETIVO GERAL | 29 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 29 |
| 4 MATERIAIS E MÉTODOS | 30 |
| 4.1 LOCAL DO ESTUDO | 30 |
| 4.2 DESENHO DO ESTUDO | 30 |
| 4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO | 32 |

| | |
|---|-----------|
| 4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E NÃO INCLUSÃO | 32 |
| 4.5 AVALIAÇÃO BIOQUÍMICA E METABÓLICA | 32 |
| 4.6 CLASSIFICAÇÃO ATC DOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA DIABETES E PARA TRANSTORNO MENTAL | 34 |
| 4.7 CONHECIMENTO DO PACIENTE COM RELAÇÃO À FARMACOTERAPIA..... | 34 |
| 4.8 ADESÃO AO TRATAMENTO..... | 34 |
| 4.9 QUALIDADE DE VIDA | 36 |
| 4.10 CORRELAÇÕES ENTRE OS RESULTADOS ENCONTRADOS..... | 36 |
| 4.11 NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM O SERVIÇO OFERECIDO PELA FARMÁCIA. | 36 |
| 4.12 ASPECTOS ÉTICOS..... | 37 |
| 4.13 ANÁLISE ESTATÍSTICA | 37 |
| 5.RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 38 |
| 5.1 DADOS SOCIOECONÔMICOS | 38 |
| 5.2 HÁBITOS DE VIDA E COMORBIDADES | 41 |
| 5.3 PARÂMETROS BIOQUÍMICOS | 44 |
| 5.4 TIPOS DE TRANSTORNO MENTAL | 46 |
| 5.5 ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE, PROBLEMAS DE SAÚDE E POLIFARMÁCIA | 48 |
| 5.6 USO DE MEDICAMENTOS ANTIDIABÉTICOS E TRANSTORNO MENTAL ... | 50 |
| 5.7 <i>MEDTAKE TEST</i> | 52 |
| 5.8 AVALIAÇÃO DA ADESÃO A FARMACOTERAPIA | 53 |
| 5.8.1 Teste morisky-green | 53 |
| 5.8.2 <i>Brief medication questionnaire</i> | 55 |
| 5.9 QUALIDADE DE VIDA | 57 |

| | |
|---|-----------|
| 5.10 CORRELAÇÃO QUALIDADE DE VIDA E CONHECIMENTO DA FARMACOTERAPIA | 59 |
| 5.11 CORRELAÇÃO ENTRE ADESÃO (<i>BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE</i>) E NÚMERO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS | 60 |
| 5.12 CORRELAÇÃO ENTRE ADESÃO (<i>BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE</i>) E O CONTROLE DA DA GLICEMIA DE JEJUME DA HEMOGLOBINA GLICADA | 61 |
| 5.13 CORRELAÇÃO ENTRE ADESÃO (<i>BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE</i>) E O CONHECIMENTO DA FARMACOTERAPIA (<i>MEDTAKE TEST</i>) | 62 |
| 5.14 SATISFAÇÃO COM O SERVIÇO OFERECIDO PELA FARMÁCIA..... | 62 |
| 6.SUMÁRIO DOS RESULTADOS | 65 |
| 7.CONCLUSÃO | 66 |
| 8.CONSIDERAÇÕES FINAIS | 67 |
| 9.PERSPECTIVAS..... | 67 |
| 10.LIMITAÇÕES DO ESTUDO | 68 |
| 11.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 69 |
| ANEXOS | 82 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de diabetes mellitus e seus estágios pré-clínicos (SBD, 2015-2016)..... | 23 |
| Tabela 2 Medicamentos Antidiabéticos (adaptado SBD, 2015-2016)..... | 25 |
| Tabela 3 Características gerais dos grupos..... | 38 |
| Tabela 4 Hábitos de vida e comorbidades..... | 43 |
| Tabela 5 Parâmetros bioquímicos..... | 46 |
| Tabela 6 Transtornos mentais mais frequentes no grupo DM+TM..... | 47 |
| Tabela 7 Acesso ao serviço de saúde, problemas de saúde e uso de medicamentos..... | 50 |
| Tabela 8 Classificação ATC dos medicamentos antidiabéticos..... | 51 |
| Tabela 9 Classificação ATC dos medicamentos para tratamento TM..... | 52 |
| Tabela 10 Conhecimento da farmacoterapia..... | 52 |
| Tabela 11 Resultados da medida da adesão por meio do Teste Morisky Green..... | 54 |
| Tabela 12 Avaliação por pergunta do Teste Morisky-Green..... | 54 |
| Tabela 13. Avaliação da adesão por meio do <i>Brief Medication Questionnaire</i> | 55 |
| Tabela 14 Medida da adesão por meio do Regime Barreira do <i>Brief Medication Questionnaire</i> | 56 |
| Tabela 15 Resultados questões 1 e 2 do WHOQOL-bref..... | 57 |
| Tabela 16 Avaliação dos domínios do WHOQOL-bref..... | 58 |
| Tabela 17 Correlação dos domínios do WHOQOL-bref com o <i>Medtake</i> | 60 |
| Tabela 18: Correlação entre a Adesão (<i>Brief Medication Questionnaire</i>) e o número de medicamentos utilizados..... | 61 |
| Tabela 19 Correlação entre a Adesão (<i>Brief Medication Questionnaire</i>) e o número de medicamentos utilizados (excluindo os medicamentos de saúde mental)..... | 61 |
| Tabela 20 Correlação entre a Adesão (<i>Brief Medication Questionnaire</i>) e o controle da glicemia em jejum e da hemoglobina glicada..... | 62 |
| Tabela 21 Correlação entre a Adesão (<i>Brief Medication Questionnaire</i>) e o conhecimento da farmacoterapia (<i>Medtake test</i>)..... | 62 |
| Tabela 22: Média do nível de satisfação geral para cada item do Questionário de Satisfação com os Serviços oferecidos pelas farmácias..... | 63 |
| Tabela 23: Características semelhantes encontradas nos grupos DM e DM+TM.... | 65 |
| Tabela 24: Parâmetros com diferenças significativas nos grupos DM e DM+TM..... | 66 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|---|
| ALT/TGP | Alanina aminotransferase/ transaminase glutâmica pirúvica |
| AST/TGO | Aspartato aminotransferase/ transaminase glutâmica oxalacética |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CCS/UFES | Centro de Ciências da Saúde/ Universidade Federal do Espírito Santo |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos |
| DM | Diabetes Mellitus |
| DM1 | Diabetes Mellitus tipo1 |
| DM2 | Diabetes Mellitus tipo2 |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| GGT | Gama glutamil transferase |
| HDL | <i>High Density Lipoproteins</i> , lipoproteínas de alta densidade |
| HIPERDIA | Programa de Hipertensão de Diabetes |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IMC | Índice de Massa Corpórea |
| LDL | <i>Low Density Lipoproteins</i> , lipoproteínas de baixa densidade |
| NICE | National Institute for Health and Care Excellence |
| NASF | Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| PAD | Pressão Arterial Diastólica |
| PAS | Pressão Arterial Sistólica |
| PCR US | Proteína C reativa ultrassensível |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| SBH | Sociedade Brasileira de Hipertensão |
| SBPC | Sociedade Brasileira de Patologia Clínica |
| SPSS | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> , |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TGD | Triglicerídeos |
| TTG | Teste de Tolerância Oral a glicose |
| TM | Transtorno Mental |
| USFM | Unidade de Saúde da Família de Maruípe |
| VLDL | <i>Very Low Density Lipoproteins</i> , lipoproteínas de muito baixa densidade |
| WHO | World Health Organization |

RESUMO

VIANA, Vívian Cerqueira de Souza, M.Sc., Universidade Vila Velha – ES, Maio de 2018 **Avaliação clínica e humanística em pacientes com transtornos mentais e diabetes mellitus atendidos em uma Unidade de Saúde da Família.** Orientadora: Nazaré Souza Bissoli, Co-orientadora: Lorena Rocha Ayres

Pessoas com transtornos mentais (TM) são complexas, no tocante às morbidades e uso de medicamentos, influenciando diretamente no seguimento da farmacoterapia e também no autocuidado. O diabetes mellitus (DM) é um transtorno metabólico responsável por inúmeras complicações e mortes sendo um grave problema de saúde pública. A DM associada com algum TM acarreta piora na qualidade de vida, na adesão e no controle das doenças, além de aumento nas hospitalizações e custos, sendo necessário um somatório de forças entre políticas públicas de saúde, usuários e equipe multidisciplinar. Diante do contexto, o estudo teve como objetivo avaliar e comparar o perfil clínico e humanístico de dois grupos: pacientes com DM associado a algum TM e aqueles que apresentam somente DM, sendo que cada grupo foi composto por 40 e 42 pacientes, respectivamente. As informações dos pacientes foram coletadas por meio de instrumentos estruturados de coleta de dados durante entrevistas com farmacêutico, sendo obtidos dados: socioeconômicos, hábitos de vida, exames bioquímicos e metabólicos, conhecimento do tratamento, adesão, qualidade de vida e satisfação com os serviços prestados pela farmácia. Os participantes dos grupos DM e DM+TM se apresentaram bem semelhantes, apresentando diferença significativa nos parâmetros de gênero, na atividade remunerada, no número de medicamentos utilizados, problemas de saúde relatados e no conhecimento da farmacoterapia prescrita. No controle bioquímico apesar de não existir diferença estatística significativa, ambos os grupos apresentaram valores acima do recomendado na glicemia em jejum e na hemoglobina glicada, além de o grupo DM também ter os valores médios de triglicérides alterados. A avaliação da adesão ao tratamento farmacológico entre os grupos não houve diferença significativa, porém ambos os grupos apresentaram adesão média ou baixa. Na avaliação humanística houve diferença na percepção geral da qualidade de vida entre os grupos, porém o grupo DM demonstrou-se mais satisfeito nos domínios físico, psicológico e ambiental. A satisfação com os serviços oferecidos pela farmácia foi regular, sendo que o grupo DM+TM demonstrou maior insatisfação. Não houve grande diferença nos parâmetros estudados entre os dois grupos, mesmo com acesso aos serviços de saúde, às consultas e medicamentos não se obteve o alcance das metas terapêuticas para o controle do diabetes.

Palavras-chave: cuidados farmacêuticos, *diabetes mellitus* e transtorno mental.

ABSTRACT

VIANA, V.C.S. **Clinical and humanistic evaluation in patients with mental disorders and diabetes mellitus assisted by a Family Health Unit.** 2018. 108f. Dissertation (Master). Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica – University of Vila Velha, Vila Velha, 2018.

People with mental disorders are complex, considering their morbidities and use of medications, which directly influence the pharmacotherapy follow up and self-care. Diabetes mellitus (DM) is a metabolic disorder responsible for numerous complications and deaths being a serious public health problem. DM associated with some mental disorders causes worsening in quality of life, adherence and disease control, and an increase in hospitalizations and costs, requiring a sum of forces between public health policies, users and multidisciplinary team. The objective of this study was to evaluate and compare the clinical and humanistic profile of two groups: patients with mental health problems and DM and those with DM only, and each group was composed of 40 and 42 patients, respectively. Patient information was collected through structured data collection instruments during interviews with a pharmacist. The information obtained was: socioeconomic, life habits, biochemical and metabolic laboratory tests, knowledge of treatment, adherence, quality of life and satisfaction with the services provided by the pharmacy. The participants of the DM and DM + mental disorders groups presented a good homogeneity, presenting a significant difference in gender parameters, remunerated activity, number of medications used, reported health problems and knowledge of the prescribed pharmacotherapy. In biochemical control, although there was no difference statistically significant, both groups presented values above the recommended levels in fasting glycemia and in glycated hemoglobin, besides the DM group also had mean triglyceride values altered. The assessment of adherence to pharmacological treatment between the groups also showed no difference, but both groups presented medium or low adherence. In the humanistic assessment, there was a difference in the general perception of quality of life between the groups, but the DM group was more satisfied in the physical, psychological and environmental domains. The satisfaction with the services offered by the pharmacy was regular, and the DM + mental disorders group showed greater dissatisfaction. There was no major difference in the parameters studied between the two groups, even with access to health services, consultations and medications, the achievement of the therapeutic goals for the control of diabetes was not achieved.

Key words: pharmaceutical care, diabetes mellitus and mental disorders

1 INTRODUÇÃO

A comorbidade de transtornos mentais com condições crônicas de saúde tem emergido como um tópico de considerável interesse clínico. O diabetes é considerado uma das doenças crônicas mais exigentes psicologicamente, pois demanda um manejo diário rigoroso do tratamento pelos próprios pacientes (KRUSE, SCHMITZ, THEFELD, 2003). A prevalência de diabetes mellitus é duas ou três vezes maior em pessoas com doença mental do que na população geral (HOLT; MITCHEL, 2015).

Diabetes mellitus (DM) e transtornos mentais (TM) compartilham associação bidirecional, influenciando uns aos outros de várias maneiras. Primeiro, podem se apresentar como condições independentes, sem conexão direta aparente. Em tal cenário, ambos são resultado de vias patogênicas independentes. Em segundo lugar, o curso do DM pode ser complicado pelo surgimento de transtornos psiquiátricos, nesses casos, o DM contribui para a patogênese do TM, nesse contexto, vários fatores biológicos e psicológicos mediam o surgimento de transtornos psiquiátricos. Terceiro, certos transtornos psiquiátricos como a depressão e a esquizofrenia atuam como fatores de risco independentes significativos para o desenvolvimento do diabetes. Quarto, pode haver uma sobreposição entre a apresentação clínica de episódios de hipoglicemia e cetoacidose e condições como ataques de pânico. Por último, a tolerância à glicose diminuída e diabetes podem surgir como um efeito adverso dos medicamentos utilizados para transtornos psiquiátricos, sendo que o tratamento dos TM pode influenciar o tratamento do diabetes de outras formas (BALHARA, 2011).

1.1 TRANSTORNOS MENTAIS

Os transtornos mentais (TM) atingem a população mundial em todas as classes sociais e faixas etárias, não distinguindo gênero, religião ou nível de instrução. Segundo dados do Instituto Nacional de Saúde do Reino Unido (NICE, 2011) aproximadamente 15% da população mundial pode sofrer com algum transtorno mental, em qualquer fase da vida. Em 2003 a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que 450 milhões de pessoas em todo o mundo sofriam algum de transtorno mental, variado entre depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia,

epilepsia, estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo, síndrome do pânico, insônia primária, uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outros. Uma em cada quatro pessoas será afetada por uma perturbação mental em dada fase da vida, sendo rara a família poupada de um encontro com algum TM (OMS, 2003).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) descreve que aproximadamente 22,2% da população latino-americana sofre com algum problema de saúde mental (ALARCÓN, 2003; OPAS, 2013). Vários são os fatores que contribuem para o aparecimento de transtornos mentais na população, como os processos acelerados de urbanização e industrialização, acesso desigual aos cuidados de saúde, condições de moradia inadequadas, distribuição desigual da renda, desemprego, altas taxas de violência e criminalidade (COUTINHO; ALMEIDA; MARI, 1999).

Dados epidemiológicos no Brasil são escassos, porém Santos e Siqueira (2010) demonstraram que a prevalência de atendimentos para transtornos mentais nos serviços de saúde varia entre 20 a 56% dependendo da cidade estudada. De acordo com esse estudo, as cidades com as maiores taxas de prevalência foram Brasília (51%), Porto Alegre (43%) e São Paulo (30%). Brasília apresentou maior índice entre as mulheres (54%) enquanto em São Paulo a prevalência foi maior nos homens (53%).

A maioria dos transtornos detectados refere-se aos transtornos não psicóticos, como ansiedade, seguido de depressão e uso/abuso de álcool. Há uma diferença entre os sexos no que se trata refere os transtornos mais comuns, em homens destaca-se o abuso de álcool enquanto mulheres apresentam principalmente problemas de ansiedade, depressão e fobias (SANTOS e SIQUEIRA, 2010).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) baseado em três princípios que são a universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, sendo o acesso à saúde um direito de todos e um dever do estado (BRASIL, 1988). Por anos a atenção ao paciente com transtorno mental foi deixada de lado, de modo que o financiamento e a criação de uma rede integral de ações eram mínimos. Em meados de 1978 iniciou-se o processo de modificação da atenção ao paciente, que era baseada principalmente na internação em clínicas de reclusão, os manicômios, porém somente a partir de 1989 que

ocorreu a criação dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2005).

Deste modo, a mudança na realidade do paciente psiquiátrico no Brasil se deu a partir da assinatura, pelo governo brasileiro, da Declaração de Caracas em 1990, que culminou na modificação da legislação vigente em 1999 (BRASIL, 1999) e a aprovação da Lei 10.216 de abril de 2001, que é, apesar dos anos de atraso, um marco para a proteção dos direitos dos pacientes com distúrbios mentais (BRASIL, 2001; BERLINCK, MAGTAZ, TEIXEIRA, 2008). A partir daí houve a ampliação no número de CAPS em todo o Brasil, e o tratamento passou a ser baseado em dispositivos de atenção comunitária, territoriais, focalizados na pessoa em sofrimento psíquico e sua família, por meio de uma práxis transformadora e em constante construção (BRASIL, 2005; LUCCHESI et al. 2005).

Em dezembro de 2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tendo como diretrizes: respeito aos direitos humanos, garantia de autonomia, liberdade e o pleno exercício da cidadania. Além disso, a promoção da equidade, a garantia do acesso e a qualidade dos serviços passaram a ser ofertados de maneira integral, com assistência multiprofissional, e sob a lógica interdisciplinar. Os serviços foram divididos de modo territorial e comunitário, diversificando as estratégias e cuidados, bem como garantindo que o paciente e seus familiares participem do tratamento das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2011).

Com essas mudanças, o SUS passou a reconhecer as pessoas com transtornos mentais como sujeitos de suas próprias vidas, vinculando-os a uma equipe de saúde multiprofissional, dentro do território em que ele reside e inserida no meio em que ele vive. Desse modo, os projetos terapêuticos individuais, foram construídos com o intuito de empoderá-los para o autocuidado, levando em consideração a autonomia do paciente e possibilitando a sua reinserção social por meio da construção de uma rede de apoio, com um olhar humanístico e holístico ao indivíduo, seus familiares e comunidade, visando melhorar a qualidade de vida, prevenção de crises, complicações e internações (LUCCHESI et al. 2005).

O paciente que apresenta TM torna-se complexo, no que se refere ao conjunto de morbidades e medicamentos dos quais ele faz uso. Diversos fatores podem determinar os problemas relacionados à terapêutica e a adesão ao tratamento destacando (LEITE e VASCONCELOS, 2003):

a) acesso ao medicamento: acesso facilitado ou menor o custo do tratamento;

- b) medicamentos diferentes: quanto maior o número de medicamentos prescritos, menores as taxas de adesão e maiores os efeitos indesejáveis e as interações medicamentosas;
- c) comorbidades associadas: quanto maior o número de doenças associadas, menor o sucesso do tratamento;
- d) conhecimento e aceitação da doença: maior nível de entendimento do usuário e a quanto melhor a explicação do prescritor e dispensador ao paciente tem impacto positivo na adesão.

Todos esses fatores influenciam diretamente no cumprimento do tratamento farmacológico dos pacientes com TM, principalmente os que possuem mais de um agravo em saúde, uma vez que o número de medicamentos prescritos é maior, com maior potencial de interação entre eles e maior probabilidade de causar eventos adversos. Há ainda o agravante da menor compreensão da doença por parte do paciente e menor aceitação social, deste modo é extremamente necessário que o acompanhamento a esse paciente seja feito de maneira completa, associando a equipe multidisciplinar (LEITE e VASCONCELLOS, 2003).

1.2 DIABETES

Segundo censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013, as doenças crônicas são responsáveis por mais de 70% das causas de morte no Brasil, dentre estas doenças, destacando-se o *Diabetes Mellitus* (DM) que atinge 6,2% da população com mais de 18 anos, caracterizando 9,1 milhões de brasileiros (IBGE, 2014). Em uma projeção futura, estima-se que haverá 366 milhões de casos de DM no ano de 2030 (WILDE et al. 2004), tornando-se um dado alarmante, pois o DM é uma doença relacionada com altas taxas de morbimortalidade.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016) o DM compreende um grupo de distúrbios metabólicos de etiologia heterogênea, caracterizado por produção insuficiente de insulina pelo pâncreas ou por defeitos na ação desse hormônio, ou ambos os casos, resultando em hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras.

O Centro de Prevenção de Doenças Crônicas Americano destaca que as principais complicações decorrentes do DM não tratado são: hipertensão, dislipidemias e mortes por doenças cardiovasculares que aumentam 1,7 vezes em

adultos diabéticos. Transtornos circulatórios são os mais preocupantes, pois podem alterar a circulação sanguínea de vasos de pequeno calibre, principalmente nos olhos e rins, causando cegueira, e doenças renais. Nos Estados Unidos, o DM é responsável por 44% das falências renais agudas diagnosticadas; além disso, o risco de amputação de membros em paciente com DM cresce e corresponde a 60% das amputações não traumáticas (CDC, 2014).

O DM e suas complicações constituem as principais causas de mortalidade precoce na maioria dos países; aproximadamente 5 milhões de pessoas com idade entre 20 e 79 anos morreram por diabetes em 2015, o equivalente a um óbito a cada 6 segundos. A doença cardiovascular é a principal causa de óbito entre as pessoas com diabetes, sendo a motivadora de aproximadamente metade dos óbitos por diabetes na maioria dos países. O DM é responsável por 14,5% da mortalidade mundial por todas as causas, sendo maior do que a soma dos óbitos causados por doenças infecciosas.¹

Devido a todas essas complicações, o DM impacta profundamente na qualidade de vida das pessoas que vivem com essa condição, sendo considerado um grave problema de saúde pública, com altos custos financeiros e sociais (LANZO ROBLEJO e LORES DELGADO, 2011).

1.2.1 Classificação

. A classificação do DM tem sido baseada em sua etiologia, sendo que os fatores causais dos principais tipos de DM (genéticos, biológicos e ambientais) ainda não foram completamente conhecidos, sendo assim o DM pode ser classificado como: tipo 1, tipo 2, gestacional (ocorre na gestação) ou outros tipos de DM..

1.2.2 Diabetes tipo 1 (DM1)

Anteriormente chamado de diabetes insulino dependente ou diabetes juvenil, representa 5-10% das pessoas com DM. O diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) é uma doença autoimune, poligênica, decorrente de destruição das células β pancreáticas, ocasionando deficiência completa na produção de insulina.(INSEL et all, 2015). Estima-se que mais de 30 mil brasileiros sejam portadores de DM1 e que o Brasil ocupe o terceiro lugar em prevalência de DM1 no mundo (IDF, 2015).

O DM1 subdivide-se em DM tipo 1A e DM tipo 1B, dependendo da presença ou da ausência laboratorial de autoanticorpos circulantes, respectivamente.

O DM tipo 1A é definido pela presença de um ou mais marcadores autoimunes (SBD,2017-2018) incluindo autoanticorpos de células de ilhotas, autoanticorpos à insulina, autoanticorpos para GAD (GAD65), autoanticorpos para as tirosinafosfatases IA-2 e IA-2 β , e autoanticorpos para o transportador de zinco 8 (ZnT8).

A taxa de destruição das células beta é bastante variável, sendo rápida em alguns indivíduos (principalmente bebês e crianças) e lenta em outros (principalmente adultos). Crianças e adolescentes podem apresentar cetoacidose como primeira manifestação da doença, outros têm hiperglicemia de jejum modesta que pode mudar rapidamente para hiperglicemia grave e/ou cetoacidose quando associado a alguma infecção ou outro tipo de estresse. Os adultos podem reter função de células beta suficiente para prevenir a cetoacidose por muitos anos; esses indivíduos eventualmente tornam-se dependentes de insulina para sobreviver e correm risco de cetoacidose. Neste último estágio da doença, há pouca ou nenhuma secreção de insulina, manifestada por níveis baixos ou indetectáveis de peptídeo C plasmático

A classificação de DM tipo 1B ou idiopático é atribuída aos casos de DM1 nos quais os autoanticorpos não são detectáveis na circulação. O diagnóstico apresenta limitações e pode ser confundido com outras formas de DM diante da negatividade dos autoanticorpos circulantes, de modo concomitante com a necessidade precoce de insulinoterapia plena. As recomendações terapêuticas são as mesmas do DM tipo 1A e não há evidências de riscos distintos para as complicações crônicas

1.2.3 Diabetes tipo 2 (DM2)

Anteriormente conhecida como “diabetes não insulino-dependente” ou “diabetes com início na idade adulta” o DM2 representa cerca de 90-95% de todas as pessoas com DM, englobando os indivíduos que têm resistência à insulina e, geralmente deficiência de insulina. Trata-se de doença poligênica, com forte herança familiar, ainda não completamente esclarecida, cuja ocorrência tem contribuição

significativa de fatores ambientais (ADA, 2017). O DM2 não é de etiologia autoimune, sendo uma síndrome heterogênea caracterizada por anormalidades no metabolismo de carboidratos e gorduras; com causas multifatoriais incluindo elementos genéticos e ambientais que afetam a função das células beta e a sensibilidade dos tecidos à insulina. A maioria dos indivíduos que sofrem de DM2 são obesos, com adiposidade visceral central, portanto, o tecido adiposo pode desempenhar um papel crucial na patogênese do DM2 (SCHEEN, 2013).

O desenvolvimento e a perpetuação da hiperglicemia ocorrem concomitantemente com hiperglucagonemia, resistência dos tecidos periféricos a ação da insulina, aumento da produção hepática de glicose, disfunção incretínica, aumento de lipólise e conseqüente aumento de ácidos graxos livres circulantes, aumento da reabsorção renal de glicose e graus variados de deficiência na síntese e na secreção de insulina pela célula β pancreática (DEFRONZO, 2015)

Para Cornell (2015) a fisiopatologia do DM2 levando a hiperglicemia envolve pelo menos sete órgãos e tecidos, incluindo pâncreas (redução a secreção de insulina e aumento a secreção de glucagon), fígado (aumento da gluconeogênese), músculo esquelético (diminuição na captação da glicose), tecido adiposo (aumento das citocinas inflamatória e ácidos graxos), cérebro (redução da saciedade), trato gastrointestinal (redução na secreção da GLP1) e rim (aumento na reabsorção da glicose e na gluconeogênese). A menor sensibilidade a insulina no fígado, músculo e tecido adiposo, e um declínio progressivo da função das células beta pancreáticas levando à secreção deficiente de insulina, eventualmente resultam em hiperglicemia, característica marcante do DM2. Esses pacientes estão em maior risco de desenvolver complicações macrovasculares e microvasculares, incluindo doença renal crônica, doença renal terminal com necessidade de diálise ou transplante e cegueira.

De acordo com a Associação Americana de Diabetes (ADA, 2013), o público alvo para o rastreio da doença são pessoas com excesso de peso (IMC >25 kg/m²) associado a um dos seguintes fatores de risco: histórico familiar de pai ou mãe com DM; hipertensão arterial; diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg; dislipidemia com hipertrigliceridemia (>250 mg/dl) ou HDL baixo (<35 mg/dl); hemoglobina glicada (HbA1c) \geq 5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada; obesidade severa, acanthosis nigricans; síndrome de

ovários policísticos; história de doença cardiovascular e inatividade física, além de idade superior ou igual a 45 anos e risco moderado de evento cardiovascular

1.2.4 Diabetes Gestacional

A gestação por si só já consiste em uma condição diabetogênica, uma vez que a placenta produz hormônios hiperglicemiantes e enzimas placentárias que degradam a insulina, com consequente aumento compensatório na produção de insulina e na resistência à insulina, podendo evoluir com disfunção das células β (NEGRATO, ZAJDENVERG, MONTENEGRO JUNIOR; 2016). O diabetes gestacional traz riscos tanto para a mãe quanto para o feto, e pode ser transitório ou persistir após o parto, sendo um importante fator de risco independente para desenvolvimento futuro de DM2 (SBD, 2017/2018).

1.2.5 Outros Tipos de Diabetes

As outras formas menos comuns de DM, cuja apresentação clínica e bastante é variada e depende da alteração de base que provocou o distúrbio do metabolismo glicídico, incluindo os defeitos genéticos que resultam na disfunção das células β , os defeitos genéticos na ação da insulina, as doenças do pâncreas exócrino e outras condições (ADA, 2017)

1.2.6 Diagnóstico

As principais queixas dos pacientes que levam a suspeita do DM são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso, principalmente no DM1 podendo progredir para cetose, desidratação e acidose metabólica, especialmente na presença de estresse agudo. No DM2 a pessoa muitas vezes não apresenta nenhuma sintomatologia e a suspeita da doença só é feita pela presença de uma complicação tardia, como proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica, doença arteriosclerótica ou então por infecções de repetição (BRASIL, 2013).

Para a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2015-2016) o diagnóstico de DM baseia-se na detecção da hiperglicemia. Existem quatro tipos de exames que podem ser utilizados no diagnóstico do DM: glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância oral à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas e, em alguns

casos, hemoglobina glicada (HbA1c). Os valores estabelecidos para cada um dos quatro exames estão na Tabela 1.

Tabela 1: Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de DM e seus estágios pré-clínicos (SBD, 2017-2018).

| Categoria | Glicemia jejum * | Glicemia 2h após 75g glicose | Glicemia casual ** | Hemoglobina glicada |
|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Glicemia normal | <100 mg/dl | < 140 mg/dl | | < 5,7% |
| Pré DM ou Risco aumentado DM | ≥100 e <126 mg/dl | ≥140 e < 200 mg/dl | | ≥5,7% e <6,5% |
| DM | ≥ 126 mg/dl | ≥ 200 mg/dl | ≥ 200 mg/dl *** | ≥ 6,5% |

*Jejum de no mínimo 8h sem a ingestão de nenhum alimento.

** Medida de glicemia realizada a qualquer hora sem a observar o intervalo da refeição.

*** Associado aos sintomas de hiperglicemia, como poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso.

1.2.7 Tratamento DM

O tratamento do DM é baseado em três vertentes: educação em saúde, medidas não farmacológicas e tratamento medicamentoso.

1.2.7.1 Educação em Saúde

Denomina-se educação em DM (SBD, 2015-2016) o processo de desenvolvimento de habilidades autocuidado e a incorporação de ferramentas e novas tecnologias necessárias para atingir as metas estabelecidas em cada etapa do tratamento, permitindo o autocontrole e a autonomia, em um processo compartilhado de troca de saberes entre profissionais de saúde e pacientes no gerenciamento do DM.

Os principais objetivos da educação em DM são: diminuir as barreiras entre os pacientes com DM, familiares, comunidades e profissionais de saúde, num processo dinâmico de co-responsabilização e solidariedade; promover a autonomia e autocuidado das pessoas com DM; melhorar e potencializar os resultados clínicos; prevenir e retardar o surgimento de complicações e principalmente proporcionar qualidade de vida.

1.2.7.2 Medidas não-farmacológicas

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) recomenda que todos os pacientes com DM, independente dos níveis glicêmicos, sejam orientados sobre a importância da mudança do estilo de vida no controle da doença. Os hábitos de vida saudáveis são fundamentais para o tratamento do DM associados ou não ao uso de medicamentos. Os pacientes diabéticos devem ter uma dieta com redução da ingestão de carboidratos, principalmente oriundos de doces e farinhas refinadas; devem ser incentivados a realizarem regularmente exercícios físicos; bem como a cessação do tabagismo e a redução do consumo de bebidas alcoólicas. Para Neto e colaboradores (2013) a mudança no estilo de vida além de promover a melhoria dos níveis glicêmicos, auxilia na perda de peso para pacientes obesos, evitando complicações macrovasculares, como, por exemplo, a hipertensão arterial.

A avaliação psicossocial é muito importante (atitudes sobre a doença, expectativas, recursos) uma vez que os pacientes lidam com muito estresse emocional relacionado às preocupações com o futuro, culpa e ansiedade, dificuldades na aceitação do diagnóstico, entre outros, sendo a abordagem desses temas pelos profissionais de saúde imprescindível para o sucesso do cuidado (DELAHANTY, 2007).

1.2.7.3 Tratamento Medicamentoso

A meta para o tratamento da hiperglicemia em adultos, recomendada pela Associação Americana de Diabetes, é alcançar hemoglobina glicada menor que 7%. As metas glicêmicas correspondentes são: glicemia de jejum entre 80 – 130 mg/dl e pós-prandial abaixo de 180 mg/dl (ADA, 2017).

O tratamento do DM1, além da terapia não farmacológica, exige sempre a administração de insulina (BRASIL, 2013), a qual deve ser prescrita em esquema intensivo, de três a quatro doses de insulina/dia, divididas em insulina basal e insulina prandial, cujas doses são ajustadas de acordo com as glicemias capilares, realizadas ao menos três vezes ao dia ou por meio da bomba de infusão contínua de insulina. Esse esquema reduz a incidência de complicações microvasculares e macrovasculares. A adição de metformina (biguanida) à terapia com insulina pode

reduzir as necessidades de insulina e melhorar o controle metabólico em pacientes com sobrepeso/obesos com DM1 mal controlado (ADA, 2015).

O tratamento do DM2 além das medidas comportamentais há indicação de medicamentos antiadiabéticos. A prescrição deve levar em conta os mecanismos de resistência à insulina, a falência progressiva da célula beta, os múltiplos transtornos metabólicos (disglicemia, dislipidemia e inflamação vascular) e as repercussões micro e macrovasculares que acompanham a história natural do DM2 (SBD,2015-2016).

Pode-se classificar os antidiabéticos em quatro categorias:

- a. Os que aumentam a secreção de insulina (hipoglicemiantes)
- b. Os que não a aumentam (anti-hiperglicemiantes)
- c. Os que aumentam a secreção de insulina de maneira dependente de glicose, além de promover a supressão do glucagon
- d. Os que promovem glicosúria (sem relação com a secreção de insulina).

Na Tabela 2 são mostrados os medicamentos antidiabéticos disponíveis no mercado e utilizados na prática clínica.

Tabela 2: Medicamentos Antidiabéticos (adaptado SBD, 2015-2016)

| Medicamento | Mecanismo de Ação | Redução da Glicemia de Jejum (mg/dl) | Redução da HbA1c (%) | Efeitos Adversos | Outros Benefícios |
|--|--|--------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|--|
| Sulfoniluréias | | | | | |
| Glibenclamida*, Gliclazida, Gliclazida MR*, Glipizida, Glimepirida*. | Aumento da secreção de insulina | 60 a 70 | 1,5 a 2 | Hipoglicemia e ganho de peso ponderal | |
| Metiglinidas | | | | | |
| Repaglinida, Nateglinida. | Aumento da secreção de insulina | 20 a 30 | 1 a 1,5 | Hipoglicemia e ganho de peso ponderal | Redução do espessamento médio intimal carotídeo |
| Biguanidas | | | | | |
| Metformina*, Metformina XR. | Redução da produção hepática de glicose com menor sensibilização da insulina | 60 a 70 | 1,5 a 2 | Desconforto abdominal, diarreia. | Diminuição de eventos cardiovasculares, prevenção DM2, melhora no perfil lipídico, diminuição do peso. |
| Inibidores da alfa glicosidase | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|-----------|-------------|---|---|
| Acarbose | Retardo na absorção de carboidratos. | 20 a 30 | 0,5 a 0,8 | Metorismo, flatulência, diarreia. | Diminuição de eventos cardiovasculares, prevenção DM2, melhora no perfil lipídico, redução do espessamento carotídeo. |
| Glitazonas | | | | | |
| Pioglitazona | Aumento da sensibilidade à insulina em músculo, adipócito e hepatócito (sensibilizadores de insulina) | 35 a 65** | 0,5 a 1,4** | Retenção hídrica, anemia, ganho de peso, insuficiência cardíaca e fraturas. | Prevenção DM2, melhora no perfil lipídico, redução do espessamento carotídeo e redução da gordura hepática. |
| Gliptinas (inibidores da DPP-4) | | | | | |
| Sitagliptina, Vildagliptina, Saxagliptina, Linagliptina, Alogliptina. | Aumento do nível de GLP-1, com aumento da síntese e secreção de insulina e redução do glucagon. | 20** | 0,6 a 0,8* | Faringite, infecção urinária, náuseas e cefaléias (ensaios clínicos) | Aumento da massa de células beta em modelos animais, seguro e tolerável. |
| Mimético e análogo da GLP-1 | | | | | |
| Exenatida, Liraglutida, Lixisenatida. | Aumento do nível de GLP-1. | 30** | 0,8 a 1,2 | hipoglicemia, náuseas, vômitos e diarreia. | Aumento da massa de células beta em modelos animais, redução e peso e pressão arterial sistólica. |
| Inibidores as SGLT2 | | | | | |
| Dapagliflozina, Empagliflozina, Canagliflozina. | Inibidor da SGLT2 em túbulo proximal renal. | 30** | 0,5 a 1,4** | Infecção urinária, infecção genital, poliúria. | Perda de peso e redução da pressão arterial sistólica. |

*Medicamento constante na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais- Vitória-ES

**Redução apresentada para monoterapia.

Os medicamentos metformina, glimepirida, gliclazida MR e glibenclamida são padronizados na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Vitória e disponibilizados gratuitamente aos usuários pelos serviços de atenção básica do município em que o trabalho foi realizado.

A escolha da farmacoterapia deve levar em consideração: o estado geral do paciente e suas comorbidades; valores das glicemias de jejum pós-prandial e da hemoglobina glicada; peso e a idade do paciente e as possíveis interações com outros medicamentos, reações adversas e contraindicações.

1.3- DIABETES E SAÚDE MENTAL

Balhara (2011) demonstra que pacientes com problemas de saúde mental apresentam risco aumentado de desenvolverem DM, uma vez que ambas as enfermidades podem ocorrer em conjunto, e uma estimula o aparecimento da outra uma vez que vários fatores biológicos e psicológicos do DM mediam o surgimento de transtornos psiquiátricos. Desse modo, Llorente e Urrutia (2006) e Balhara (2011), mostraram em suas revisões que por muito tempo a associação entre doenças mentais e DM já vem sendo reportada. Essa combinação de fatores culmina em piora da qualidade de vida do paciente, aumento do custo para o sistema público de saúde, redução na adesão ao tratamento, diminuição do controle das doenças, além de aumento nas hospitalizações. Deste modo é necessário um somatório de forças entre políticas públicas de saúde, usuários do serviço e equipe multidisciplinar, destacando aí o importante papel do farmacêutico no uso racional do medicamento (LANZO ROBLEJO e LORES DELGADO, 2011).

Um estudo americano (EGEDE et al, 2015) avaliou a prevalência de comorbidades psiquiátricas em pacientes com DM. Neste estudo observou-se que, pacientes com DM associado com qualquer tipo de transtorno mental tem maiores complicações clínicas e internações que pacientes com DM sem essa comorbidade, representando além de maiores custos para os serviços de saúde também maiores perdas da capacidade funcional e laborativa. A comorbidade psiquiátrica mais frequente no grupo de pacientes com DM pesquisado foi depressão, porém a que associou mais gastos com recursos públicos, internações, atendimentos ambulatoriais e medicamentos foi a psicose. Esses resultados são relevantes para o planejamento de estratégias de cuidado para o paciente com DM, principalmente aquele com outras comorbidades, prevenindo complicações, melhorando a qualidade de vida e reduzindo custos.

A presença de comorbidade psiquiátrica pode resultar em cursos clínicos mais complicados, pois pode afetar a adesão ao tratamento medicamentoso e o autocuidado. A adesão ao tratamento pode ser definida como o nível em que o comportamento de uma pessoa em relação à administração de medicamentos, ao seguimento de dietas e/ou a mudanças no estilo de vida, corresponde às recomendações e ou prescrições feitas por profissionais de saúde (WHO, 2003).

Para Figueira e col. (2017) embora nenhuma estratégia de intervenção possa melhorar a adesão de todos os pacientes, alguns fatores são determinantes como: uma avaliação realista do conhecimento e entendimento do paciente sobre os medicamentos; uma comunicação clara e eficaz entre os profissionais de saúde e seus pacientes; e a nutrição da confiança na relação terapêutica, sendo que os usuários dos serviços devem ter a oportunidade de contar a história de suas experiências únicas de doença. O reconhecimento do paciente como pessoa permite ao profissional de saúde compreender elementos cruciais para a adesão do paciente: crenças, atitudes, normas subjetivas, contexto cultural, suporte social e desafios de saúde emocional, em especial a depressão. Parcerias médico-paciente são essenciais na escolha entre várias opções terapêuticas para maximizar a adesão. A colaboração mútua promove maior satisfação do paciente, reduz os riscos de não-adesão e melhora os resultados de saúde dos pacientes.

Dessa forma a adesão ao tratamento depende de uma relação positiva, de confiança, respeito e solidariedade entre profissionais de saúde e pacientes, construindo de forma participativa o plano de cuidado, sob um olhar holístico e singular dos sujeitos, suas vivências, dificuldades e potencialidades.

Outro fator que interfere tanto no controle do DM quanto no TM, influenciando diretamente na adesão ao tratamento é a polifarmácia. Que pode ser definida como sendo o uso concomitante de 5 ou mais medicamentos (Rozenfeld 2013), Em 2017, Masnoon e colaboradores em uma revisão sistemática encontraram entre várias definições (numérica, numérica associada a duração e descritiva) que a mais comumente relatada foi a polifarmácia como o uso de cinco ou mais medicamentos por dia; sendo que poucos artigos classificaram a distinção entre polifarmácia adequada e inadequada, utilizando definições descritivas, levando em consideração a multimorbidade (presença de muitas doenças) e duração do tratamento. Embora o uso de vários medicamentos possa ser clinicamente apropriado para alguns pacientes, é importante identificar os pacientes que podem estar em risco de efeitos adversos à saúde como resultado de polifarmácia inadequada.

A polifarmácia tem sido e sempre será comum entre as pessoas com muitas doenças associadas e especialmente na população idosa, devido à necessidade de tratar os vários estados de doença que se desenvolvem à medida que o paciente envelhece. Infelizmente, com o aumento do uso de múltiplas

medicações, há um aumento do risco de resultados negativos para a saúde, como altos custos de assistência médica, efeitos adversos a medicamentos, interações medicamentosas e não adesão aos medicamentos (MAHER, HANLON E HAJJAR, 2013).

O acompanhamento clínico do DM associado a outras comorbidades, principalmente ao TM, é um desafio, uma vez que a presença de duas doenças crônicas já prevê o uso de múltiplos medicamentos, bem como o tratamento das complicações de ambas.

2 HIPÓTESE

O questionamento principal do estudo foi se haveria diferença no controle clínico, metabólico e em parâmetros humanísticos entre os dois grupos de pacientes: aqueles com DM que apresentem como comorbidade algum problema de saúde mental e aqueles que apresentem DM sem TM. Acredita-se que o paciente que apresenta problema de saúde mental terá maior dificuldade em controlar a DM e outras comorbidades metabólicas quando comparado aos pacientes que apresentam somente DM.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste estudo foi avaliar e comparar o controle dos parâmetros clínicos e humanísticos em dois grupos de pacientes: aqueles com DM e como morbidade algum TM e aqueles que apresentam somente DM, atendidos em uma Unidade de Saúde de Vitória-ES.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fazer levantamento do perfil socioeconômico dos pacientes;
- Avaliar: a adesão do paciente em relação ao seu tratamento; os hábitos de vida e comorbidades; o acesso aos serviços de saúde por meio do número de consultas; os medicamentos mais utilizados; o conhecimento do paciente com relação à

farmacoterapia; a qualidade de vida; o controle de parâmetros laboratoriais dos dois grupos; a satisfação dos pacientes com relação ao serviço farmacêutico ofertado

- Comparar os resultados obtidos nos dois grupos.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família de Maruípe (USFM), pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS), do município de Vitória, Espírito Santo, cuja população estimada consiste em 352.104 mil habitantes.

A USFM tem uma população adstrita de 10002 pessoas, compreendendo 3302 famílias cadastradas (VITÓRIA, 2016), distribuídas em 17 microáreas, cada uma de responsabilidade de um agente comunitário de saúde. Os bairros de abrangência das equipes de saúde da família são: Bairro de Lourdes, Santos Dumont, Maruípe e Santa Cecília.

A unidade de saúde conta com três equipes completas de saúde da família, incluindo equipes de saúde bucal, uma pediatra e um ginecologista de apoio, além de um Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família (NASF), composto por psicóloga, assistente social, farmacêutica e professor de educação física na saúde. Os atendimentos realizados são de maioria casos agudos (dor, febre, infecções) e grupos prioritários como pacientes com hipertensão, DM, transtornos mentais dentre outros.

4.2 DESENHO DO ESTUDO

Estudo observacional, transversal, descritivo e quantitativo, desenvolvido por meio da coleta e análise de dados socioeconômicos, bioquímicos, antropométricos, de hábitos de vida, conhecimento da farmacoterapia, adesão ao tratamento e qualidade de vida em amostra de conveniência de usuários cadastrados no programa de hipertensão e diabetes (Hiperdia) da USFM e acompanhados pelas equipes de saúde.

Os pacientes atendidos na USFM e que participam dos programas de Hiperdia e de saúde mental entre 2016 e 2017 foram convidados a participar do

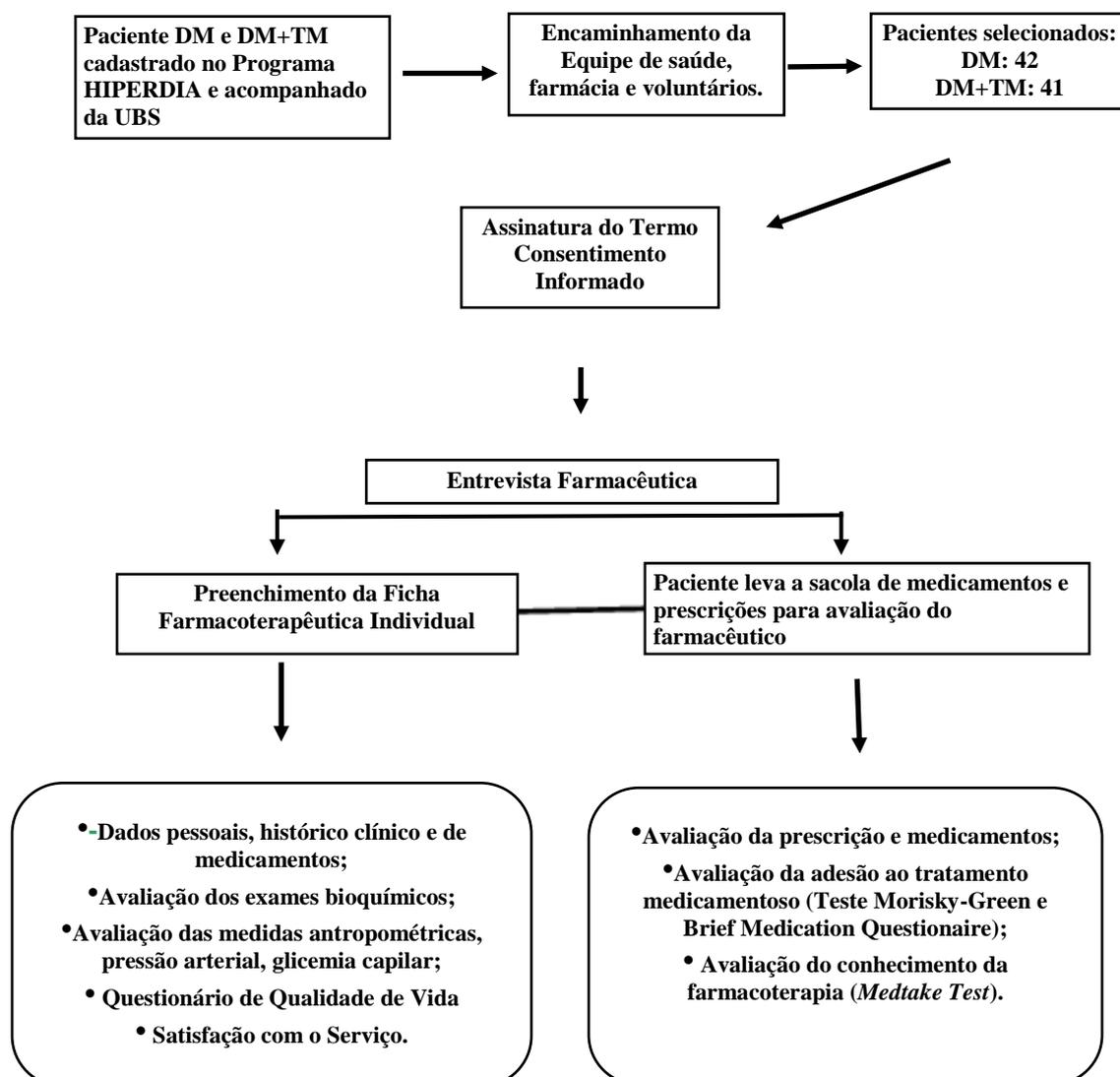
projeto, aqueles que concordaram e preencheram os critérios de seleção do estudo foram incluídos. Ao todo a unidade atende 785 pacientes de saúde mental e 317 pacientes com DM tipo 1 (DM1) ou tipo 2 (DM2), destes 197 apresentam DM sem algum problema de saúde mental e 120 são pacientes com DM e algum problema de saúde mental. Os pacientes selecionados para o estudo foram divididos em dois grupos:

- **Grupo DM:** Aqueles que apresentaram DM1 ou DM2, na ausência de problema de saúde mental e que fizeram o acompanhamento na USFM.
- **Grupo DM+TM:** Aqueles que apresentaram DM1 ou DM2 com algum problema de saúde mental, e que estejam sendo acompanhados na USFM.

Baseado nos dados de entrada, o número calculado de participantes por grupo será de 40 (N) pacientes por grupo.

O fluxograma 1 descreve o percurso da seleção e entrevista dos participantes.

Figura 1: Percurso de seleção e entrevistas.



Os participantes dos grupos foram entrevistados pela farmacêutica sendo coletadas as seguintes informações: nome, data de nascimento, estado civil, idade, gênero, escolaridade, ocupação, peso, altura, índice de massa corporal, dados familiares, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, atividade física, hábitos de vida e horários das refeições (ANEXO 1) estado de saúde, consultas no ano, comorbidades, entre outros, bem como foram aplicados questionários específicos.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Participaram do projeto usuários com DM1 ou DM2, maiores de 18 anos sendo que no grupo DM+TM foram incluídos os pacientes que apresentaram algum problema de saúde mental de acordo com diagnóstico médico registrado no prontuário e que estivessem sendo acompanhados na USFM há no mínimo um ano. Para a inclusão no Grupo DM os pacientes apresentaram apenas DM 1 ou 2, na ausência de problema de saúde mental. Em ambos os grupos foi possível incluir pacientes que apresentem outras comorbidades além do DM, como hipertensão, dislipidemias entre outras.

Os pacientes com problema de saúde mental que foram incluídos apresentaram transtorno mental leve, moderado ou grave estabilizado de acordo com a descrição clínica feita no prontuário e a condição referida.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E NÃO INCLUSÃO

Pacientes com limitações para expressarem-se individualmente e aqueles com dificuldades de leitura e/ou de compressão foram excluídos do estudo. Os usuários com DM1 ou DM2 e/ou transtornos mentais graves incapacitantes não foram incluídos do estudo.

4.5 AVALIAÇÃO BIOQUÍMICA E METABÓLICA

Para avaliação bioquímica foram utilizadas informações contidas nos prontuários dos pacientes incluídos no estudo referentes aos resultados dos exames de glicemia de jejum, hemoglobina glicada, colesterol total, LDL, HDL, VLDL e triglicérides, ácido úrico, proteína C reativa de alta sensibilidade, e provas de função

hepática e renal (ANEXO 2). A coleta desses dados foi realizada após a entrevista. Esses exames já são realizados rotineiramente pela USFM no acompanhamento dos pacientes com DM, os quais são solicitados pelo médico da equipe de referência do paciente. Todos os exames foram realizados pelo Laboratório Central Municipal de Vitória-ES (participante do Programa de Controle de Qualidade SBPC/ML)

Os resultados dos exames bioquímicos foram analisados conforme pontos de corte propostos pelos critérios utilizados de acordo com as diretrizes específicas. Os parâmetros bioquímicos foram importantes para avaliar o resultado da farmacoterapia, visto que o sucesso do tratamento está diretamente relacionado com o controle desses parâmetros.

As variáveis hemodinâmicas foram avaliadas por meio dos valores de pressão arterial sistólica e diastólica e identificadas no estudo como qualitativas e quantitativas. Utilizou-se as médias de duas medidas de pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD). Foi utilizada a classificação dos estágios da pressão arterial em adultos, proposta pela VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBH, 2014).

As variáveis antropométricas avaliadas foram o peso e a estatura, identificados no estudo como variáveis quantitativas (ANEXO 2). Os dados foram coletados no momento da entrevista e fazem parte da rotina de preparo do paciente na unidade de saúde. O "Protocolo de Acolhimento Avaliação Inicial nas Unidades de Saúde" elaborado pela prefeitura Municipal de Vitória em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde indica que a avaliação antropométrica é realizada por técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem devidamente habilitado e treinado e a aferição das medidas foi padronizada a fim de reduzir ao máximo os erros nas medições. A partir dos dados antropométricos foi calculado o Índice de Massa Corpórea ($IMC = P/A^2$). Para análise multivariada o IMC foi identificado como uma variável quantitativa. O IMC foi categorizado de acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998), sendo utilizados os seguintes pontos de corte para a classificação dos indivíduos quanto ao IMC (kg/m^2): como normal = $>18,5$ e < 25 , entre 25 e 29,9 sobrepeso e acima de 29,9 obesidade. Todas as medidas foram realizadas no mesmo momento da entrevista.

4.6 CLASSIFICAÇÃO ATC DOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA DIABETES E PARA TRANSTORNO MENTAL

Os medicamentos utilizados para diabetes e para transtorno mental foram classificados pela *Anatomical-Therapeutic-Chemical (ATC) Classification System*, ferramenta para classificação internacional dos fármacos recomendada pela OMS para a padronização de estudos farmacoepidemiológicos. Nesse sistema de classificação, os princípios ativos são dispostos em cinco níveis diferentes, constituindo diferentes grupos, de acordo com seus locais de ação e suas características terapêuticas e químicas. Inicialmente, os fármacos são divididos em 14 grupos anatômicos principais (nível um), os quais abrigam dois subgrupos terapêutico/farmacológicos (níveis dois e três), sendo o nível quatro um subgrupo terapêutico/farmacológico/químico propriamente dito e o nível cinco corresponde à identificação da substância química (OMS, 2015).

4.7 CONHECIMENTO DO PACIENTE COM RELAÇÃO À FARMACOTERAPIA

O *MedTake* (ANEXO 3) foi desenvolvido por RAEHL e colaboradores (2002) como um instrumento para avaliar o conhecimento do paciente sobre os medicamentos utilizados, permitindo avaliar o conhecimento do paciente com relação aos seguintes parâmetros: dose, indicação, interação com alimentos e escala de tomadas dos medicamentos utilizados. De acordo com a resposta do paciente em relação a cada medicamento é gerado um escore entre zero e 100%. Informação erradas recebem zero e informações corretas recebem o valor de 20%, até o máximo 100%. A pontuação composta no teste *MedTake* (0-100%) resume a capacidade geral de um indivíduo em utilizar seus medicamentos de forma segura.

4.8 ADESÃO AO TRATAMENTO

A adesão ao tratamento medicamentoso foi avaliada a través de dois métodos indiretos com perguntas sobre a farmacoterapia e dificuldades em segui-la. A adesão será verificada por meio do Teste de Morisky-Green (MORISKY, GREEN, LEVINE, 1986) e pelo *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) (Svarstad et al, 1999) (ANEXO 4).

O Teste de Morisky-Green (MORISKY, GREEN, LEVINE, 1986) consiste nas seguintes perguntas:

1. Você alguma vez esquece de tomar seu remédio?
2. Você às vezes é descuidado para tomar o seu remédio?
3. Quando você se sente melhor, às vezes você para de tomar seu remédio?
4. Às vezes, se você se sente pior quando toma o remédio, você para de toma-lo?

No Teste de Morisky-Green considera-se alta adesão quando não há nenhuma resposta positiva; adesão média quando o paciente responde positivamente a uma ou duas perguntas e adesão baixa quando obtém três ou quatro respostas positivas, por ser um teste mais objetivo pode ser aplicado rapidamente, porém limita-se a veracidade da informação dada pelo participante.

O *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) avalia as diferentes dimensões do comportamento de adesão (GARBER et al., 2004) sendo um instrumento composto por três domínios que identificam diferentes barreiras de adesão relacionadas aos seguintes regimes: de tratamento, de crenças e recordação do paciente. A pontuação total do instrumento consiste na soma das pontuações de seus três domínios. Os participantes recebem uma pontuação de um se a resposta indicar potencial não adesão e zero se indicar adesão, sendo considerado aderente aquele que não pontuar em nenhum dos três domínios. No estudo original, a barreira regime apresentou 80% de sensibilidade e 100% de especificidade para prever a não adesão repetida (Svarstad et al, 1999). A barreira regime avalia se o paciente conhece o nome do medicamento e sua dose (concentração), se utilizou todos os dias da semana, posologia (quantos vezes por dia e quantos comprimidos por tomada), se houve algum esquecimento, redução, omissão ou dose extra e se respondeu “não sabia” a alguma pergunta, ao todo são sete problemas para pontuação no score. A barreira crença qualifica a percepção da pessoa sobre a eficácia do medicamento (funciona bem, regular ou não funciona bem) e se sabe identificar algum medicamento que cause algum incômodo, totalizando dois pontos no score. A barreira recordação qualifica se o usuário recebe um esquema terapêutico de múltiplas doses e se relata dificuldade em se lembrar de tomar o medicamento. O teste avalia como os pacientes tomaram cada um de seus medicamentos na semana anterior, a eficácia da droga e características incômodas e dificuldades, respectivamente (LAM e FRESCO, 2015)

4.9 QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida foi definida pelo The WHOQOL Group (1995) como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, sendo avaliada por meio da aplicação do questionário WHOQOL-bref (ANEXO 5), que é um instrumento para avaliação da qualidade de vida e consiste em 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, assim, o instrumento desenvolvido em estudo multicêntrico baseia-se nos pressupostos de que qualidade de vida é uma construção subjetiva (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composta por elementos positivos (por exemplo, mobilidade) e negativos (dor) (MINAYO,2000). O WHOQOL-bref é uma versão abreviada do WHOQOL-100 e surgiu da necessidade de instrumentos de aplicação mais rápida (FLECK et al., 2000).

4.10 CORRELAÇÕES ENTRE OS RESULTADOS ENCONTRADOS

A correlação permite avaliar uma possível associação linear entre duas variáveis contínuas (MUKAKA, 2012). Algumas relações entre os resultados encontrados foram analisadas para destacar se houve ou não correlação entre esses achados e se foi positiva ou negativa. Relacionou-se os seguintes dados: correlação entre a qualidade de vida e o conhecimento da farmacoterapia, correlação entre a adesão mensurada pelo BMQ e o quantitativo de medicamentos utilizados tanto para o DM quanto para o TM, correlação entre a adesão avaliada pelo BMQ e o quantitativo de medicamentos utilizados somente para o DM, correlação entre a adesão medida pelo BMQ e o controle da glicemia em jejum e da hemoglobina glicada e a correlação entre a adesão por meio do BMQ e o conhecimento da farmacoterapia.

4.11 NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM O SERVIÇO OFERECIDO PELA FARMÁCIA

Larson, Rovers e Mackeigan (2002) atualizaram o questionário Pharmacy Services Questionnaire (PSQ) desenvolvido por MacKeigan & Larson (1989) que avaliava principalmente a dispensação para um novo instrumento que incluía também a prática da atenção farmacêutica. O novo instrumento contém vinte

perguntas, avaliando duas facetas dos serviços prestados pelas farmácias: a primeira relacionada à dispensação, aspectos estruturais da farmácia; dos profissionais, da prontidão e do respeito no atendimento e a outra refere-se especificamente ao serviço prestado pelo farmacêutico, a relação que ele estabelece com o usuário, o manejo do tratamento o tempo e a privacidade do atendimento, a qualidade e efetividade das informações fornecidas. Os usuários respondem cada pergunta numa escala de cinco pontos do tipo Likert, indo de excelente a ruim. O questionário *Questionnaire Pharmacy Services* traduzido e validado para a realidade brasileira por CORRER e colaboradores em 2009 será utilizado como instrumento para avaliação do nível de satisfação com o serviço prestado pela farmácia (CORRER et al., 2009) (ANEXO 6). O nível de satisfação foi expresso como média \pm desvio padrão da média para cada pergunta e para o questionário total, sendo que quanto maior a pontuação maior a satisfação do usuário com o serviço.

4.12 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES), Campus Maruípe, Vitória (CAAE: 52842316.7.0000.5060) e pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. A participação dos pacientes no projeto foi voluntária, sendo aqueles que atenderam aos critérios de seleção foram convidados a participar e, mediante sua concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 7), incluídos no estudo.

3.11 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para descrever as variáveis de estudo utilizou-se medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvios-padrão) para as variáveis contínuas, e percentuais para as variáveis categóricas. Para análise das diferenças das médias, foi realizado o teste t de *Student* e para a análise das diferenças das proporções o teste do qui-quadrado (X^2), quando o grupo possuía menos que cinco elementos se utilizou o teste exato de Fisher. Para variáveis que não apresentaram distribuição normal, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-

Whitney. As relações entre os resultados encontrados foram avaliadas por meio de análise da Correlação de Spearman. As análises estatísticas foram realizadas por meio da utilização do programa SPSS for Windows, versão 18.0. O nível de significância para todos os testes foi estabelecido em $\leq 0,05$.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas foram realizadas pela farmacêutica na USFM com pacientes do grupo DM e aqueles do grupo DM+TM no período de dezembro de 2016 a junho de 2017, totalizando 42 participantes no grupo DM e 41 no grupo DM+TM.

5.2 DADOS SOCIOECONÔMICOS

Os dois grupos foram avaliados quanto a idade, sexo, atividade remunerada, renda, raça, estado civil e se possuem plano privado de saúde (Tabela 3).

Tabela 3: Características gerais dos grupos:

| Variáveis | DM N (%) | DM + TM N(%) | Valor p |
|---|-----------------|-----------------|------------|
| idade (média anos \pm DP) | 55,52 \pm 9,9 | 60,10 \pm 9,4 | 0,024 |
| sexo | | | |
| Masculino | 17 (40,5) | 5 (12,5) | 0,006* |
| Feminino | 25 (59,5) | 35 (87,5) | |
| Atividade remunerada | | | |
| sim | 21 (50) | 9 (22,5) | 0,034 |
| não | 10 (23,8) | 16 (40) | |
| Pensionista | 11 (26,2) | 15 (37,5) | |
| Renda | | | |
| sem renda | 0 (0) | 2 (5,4) | 0,209 |
| até 1SM | 3 (7,5) | 4 (10,8) | |
| 1SM a 3SM | 22 (55) | 20 (54,1) | |
| 3SM a 6SM | 12 (30) | 5 (13,5) | |
| 6SM a 9SM | 3 (7,5) | 4 (10,8) | |
| acima de 9SM | 0 (0) | 2 (5,4) | |
| Raça | | | |
| branco | 14 (33,3) | 16 (40) | 0,656 |
| negro | 8 (19,1) | 9 (22,5) | |
| pardo | 19 (45,2) | 15 (37,5) | |
| amarelo | 1 (2,4) | 0 (0) | |
| Escolaridade | | | |

| | | | |
|-------------------------------|-----------|-----------|-------|
| Analfabeto | 1 (2,4) | 1 (2,5) | 0,857 |
| 1º grau Incomp. | 10 (23,8) | 9 (22,5) | |
| 1º grau Comp. | 8 (19,1) | 9 (22,5) | |
| 2º grau Incomp. | 9 (21,4) | 8 (20) | |
| 2º grau Comp. | 11 (26,2) | 8 (20) | |
| Superior Comp. | 3 (7,1) | 3 (7,5) | |
| outro | 0 (0) | 2 (5) | |
| Estado Civil | | | |
| Solteiro | 7 (16,7) | 9 (22,5) | 0,915 |
| Casado / união estável | 25 (59,5) | 23 (57,5) | |
| Divorciado | 4 (9,5) | 3 (7,5) | |
| Outro | 6 (14,3) | 5 (12,5) | |
| Plano Privado de Saúde | | | |
| sim | 8 (19) | 11 (27,5) | 0,365 |
| não | 34 (81) | 29 (72,5) | |

Teste Qui-quadrado, exceto * Teste Exato de Fisher. $p < 0.05$ foi considerado significante

Ambos grupos foram bastante homogêneos em relação às características socioeconômicas apresentando diferença significativa somente na idade, no sexo e na remuneração. A média de idade no grupo DM foi de $55,2 \pm 9,9$ anos e de $60,10 \pm 9,4$ anos no grupo DM+TM; em relação ao sexo, 59,5 % dos pacientes entrevistados no grupo DM e 87,5% no grupo DM+TM eram mulheres.

Para Guibu e colaboradores (2017), utilizando dados do componente Serviços da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), entre os anos de 2014 e 2015 a maior procura pelos serviços de atenção primária em saúde no período pesquisado foi realizada por mulheres. Levorato et al (2014) observou que as mulheres buscaram os serviços de saúde 1,9 vezes mais em relação aos homens discorrendo sobre os valores da cultura masculina que envolvem comportamentos de risco à saúde, sendo que a forma como os homens constroem e vivenciam a sua masculinidade torna-se uma das matrizes dos modos de adoecer.

Na análise sobre a remuneração houve diferença significativa entre os grupos, sendo que 76,2% dos usuários do grupo DM e 60% do grupo DM+TM possuem alguma fonte de renda, porém, 77,5% dos participantes do grupo DM+TM não possuem atividade remunerada, estando desempregados ou recebendo algum tipo de benefício social ou pensão.

A doença mental pode afetar todas as etapas do engajamento no mercado de trabalho: menor participação no mercado de trabalho, taxas mais altas de desemprego, emprego em ocupações de baixa qualificação e menor

remuneração. Cada distúrbio reduz a chance de participação no mercado de trabalho em 1,3 pontos percentuais, uma quantidade apreciável, uma vez que a maioria dos indivíduos que sofrem de transtornos mentais tem múltiplos transtornos, sendo que há efeito significativo da doença mental no emprego e evidências claras de redução do nível de habilidade ocupacional (CORNWELL, 2009).

Para Jorge e Bezerra (2000), a sensação de ser e viver em exclusão traz sofrimentos psíquicos, sobretudo para quem após o adoecimento mental tenta construir possibilidades de trabalho em uma sociedade fechada aos diferentes. As dificuldades da exclusão do trabalho são complexas, incluindo os aspectos financeiros, psíquicos, físicos e sociais; com grande sentimento de tristeza ante a dificuldade de depender dos outros, como se a pessoa não fosse capaz de prover sua subsistência, o que pode levar a pessoa a se caracterizar como inútil.

A distribuição da renda familiar em contrapartida não apresentou diferença significativa entre os dois grupos, podendo estar relacionada à compensação feita pelo familiar que está empregado ou trabalhando de forma remunerada, reforçando a hipótese de dependência financeira do usuário com TM.

Não houve diferença entre os grupos em relação à raça, os dois grupos apresentaram a maioria de brancos (33,3% DM e 40% DM+TM) e pardos (45,2% DM e 37,5% DM+TM). De acordo com dados epidemiológicos (BRASIL, 2013), a proporção de pessoas que consultaram um médico nos últimos 12 meses é maior entre as pessoas brancas (74,8%) do que entre pretas (69,5%), sendo que as pessoas pretas ficaram abaixo da média nacional, que é 71,2%, o que pode ter influenciado a participação desse público no presente estudo, uma vez que eles podem frequentar menos os serviços de saúde.

O nível de escolaridade dos participantes dos grupos não apresentou diferença significativa, sendo que apenas um participante de cada grupo era analfabeto. Albuquerque e col. (2016) identificaram o analfabetismo como importante causa de não adesão ao tratamento medicamentoso para os pacientes, porém, essa condição não demonstrou ser significativa nesse estudo, entretanto a maioria dos pacientes dos dois grupos apresentaram baixa escolaridade, possuindo no máximo o primeiro grau completo. Clinicamente, pessoas com DM e menor escolaridade têm um conhecimento insuficiente sobre a terapêutica do diabetes e sua farmacoterapia complexa, contribuindo para maiores morbidades e aumento do número de medicamentos prescritos (PERES et al, 2017).

O estado civil em ambos os grupos foi similar, sendo que mais da metade dos participantes eram casados ou estavam em união estável, fato que pode ser explicado pela idade superior a 45 anos nos dois grupos.

A grande maioria dos participantes dos dois grupos dependia exclusivamente do sistema público de saúde, uma vez que apenas 19% e 27,5 % dos pacientes do grupo DM e DM+TM, respectivamente, possuíam algum tipo de plano privado de saúde. O tratamento do DM pode gerar muitos custos para o paciente, como por exemplo, gastos com insumos como aparelho de medição da glicemia capilar, tiras reagentes, lancetas, seringas e também com medicamentos podendo contribuir para o maior número de usuários dependerem exclusivamente do SUS, sendo que mais da metade dos participantes de ambos os grupos possui a renda familiar entre um e três salários mínimos. De acordo com Meiners e colaboradores (2017) a grande maioria das pessoas que retiravam gratuitamente medicamentos e insumos para o controle do DM eram aquelas com nível econômico mais baixo e sem cobertura de plano privado de saúde, ou seja, totalmente dependentes do SUS.

5.2 HÁBITOS DE VIDA E COMORBIDADES

Os grupos não apresentaram diferença significativa considerando os parâmetros de hábitos de vida e comorbidades (Tabela 4).

Nos dois grupos a maior parte dos pacientes não tinham o hábito de ingerir nenhuma quantidade de bebida alcoólica (64,3% DM e 80,5% DM+TM), também não fumavam (83,3% DM e 90,2% DM+TM) e não realizavam nenhum tipo de atividade física (57,1% DM e 69,2% DM+TM).

Uma revisão de Chang (2012) mostrou associação do tabagismo com o aumento da resistência à insulina, níveis mais elevados de triglicérides em jejum, maior propensão à aterosclerose, além de ser um fator de risco para a doença renal diabética e a retinopatia, porém o hábito tabágico não parece ter interferido nos resultados.

O fato da maioria dos participantes não praticar nenhum tipo de atividade física é muito preocupante uma vez que de acordo com o posicionamento recente da Associação Americana de Diabetes (ADA, 2016) a adoção e manutenção da atividade física são focos críticos para o manejo da glicemia e a saúde geral em indivíduos com DM e pré-diabetes, e que a prática de exercícios físicos planejados

melhora o controle da glicemia, reduz os fatores de risco cardiovasculares, contribui para a perda de peso e melhora o bem-estar no DM2 e melhora da aptidão cardiovascular, força muscular, sensibilidade à insulina no DM1. Destaca-se que a atividade física e o exercício físico devem ser indicados de forma individualizada respeitando as características individuais de cada paciente. De acordo com De Souza e colaboradores (2012) apenas 150 minutos semanais de atividade física moderada, como caminhada, mostrou efeitos benéficos para pacientes com a glicemia alterada. A atividade física de intensidade moderada tem se mostrado eficaz na melhoria da sensibilidade à insulina e redução da gordura abdominal em adultos jovens (JOHNSTON et al, 2014). Quando o paciente rompe com o sedentarismo contribui também para menores níveis de glicemia pós-prandial (GUDZUNE et al, 2015)

A grande maioria dos pacientes de ambos os grupos não apresentou nenhuma das seguintes comorbidades: retinopatia, neuropatia, nefropatia e cardiopatia, não existindo diferença significativa entre eles.

Os participantes dos dois grupos tinham alta prevalência de hipertensão (66,7% DM e 82,5% DM+TM), dislipidemia (59,5% DM e 66,7% DM+TM) e sobrepeso/obesidade (78,6% DM e 90% DM+TM), apesar de não haver diferença entre os grupos.

Eckell e colaboradores (2011) pesquisaram a associação do DM com a obesidade, percebendo que a influência da obesidade no risco de DM2 é determinada não apenas pelo grau de obesidade, mas também pelo local onde a gordura se acumula, pois, o aumento da gordura da parte superior do corpo está associado à síndrome metabólica, DM2 e doença cardiovascular. Demonstraram também a relação do sobrepeso ao aumento da resistência à insulina e com isso hiperinsulinemia. A intolerância à glicose induzida pela obesidade reflete falha das respostas compensatórias do organismo. Há também uma forte ligação genética entre a obesidade e o DM.

O DM e a hipertensão são doenças frequentemente associadas, no DM1, existe evidente relação entre hipertensão e desenvolvimento de nefropatia diabética, sendo que a primeira raramente ocorre na ausência do comprometimento renal sendo que pressão arterial tipicamente começa a se elevar cerca de 3 anos após o início da microalbuminúria. Com o diagnóstico mais tardio do DM2, cerca de 40 %

dos pacientes já se encontram hipertensos quando são diagnosticados com DM (SBD, 2015-2016).

O DM está associado a um risco consideravelmente aumentado de doença cardiovascular aterosclerótica prematura, independente de outros fatores adicionais. No DM1 o risco de mortalidade cardiovascular aumenta significativamente após o desenvolvimento de nefropatia, coincidindo com uma deterioração acentuada do perfil lipídico e da pressão arterial; enquanto que no DM2 um risco cardiovascular aumentado existe por muitos anos antes do início da hiperglicemia bioquímica, sendo que a obesidade e a resistência à insulina estão frequentemente presentes, associadas à hipertensão e à dislipidemia, geralmente denominadas síndrome metabólica (SCHOFIELD et al, 2016).

Os dois grupos apresentaram alta incidência de fatores que interferem diretamente no controle do DM, como a hipertensão, a dislipidemia e o sobrepeso/obesidade, que são influenciadas pelo sedentarismo também presente nos dois grupos, logo essa associação representa alto risco de complicações. Todas essas condições podem ser minimizadas se o paciente com DM tiver hábitos saudáveis de vida, como por exemplo, a adoção de dieta alimentar, a redução do consumo de açúcares e industrializados e a prática frequente de atividade física.

Stein (1999) sugere que o exercício físico regular seja capaz de ter impacto significativo sobre a prevenção e/ou controle da hipertensão arterial sistêmica, DM não insulino-dependente, dislipidemia, obesidade, osteoporose, asma brônquica e outras doenças pulmonares, além de poder diminuir sintomas depressivos e de ansiedade. Sichieri e col. (2000) recomenda que o estímulo à alimentação saudável é de fundamental importância para manutenção de peso, a prevenção da obesidade, das doenças cardiovasculares, do DM e da osteoporose.

Tabela 4: Hábitos de vida e comorbidades:

| Variáveis | DM N (%) | DM + TM N (%) | Valor de p |
|----------------------|-------------|------------------|------------|
| Uso de Álcool | | | |
| Sim | 15 (35,7) | 8 (19,5) | 0,09 |
| Não | 27 (64,3) | 33 (80,5) | |
| Tabagismo | | | |
| Sim | 7 (16,7) | 4 (9,8) | 0,519* |
| Não | 35 (83,3) | 37 (90,2) | |
| Retinopatia | | | |

| | | | | |
|----------------------------|----------------|-----------|-----------|--------|
| | Sim | 5 (11,9) | 7 (17,1) | 0,547* |
| | Não | 37 (88,1) | 34 (82,9) | |
| Neuropatia | | | | |
| | Sim | 2 (4,8) | 5 (12,2) | 0,264* |
| | Não | 40 (95,2) | 36 (87,8) | |
| Nefropatia | | | | |
| | Sim | 2 (4,8) | 2 (4,9) | 1,0* |
| | Não | 40 (95,2) | 39 (95,1) | |
| Cardiopatia | | | | |
| | Sim | 1 (2,4) | 2 (4,9) | 0,615* |
| | Não | 41 (97,6) | 39 (95,1) | |
| Atividade Física | | | | |
| | Sim | 18 (42,9) | 12 (30,8) | 0,26 |
| | Não | 24 (57,1) | 27 (69,2) | |
| Hipertensão | | | | |
| | sim | 28 (66,7) | 33 (82,5) | 0,100 |
| | não | 14 (33,3) | 7 (17,5) | |
| Dislipidemia | | | | |
| | sim | 25 (59,5) | 26 (66,7) | 0,505 |
| | não | 17 (40,5) | 13 (33,3) | |
| Sobrepeso/Obesidade | | | | |
| | sim(IMC ≥ 25) | 33 (78,6) | 36 (90) | 0,227* |
| | não (IMC < 25) | 9 (21,4) | 4 (10) | |

Teste Qui-quadrado, exceto * Teste Exato de Fisher. $p < 0,05$ foi considerado significante.

5.3 PARÂMETROS BIOQUÍMICOS

Considerando as complicações microvasculares do DM, como retinopatia, nefropatia e pé diabético, o controle dos fatores de risco como hipertensão arterial, dislipidemia, inflamação crônica são tão importantes quanto o controle da hiperglicemia (SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2010). A Tabela 5 descreve os resultados encontrados para as análises bioquímicas.

O perfil lipídico dos dois grupos foi muito similar não apresentando diferença significativa e com todos os valores dentro do preconizado pela atualização da V Diretrizes Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2013), excetuando-se o triglicérido do grupo DM que está com a média superior ao valor limítrofe que é de 200mg/dl. A principal causa de morbidade e mortalidade no DM2 é a doença cardiovascular, em relação ao perfil lipídico em pacientes com DM2, as anormalidades usuais incluem hipertrigliceridemia e baixos níveis de lipoproteína-colesterol de alta densidade (ADA, 2004). Os pacientes com DM tendem a ter uma proporção maior de partículas menores e mais densas de LDL,

que são mais suscetíveis à oxidação e, portanto, podem aumentar o risco de eventos cardiovasculares. Recomenda-se o monitoramento do perfil lipídico pelo menos anualmente após atingir a meta terapêutica e mais frequentemente até chegar aos objetivos clínicos. A terapia inicial para hipertrigliceridemia é o melhor controle glicêmico e intervenção no estilo de vida (ADA, 2013).

O perfil glicêmico também não apresentou diferença entre os grupos, porém o grupo DM+TM estava no limite do controle da glicemia de jejum, com média de 140,94 mg/dl, enquanto o grupo DM estava com a média da glicose em jejum bem elevada, 172,37 mg/dl, sendo que o valor recomendado pela Associação Americana de Diabetes (ADA, 2013) é de 140 mg/dl. Os dois grupos também estão com valores médios de hemoglobina glicada elevados, o grupo DM 8,03 % e o DM+TM 7,71%, sendo que a mesma Associação recomende valores inferiores a 7%.

A hiperglicemia prolongada promove o desenvolvimento de lesões orgânicas extensas e irreversíveis, que afetam os olhos, os rins, os nervos, os vasos grandes e pequenos, assim como a coagulação sanguínea. Na prática clínica, a avaliação do controle glicêmico é feita mediante a utilização de dois recursos laboratoriais: os testes de glicemia, que refletem o nível glicêmico do momento em que foi realizado e os de hemoglobina glicada (HbA1c), que revelam a glicemia média pregressa dos últimos 4 meses. O teste de glicemia possibilita avaliar a resposta individual à terapia e também ajuizar se as metas glicêmicas recomendadas estão sendo efetivamente obtidas, sendo útil na prevenção da hipoglicemia, na detecção de hipo e hiperglicemias não sintomáticas e no ajuste da conduta terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, tanto para portadores de DM do tipo 1 quanto do tipo 2; já o teste de hemoglobina glicada documenta o grau de controle glicêmico do paciente em sua avaliação inicial e, subsequentemente, como parte do acompanhamento contínuo do DM (SBD, 2015-2016).

Tanto o marcador de inflamação (PCR-US), quanto os de função renal (creatinina), função hepática (AST, ALT), ureia, ácido úrico estão dentro dos padrões recomendados. A PCR é um importante biomarcador de processos inflamatórios, sendo que a inflamação está ligada a patogênese da depressão (Adhikari et al, 2018), podendo ser utilizada como fator preditivo dessa doença.

O marcador da função hepática GGT apresentou a média dos valores alterados em ambos os grupos, sendo no DM 62,24 U/l e no DM+TM 56,63 U/l, quando o recomendado seria até 61 para homens e até 36 para mulheres. O GGT

tem um papel importante na homeostase da glutathiona, que é antioxidante, dessa forma o nível aumentado de GGT pode ser ligado a um maior estresse oxidativo. Esse aumento do estresse oxidativo tem sido associado a disfunção das células beta e a redução da ação da insulina, logo a atividade sérica da GGT pode refletir vários processos diferentes relevantes para a patogênese do DM. Valores elevados de GGT são preditivos na ocorrência de DM, acidente vascular cerebral e doenças cardiovasculares (Haghigh et al, 2011).

Tabela 5: Parâmetros bioquímicos:

| Parâmetros | DM (N=42) | DM + TM (N=40) | Valor de p |
|--------------------------|------------------|-----------------------|-------------------|
| Colesterol total (mg/dl) | 188,97 ± 42,41 | 182,65 ± 37,54 | 0,433 |
| LDL (mg/dl) | 103,87 ± 36,88 | 100,8 ± 36 | 0,600 |
| HDL (mg/dl) | 44,83 ± 14,92 | 47,5 ± 15,07 | 0,528 |
| TGD (mg/dl) | 215,88 ± 196,84 | 167,25 ± 74,62 | 0,673 |
| Glicose (mg/dl) | 172,37 ± 82,16 | 140,94 ± 46,89 | 0,071 |
| HbA1c (%) | 8,03 ± 2,29 | 7,71 ± 1,58 | 0,977 |
| PCR US (mg/dl) | 0,48 ± 0,70 | 0,50 ± 0,58 | 0,648 |
| Creatinina (mg/dl) | 0,83 ± 0,59 | 0,84 ± 0,50 | 0,510 |
| AST/TGO (U/l) | 23,95 ± 13,19 | 22,19 ± 10,15 | 0,799 |
| ALT/TGP (U/l) | 31,41 ± 47,59 | 24,22 ± 12,65 | 0,937 |
| GGT (U/L) | 62,24 ± 83,00 | 56,63 ± 135,33 | 0,211 |
| Uréia (mg/dl) | 33,65 ± 13,50 | 34,15 ± 15,51 | 0,754 |
| Ac. Úrico (mg/dl) | 5,17 ± 1,31 | 4,90 ± 0,92 | 0,255 |

Valores expressos em média ± desvio padrão. N=número de indivíduos
 Teste Mann-Whitney U p <0.05 foi considerado significativo.

5.4 TIPO DE TRANSTORNO MENTAL:

De acordo com a Tabela 6, os transtornos mentais mais prevalentes entre os participantes do grupo DM+TM foram os depressivos e os ansiosos, corroborando com o estudo realizado em 2017 por Ellouze e colaboradores, que encontraram nos pacientes com DM a prevalência de 38% de depressão e 31% de ansiedade, sendo que 18% dos pacientes apresentaram comorbidade ansioso-depressiva. Esses pacientes tem um menor controle glicêmico, acompanhamento em saúde mais

irregular, baixa adesão ao tratamento e dieta desequilibrada e seu adequado tratamento pode melhorar o prognóstico geral das doenças somáticas associadas

Tabela 6: Transtornos mentais mais frequentes no grupo DM+TM.

| Tipo de transtorno | N | % |
|--|----|------|
| Transtornos Depressivos | 12 | 30 |
| Transtornos de Ansiedade | 12 | 30 |
| Transtornos Depressivos + Transtornos de Ansiedade | 7 | 17,5 |
| Outros | 9 | 22,5 |
| Total | 40 | 100 |

Valores expressos em N= número de indivíduos e percentual

Para Esteves e Galvan (2006) a depressão é classificada como transtorno de humor, que modifica a percepção dos sujeitos sobre si mesmos, passando a enxergar suas problemáticas como grandes catástrofes, tendo características que podem traduzir uma doença grave ou ser apenas mais um sintoma diante de uma situação real de vida. Os sintomas mais comuns são: apatia, irritabilidade, perda de interesse, tristeza, atraso motor ou agitação, ideias agressivas, desolação e múltiplas queixas somáticas (insônia, fadiga, anorexia). A comorbidade entre DM e depressão é comum, uma vez que a ocorrência de depressão é duas a três vezes maior em pessoas com DM, sendo que a maioria dos casos permanece sub-diagnosticada (BĂDESCU et al, 2016).

Um estudo transversal recente em Portugal (GOIS et al, 2018) avaliou que a associação de sintomas depressivos e controle glicêmico pode contribuir para que os participantes tivessem o controle glicêmico extremamente inadequado. Outro trabalho realizado por Katon e colaboradores (2004) demonstra que a depressão ocorre em aproximadamente 11% a 15% dos pacientes com DM e está associada a um controle glicêmico inadequado e a resultados médicos adversos, sugerindo também que cerca de metade dos pacientes com DM2 não são diagnosticados com precisão para sintomas depressivos e que apenas um terço dos pacientes com depressão foram adequadamente tratados com um antidepressivo por pelo menos três meses, evidenciando grandes lacunas no reconhecimento e na qualidade do atendimento à depressão oferecido aos pacientes com DM dentro dos sistemas de saúde.

Castilho e colaboradores (2000) descrevem a ansiedade com um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou

desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho, passando a serem reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como norma naquela faixa etária e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo. Os transtornos ansiosos são quadros clínicos em que esses sintomas são primários, ou seja, não são derivados de outras condições psiquiátricas.

O DM é uma condição crônica que frequentemente apresenta comorbidades com sintomas clinicamente relevantes de depressão e ansiedade, piorando o autocuidado, a saúde e aumentando os custos com o tratamento do DM. A depressão e ansiedade estão frequentemente presentes em pessoas com DM e obesidade, afetando adversamente a perda de peso, a qualidade do sono, qualidade de vida relacionada à saúde e a procura pelos serviços de saúde (ATLANTIS, GHASSEM e GIROSI, 2018), podendo explicar a grande prevalência dessas doenças no Grupo DM+TM, que também apresentou maior percentual de sobrepeso e obesidade (90%).

Os serviços de saúde de uma forma geral ainda insistem em compartimentar os indivíduos, sendo que muitas vezes só é tratada a queixa do momento ou a doença que está mais descompensada, deve-se, principalmente no acompanhamento em saúde de pacientes com doenças crônicas, como DM e TM, ampliar o olhar de forma integral, observando, intervindo e prevenindo, tanto as complicações de manifestação física quanto as psicológicas, uma vez que elas estão intimamente ligadas ao sucesso do tratamento.

5.5 ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE, PROBLEMAS DE SAÚDE E POLIFARMÁCIA.

Os resultados encontrados para o acesso ao serviço de saúde, problemas de saúde e utilização de medicamentos (polifarmácia) estão expressos na Tabela 7. Em relação ao acesso aos serviços de saúde, apesar de não haver diferença significativa entre os grupos, houve uma quantidade média de consultas médicas/ano grande (7,29 DM e 5,98 DM+TM), o estudo não quantificou o acesso aos outros profissionais da equipe multidisciplinar. Para o Ministério da Saúde (2013) o número de consultas médicas e de atendimento para usuários com DM

deve considerar o risco individual de cada paciente bem como as intercorrências clínicas e considerando também os determinantes sociais de saúde e os princípios do SUS e da Atenção Básica.

Os pacientes do grupo DM+TM apresentaram menor média de consultas, indo ao encontro dos achados de Candido e colaboradores (2012), no qual os participantes do estudo discutiram acerca do preconceito existente contra as pessoas acometidas pelo transtorno mental e expressam, claramente, que a origem do preconceito se encontra na desinformação e no desconhecimento, fazendo com que as pessoas com TM fiquem isoladas, contribuindo para o afastamento também dos serviços de saúde. Em uma análise realizada em serviços de saúde com ESF identificou-se que os profissionais apresentam dificuldade em promover o acolhimento adequado ao paciente com TM, ora por não o reconhecerem dentro da temática do cuidado em saúde; ora por enfrentarem dificuldades subjetivas para lidar com os transtornos mentais (MACHADO e PEREIRA, 2013), o que também pode interferir no acesso desses usuários ao serviço de saúde.

De acordo com o esperado os participantes do grupo DM+TM apresentaram maior número de problemas de saúde relatados e também maior uso de medicamentos, uma vez que a multimorbidade, ou seja, a associação de mais de uma doença, contribui para a polifarmácia, podendo ser clinicamente adequada ou não, sendo necessária uma avaliação criteriosa e individualizada (MASNOON et al, 2017), podendo dificultar o controle de ambas doenças, contribuindo para o surgimento de outras complicações.

De acordo com Neves et al. (2015), médicos da Estratégia Saúde da Família normalmente prescrevem itens das listas padronizadas pelo SUS, a fim de possibilitar a obtenção gratuita dos medicamentos, reduzindo a amplitude do arsenal terapêutico e, conseqüentemente, o número médio de medicamentos prescritos por paciente. A polifarmácia, mesmo aquela clinicamente adequada, tem sido associada a desfechos negativos em saúde, aumento da morbimortalidade, redução da qualidade de vida dos indivíduos e aumento dos custos da atenção, com impacto para as pessoas e os sistemas de saúde (CADOGAN, RYAN, HUGHES, 2016).

Tabela 7: Acesso ao serviço de saúde, problemas de saúde e uso de medicamentos:

| | DM (N=42) | DM + TM(N=40) | Valor de p |
|-------------------------------|------------------|----------------------|-------------------|
| Consultas médicas/ano | 7,29 ± 10,82 | 5,98 ± 4,64 | 0,463 |
| Problemas de Saúde | 2,71 ± 1,13 | 3,27 ± 1,24 | 0,04 |
| Número de Medicamentos | 5,19 ± 2,51 | 7,83 ± 2,59 | 0,00 |

Valores expressos em média ± desvio padrão. N= número de indivíduos.

Teste Qui-quadrado. $p < 0.05$ foi considerado significativo.

5.6 USO DE MEDICAMENTOS HIPOGLICEMIANTES E PARA TRANSTORNO MENTAL

Na avaliação do uso dos medicamentos para o tratamento do DM os grupos permaneceram homogêneos, com maior uso da metformina (83,4 % no grupo DM e 85% no grupo DM+TM) e da insulina NPH (33,3 % no grupo DM e 42,5% no grupo DM+TM).

Quando o paciente recebe o diagnóstico de DM tipo 2 (DM2) junto com as medidas que orientam modificações adequadas no seu estilo de vida, costuma-se prescrever um agente hipoglicemiante oral com a finalidade de baixar a glicemia e mantê-la normal, sendo a metformina o medicamento de primeira escolha. A metformina é uma biguanida que tem ação anti-hiperglicemiante atuando na redução da produção hepática de glicose com menos sensibilização da ação insulínica, reduzindo em média 1,5 a 2% a hemoglobina glicada. A insulinização é imprescindível para o tratamento do DM tipo 1 associada também as medidas não farmacológicas sendo que tratamento intensivo clássico é o que utiliza duas doses de insulina NPH antes do café da manhã e antes de dormir (SBD, 2015-2016). Os resultados encontrados nos dois grupos vão ao encontro dos tratamentos preconizados (Tabela 8).

Tabela 8: Classificação ATC de medicamentos antidiabéticos:

| | DM- N(%) | DM + TM- N(%) | Valor de p |
|--|--------------------------------------|--|------------|
| | Metformina (A10BA02) -35 (83,4%) | Metformina (A10BA02) -34 (85,0%) | 0,77 |
| | Insulina NPH (A10AC01)-14 (33,3%) | Insulina NPH (A10AC01)- 17 (42,5%) | |
| Nível A (Trato alimentar e digestório) | Gliclazida (A10BB09)-12 (28,6%) | Gliclazida (A10BB09) -6 (15%) | |
| | Glimepirida (A10BB12) -6 (14,3%) | Glimepirida (A10BB12) -10 (25,0%) | |
| | Insulina Glargina (A10AE04)-2 (4,8%) | Sitagliptina+metformina -(A10BD07) 2 (5%) | |
| | Insulina Lispro (A10AB04)-1 (2,4%) | Dapagliflozina (A10BK01)- 1 (2,5%) | |
| | Linagliptina (A10BH05) -1(2,40%) | Pioglitazona (A10BG03)-1 (2,5%) | |

Valores expressos em percentual. N= número de indivíduos.

Teste Qui-quadrado. $p < 0.05$ foi considerado significativo.

Os medicamentos mais utilizados no tratamento dos transtornos mentais (Tabela 9) no grupo DM+TM foram o clonazepam (40%) e a fluoxetina (15,5%), sendo que ambos são padronizados na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Vitória e disponibilizados gratuitamente aos usuários pelos serviços de atenção básica do município em que o trabalho foi realizado. O clonazepam é um benzodiazepínico que atua causando inibição leve do sistema nervoso, com consequente ação sedativa leve, relaxante muscular e tranquilizante. A fluoxetina é um antidepressivo da classe dos inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) possuindo pouca afinidade com outros neuroreceptores noradrenérgicos, dopaminérgicos e do ácido gamaminobutírico (GABA). Esses resultados estão em acordo com tratamento dos transtornos mentais que mais apareceram no grupo DM+TM, que foram os transtornos ansiosos e depressivos (Tabela 6).

Os critérios para escolha da farmacoterapia em saúde mental envolvem diferenças quanto à ação em outros grupos sintomáticos (ansiedade, sintomas obsessivos etc.), características químicas (metabolização, excreção etc.), custo financeiro e, sobretudo, o perfil de efeitos indesejados: Dessa forma a fluoxetina, além de minimizar os sintomas depressivos também age nos sintomas da ansiedade, cabendo destacar que a prescrição dos ansiolíticos para tratamento sintomático deve ser de curto prazo, sendo que o uso apenas de benzodiazepínicos para queixas crônicas de ansiedade, é iatrogênico (BRASIL, 2013).

Tabela 9: Classificação ATC de medicamentos para tratamento do TM:

| | Medicamentos TM- N (%) |
|---------------------------|---------------------------------|
| Nível N (Sistema nervoso) | Clonazepam (N03AE01) 16 (40,0) |
| | Fluoxetina (N06AB03) 6 (15,5) |
| | Citalopram (N06AB04) 5 (12,5) |
| | Diazepam (N05BA01) 4 (10) |
| | Amitriptilina (N06AA09) 4 (10) |
| | Nortriptilina (N06AA10) 3 (7,5) |

Valores expressos em N= número de indivíduos e percentual.

4.7 MEDTAKE TEST

O *Medtake* avalia o conhecimento do paciente em relação a sua farmacoterapia, sendo o resultado expresso em porcentagem de conhecimento do tratamento medicamentoso. Os valores da Tabela 10 demonstram o percentual de conhecimento médio da farmacoterapia entre os grupos.

Tabela 10: Conhecimento da farmacoterapia.

| | DM | DM + TM | Valor de p |
|--|-------------|--------------|------------|
| Conhecimento Farmacoterapia <i>MedTake Test</i> | 70,5 ± 17,9 | 76,21 ± 18,2 | 0,025 |

Valores expressos em percentual médio ± desvio padrão.
Teste Mann-Whitney. $p < 0.0$ foi considerado significativo.

Houve diferença significativa no conhecimento da farmacoterapia, sendo que o grupo DM+TM apresentou maior conhecimento médio 76,21% contra o grupo 70,5% do DM, ao contrário do que era esperado uma vez que o estigma associado a essas doenças pode afetar a credibilidade e a capacidade do paciente, levando a um isolamento responsável pelo atraso ou a não procura de tratamento e a falta de socialização, prejudicando a relação da pessoa com os familiares e também com os profissionais de saúde (FERREIRA, CARVALHO, 2017).

Destaca-se que qualquer desconhecimento do tratamento medicamentoso pode ter grande impacto na adesão ao tratamento e consequentemente no sucesso da terapia, uma vez que, se o paciente desconhece a escala de tomada, pode haver administração de subdoses, ou seja, não terá o efeito desejado. Outra questão importante relaciona-se a superdosagem, que pode gerar intoxicações e outras complicações. Por outro lado, o desconhecimento da interação dos medicamentos com o alimento pode levar a prejuízo na absorção, e

consequentemente, redução do efeito terapêutico. Os problemas relacionados a medicamentos (PRMs) são problemas de farmacoterapia que, de fato ou potencialmente, têm impacto no resultado desejado para a saúde sendo as causas mais comuns: comorbidades, baixa adesão à medicação, e polifarmácia, com aumento de potenciais interações medicamentosas e efeitos colaterais de drogas (HURI, LING, 2013), mesmo um pequeno desconhecimento da farmacoterapia pode levar a grandes prejuízos em saúde.

A educação em saúde no DM é fundamental para que o paciente se comprometa e protagonize seu cuidado, a falta de conhecimento sobre a doença, associada à inadequada capacitação e integração entre os profissionais de saúde, relaciona-se diretamente ao problema da adesão, sendo necessário que se incorporem, nos serviços de saúde, novas abordagens capazes de motivar os pacientes conscientizando os mesmos sobre os riscos que a doença pode trazer caso não haja o controle glicêmico (SBD, 2015-2016).

Para Peres e colaboradores (2017) em uma revisão de estudos sobre educação em DM, encontraram resultados consistentes de oito estudos sugerindo uma associação positiva entre informação sobre saúde e conhecimento sobre DM. O conhecimento da doença aliado à apropriação da farmacoterapia proposta possibilita ao paciente seguir de forma mais autônoma e participativa no seu tratamento, auxiliando também que ele mesmo identifique sinais de hipo/hiperglicemia e consiga ele mesmo manejar essas situações, com mais segurança e autonomia, bem como perceba reações adversas aos medicamentos.

5.8 AVALIAÇÃO DA ADESÃO A FARMACOTERAPIA

5.8.1 Teste Morisky-Green

O Teste de Morisky-Green avalia o comportamento do paciente em relação ao uso habitual dos seus medicamentos. Não houve diferença significativa entre a adesão ao tratamento medicamentoso nos dois grupos, uma vez que ambos apresentaram maior número de participantes com adesão média, sendo 52,4 % no grupo DM e 56,1% no grupo DM+TM, dessa forma a maioria dos pacientes dos dois grupos não adere corretamente a farmacoterapia prescrita (Tabela 11).

Tabela 11: Resultados da medida da adesão por meio do Teste Morisky Green.

| Adesão Moriky-Green | DM (N, %) | DM + TM (N, %) | valor p |
|---|------------------|-----------------------|----------------|
| Adesão Alta (nenhuma resposta positiva) | 18 (42,9) | 14 (34,1) | 0,555 |
| Adesão Média (1-2 respostas positivas) | 22 (52,4) | 23 (56,1) | |
| Adesão Baixa (3-4 respostas positivas) | 2 (4,7) | 4 (9,8) | |
| Total | 42 (100) | 41 (100) | |

Valores expressos em percentual. N= número de indivíduos.
Teste Qui-quadrado. $p < 0.05$ foi considerado significante.

Na avaliação do teste por cada pergunta separadamente também não se encontrou diferença significativa entre os grupos (Tabela 12). Pode-se perceber que a pergunta com maior percentual de resposta positiva foi em relação ao descuido do paciente na tomada dos seus medicamentos, ou seja, a maioria dos participantes, apesar de lembrarem de utilizar o medicamento e não interromperem o tratamento, não tinham o compromisso com a tomada diária e frequente de seus medicamentos (45,2% DM e 41,5% DM+TM).

Para Daniel e Veiga (2013) são considerados fatores dificultadores da adesão: efeitos adversos que não foram explicados durante as consultas, complexidade do regime terapêutico proposto, como por exemplo: grande quantidade de medicamentos e posologia com muitas tomadas diárias, dificuldades no acesso aos medicamentos e serviços, insegurança em relação ao tratamento e alto custo da farmacoterapia.

Como descrito anteriormente ambos os grupos apresentam certo desconhecimento do tratamento além de estarem em polifarmácia, fatores com impacto negativo a adesão ao tratamento.

Tabela 12: Avaliação por pergunta do Teste Morisky Green.

| Adesão Moriky-Green por pergunta | DM | DM+TM | Valor p |
|--|-----------|--------------|----------------|
| MG1: Você às vezes tem problema em se lembrar de tomar sua medicação? | | | |
| Sim | 12 (28,6) | 15 (36,6) | 0,435 |
| Não | 30 (71,4) | 26 (63,4) | |
| MG2: Você as vezes se descuida em tomar o seu medicamento? | | | |
| Sim | 19 (45,2) | 17 (41,5) | 0,728 |
| Não | 23 (54,8) | 24 (58,5) | |

MG3: Quando está se sentindo melhor, você as vezes para de tomar seu medicamento?

| | | | |
|-----|-----------|-----------|--------|
| Sim | 4 (9,5) | 5 (12,2) | 0,737* |
| Não | 38 (90,5) | 36 (87,8) | |

MG4: Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você para de toma-la?

| | | | |
|-----|-----------|-----------|-------|
| Sim | 6 (14,3) | 9 (22,0) | 0,315 |
| Não | 36 (85,7) | 32 (78,0) | |

Valores expressos em n= número de indivíduos e (percentual).

Teste Qui-quadrado, exceto *Teste exato de Fisher. $p < 0.05$ foi considerado significante.

5.8.2 Brief Medication Questionnaire (BMQ)

Na avaliação geral do BMQ (Tabela 13) os dois grupos não apresentam diferenças significativas, porém, nenhum participante foi considerado aderente, sendo que a maioria dos pacientes foi classificada em provável baixa adesão (47,6 % do grupo DM e 46,3% DM+TM).

Tabela 13: Avaliação da adesão por meio do *Brief Medication Questionnaire*.

| Resultados | DM N (%) | DM + TM N(%) | Valor de p |
|--|-------------|-----------------|---------------|
| Aderente (nenhuma resposta positiva) | 0 | 0 | |
| Provável aderente (uma resposta positiva em pelo menos uma barreira) | 5 (11,9) | 5 (12,2) | 0,993 |
| Provável Baixa Adesão (uma resposta positiva em duas barreiras) | 20 (47,6) | 19 (46,3) | |
| Baixa adesão (uma resposta positiva em três barreiras) | 17 (40,5) | 17 (41,5) | |
| Total | 42 (100) | 41 (100) | |

Valores expressos em N= número de indivíduos e (percentual).

Teste Quadrado. $p < 0.05$ foi considerado significante.

Na análise da adesão por meio somente da barreira regime (Tabela 14), apesar de não apresentar diferença entre os grupos, ambos estão com a maioria dos pacientes em baixa adesão (42,9 % DM e 48,8% DM+TM). A barreira regime avaliou se o paciente falhou ao descrever espontaneamente os medicamentos que usa, se falhou ou interrompeu o tratamento por não adquirir mais medicamentos ou outras causas, se relatou falhas em algumas doses ou dias de tratamento ou se aumentou alguma dose, e se recusou-se a responder alguma pergunta ou

respondeu “não sei”. Dessa forma percebe-se que a menor adesão foi constatada no regime que avalia tanto o conhecimento da farmacoterapia quanto o comprometimento do paciente em seguir corretamente o tratamento prescrito, uma vez que na avaliação geral a maioria dos participantes estava em provável baixa adesão.

Tabela 14: Medida da adesão por meio do Regime Barreira do *Brief Medication Questionnaire*.

| Resultados | DM N (%) | DM + TM N (%) | Valor de p |
|--|---------------------|--------------------------|-------------------|
| Aderente (nenhuma resposta positiva) | 5 (11,9) | 8 (19,5) | 0,133 |
| Provavel aderente (uma resposta positiva) | 11 (26,2) | 3 (7,3)* | |
| Provavel Baixa Adesão (duas respostas positivas) | 8 (19,0) | 10 (24,4) | |
| Baixa adesão (três ou mais respostas positivas) | 18 (42,9) | 20 (48,8) | |
| Total | 42 (100) | 41 (100) | |

Valores expressos em N= número de indivíduos e (percentual).

Teste Qui-quadrado. exceto * Teste Exato de Fisher. $p < 0.05$ foi considerado significativo.

A importância do seguimento correto do tratamento para o controle das doenças crônicas é bem conhecida. Sansone e Sansone (2012) avaliaram dados dos últimos anos e encontraram que, aproximadamente 50% dos pacientes psiquiátricos e 50% dos pacientes da atenção primária descontinuaram prematuramente a terapia antidepressiva, sendo que a baixa adesão foi associada tanto a fatores do paciente como: preocupações com efeitos colaterais, medo de dependência, crença de que esses medicamentos não resolverão problemas pessoais, quanto a falhas no acompanhamento da equipe de saúde. Outra pesquisa brasileira (MEINERS, 2017) verificou que apenas 2% das pessoas com DM foram consideradas aderentes, corroborando com o encontrado entre os participantes dos grupos DM e DM+TM. Dessa forma percebe-se a necessidade de maior investimento em ações que potencializem a adesão ao tratamento, uma vez que os pacientes de ambos os grupos tiveram acesso aos serviços de saúde, as consultas médicas e aos medicamentos, porém não aderiram adequadamente a farmacoterapia.

5.9 QUALIDADE DE VIDA:

A OMS (1995) define Qualidade de Vida como a percepção de um indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais eles vivem e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, sendo um conceito abrangente afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, crenças pessoais, relações sociais e sua relação com as características salientes de seu ambiente.

As duas primeiras perguntas do questionário do WHOQOL-brief avaliam a qualidade de vida de forma geral e a satisfação com a saúde (Tabela 15) sendo que não houve diferença significativa entre os dois grupos. Tanto no grupo DM quanto no DM+TM a maior parte dos participantes classificou como boa a qualidade de vida geral (43,9% e 41%, respectivamente) enquanto que os participantes do grupo DM em sua maioria estavam satisfeitos com a saúde (43,9%), grande parte dos participantes do grupo DM+TM estavam insatisfeitos (35,9%).

Tabela 15: Resultados questões 1 e 2 do WHOQOL-brief.

| Questões | DM | | | DM + TM | | | |
|--|----|------|-----------------|---------|------|-----------------|------------|
| | N | % | Escore médio±DP | N | % | Escore médio±DP | Valor de p |
| Como você avaliaria sua qualidade de vida? | 41 | 100 | 66,5 ± 20,62 | 39 | 100 | 58,97 ± 20,26 | 0,127 |
| 1 | - | | | - | | | |
| 2 | 3 | 7,4 | | 6 | 15,4 | | |
| 3 | 14 | 34,1 | | 15 | 38,5 | | |
| 4 | 18 | 43,9 | | 16 | 41 | | |
| 5 | 6 | 14,6 | | 2 | 5,1 | | |
| Quão satisfeito (a) você está com sua saúde? | | | 54,88 ± 22,51 | | | 49,36 ± 24,66 | 0,282 |
| 1 | - | | | 1 | 2,6 | | |
| 2 | 12 | 29,3 | | 14 | 35,9 | | |
| 3 | 10 | 24,4 | | 11 | 28,2 | | |
| 4 | 18 | 43,9 | | 11 | 28,2 | | |
| 5 | 1 | 2,4 | | 2 | 5,1 | | |

Valores expressos em N= número de indivíduos, percentual, escore médio e DP. DM (n =41) e DM+TM (n=39). Teste Mann-Whitney. p <0.05.

O questionário WHOQOL-bref apresenta quatro domínios abrangendo as esferas físicas, psicológicas, sociais e do ambiente que as pessoas vivem. Na avaliação dos dois grupos (Tabela 16) houve diferença nos domínios físico e psicológico. O escore médio do domínio físico do grupo DM foi de 64,29 enquanto o do grupo DM+TM foi 52,38, ou seja, o grupo DM apresentou uma percepção mais positiva em relação ao tratamento, ao sono, energia e fadiga, atividades da vida cotidiana, mobilidade, capacidade de trabalho e a dor, que são as questões avaliadas pelo domínio físico.

Em relação ao domínio psicológico o escore médio foi de 69,21 para o grupo DM e de 51,60 para o grupo DM+TM, apresentando diferença entre os grupos. O grupo DM também apresentou maior satisfação em relação aos aspectos avaliados no domínio psicológico como aparência corporal, espiritualidade e crenças pessoais, aprendizado, concentração e memória, sentimentos positivos e negativos. Em um estudo realizado em uma unidade de saúde da família do Ceará (2017) os sintomas de depressão que mais se destacaram foram a tristeza, a retração social, autodepreciação, autoacusação e irritabilidade, sendo que a depressão pode levar a consequências negativas sobre a qualidade de vida dos indivíduos, relacionamento pessoal, familiar e social, merecendo um cuidado especial pela rede de Atenção Básica, uma vez a atenção primária tem fundamental relevância no que diz respeito ao desenvolvimento de ações focadas no rastreamento e monitoramento desse agravo (MADEIRA et al., 2013).

Tabela 16: Avaliação dos domínios do WHOQOL-bref.

| Domínios | DM | DM + TM | p |
|-------------|---------------------|---------------------|--------|
| | Escore Médio (N:41) | Escore Médio (N:39) | |
| Físico | 64,29±12,70 | 52,38±14,59 | 0,0003 |
| Psicológico | 69,21±14,28 | 51,60±13,80 | 0,0001 |
| Social | 69,92±13,42 | 62,60±18,81 | 0,071 |
| Ambiente | 63,11±11,59 | 57,37±11,54 | 0,0184 |
| QoL | 66,50±20,62 | 58,97±20,26 | 0,127 |
| Saúde | 54,88±22,51 | 49,36±24,66 | 0,282 |

Valores expressos em N= número de indivíduos, percentual, escore médio e DP.

Teste Mann-Whitney. $p < 0.05$ foi considerado significativo.

Para Rubin (2000) o DM pode levar à diminuição do autocuidado, o que, por sua vez, leva a um controle glicêmico piorado, aumento dos riscos de complicações e exacerbação do DM tanto a curto como em longo prazo, dessa forma, questões de qualidade de vida são de importância crucial, porque podem

prever poderosamente a capacidade de um indivíduo de gerenciar sua doença e manter a saúde e o bem-estar de longo prazo.

Goldney e colaboradores (2004) em um estudo Australiano demonstraram que a prevalência de depressão na população diabética foi de 24% em comparação com 17% na população não diabética e que aqueles com DM e depressão experimentaram um impacto negativo de grande efeito em todas as dimensões de qualidade de vida quando comparados com aqueles que sofreram DM e que não estavam deprimidos.

O resultado encontrado de menor satisfação com os aspectos físicos e psicológicos da qualidade de vida no grupo DM+TM pode ser explicado pela maior dificuldade no tratamento da associação de duas doenças de difícil controle, que podem interferir na capacidade de trabalho, no sono e na disposição, bem como também interferir no ganho de peso, na concentração, e principalmente na necessidade de maiores cuidados em saúde, do seu conhecimento para o autocuidado e para mudanças de hábitos de vida.

5.10 CORRELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E CONHECIMENTO DA FARMACOTERAPIA

Na avaliação da correlação entre qualidade de vida e conhecimento da farmacoterapia (Tabela 17) os dois grupos se mostraram bem homogêneos, apresentando correlação significativa apenas no grupo DM+TM para o domínio psicológico (-0,34). A correlação negativa entre o domínio psicológico da qualidade de vida e o conhecimento da farmacoterapia pode indicar que quanto mais o paciente conhece seu tratamento pior pode ser a sua percepção de qualidade de vida associada à autoestima, a aparência corporal, espiritualidade, sentimentos positivos e negativos entre outros. Dessa forma, sugere-se que dadas as dificuldades do tratamento em saúde mental, com o uso de muitos medicamentos, posologias mais complicadas, efeitos indesejáveis, demora na redução dos sintomas, tratamento contínuo e desgastante, quanto mais o paciente se apropria da sua farmacoterapia e seus obstáculos, menor poderá ser sua percepção da qualidade de vida.

Locatelli e Golay (2018) descreveram que o tratamento para os transtornos mentais utilizando medicamentos psicotrópicos pode induzir ganho de

peso e a síndrome metabólica, reduzindo a qualidade de vida e a expectativa de vida dos pacientes. O aumento do peso teria impacto na autoestima e também na baixa adesão ao tratamento levando, portanto, a recaídas da doença mental.

Ibanez e col. (2014) discutiram que os pacientes com depressão expressaram ambivalência em relação à terapêutica medicamentosa, embora entendessem que fosse necessário e útil para aliviar os sintomas, o tratamento medicamentoso contínuo era desgastante e nem sempre proporcionava resultados condizentes com as expectativas dos pacientes, não reduzindo ou eliminando os sintomas.

Tabela 17: Correlação dos domínios do WHOQOL-brief com o *Medtake*.

| Domínios | DM (N=41) | | DM+TM (N=39) | |
|---------------|------------|---------|--------------|---------|
| | Correlação | valor p | Correlação | valor p |
| - Físico | 0,187 | 0,241 | -0,028 | 0,865 |
| - Psicológico | 0,132 | 0,41 | -0,34 | 0,034* |
| - Social | 0,015 | 0,925 | -0,044 | 0,792 |
| - Ambiente | -0,046 | 0,776 | -0,003 | 0,984 |
| - QoL | 0,159 | 0,32 | -0,082 | 0,62 |
| - Saúde | -0,12 | 0,454 | -0,103 | 0,535 |

Correlação de Spearman. N= número de indivíduos. p <0.05 foi considerado significante.

5.11 CORRELAÇÃO ENTRE A ADESÃO (*BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE*) E O NÚMERO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS:

Analisando a correlação entre o número de medicamentos utilizado e a adesão ao tratamento (Tabela 18 e 19) não houve diferença significativa entre os grupos, sendo que no grupo DM+TM a correlação foi negativa, ou seja, quanto maior o número de medicamentos utilizados pior foi sua adesão ao tratamento, fato esperado, uma vez que o uso de muitos medicamentos pode aumentar efeitos indesejados e interações que podem dificultar a adesão a farmacoterapia (MAHER, HANLON E HAJJAR, 2013).

Tabela 18: Correlação entre a Adesão (*Brief Medication Questionnaire*) e o número de medicamentos utilizados.

| DM (N=42) | | DM+TM (N=40) | |
|------------|---------|--------------|---------|
| Correlação | valor p | Correlação | valor p |
| 0,066 | 0,680 | -0,093 | 0,568 |

Correlação de Spearman. N= número de indivíduos. p <0.05 foi considerado significativo.

Tabela 19: Correlação entre a Adesão (*Brief Medication Questionnaire*) e o número de medicamentos utilizados (excluindo os medicamentos de saúde mental).

| DM (N=42) | | DM+TM (N=40) | |
|------------|---------|--------------|---------|
| Correlação | valor p | Correlação | valor p |
| 0,066 | 0,680 | 0,026 | 0,873 |

Correlação de Spearman. N= número de indivíduos. p <0.05 foi considerado significativo.

5.12 CORRELAÇÃO ENTRE A ADESÃO (*BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE*) E O CONTROLE DA GLICEMIA EM JEJUM E DA HEMOGLOBINA GLICADA:

Na avaliação da associação entre a adesão ao tratamento e o controle da glicemia de jejum e da hemoglobina glicada (Tabela 20) obteve-se correlação significativa somente para a hemoglobina glicada no grupo DM+TM, onde quanto maior foi a adesão maior foi o controle da hemoglobina glicada. Esse achado também foi evidenciado por McAdam-Marx e col. (2014) onde a adesão aos medicamentos para DM estava associada tanto à perda de peso, quanto ao alcance da meta terapêutica da hemoglobina glicada. Figueira e col. (2017) também encontraram relação positiva entre a adesão ao tratamento e o controle glicêmico.

No presente estudo ambos os grupos apresentaram alta prevalência de sobrepeso e obesidade (78,6% DM e 90%DM+TM) bem como valores alterados das médias da hemoglobina glicada (8,03% DM e 7,71% DM+TM) logo, a baixa adesão ao tratamento pode impactar negativamente tanto no controle do peso quanto na hemoglobina glicada.

Tabela 20: Correlação entre a Adesão (*Brief Medication Questionnaire*) e o controle da glicemia em jejum e da hemoglobina glicada

| | DM (N=42) | | DM+TM (N=40) | |
|---------------------|------------|---------|--------------|---------|
| | Correlação | valor p | Correlação | valor p |
| Glicemia Jejum | 0,085 | 0,592 | 0,135 | 0,408 |
| Hemoglobina glicada | -0,069 | 0,665 | 0,416 | 0,009 |

Correlação de Spearman. N= número de indivíduos. p <0.05 foi considerado significativo.

5.13 CORRELAÇÃO ENTRE A ADESÃO (*BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE*) E O CONHECIMENTO DA FARMACOTERAPIA (*MEDTAKE TEST*):

Não houve correlação significativa entre os dois grupos no tocante a associação entre adesão ao tratamento e conhecimento da farmacoterapia (Tabela 21), resultado que contrapõe aos achados de Cardoso e col. (2011) nos quais cerca de 25% dos pacientes psiquiátricos não conheciam nenhum medicamento que utilizavam e 70,8% foram classificados como baixo grau de adesão ao tratamento. Figueira e col. (2017) também encontraram relação positiva entre o conhecimento do tratamento e adesão a farmacoterapia.

Tabela 21: Correlação entre a Adesão (*Brief Medication Questionnaire*) e o conhecimento da farmacoterapia (*Medtake test*).

| | DM (N= 42) | | DM+TM (N=39) | |
|--|------------|---------|--------------|---------|
| | Correlação | valor p | Correlação | valor p |
| | 0,014 | 0,930 | 0,097 | 0,552 |

Correlação de Spearman. N= número de indivíduos. p <0.05 foi considerado significativo.

5.14 SATISFAÇÃO COM O SERVIÇO OFERECIDO PELA FARMÁCIA

A percepção em relação às práticas de saúde e a satisfação dos usuários são temas que têm se destacado no cenário da saúde no contexto mundial e nacional. Os processos de avaliação representam uma forma interessante de buscar melhorar a qualidade dos serviços de saúde e criar oportunidades para discutir o cuidado ao paciente (GUILHERME, MASSUDA E YAMAGUCHI, 2016).

Para Trad et al (2001) a incorporação do usuário na avaliação tem sido valorizada não apenas por constituir-se um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, mas por estar potencialmente relacionada à maior adequação no

uso do serviço, indo ao encontro de um dos princípios do SUS que é a participação comunitária e o controle social.

Os grupos se mantiveram homogêneos em relação às perguntas do questionário não havendo diferença significativa.

Na avaliação da satisfação geral (Tabela 22) a média do grupo DM foi de 3,59 enquanto do grupo DM+TM foi de 3,45, demonstrando que o grupo DM ficou mais satisfeito com o serviço prestado pela farmácia, porém esse nível de satisfação pode ser considerado bom, contrapondo os resultados de Bonadiman e colaboradores (2016) onde foi determinado o baixo nível de satisfação dos usuários com relação aos serviços oferecidos pelas farmácias básicas.

Tabela 22: Média do nível de satisfação geral para cada item do Questionário de Satisfação com os Serviços oferecidos pela farmácia.

| Perguntas | DM (N=39) | DM+TM (N=37) | p |
|---|------------|--------------|-------|
| 1. A aparência profissional da farmácia? | 3,74± 0,75 | 3,95±0,78 | 0,252 |
| 2. A disponibilidade do farmacêutico em responder suas perguntas? | 3,77±0,81 | 3,70±0,70 | 0,672 |
| 3. A relação profissional do farmacêutico com você? | 3,74±0,91 | 3,62±0,76 | 0,397 |
| 4. A habilidade do farmacêutico em avisá-lo sobre problemas que você poderia ter com seus medicamentos? | 3,26±1,06 | 3,29±0,81 | 0,740 |
| 5. A prontidão no atendimento da sua receita? | 3,77±0,87 | 3,64±0,71 | 0,350 |
| 6. O profissionalismo dos funcionários da farmácia? | 3,82±0,76 | 3,57±0,69 | 0,125 |
| 7. A explicação do farmacêutico sobre a ação dos seus medicamentos? | 3,59±0,94 | 3,46±0,73 | 0,376 |
| 8. O interesse do farmacêutico pela sua saúde? | 3,66±1,06 | 3,45±0,84 | 0,259 |
| 9. A ajuda do farmacêutico no uso dos seus medicamentos? | 3,59±0,99 | 3,49±0,84 | 0,533 |
| 10. O empenho do farmacêutico em resolver os problemas que você tem com seus medicamentos? | 3,35±1,06 | 3,41±0,83 | 0,939 |
| 11. A responsabilidade que o farmacêutico assume com o seu tratamento? | 3,44±1,05 | 3,30±0,88 | 0,497 |
| 12. As orientações do farmacêutico sobre como tomar os seus medicamentos? | 3,64±0,98 | 3,38±0,86 | 0,154 |
| 13. Os serviços da sua farmácia em geral? | 3,79±0,83 | 3,67±0,71 | 0,415 |
| 14. As respostas do farmacêutico às suas perguntas? | 3,54±0,88 | 3,41±0,83 | 0,337 |

| | | | |
|--|-----------|------------|-------|
| 15. O empenho do farmacêutico em manter ou melhorar a sua saúde? | 3,59±1,07 | 3,32±1,02 | 0,244 |
| 16. A cortesia e respeito demonstrados pelos funcionários da farmácia? | 3,82±0,68 | 3,70±0,70 | 0,429 |
| 17. A privacidade nas conversas com o seu farmacêutico? | 3,44±0,94 | 3,32±0,91 | 0,631 |
| 18. O empenho do farmacêutico para assegurar que os seus medicamentos façam o efeito esperado? | 3,56±1,09 | 3,30±0,94 | 0,219 |
| 19. A explicação do farmacêutico sobre os possíveis efeitos adversos dos medicamentos? | 3,13±0,95 | 3,03±0,76 | 0,732 |
| 20. O tempo que o farmacêutico oferece para passar com você? | 3,51±0,97 | 3,11±0,94 | 0,07 |
| Média do nível de satisfação geral | 3,59±0,19 | 3,45± 0,21 | 0,04 |

Valores expressos em média \pm desvio padrão. N= número de indivíduos. p <0.05 foi considerado significativo.

Para Andrade e col. (2009), serviços que contam com Atenção Farmacêutica possuem melhor avaliação de satisfação dos usuários e a presença desse serviço parece ser o principal fator determinante do nível de satisfação dos usuários de serviços farmacêuticos, uma vez que o mesmo resultado não foi obtido pelos locais sem Atenção Farmacêutica.

O farmacêutico tem importante papel no seguimento dos pacientes com doenças crônicas principalmente os multimórbidos. Os benefícios dos Cuidados Farmacêuticos têm sido amplamente divulgados e uma revisão sistemática que examinou o benefício desta prática sobre desfechos clínicos de 1990 a 2003, apontou evidência de que esses serviços melhoram o uso de medicamentos e alteram desfechos finais como pressão arterial, níveis de colesterol e hemoglobina glicada (ROUGHEADE, SEMPLE, VITRY, 2005). Por sua vez, Adepu, Rasheed, Nagavi (2007) observaram impacto positivo da prática a pacientes diabéticos pela promoção do aumento do conhecimento dos pacientes sobre sua doença, modificações no estilo de vida, melhorando os controles glicêmicos e a qualidade de vida dos pacientes.

Ourth e colaboradores em recente estudo de intervenções farmacêuticas em pacientes com DM2(2018) demonstrou reduções significativas na ocorrência de eventos cardiovasculares, infartos do miocárdio, episódios de insuficiência cardíaca aguda, úlceras nos pés, amputações, bem como, redução da hemoglobina glicada, em comparação com um grupo de controle que recebe somente cuidados médicos.

Lucchetta e Mastroiani (2012) em uma compilação de estudos sobre as intervenções farmacêuticas em saúde mental mostraram que essas intervenções são positivas, no entanto, tal prática ainda é muito escassa, dada a elevada distribuição dos transtornos mentais no mundo, percebendo-se que a prática farmacêutica junto à população com essas doenças é extremamente reduzida ou pouco divulgada. Berto, Freitas Júnior, Gonçalves Neto (2009) sustentam que a presença e ação do farmacêutico nos estabelecimentos de saúde são fundamentais para o uso racional dos medicamentos, pois tal ação requer a aplicação de conhecimento técnico-científico aprofundado, avaliando reações adversas e interações, entre outros aspectos.

Farmacêuticos que trabalharam com pacientes com doenças mentais melhoraram os resultados relacionados à medicação, incluindo aqueles relacionados à otimização do tratamento, reduzindo a polifarmácia e facilitando a retirada de medicamentos desnecessários (MURPHY, GARDNER, JACOBS, 2018).

6.SUMÁRIO DOS RESULTADOS

Os resultados clínicos e humanísticos descritos na Tabela 23 são aqueles em que os dois grupos estiveram bastantes semelhantes.

Tabela 23: Características semelhantes encontradas nos grupos DM e DM+TM.

| Clínicos | DM | DM+TM |
|--------------------------------|----------------|----------------|
| Sobrepeso/obesidade | Sim | Sim |
| Sedentarismo | Sim | Sim |
| Hipertensão | Sim | Sim |
| Dislipidemia | Sim | Sim |
| Controle do DM | Não | Não |
| Acesso a saúde | Sim | Sim |
| Polifarmácia | Sim | Sim |
| Conhecimento da farmacoterapia | Regular | Regular |
| Adesão (Morisky-green) | Adesão média | Adesão média |
| Adesão (BMQ) | Provável baixa | Provável baixa |

| Humanísticos | DM | DM+TM |
|--------------------------------------|-----------|--------------|
| Qualidade de vida | Boa | Boa |
| Satisfação geral com saúde | Regular | Regular |
| Satisfação com o serviço da farmácia | Regular | Regular |

Os resultados clínicos e humanísticos descritos na Tabela 24 são aqueles em que os dois grupos se apresentaram diferença significativa.

Tabela 24: Parâmetros com diferenças significativas nos grupos DM e DM+TM.

| Socioeconômicos | DM | DM+TM |
|---|---------------------|-----------------------|
| Atividade remunerada | Desempenham mais | |
| Clínicos | | |
| Problemas de saúde | | Maior quantidade |
| Medicamentos utilizados | | Maior número |
| Conhecimento da farmacoterapia | | Maior conhecimento |
| Humanístico | DM | DM+TM |
| Qualidade de vida - físico | Maior satisfação | |
| Qualidade de vida - psicológico | Maior satisfação | |
| Qualidade de vida - ambiental | Maior satisfação | |
| Satisfação com o serviço oferecido na farmácia | Maior satisfação | |

7 CONCLUSÃO

Na apreciação da parte clínica somente houve diferença significativa no número de medicamentos utilizados e problemas de saúde relatados, que conforme o esperado, mostraram-se maiores no grupo DM+TM, grupo que também demonstrou maior conhecimento da farmacoterapia prescrita.

No controle bioquímico, apesar de não existir diferença significativa, ambos os grupos apresentaram valores acima do recomendado na glicemia em jejum e na hemoglobina glicada.

Na avaliação humanística houve diferença na percepção geral da qualidade de vida entre os grupos, sendo que o grupo DM se mostrou mais satisfeito nos domínios físico, psicológico e ambiental.

Cabe destacar que os pacientes com transtorno mental do grupo DM+TM para participarem do estudo deveriam estar estabilizados, ou seja, fora das crises, fato que pode ter contribuído para a grande semelhança encontrada nos dois grupos.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que o cuidado com o portador de doenças crônicas é um desafio para os serviços de saúde e embora o estudo não tenha encontrado grandes diferenças entre os dois grupos, a associação entre o DM e outras comorbidades, principalmente o TM, pode piorar alguns aspectos de ambos, como a participação no mercado de trabalho, a adesão ao tratamento e a percepção da qualidade de vida.

9. PERSPECTIVAS

Os resultados demonstram que mesmo com o acesso aos serviços, às consultas e aos medicamentos não se obteve o controle adequado do DM, sendo necessário a qualificação desse acesso por meio do fortalecimento da rede de atenção em saúde, melhorando o acompanhamento do paciente com DM e também a implantação dos cuidados farmacêuticos, no qual o farmacêutico seja incluído nos serviços públicos e nas equipes de saúde bem como o incentivo à prática clínica desse profissional, principalmente no tocante ao uso racional de medicamentos e a adesão à farmacoterapia.

Há a perspectiva de continuação desse estudo com o seguimento farmacoterapêutico dos pacientes participantes pela farmacêutica da USFM com objetivo de minimizar os problemas encontrados, por meio da implantação dos cuidados farmacêuticos, visando melhorar a adesão ao tratamento, o conhecimento da farmacoterapia e da doença, potencializar o uso racional de medicamentos e

identificar, intervir e prevenir eventos adversos. Outro projeto será o uso de metodologias ativas na educação em saúde no DM, potencializando de forma inclusiva o autocuidado dos pacientes.

10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo apresentou algumas limitações. Primeiramente este foi realizado com um pequeno recorte populacional dos usuários com DM de um território de saúde embora seja uma amostra significativa para a população estudada, segundo, obteve-se diferença significativa entre o número de homens no grupo DM+TM (somente 05 homens participaram desse grupo) e por último a possibilidade do viés de memória nos questionamentos realizados aos participantes.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADEPU, R.; RASHEED, A.; NAGAVI, B.G. Effect of patient counseling on quality of life in type-2 Diabetes Mellitus patients in two selected south indian community pharmacies: a study. **Indian Journal of Pharmacecutical Sciences**, v.69, n.4, p.519-524, 2007.

ALARCÓN, R. D. Mental health and mental health care in Latin America, **World Psychiatry**. v. 2, n.1, p. 54–56, 2003.

ALBUQUERQUE, G.S.C.; NASCIMENTO, B.; GRACIA, D. F. K.; PREISLER, L.; PERNA, P. O.; SILVA, M. J. S. Adesão de hipertensos e diabéticos analfabetos ao uso de medicamento a partir da prescrição pictográfica. **Trab. educ. saúde**; v.14, n. 2, p. 611-624, 2016.

American Diabetes Association, Standards of Medical Care in Diabetes—2013, **Diabetes Care** Jan 2013, 36 (Supplement 1) S11-S66;

American Diabetes Association, Standards of Medical Care in Diabetes—2015, **Diabetes Care** Volume 38, Supplement 1, January 2015.

American Diabetes Association, Dyslipidemia Management in Adults With Diabetes. **Diabetes Care** Jan 2004, 27 (suppl 1) s68-s71.

American Diabetes Association. Physical Activity/Exercise and Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association, **Diabetes Care**, v.39, n. 11, p. 2065-2079, 2016.

ANDRADE, T. U.; BURINI, D. M.; MELLO, M. O.; BERSÁCULA, N.S.; SALIBA, R. U. D.; BRAVIM. F. T.; BISSOLI, N. S. Evaluation of the satisfaction level of patients attended by a Pharmaceutical Care Program in a Private Communitarian Pharmacy in Vitória (ES, Brazil). **Brazilian Journal of Pharmacecutical Sciences** vol. 45, n. 2, 2009.

ATLANTIS, E.; POUR, S. G.; GIROSI, F. Incremental Predictive Value of Screening for Anxiety and Depression beyond Current Type 2 Diabetes Risk Models: A Prospective Cohort Study. **BMJ Open** 8.1 (2018): e018255. PMC. Web. 3 Apr. 2018.

BALHARA, Y. P. S. Diabetes and psychiatric disorders. **Indian Journal of Endocrinology and Metabolism**.v. 15, nº 4, p. 274–283, 2011.

BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-27, 2008.

BERTO, Y. M.; FREITAS JÚNIOR, L. M.; GONÇALVES NETO, V. S. Avaliação da atenção farmacêutica prestada pelas farmácias comunitárias no município de São Luís, MA. **Infarma**, Brasília, v. 21, n. 5/6, p. 17-23, 2009.

BONADIMAN, R. L.; ANDRADE, T. U.; SANTANA, A. F.; LIMA, E.; BRASIL, G.; LENZ, D.; ENDRINGER, D. C. Satisfaction level of users and verification of knowledge of pharmacists in public pharmacies of the Espírito Santo. **Ciência & Saúde Coletiva**. On-line version ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=15649>. Acesso em 25 de Outubro de 2016.

BRASIL, Lei n. 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, 09 de abril de 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde, **CNS**. Resolução CNS n. 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2004.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: **Imprensa Oficial do Estado de São Paulo S.A.**, MESP, 1988.

BRASIL. Departamento de atenção básica. Rede de atenção Psicossocial (RAPS). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_psicossocial, acesso em: 21 de janeiro de 2016.

BRASIL. Lei n. 9.867 de 10 de Novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme especifica. **Diário Oficial da União** (DOU), Brasília, 11 de novembro de 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 308 p.: il. (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 2).

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União** (DOU), Brasília, 26 de dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

CANDIDO, M.R.; OLIVEIRA, E. A. R.; MONTEIRO, C. F. S.; COSTA, J. R.; BENÍCIO, G. S. R.; COSTA, F. L. L. Conceitos e preconceitos sobre transtornos mentais: um debate necessário. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 110-117, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000300002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1806-6976.

CARDOSO, L.; MIASSO, A. I.; GALERA, S. A. F.; MAIA, B. M.; ESTEVES, R. B. Grau de adesão e conhecimento sobre tratamento psicofarmacológico entre pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, p.1146-1154, 2011.

CASTILLO, A. R. G. L.; RECONDO, R.; ASBAHR, F. R.; MANFRO, G. G. Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 22, n.2, p.20-23, 2000disponível:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600006&lng=en&nrm=iso>.

CASTRO, M. S.; CHEMELLO, C.; PILGER, D.; JUNGES, F.; BOHNEN, L.; ZIMMERMAN, L. M.; PAULINO, M. A.; JACOBS, Ú.; FERREIRA, M. B. C.; FUCHS, F. D. Contribuição da atenção farmacêutica no tratamento de pacientes hipertensos. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v. 13, nº 3, p. 198-202, 2006.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Diabetes translation. **National Diabetics statistics report**. Atlanta, GA. 2014.

CHANG, S. A. Smoking and Type 2 Diabetes Mellitus. **Diabetes & Metabolism Journal**. v. 36, n. 6, p. 399-403, 2012.

CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA: PROPOSTA / Adriana Mitsue Ivama [et al.]. – Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2002.

CORNELL S. Continual evolution of type 2 diabetes: an update on pathophysiology and emerging treatment options. **Therapeutics and Clinical Risk Management**. 2015.

CORNWELL, K. Mental illness and its effects on labour market outcomes. **J Ment Health Policy Econ.**; 12(3):107-18. 2009.

CORRER, C. J; PONTAROLO, R.; MELCHORS, A. C.; ROSSIGNOLI, P.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; RADOMINSKI, R. B. Satisfação dos usuários com serviços de farmácia: Tradução e validação do Pharmacy Services Questionnaire para o Brasil. **Caderno de saúde pública**, v. 25, nº 1, p.89-96, 2009.

COUTINHO, E.; ALMEIRA, F.; MARI, J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26 nº 5, p. 246-256, 1999.

D'AGOSTINHO RB, GRUNDY S, SULLIVAN LM, WILSON P. Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores: result of a multiple ethnic groups investigation. **JAMA**. 2001;286(2): 180–7.

DANIEL, A. C. Q. G.; VEIGA, E. V. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 331-337, 2013. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082013000300012&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Apr. 2018.

DELAHANTY, L.M, WITTENBERG, E.; BOSCH, J. L.; WEXLER, D. J.; CAGLIERO.E.; MEIGS, J. B. Association of diabetes-related emotional distress with diabetes treatment in primary care patients with Type 2 diabetes, **Diabetic Medicin**, v 24, p 48-54, 2007.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. 2014/2015. **Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo, São Paulo. 2015. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/images/2015/area-restrita/diretrizes-sbd-2015.pdf>.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. 2015-2016. Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: **A.C. Farmacêutica**, 2016.

V DIRETRIZES BRASILEIRA DE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE, **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, Volume 101, Nº 4, Suplemento 1, 2013.

DUCAT, L.; RUBENSTEIN, A.; PHILIPSON, L. H.; ANDERSON B. J.A Review of the Mental Health Issues of Diabetes Conference. **Diabetes Care**. v. 38, nº. 2, p. 333-338, 2015.

ECKEL, R.H.; KAHN, S. E.; FERRANNINI, E.; GOLDFINE, A. B.; NATHAN, D. M.; SCHWARTZ, M. W.; ... SMITH, S. R. Obesity and Type 2 Diabetes: What Can Be Unified and What Needs to Be Individualized? **Diabetes Care**. v.34, n. 6, p. 1424-1430, 2011.

EGEDE, L. E.; GEBREGZIABHER, M.; ZHAO, Y.; DISMUKE, C. E.; WALKER, R. J.; HUNT, K. J.; AXON, R. N. Differential impact of mental health multimorbidity on healthcare costs in diabetes. **The American Journal of Managed Care**. v.21, nº 8, p. 535-544, 2015.

ELLOUZE, F.; DAMAK, R.; EL KAROUI, M.; MAMI, H.; M'RAD, M. F.; HAMDI, G.; ABID, A. Depression in Tunisian type 2 diabetic patients: prevalence and association to glycemic control and to treatment compliance. **Tunis Med**, v. 95, n.3, p.210-214, 2017.

ESTEVES, F. C.; GALVAN, A. L. Depressão numa contextualização contemporânea. **Aletheia**, Canoas, n. 24, p. 127-135, dez. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 03 abr. 2018.

FIGUEIRA, A. L. G.; BOAS, L. C. G. V.; COELHO, A. C. M.; FREITAS, M. C. F.; PACE, A. E. Educational interventions for knowledge on the disease, treatment adherence and control of diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 25, e2863, 2017 . Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100327&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Jan. 2018.

FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

GÓIS, C.; DUARTE, T. A.; PAULINO, S.; RAPOSO, J. F.; DO CARMO, I.; BARBOSA, A. Depressive symptoms are associated with poor glycemetic control among women with type 2 diabetes mellitus. **BMC Research Notes**. v. 11 n.38, 2018.

GOLDNEY, R. D.; PHILLIPS, P. J.; FISHER, L. J.; WILSON, D. H. Diabetes, Depression, and Quality of Life. **Diabetes Care**. v. 27, n.5, p. 1066-1070, 2004.

GUIBU, I. A.; MORAES, J. C.; GUERRA, A.A.J.; COSTA, E. A.; ACURCIO, F. A.; COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G.O.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S.N.; ÁLVARES, J. Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 51, n. 2, p. 17, 2017.

GUILHERME. J.A.; MASSUDA, E. M.; YAMAGUCHI, M. U. Avaliação dos serviços de saúde para satisfação dos usuários: estudo cientométrico. **J Health Sci Inst**. 2016;34(2):93-7.

HAGHIGHI, S.; AMINI, M.; POURNAGHSHBAND, Z.; AMINI, P.; HOVSEPIAN, S. Relationship between Gamma-Glutamyl Transferase and Glucose Intolerance in First Degree Relatives of Type 2 Diabetics Patients. **Journal of Research in Medical Sciences : The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences**. v.16, n.2, p. 123–129, 2011.

Holt, R.I. G.; Mitchell, A. J. Diabetes mellitus and severe mental illness: mechanisms and clinical implications. **Nature Reviews Endocrinology**. v. 11, p.79, 2015.

HURI, H.Z.; LING, L.C. Drug-related problems in type 2 diabetes mellitus patients with dyslipidemia. **BMC Public Health**, v.13, p.1192, 2013.

IBANEZ, G.; MERCEDESI, B. P. C.; VEDANAI, K. G. G.; MIASSOI, A.I. Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. **Rev Bras Enferm.**; v.67, n. 4, p:556-62, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação** [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014 181 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>

JORGE, M. S. B.; BEZERRA, M. L. M. R. Inclusão e exclusão social do doente mental no trabalho: representações. **Texto Contexto Enferm.** V.13, n. 4, p. 551-558, 2004.

KATON, W. J; SIMON, G.; RUSSO, J.; VON KORFF. M.; LIN, E. H. B.; LUDMAN, E.; CIECHANOWSKI, P.; BUSH, T. Quality of Depression Care in a Population-Based Sample of Patients With Diabetes and Major Depression. **Medical Care.** v. 42, n. 12, p.1222-1229, 2004.

LAM, W. Y.; FRESCO, P. Medication Adherence Measures: An Overview. **BioMed Research International** 2015 (2015).

LARSON, L.N.; ROVERS, J.P.; MACKEIGAN, L. D. Patient satisfaction with pharmaceutical care: update of a validated instrument. **J Am Pharm Assoc** (Wash) 2002; 42:44-50.

LAZO ROBLEJO, Y.; LORES DELGADO, D. Impacto de un servicio de seguimiento farmacoterapéutico implementado a pacientes con diabetes mellitus tipo 2. **Rev Cubana Farm, Ciudad de la Habana**, v. 45, n. 2, jun. 2011.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência e saúde coletiva.** v. 8, nº 3, p. 775-782, 2003.

LEVORATO, C. D.; MELLO, L. M.; SILVA, A. S.; NUNES, A. A. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.4 p.1263-1274, 2014.

LLORENTE, M. D.; URRUTIA, V. Diabetes, Psychiatric Disorders, and the Metabolic Effects of Antipsychotic Medications. **Clinical Diabetes**. v. 24, nº 1, p. 18-24, 2006.

LOCATELLI, L.; GOLAY, A. Psychotropic drugs and weight. **Rev Med Suisse**. v. 21, n. 14, p. 605-609. 2018.

LUCCHESI, R. **A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro** [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

LUCCHETTA, R. C.; MASTROIANNI, P.C. Intervenções farmacêuticas na atenção à saúde mental: uma revisão. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 33, n. 2, p. 165-169, 2012.

MAHER, R. L.; HANLON, J. T.; HAJJAR, E. R. "Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly." **Expert opinion on drug safety** . v.13, n.1, 2014.

MACHADO, M. P.; PEREIRA, M. A. O. Percepção da doença mental por profissionais de saúde: possibilidades de ampliação do cuidado. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 125-138, Apr. 2013 . Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Apr. 2018.

MACKEIGAN, L.D.; LARSON, L.N. Development and validation of an instrument to measure patient satisfaction with pharmacy services. **Med Care**; v. 27 p.522-36,1989.

MCADAM-MARX, C.; BELLOWS, B.K.; UNNI; S.; WYGANT, G.; MUKHERJEE, J.; YE, X.; BRIXNER, D.I. Impact of adherence and weight loss on glycemic control in patients with type 2 diabetes: cohort analyses of integrated medical record,

pharmacy claims, and patient-reported data. **J Manag Care Spec Pharm.**v. 20, n, 7, p. 691-700, 2014.

MASNOON, N.; SHAKIB, S.; KALISCH-ELLETT, L.; CAUGHEY, G. E. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. **BMC Geriatr** 17(1):230, 2017.

MINAYO, M.C.S. et al. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletânea.** V.5, n.1, 2000

MORISKY, D.E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medication adherence. **Med Care.** 1986;24(1):67–74.

NICE: National Institute for Health and Care Excellence. **Common mental health problems: identification and pathways to care. Clinical Guidelines.** Manchester, UK. 2011. Disponível em: nice.org.uk/guidance/cg123.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its complications. Part 1: Definition and Classification of Diabetes Mellitus.** Geneva, Switzerland. 1999. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66040/1/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Investing in Mental health.** Geneva, Switzerland. 2003. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The Anatomical Therapeutic Chemical Classification System with Defined Daily Doses (ATC/DDD).** Disponível em <http://www.who.int/classifications/atcddd/en/>. Acesso em: 20 jan. de 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **WHO-AIMS: Report on mental health systems in Latin America and the Caribbean. Sustainable Development and Environmental Health Area (SDE).** Washington, DC. 2013. Disponível em:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21325&Itemid.

PERES, H.A.; FREITAS, M. C. F.; PEREIRA, L. R. L.; VIANA, C. M. New Insights for the Polypharmacy Use in Elderly with Diabetes-An Update about Effect of Education Level. **J Endocrinol Diab.** v. 4, n. 5, p.1-6, 2017.

RAEHL, C. L.; BOND, C. A.; WOODS, T.; PATRY, R.A.; SLEEPER, R. B. Individualized Drug Use Assessment in the Elderly. *Pharmacotherapy*, **Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy** v. 22, n. 10, p. 1239 – 1248, 2002.

ROUGHEAD, E.E.; SEMPLE, S.J.; VITRY, A.I. Pharmaceutical care services: a systematic review of published studies, 1990 to 2003, examining effectiveness in improving patient outcomes. *International Journal of Pharmaceutical Practice*. v.13, n.1, p.53-70, 2005.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad Saúde Pública**. 2003;19(3):717-24

RUBIN, R. R. Diabetes and Quality of Life. *Diabetes Spectrum* v. 13 , p. 21 , 2000.

RUBIO-VALERA, M.; CHEN, T. F.; O'REILLY, C. L. New Roles for Pharmacists in Community Mental Health Care: A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 11, p. 10967-10990, 2014.

SANSONE, R.A.; SANSONE, L.A. Antidepressant Adherence: Are Patients Taking Their Medications? **Innovations in Clinical Neuroscience**. 2012;9(5-6):41-46.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 59, nº 3, p. 238-246, 2010.

SCHEEN, AJ. Pathophysiology of type 2 diabetes. **International Journal of Clinical and Laboratory Medicine Acta Clin Belg.** 2003 Nov-Dec;58(6):335-41

SCHOFIELD, J.D.; LIU, Y.; RAO-BALAKRISHNA, P.; MALIK, R.A.; SORAN, H. Diabetes Dyslipidemia. **Diabetes Therapy.** 2016;7(2):203-219. doi:10.1007/s13300-016-0167-x.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network, **Management of diabetes A national clinical guideline**, 2010. disponível em www.sign.ac.uk/assets/sign116.pdf.

SICHERI, R.; COITINHO, D. C.; MONTEIRO, J. B.; COUTINHO, W. F. Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 44, n. 3, p. 227-232, June 2000 . disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-7302000000300007&lng=en&nrm=iso. access on 22 Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302000000300007>.

STEIN, Ricardo. Atividade física e saúde pública. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói , v. 5, n. 4, p. 147-149, Aug. 1999.. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86921999000400006&lng=en&nrm=iso. access on 16 Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86921999000400006>.

SVARSTAD, B. L.; CHEWNING, B. A.; SLEATH, B. L.; CLAEISSON, C. The *Brief Medication Questionnaire*: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. **Patient Educ Couns.** 1999;37(2):113-24.

Trad LAB, Santana EM, Oliveira MN. **Programa Nordeste de Pesquisa e Pós-Graduação – PNEPG, CNPq: a construção social da estratégia de saúde da família: condições, sujeitos e contextos; 2001. Relatório de pesquisa.**

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial. 2010.** Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf.

VITORIA. **Prefeitura Municipal de Vitória.** Disponível em: <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/home.asp>. Acesso em 12 de janeiro de 2016.

WILD, S.; ROGLIC, G.; GREEN, A.; SICREE, R.; KING, H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care 2004;** 27(5):1047-1053.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the. **The WHOQOL Group; Social Science & Medicine** Volume 41, Issue 10, Pages 1403-1409, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global Database on Body Mass Index. BMI Classification. 2000.** Disponível em: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **How to develop and implement a national drug policy.** WHO Policy, perspectives on Medicines. Geneva, Switzerland, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Geneva: World Health Organization; 1998

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Global Report on Diabetes.** Geneva, 2016. 88 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 19 jun 2016.

ANEXOS**ANEXO 1: FICHA FARMACOTERAPÊUTICA**

Data da entrevista: ____/____/____ Hora de início: ____:____

Entrevistador: Preencher essa ficha no **primeiro encontro** com o paciente, após assinatura do TCLE.

BLOCO 1: DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

“Para começar faremos algumas perguntas sobre sua história pessoal ou suas condições de vida”.

1 - Qual é a sua ocupação atual?

99 () NS/NR

2 - Qual o seu estado conjugal?

0 () Com companheiro (a)

1 () Com companheiro (a)

99 () NS/NR

3- Qual é o seu grau de instrução?

0 () Nunca frequentou a escola

1 () 1º grau incompleto -----→ **Qual a última série cursada com aprovação?**

2 () 1ª série 6 () 5ª série

3 () 2ª série 7 () 6ª série

4 () 3ª série 8 () 7ª série

5 () 4ª série

9 () 1º grau completo

10 () 2º grau incompleto

11 () 2º grau completo

12 () Universitário incompleto

13 () Universitário completo

14 () Pós-graduação (talvez nem seja necessário)

99 () NS/NR

4 - Qual é sua cor ou raça? (LER AS ALTERNATIVAS)

0 () Preta

1 () Parda

2 () Branca

3 () Amarela

4 () Indígena

99 () NS/NR

5- O(a) senhor(a) possui plano privado para a assistência à saúde (plano de saúde)?

0 () Sim

1 () Não

99 () NS/NR

6 – O(a) senhor(a) poderia nos informar o valor de sua renda familiar líquida?

0 () Não

1 () Sim. Qual o valor? R\$ _____

99 () NS/NR

7- Quantas pessoas, adultos e crianças, dependem desta renda para viver?

|__|__| pessoas

8 - Quantas vezes o(a) senhor(a) consultou com um médico para consulta agendada nos últimos 12 meses? |__|__| vezes

9 – Nos últimos 12 meses o (a) senhor (a) procurou alguma unidade de pronto-atendimento (Ex: UPA, Pronto-Socorro)?

0 () Não

1 () Sim. Quantas vezes? |__|__|

99 () NS/NR

10 - O(a) senhor(a) utiliza qual serviço de saúde?

0 () Estratégia Saúde da Família. ESF/PSF. Qual? _____ ver

Cartão de resposta 1

1 () Posto/Centro de Saúde

2 () Unidade de Pronto Atendimento

3 () Serviço Especializado (Nefrologista, endocrinologista, oftalmologista, entre outros)

4 () Consultório médico particular

99 () NS/NR

BLOCO 2: CONDIÇÕES CLÍNICAS, DOENÇAS E PROBLEMAS DE SAÚDE

“Agora faremos algumas perguntas sobre seus problemas de saúde”.

11 - De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como o(a) senhor(a) considera o seu estado de saúde? (LER AS ALTERNATIVAS)

0 () Muito bom

1 () Bom

2 () Regular

3 () Ruim

4 () Muito ruim

99 () NS/NR

12 - Algum médico já lhe disse que o (a) senhor (a) tem pressão alta?

0 () Sim

1 () Não

99 () NS/NR/Não lembra

13- Algum médico já lhe disse que o (a) senhor (a) tem diabetes?

0 () Sim

1 () Não

99 () NS/NR/Não lembra

14 - Algum médico já lhe disse que o (a) senhor (a) tem colesterol ou triglicérides elevado?

0 () Sim

1 () Não

99 () NS/NR/Não lembra

15 - Quais os problemas de saúde o (a) senhor (a) tem?

(1) _____ Está controlado? (1) Sim (0) Não CID:
 _____ SIS

(2) _____ Está controlado? (1) Sim (0) Não CID:
 _____ SIS

(3) _____ Está controlado? (1) Sim (0) Não CID:
 _____ SIS

(4) _____ Está controlado? (1) Sim (0) Não CID:
 _____ SIS

(5) _____ Está controlado? (1) Sim (0) Não CID:
 _____ SIS

16- Nos últimos doze meses o (a) senhor(a) esteve internado(a)?

0 () Sim

1 () Não (*pule para a questão 14*)

99 () NS/NR (*pule para a questão 14*)

17 - Nos últimos doze meses, quantas vezes o(a) senhor(a) esteve internado(a)?

|_|_| vezes

88 () NSA

99 () NS/NR

BLOCO 3: INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE DIABETES:

“Agora faremos algumas perguntas sobre o diabetes”.

18 - Há quanto tempo foi diagnosticado com DM (anos/meses)?

19- Com que idade um médico lhe informou pela primeira vez que o(a) senhor(a) tinha diabetes?

1 |__|__| anos

99 () NS/NR

20- Até que ponto a sua glicemia está controlada? (LER AS ALTERNATIVAS)

0 () nada controlada

1 () um pouco controlada

2 () bem controlada

3 () totalmente controlada

99 () NS/NR

21 - O seu médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem doença do rim por causa do diabetes?

1 () sim

2 () não

99 () NS/NR

22 - O seu médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem doença do coração por causa do diabetes?

1 () sim

2 () não

99 () NS/NR

23 - O seu médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem doença da retina\perda de visão por causa do diabetes?

1 () sim

2 () não

99 () NS/NR

24 – O seu médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem pé diabético (feridas nos pés) por causa do diabetes?

1 () sim

2 () não

25 - Algum familiar próximo (por exemplo, seu pai, sua mãe, seu(sua) irmão(ã), seu (sua) tio(a)) tem ou teve diabetes?

1 () Sim

2 () Não

99 () NS/NR

26- Alguma pessoa próxima ao (a) senhor(a) (por exemplo, cônjuge, amigo, vizinho mais chegado) tem ou teve diabetes?

1 () Sim

2 () Não

99 () NS/NR

BLOCO 4: HÁBITOS DE VIDA E HORÁRIOS DAS REFEIÇÕES:

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre seus hábitos de vida”

27 - A que horas você costuma: Acordar? ____:____ Dormir? ____:____

28 - Quantas refeições o (a) senhor (a) realiza por dia?

29 - A que horas você costuma fazer as refeições?

Café da manhã: ____:____

Almoço: ____:____ Outro:

_____: ____:____

Lanche da tarde: ____:____

Jantar: ____:____ Outro:

_____: ____:____

BLOCO 5: USO DE MEDICAMENTOS:

“Vamos falar agora sobre os medicamentos que o(a) Sr(a) utiliza”.

30 - Atualmente quais os medicamentos que o(a) senhor(a) utiliza e que foram prescritos pelo médico? (Fazer esta pergunta com a prescrição médica em mãos)

| Medicamento (princípio ativo e nome comercial se houver) | Regime Posológico da Receita (concentração, via, frequência, duração) | Quem receitou? | O senhor(a) sabe para que toma esse medicamento? Se sim, para quê? | Como o senhor usa esse medicamento (<i>Observar se o uso está incorreto</i>) | Desde quando você usa este medicamento? (dias/meses/anos) | Depois que o(a) senhor(a) começou a tomar este medicamento, o(a) senhor(a) sentiu alguma reação diferente no organismo? (alguma reação adversa?) Se sim, qual? | O(A) senhor(a) conseguiu este medicamento na farmácia do SUS ou em farmácia privada? |
|---|--|-----------------------|---|---|--|---|---|
| 1- | | | | | | | |

31- Além desses medicamentos, o(a) senhor(a) utiliza algum outro medicamento por conta própria (automedicação) ou indicado por algum amigo, familiar, entre outros?

| Medicamento (princípio ativo e nome comercial se houver) | Quem indicou ? | Para que o (a) senhor(a) toma esse medicamento? | Como o senhor usa esse medicamento <i>(Observar se o uso está incorreto)</i> | Desde quando você usa este medicamento ? (dias/meses/anos) | Depois que o(a) senhor(a) começou a tomar este medicamento, o(a) senhor(a) sentiu alguma reação diferente no organismo? (alguma reação adversa?) Se sim, qual? | Observação |
|--|-----------------------|--|--|--|---|-------------------|
| 1- | | | | | | |

32- Qual é o local de armazenamento dos seus remédios? Em qual cômodo da casa? (Por favor, o(a) senhor(a) pode escolher mais de uma opção de resposta) (LER AS ALTERNATIVAS)

0 () Banheiro

1 () Cozinha

2 () Quarto

3 () Sala/Copa

4 () Outros: _____

99 () NS/NR

ANEXO 3: Quantificação do conhecimento relativo ao tratamento medicamentoso (*MedTake Test*)

| Nome e descrição de como o paciente toma a medicação | Dose (1=correto, 0=incorreto) (25%) | Indicação (1=correto, 0=incorreto) (25%) | Interações com alimento (1=correto, 0=incorreto) (25%) | Escala de tomada (1=correto, 0=incorreto) (25%) | Escore para cada medicação 0-100% |
|---|--|---|---|--|--|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| Escore da prescrição | --- | --- | --- | --- | Calcular média da coluna |

ANEXO 4: Teste para Avaliação da Adesão

Teste de Morisky-Green

1) Você alguma vez esquece de tomar seu remédio?

Sim Não

2) Você às vezes é descuidado para tomar o seu remédio?

Sim Não

3) Quando você se sente melhor, às vezes você para de tomar seu remédio?

Sim Não

4) Às vezes, se você se sente pior quando toma o remédio, você para de toma-lo?

Sim Não

Brief Medication Questionnaire (Versão em português)

ANEXO. Versão em português do instrumento Brief Medication Questionnaire.

1) Quais medicações que você usou na ÚLTIMA SEMANA?

Entrevistador: Para cada medicação anote as respostas no quadro abaixo:

Se o entrevistado não souber responder ou se recusar a responder coloque NR

NA ÚLTIMA SEMANA

| a) Nome da medicação e dosagem | b) Quantos dias você tomou esse remédio | c) Quantas vezes por dia você tomou esse remédio | d) Quantos comprimidos você tomou em cada vez | e) Quantas vezes você esqueceu de tomar algum comprimido | f) Como essa medicação funciona para você 1 = Funciona Bem 2 = Funciona Regular 3 = Não funciona bem |
|--------------------------------|---|--|---|--|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

2) Alguma das suas medicações causa problemas para você? (0) Não (1) Sim

a) Se o entrevistado respondeu SIM, por favor, liste os nomes das medicações e quanto elas o incomodam

Quanto essa medicação incomodou você?

| Medicação | Muito | Um pouco | Muito pouco | Nunca | De que forma você é incomodado por ela? |
|-----------|-------|----------|-------------|-------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

3) Agora, citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus medicamentos.

| Quanto é difícil para você: | Muito difícil | Um pouco difícil | Não muito difícil | Comentário (Qual medicamento) |
|---|---------------|------------------|-------------------|----------------------------------|
| Abrir ou fechar a embalagem | | | | |
| Ler o que está escrito na embalagem | | | | |
| Lembrar de tomar todo remédio | | | | |
| Conseguir o medicamento | | | | |
| Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo | | | | |

ANEXO 5: Qualidade de vida WHOQOL-bref**Instruções**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

| | nada | Muito pouco | médio | muito | completamente |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

| | | | | | |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| | nada | Muito pouco | médio | muito | completamente |
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

| | | | | | | |
|---|---|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| | | muito ruim | Ruim | nem ruim nem boa | boa | muito boa |
| 1 | Como você avaliaria sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | muito insatisfeito | Insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 2 | Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| As questões seguintes são sobre o | | quanto você | | | | |
|--|---|-------------|-------------|---------------|----------|--------------|
| tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas. | | nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 3 | Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | O quanto você aproveita a vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | O quanto você consegue se concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

| | | nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
|----|---|------|-------------|-------|-------|---------------|
| 10 | Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Você é capaz de aceitar sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

| | | muito ruim | ruim | nem ruim nem bom | bom | muito bom |
|----|--|--------------------|--------------|------------------------------------|------------|------------------|
| 15 | Quão bem você é capaz de se locomover? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | muito insatisfeito | Insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | Muito satisfeito |
| 16 | Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 21 | Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

| | | | | | | |
|--|--|-------|---------------|----------------|----------------------|--------|
| | | nunca | Algumas vezes | frequentemente | muito frequentemente | sempre |
|--|--|-------|---------------|----------------|----------------------|--------|

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 26 | Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---|---|---|---|---|---|

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

Na página seguinte estão algumas perguntas sobre a atenção que você recebeu em sua farmácia.
 Por favor leia cada questão cuidadosamente e tente recordar-se da farmácia que você está indo atualmente.
 Na linha de cada pergunta, circule o número que melhor representa a sua opinião: **excelente, muito bom, bom, regular ou ruim.**

Por exemplo: a pergunta pode ser:

| | excelente | muito bom | bom | regular | ruim |
|--|-----------|-----------|-----|---------|------|
| Que nota você daria para o estacionamento da farmácia? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Se você achou que o estacionamento é “muito bom”, você deverá circular o 4. (como ilustrado).

Se você achou que é “regular”, você deverá circular o 2.

Lembrando: estas são suas opiniões, não há respostas corretas ou erradas.

| | Como você classificaria: | excelente | Muito bom | bom | regular | ruim |
|---|--|-----------|-----------|-----|---------|------|
| 1 | A aparência profissional da farmácia? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2 | A disponibilidade do farmacêutico em responder suas perguntas? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3 | A relação profissional do farmacêutico com você? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4 | A habilidade do farmacêutico em avisá-lo sobre problemas que você poderia ter com seus medicamentos? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | A prontidão no atendimento da sua receita? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6 | O profissionalismo dos funcionários da farmácia? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7 | A explicação do farmacêutico sobre a ação dos | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| | seus medicamentos? | | | | | |
| 8 | O interesse do farmacêutico pela sua saúde? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9 | A ajuda do farmacêutico no uso dos seus medicamentos? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10 | O empenho do farmacêutico em resolver os problemas que você tem com seus medicamentos? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11 | A responsabilidade que o farmacêutico assume com o seu tratamento? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12 | As orientações do farmacêutico sobre como tomar os seus medicamentos? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13 | Os serviços da sua farmácia em geral? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14 | As respostas do farmacêutico às suas perguntas? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15 | O empenho do farmacêutico em manter ou melhorar a sua saúde? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16 | A cortesia e respeito demonstradas pelos funcionários da farmácia? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17 | A privacidade nas conversas com o seu farmacêutico? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 18 | O empenho do farmacêutico para assegurar que os seus medicamentos façam o efeito esperado? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19 | A explicação do farmacêutico sobre os possíveis efeitos adversos dos medicamentos? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20 | O tempo que o farmacêutico oferece para passar com você? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

ANEXO 7 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TCLE- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

_____ foi convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “**Avaliação dos resultados clínicos e humanísticos antes e após a implantação de serviço de cuidados farmacêuticos em pacientes com transtornos mentais e diabetes mellitus atendidos em uma unidade de saúde da família**”, sob a responsabilidade da Prof. Dra. Lorena Rocha Ayres.

LEIA COM ATENÇÃO

O (A) senhor (a) está sendo convidado (a) a fazer parte voluntariamente deste estudo. Antes de dar seu consentimento como participante, por favor, leia o que está escrito a seguir e peça qualquer esclarecimento que julgar necessário para o seu entendimento.

JUSTIFICATIVA

Alguns estudos mostram que pacientes que apresentam algum problema de saúde como o diabetes mellitus (DM) e qualquer outro problema de saúde mental, como por exemplo, ansiedade, depressão, dentre outros, têm maior dificuldade em tomar seus medicamentos e ter controle de sua doença, apresentando maior frequência de complicações e internações que pacientes que apresentam apenas diabetes, representando além de maiores custos para os serviços de saúde também diminuição da qualidade de vida do paciente. A implantação de um serviço de acompanhamento feito pelo farmacêutico aos pacientes na forma de consultas, denominado cuidado farmacêutico, pode levar um impacto positivo aos pacientes tanto com DM como com algum problema de saúde mental pela promoção do aumento do conhecimento dos pacientes sobre sua doença, seus medicamentos, modificações no estilo de vida e, assim, melhorando os controles glicêmicos e a qualidade de vida dos pacientes.

OBJETIVO DA PESQUISA

Este estudo que o (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar tem como objetivo avaliar se o acompanhamento feito pelo farmacêutico é capaz de melhorar os resultados do seu tratamento. Assim, acredita-se que o paciente que recebe cuidado farmacêutico será capaz de utilizar seus medicamentos de forma correta e melhorar o controle dos seus problemas de saúde.

PROCEDIMENTOS QUE SERÃO REALIZADOS DURANTE O ESTUDO

Se o (a) senhor (a) decidir participar deste estudo, em nada será alterado seu tratamento, o (a) senhor (a) deverá continuar tomando seus medicamentos como de costume, sem nenhuma alteração de dose ou horário.

Serão realizados os seguintes procedimentos:

- Algumas informações sobre sua saúde serão coletadas de seu prontuário para nos ajudar na pesquisa;
- Serão utilizados os resultados de seus exames de rotina que constam no seu prontuário, você não necessitará fazer nenhum exame adicional;
- Suas consultas com o farmacêutico serão agendadas nos dias de seu retorno para buscar seus medicamentos ou tiver consulta com o médico agendada;
- Durante as consultas, o farmacêutico irá lhe fazer perguntas sobre seus hábitos de vida, uso dos seus medicamentos, efeitos colaterais que você possa apresentar com o uso dos medicamentos e qualidade de vida, os quais serão avaliados por meio de algumas perguntas na forma de questionários.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

As entrevistas serão feitas em dias agendados pela farmacêutica Vivian Cerqueira de Souza Viana, nos dias em que o Sr(a). For a Unidade de Saúde da Família de Maruípe (USFM), no município de Vitória-ES, para buscar seu medicamento ou tiver consulta com o médico agendada, portanto não irá alterar em nada sua rotina. O acompanhamento acontecerá durante seis meses e, durante esse período, ocorrerá ao todo quatro consultas, uma consulta inicial, a segunda consulta após dois meses, a terceira consulta após quatro meses e a quarta consulta após seis meses da consulta inicial. Podem participar do estudo pacientes acima de 18 anos de idade. A farmacêutica Vivian Cerqueira de Souza Viana, responsável pelo estudo, é quem irá fornecer a você as informações necessárias para o estudo.

RISCOS E DESCONFORTOS

Durante a consulta com a farmacêutica, algumas perguntas serão feitas ao Sr (a)., e pode acontecer de que alguma delas lhe traga certo desconforto ou alguma lembrança desagradável. Caso isso aconteça e o Sr (a). não se sinta à vontade em responder alguma das perguntas terá a liberdade de não respondê-las quando julgar pertinente ou poderá desistir a qualquer momento de participar do estudo.

BENEFÍCIOS

A sua participação neste estudo fornecerá informações que poderão ser úteis para melhorar o atendimento farmacêutico em sua unidade. O desenvolvimento deste estudo possibilitará aos farmacêuticos prestar orientações de qualidade para promover o uso correto de medicamentos. Assim, os usuários da USFM, ao receberem orientações sobre o uso correto de seus medicamentos, reforço sobre o conhecimento de seu problema de saúde e de medidas para melhorar sua saúde, entre outras, terão mais conhecimento sobre sua condição de saúde e seu tratamento. Isso aumentará as chances de sucesso do tratamento e controle de sua condição de saúde o que pode reduzir complicações, incidência de reações adversas, número de hospitalizações, melhorando a qualidade de vida.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

As entrevistas serão realizadas quatro vezes e em nada alterarão o serviço de saúde oferecido ao (a) Sr(a) e caso o Sr(a) não se sinta à vontade em responder alguma das perguntas terá a liberdade de não responder perguntas que julgar pertinente ou poderá desistir a qualquer momento de participar do estudo.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO

É importante esclarecer que, caso o (a) Sr(a) decida não participar, isto não lhe trará prejuízos sobre os cuidados médico/farmacêutico que o Sr(a) recebe na unidade de saúde, e, além disso, o(a) Sr(a) poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento, e terá a liberdade de não responder perguntas que julgar pertinente, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

O (A) Sr(a) terá a garantia do sigilo que assegure a sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Após cinco anos os questionários serão incinerados. Os resultados do estudo serão publicados na forma de artigos científicos, sejam eles favoráveis ou não, e a sua identidade permanecerá anônima. É permitido a você o acesso aos seus dados do estudo. Serão cumpridas as regulamentações da Resolução CSN 466/12.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO

A sua participação no estudo não irá gerar nenhum custo financeiro para o (a) senhor (a) nem para a unidade de saúde, visto que não irá alterar a sua rotina de atendimento.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO

O presente estudo apresentará riscos mínimos, entretanto caso qualquer dano aconteça, o (a) senhor (a) será recompensado por meio de garantia de atendimento por qualquer um dos profissionais da unidade.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, o(a) Sr.(a) pode contatar a pesquisadora Prof^a. Dr^a. Lorena Rocha Ayres no telefone (27) 3335-7556 ou no Departamento de Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Av. Marechal Campus, 1468, Maruípe, Vitória, ES, CEP: 29.040-090, Brasil. O(A) Sr.(a) também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES) por meio do telefone (27) 3335-7211, e-mail cep.ufes@hotmail.com ou correio: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Prédio Administrativo do CCS, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil. O CEP/CCS/UFES tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 14h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Vitória, ____/____/____ _____

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “**Avaliação dos resultados clínicos e humanísticos antes e após a implantação de serviço de**

cuidados farmacêuticos em pacientes com transtornos mentais e Diabetes Mellitus atendidos em uma unidade de saúde da família”, eu, Lorena Rocha Ayres, declaro ter cumprido as exigências do item IV.3, da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

_____Pesquisador