

Análise da referência e contrarreferência e do perfil farmacológico de diabéticos atendidos em um centro especializado no município de Recife-PE

Analysis of the reference and counter-reference and pharmacological profile of diabetics attended at a specialized center in the city of Recife-PE

Carolina Vitória Menezes Novaes – Novaes C.V.M. – Faculdade Pernambucana de Saúde

Endereço para correspondência

Rua Rua Maria Carolina, 816, apt 303 – CEP: 51020-220 – Boa Viagem – Recife-PE

Coautoras

Maria Nelly Sobreira de Carvalho Barreto (nelly@fps.edu.br)

Endereço para correspondência:

R. Sargento Silvio Delmar Hollembach, s/n- Imbiribeira- Recife- PE

Referências profissionais: Tutora do Curso de Farmácia da Faculdade Pernambucana de Saúde. Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde- Prefeitura do Recife

Elisangela Christianne Barbosa da Silva (elisangelasilva@fps.edu.br)

Endereço para correspondência:

R. Jean Emile Favre, 422 – Imbiribeira, Recife-PE – CEP:51200-060

Referências profissionais: Coordenadora de tutor do curso de farmácia da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Danielle da Cunha Amaral Lima (daniellecalima@gmail.com)

Endereço para correspondência:

Av. Dezesete de Agosto, 2388 – Casa Forte, Recife-PE – CEP:52060-590

Referências profissionais: Farmacêutica no Centro Médico Sen. José Ermírio de Moraes.

Karina Moura Boaviagem (karinna@recife.pe.gov.br)

Endereço para correspondência:

R. Sargento Silvio Delmar Hollembach, s/n- Imbiribeira- Recife- PE

Referências profissionais: Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde- Prefeitura
do Recife

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar o perfil farmacológico de diabéticos em um centro especializado do município de Recife-PE e como funciona o encaminhamento e o retorno (referência e contrarreferência) para a sua Unidade Saúde da Família - USF. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal realizado com diabéticos tipo 2, acima de 20 anos e ambos os sexos. Foram entrevistados 265 diabéticos, dos entrevistados 82% possuem vínculo com a USF e destes, 73% são atendidos no centro especializado desde o diagnóstico do diabetes e uma percentagem de 34,5% afirmaram ter sido encaminhados ao centro especializado devido a algumas complicações e apenas 12% retornaram a USF após avaliação do especialista do centro. A metformina foi o antidiabético oral mais utilizado pelos diabéticos do centro especializado. Os resultados obtidos neste estudo revelaram a necessidade de um reforço na Atenção Primária a Saúde - APS - para melhorar a referência e contra referência.

PALAVRAS-CHAVE: Referência e contrarreferência, Unidade Saúde da Família, Diabéticos

ABSTRACT

The present study aims to analyze the pharmacological profile of diabetics in a specialized center in the city of Recife-PE and how referral and return (referral and counter-referral) functions to their Family Health Unit (USF). This is a quantitative, descriptive and cross-sectional study conducted with type 2 diabetics, over 20 years and both sexes. A total of 265 diabetics were interviewed. Of the respondents, 82% had a link with the FHU. Of these, 73% were attended at the specialized center since the diagnosis of diabetes and a percentage of 34.5% reported being referred to the specialized center due to some complications and only 12% returned to USF after evaluation by the center's specialist. Metformin was the oral antidiabetic most used by diabetics at the specialized center. The results obtained in this study revealed the need for a reinforcement in Primary Health Care (PHC) to improve reference and against referral.

KEYWORDS: Reference and Counter-reference, Family Health Unit, Diabeticst.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), implantado em 1990, foi considerado o marco da reforma sanitária brasileira, pois reforçou o poder político, administrativo e financeiro dos estados e municípios. A competência para cuidar da saúde, portanto, deixa de ser hegemônica da União e inicia-se o processo de descentralização (BRASIL, 1988; GUIDONI et al., 2009).

A implantação do SUS trouxe para os gestores e profissionais da saúde um grande desafio: a garantia da integralidade do cuidado. Um aspecto fundamental para organização dos serviços foi a separação em níveis de atenção primária, secundária e terciária. O cumprimento das ações de cuidado, em todos os níveis de atenção, requer o envolvimento profissional, e nesse sentido destaca-se, também, a importância da assistência farmacêutica que perpassa todos os níveis de atenção (BRASIL, 1988; BRASIL, 2014a; 2014b).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem caráter estratégico por ser o ponto de atenção com maior capilaridade, potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede. É responsável, também, por realizar ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde para a maior parte da população (BRASIL, 2013; BARRETO, ET AL., 2015; SANTOS, ET AL. 2008).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) funciona como eixo de organização e expansão da APS já que valoriza a assistência integral ao paciente por meio das consultas médicas, de enfermagem e do trabalho em grupo, com estímulo ao autocuidado (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006). Contudo, quando se trata de Doenças Crônicas não-transmissíveis (DCNT), sobretudo Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), ainda não há uma atenção adequada neste serviço. Esta inadequação resulta em gastos anuais bilionários por parte da alta complexidade principalmente com procedimentos propedêuticos e terapêuticos para esse grupo de pacientes. Portanto as redes de atenção exercem um papel de grande relevância para melhorar a qualidade da atenção prestada e otimizar os recursos utilizados (BRASIL, 2005; BRASIL, 2013; SANTOS, ET AL., 2015).

As DCNT, em geral, estão relacionadas a múltiplas causas. São caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar sequelas. Requerem intervenções, iniciando com mudanças de estilo de vida, e posteriormente a adoção de tratamento farmacológico enfim, é um processo de cuidado contínuo (BRASIL, 2005; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Entre as DCNT, destaca-se o DM pela sua elevada prevalência no mundo. O DM é uma desordem metabólica que se caracteriza por hiperglicemia crônica com distúrbios no metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas devido a alterações na produção e secreção de insulina. A maioria dos portadores de DM tipo 2 apresenta co-morbidades, também consideradas DCNT, são elas: hipertensão arterial sistêmica (HAS) e dislipidemia (BRASIL, 2005; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015)

Os tratamentos não-farmacológico e farmacológico retardam e/ou previnem o desenvolvimento de complicações. Entretanto, independente da terapêutica adotada, há uma piora progressiva da função da célula beta pancreática e na evolução natural da enfermidade, sendo necessária a associação de múltiplos recursos para manter o controle glicêmico. Este quadro pode também ser acelerado quando o esquema terapêutico prescrito não é cumprido adequadamente (BRASIL, 2005; DUARTE-RAMOS; CABRITA, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

A não adesão ao tratamento pode ser atribuída ao fato de não se tratar de uma terapêutica simples e o paciente ainda requer o cuidado de uma equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, nutricionistas, educadores físicos e farmacêuticos). Além disso, sabe-se que a maioria das farmácias das Unidades Básicas de Saúde não conta com a presença do profissional farmacêutico e apresenta espaço físico inadequado não permitindo a interação farmacêutico-usuário, quando possível (BRASIL, 2013; PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006).

As perdas sanitárias e econômicas devidas às DCNT, portanto, são e continuarão sendo enormes, devido à ineficácia dos modelos de atenção à saúde que se voltam, em geral, para o atendimento às condições agudas, no Brasil e no mundo (CAMPOS, 2003). Por isso, um dos problemas centrais da crise dos sistemas de serviços de saúde contemporâneos, inclusive o SUS, consiste no enfrentamento das condições crônicas na

mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos das complicações, deixando de lado uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos quando as condições crônicas insidiosamente evoluem (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Para construir uma atenção integral e de qualidade, é necessário aumentar a resolutividade na rede básica, reduzindo a necessidade de encaminhamentos e aumentando o grau de responsabilidade das equipes de saúde em relação aos pacientes e obter a confiança destes, no cuidado que lhes é prestado neste nível de atenção (DUARTE-RAMOS; CABRITA, 2006). Os serviços de Atenção Farmacêutica, mais precisamente o acompanhamento farmacoterapêutico realizado pelo farmacêutico, devem ser imprescindíveis para a melhor qualidade do tratamento dos portadores de DCNT e reduzir os custos provenientes de complicações. Nesse contexto, o presente estudo tem por objetivo principal analisar a referência e contrarreferência e o perfil farmacológico de diabéticos atendidos em um centro especializado.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado com diabéticos tipo 2, acima de 20 anos, atendidos em um Centro de Especialidades do município de Recife.

Inicialmente foi realizado um levantamento de dados junto a usuários portadores de diabetes mellitus cadastrados no sistema HORUS e atendidos na farmácia do centro especializado. Considerando os 7033 diabéticos cadastrados, foi selecionada uma amostra de 265 diabéticos tipo II e de ambos os sexos.

A coleta dos dados foi realizada na farmácia do centro, no período de fevereiro de 2016 a abril de 2016. Os participantes foram selecionados por conveniência, através da análise das prescrições apresentadas na farmácia e entrevistados no dia do seu comparecimento a farmácia.

Os diabéticos que se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa eram levados para uma sala dentro da farmácia, onde era explicado o objetivo da pesquisa e após assinatura do TCLE, era aplicado um questionário que continha questões sobre a situação sociodemográfica, dados referentes a doença e seu acompanhamento, história e

tratamento do diabetes e sobre as orientações para o correto tratamento farmacológico. Sempre preservando a confidencialidade dos dados relativos ao paciente.

Adotaram-se as recomendações éticas para pesquisa envolvendo seres humanos contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) obtendo a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística descritiva e de percentagem no Microsoft Office Excell 2007, sendo os resultados expressos em figuras e tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de 265 diabéticos tipo II de ambos os sexos foram entrevistados. Sendo a maior parte da amostra composta por 172 mulheres (65%). Esse resultado corrobora achados de estudos semelhantes (BARRETO, et al., 2015; SANTOS, 2008) que sugere que há o maior predomínio de diabetes em mulheres. Pinheiro et al (2002), em estudo realizado, sugere que as mulheres utilizam os serviços de saúde com mais regularidade que os homens, o que pode estar contribuindo para a predominância do sexo feminino. As idades dos entrevistados variaram entre 20 e 90 anos, concentrando-se a maioria entre 61-70 anos (39%). Vale ressaltar que a faixa etária é também um aspecto importante quando se trata da prevalência de complicações do diabetes. Dados do Ministério da Saúde (BRASIL MS, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015) revelam que complicações como a doença cerebrovascular apresenta-se em 12,7% entre os de 65 e 74 anos de idade.

Dos entrevistados, 82% possuem vínculo com a Unidade Saúde da Família (USF), sendo de extrema importância esse vínculo, uma vez que permite uma aproximação mais efetiva entre o paciente e o profissional, além de contribuir para o processo de adesão terapêutica do paciente. (BRUNELLO, 2010).

Destes, 73% são atendidos no centro especializado desde o diagnóstico do diabetes, podendo ser justificado pelo fato de que a ampliação das USFs iniciou à partir de 2002, quando muitos já tinham o diagnóstico do diabetes. Apenas 34,7% dos entrevistados foram encaminhados ao centro especializado pelo médico da Unidade Saúde da Família (USF) porque apresentavam alguma complicação. O que demonstra que nem todos os pacientes cadastrados são realmente acompanhados na atenção primária e há uma falha

na referência e contrarreferência desses pacientes para a sua USF, onde muitos são encaminhados ao centro de especialidades sem possuir complicações e sobrecarregando o centro especializado. O Ministério da Saúde recomenda que os pacientes sejam acompanhados pelas ESF, só devendo encaminhá-los a outros níveis de atenção quando necessário, sendo fundamental o vínculo desses pacientes a USF (BRASIL, 2013). Dessa forma, o retorno desses encaminhamentos (a contrarreferência) é essencial para o exercício da coordenação da atenção pela APS. É essa comunicação entre os pontos de atenção da rede que darão racionalidade ao atendimento, evitando que consultas e exames sejam realizados em duplicidade ou que sejam solicitados desnecessariamente (SANTOS, et al., 2015).

Evidenciou-se que todos os entrevistados preferem continuar o atendimento no centro especializado, pelos motivos explicitados na Tabela 1, onde destaca-se a preferência pelo atendimento do médico desse centro e também a maior disponibilidade de medicamentos. Levando em consideração essas preferencias, vale salientar que somente 34 (12%) dos entrevistados retornaram a USF após avaliação do médico especialista do centro especializado.

O diabetes mellitus (DM) não controlado pode provocar, a longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Desta forma, o DM é considerado causa de cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, sendo responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida. Nesta pesquisa, a maioria dos diabéticos entrevistados - 81% (216) - referiram ter pelo menos duas complicações associadas a doença, sendo hipertensão (67%) a mais prevalente, seguida de problema na visão (40%) e pé diabético (30%) (Tabela 2). Estudos epidemiológicos demonstram uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular (BRASIL, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015), justificando assim a prevalência da hipertensão nesses diabéticos e fazendo com que a estratégia clínica de prevenção cardiovascular requeira o conhecimento do estado diabético.

Em relação ao perfil farmacológico dos diabéticos entrevistados, levou-se em consideração os medicamentos indicados para o tratamento do diabetes e disponíveis no centro especializado e com base nessas informações, concluiu-se que a maioria dos diabéticos atendidos no centro - 254 (95%) - fazem uso da metformina um antidiabético

oral. A escolha desta medicação se deve ao seu perfil de segurança em longo prazo, efeito neutro e até mesmo de redução do peso, ausência de hipoglicemias e sua capacidade de reduzir eventos cardiovasculares. Além disso, a metformina pode reduzir a incidência de infarto agudo do miocárdio em 36% e mortalidade em 32% (BARRETO, 2015; BRASIL, 2013; BRASILEIRA DE DIABETES, 2015). Além da metformina, (24%) dos entrevistados disseram fazer uso de glibenclamida e 92 (34%) de glicazida. Estas duas drogas fazem parte do grupo das sulfonilureias e são escolhidas no tratamento de segunda linha associadas a metformina, quando o paciente não responde ao tratamento de primeira linha. A administração de insulina também pode ser usada em diabéticos tipo II como tratamento de terceira linha, quando o controle metabólico não for alcançado após o uso de metformina em associação com uma sulfonilureia por três a seis meses (BRASIL, 2013; BRASILEIRA DE DIABETES, 2015). Justificando assim, a utilização da insulina NPH e regular por 145 (54%) e 76 (28%) dos entrevistados, respectivamente. Contudo, esses medicamentos também são disponibilizados na APS, portanto não justifica a permanência dos usuários no Centro Especializado. Estudo realizado por Barreto, et al. (2015), em 2010, encontrou resultados semelhantes quanto aos antidiabéticos mais prescritos na APS, assim como constatou que, mais de 79% dos diabéticos entrevistados, recebiam os antidiabéticos orais na APS.

No que se trata sobre o acesso a estes medicamentos, todos afirmaram que recebem os antidiabéticos orais e insulina na farmácia do centro. Relataram, ainda, que quando há falta desses medicamentos na farmácia do centro, 123 (46%) dos entrevistados compram na farmácia popular, 53 (20%) recorrem a farmácia da USF e 50 (18%) compram em drogarias. Em relação ao recebimento das seringas para aplicação da insulina, a Portaria nº 1.555/2013, que aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, garante o acesso à insulina regular e NPH, bem como aos insumos necessários para a monitorização da glicemia e aplicação da insulina (tira reagente, lanceta e seringa com agulha acoplada). Estudos realizados em dois municípios paulistas, fora do âmbito da atenção primária, constataram que, geralmente, as seringas descartáveis são adquiridas por recursos próprios, diferentemente deste estudo, no qual foi observado que todos os usuários entrevistados recebem as seringas na farmácia do centro, ou seja, são beneficiários de acordo com a portaria citada.

Destaca-se nesse estudo, a preferência por todos os usuários pela Farmácia do Centro. Sendo o principal motivo pela qualidade do atendimento, inclusive 8 destes expressaram interesse a farmácia do centro por ter sempre um farmacêutico (TABELA 3). 18,2% (n=50) dos usuários enfatizaram, também que em caso de dúvidas contam com a orientação do farmacêutico. E 10,6% (n=28) dos entrevistados foram convidados a fazer um acompanhamento farmacoterapêutico e se mostraram satisfeitos com esse acompanhamento.

Com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento e o acompanhamento farmacoterapêutico foi implantado no Município de Recife o projeto de cuidados farmacêuticos, pioneiro em Curitiba, através de uma parceria com o Ministério da Saúde, via Projeto Quali-SUS. Em 2016 foi implantado nesse Centro e, apesar de estar no início, e conseqüentemente contemplar um pequeno percentual de usuários, já demonstra que constitui um diferencial, pois o farmacêutico passa a ter uma maior interação com os usuários e com a equipe. Destacando-se, portanto, a importância do farmacêutico como um ponto chave na integralidade do paciente, ou seja, faz com que este realize não apenas ações de gestão da assistência farmacêutica nesse âmbito da atenção mas também, e principalmente, ações de cuidado à saúde dos usuários (BRASIL, 2014a; 2014b).

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados demonstram a relevância do tema no que se refere a integralidade dos serviços no atendimento aos diabéticos.

A complexidade da organização da rede de serviços constitui um dos grandes desafios na estruturação do modelo de atenção centrado na Estratégia Saúde da Família. A referência e contrarreferência ocorrem de forma deficiente, levando em consideração, a dificuldade do retorno para a USF. A partir dos resultados obtidos, torna-se importante a implantação de modelos que possam contribuir para a melhoria da atenção a esse grupo de usuários. Entre eles, estão: utilização dos protocolos clínicos e de encaminhamento pelos profissionais da ESF e desenvolvimento de ações que permitam uma maior integração entre os profissionais da USF e os profissionais da média e alta complexidade, visando sempre a melhoria do acompanhamento de usuários.

Tabela 1. Motivos pela preferência dos usuários pelo Centro Especializado

Escolha pelo centro	n	%
Tem mais medicamentos	149	56%
Atendimento médico melhor	201	75%
Equipe para orientar	129	48%
Presença do farmacêutico	45	16%

Tabela 2. Complicações associadas ao diabetes.

Complicações	N	%
Hipertensão	180	67%
Infarto há menos de 1 anos	46	17,3%
Amputação	44	16,6%
Problema na visão	106	40%
Problema Renal	40	15%
Pé diabético	80	30,1%
Outro	13	4,9%

Tabela 3. Motivos pela escolha dos diabéticos pela farmácia do centro.

Preferência pelo centro	n	%
Mais perto da sua residência	84	31,6%
Atendimento é melhor	214	80,7%
Possui farmacêutico	8	3,01%

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, MNSC; CESSÉ, EAP; LIMA, RF; MARINHO, MGS; SPECHT, YS; CARVALHO, EMF; FONTBONNE, A. Análise do acesso ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil. Rev. bras. epidemiol. vol.18 no.2 São Paulo Apr./June 2015.

BRASIL. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 1988 5 out.; Seção 1:1.

_____. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. DCNT no contexto do Sistema Único de saúde brasileiro – Situação e desafios atuais. Brasília: OPAS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília; 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços Farmacêuticos na atenção básica à saúde/ Ministério da Saúde, Brasília; Ministério da Saúde, 2014a. 108p. (Cuidado farmacêutico na atenção básica: Caderno 1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços Farmacêuticos na atenção básica à saúde/ Ministério da Saúde, Brasília; Ministério da Saúde, 2014b. 108p. : il. –(Cuidado farmacêutico na atenção básica: Caderno 3).

BRUNELLO, MEF et al. O vínculo na atenção saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paul Enferm* 2010;23(1):131-5.

CAMPOS CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc. Saúde Colet.* 2003;8(2):569-584.

DUARTE-RAMOS F, CABRITA J. Using a pharmacoepidemiological approach to estimate diabetes type 2 prevalence in Portugal. *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.* 2006;15(4):269-274.

GUIDONI CM, OLIVEIRA CMX, FREITAS O, PEREIRA LRL. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences* 2009;45(1).

PAIVA DCP, BERSUSA AAS, ESCUDER MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato. *Cad. Saúde Pública* 2006;22(2):377-385.

SANTOS, M.P.R. Referência e contra-referência na atenção aos pacientes com Diabetes Mellitus: estudo no distrito sanitário III do município do Recife. 94 p. Dissertação (Mestrado)- Departamento de Medicina Social, UFPE, Recife, 2008.

SANTOS, RSAF; BEZERRA, LCA; CARVALHO, EF; FONTBONNE, A; CESSÉ, E.A.P. Rede de atenção à saúde ao portador de Diabetes Mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE). *Saúde em Debate.* Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p.268-282. Dez 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015. São Paulo: AC Farmaceutica, 2015