

PERFIL DE PACIENTES DIABÉTICOS USUÁRIOS DE SULFONILURÉIAS

ROBERTO BARBOSA BAZOTTE¹
GISLEINE ELISA CAVALCANTE DA SILVA²
NATALY KOYASHIKI³

1. Farmacêutico, professor titular do Departamento de Farmácia e Farmacologia, UEM, PR.
2. Farmacêutica, professor assistente, Departamento de Farmácia e Farmacologia, UEM, PR.
3. Farmacêutica, especialista em Farmacologia

Autor responsável: R.B.Bazotte. E-mail rbbazotte@uem.br

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) está associado à deficiência parcial ou total de insulina cujas conseqüências, em longo prazo, incluem alterações micro e macrovasculares que levam a alterações patológicas principalmente nos rins, olhos, nervos periféricos, coração e vasos sanguíneos (GILL, 1991).

A freqüência do DM está aumentando, a cada ano, alcançando proporções epidêmicas. O Ministério da Saúde estima que, em 2010, existirão cerca de 11 milhões de diabéticos, no Brasil, contra os 5 milhões existentes, no ano de 2000, significando um aumento de mais de 100% (BRASIL, 2001).

Em 1988, foi realizado um estudo multicêntrico, em nove Estados brasileiros, no qual, demonstrou-se que a prevalência do DM na população entre 30 e 69 anos era de 7,6%, dos quais 46,5% desconheciam o fato de serem portadores de DM. Uma análise dos pacientes já diagnosticados, na época deste estudo, revelou que 40,7% utilizavam algum antidiabético oral, enquanto que 22,3% não faziam nenhum tipo de tratamento. As chances destes pacientes desenvolverem as complicações crônicas do DM precocemente é enorme.

As complicações crônicas, e muitas vezes, irreversíveis, tais como a impotência sexual, hipertensão, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, entre outras, comprometem a produtividade, qualidade de vida e sobrevida dos indivíduos, além de elevarem os custos do tratamento da patologia (MALERBI & FRANCO, 1992).

No Brasil, o DM aparece como a sexta causa de internação hospitalar representando 30% dos pacientes internados em unidades coronarianas intensivas e 26% dos pacientes que ingressam em programas de hemodiálise. O Ministério da Saúde estima que o gasto anual com internações hospitalares e programas de controle ultrapassam 1 bilhão de dólares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2000).

Medidas de prevenção do DM são eficazes em reduzir o impacto desfavorável sobre a morbi-mortalidade desses pacientes, principalmente, em razão de se poder evitar as complicações cardiovasculares. Enfatiza-se, em especial, a adoção de estilo de vida saudável, com dieta balanceada e exercícios físicos regulares. A restrição energética moderada, baseada na redução da ingestão de gorduras saturadas, acompanhada de atividade física leve pode reduzir a incidência do DM tipo 2 em indivíduos com risco elevado de desenvolver esta doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2000).

Dentro deste contexto, a participação do farmacêutico no sistema de atenção à saúde está se tornando, cada vez mais, ativa. Antes, considerado como responsável unicamente pelo abastecimento de medicamentos, atualmente, é visto como co-responsável pela terapia do paciente e promoção do uso racional de medicamentos. Sendo um de seus principais propósitos a otimização dos resultados da farmacoterapia, melhorando, assim, a qualidade de vida do paciente (RENOVATO, 2002).

O farmacêutico exerce um importante papel na prevenção do DM, orientando a população de risco para a adoção de estilo de vida saudável (dieta balanceada, exercícios, redução do peso, abandono do tabagismo e redução da ingestão de álcool); vigilância da glicemia e dos sinais e sintomas do DM; e ao paciente já diagnosticado auxiliando na adesão ao tratamento, incluindo orientação de autovigilância e autocuidado como medidas preventivas de complicações.

Além disso, como propõe BAZOTTE (2001), há a necessidade de existir um direcionamento nos cuidados farmacêuticos ao paciente diabético. Porém, estratégias de cuidado farmacêutico a serem desenvolvidas dependem antes de tudo de um conhecimento do perfil do paciente diabético. Particularmente, o paciente diabético tipo 2, por se tratar da forma de DM de maior prevalência na população e ao mesmo tempo a modalidade que apresenta maior dificuldade de adesão ao tratamento.

Outro aspecto a ser considerado é que o acompanhamento do paciente torna-se ainda mais relevante com relação aos usuários de sulfoniluréias, em função da alta taxa de desenvolvimento de falência primária e secundária, situação na qual o paciente deixa de apresentar resposta ao medicamento que freqüentemente só é detectada, quando ocorre uma complicação crônica.

OBJETIVO

Avaliar, através de entrevista, o perfil da população diabética usuária de sulfoniluréias em farmácias comunitárias.

CASUÍSTICA

O estudo foi realizado, em sete farmácias comunitárias de Londrina - PR. A entrevista para coleta de dados foi realizada pelos farmacêuticos responsáveis destas farmácias no período de novembro de 2003 e junho de 2004. O público alvo restringiu-se aos pacientes portadores de diabetes do tipo 2,

que procuravam a farmácia comunitária para adquirir sulfoniluréias.

Para a entrevista, utilizou-se um formulário padrão (Tabela 1). Além disso, foi verificado o peso e altura dos pacientes para posterior cálculo do índice de massa corpórea (IMC), obtido pela divisão do peso (Kg) pela altura ao quadrado (m²).

Os valores de referência para IMC, atualmente aceitos pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (ABESO, 2004), são: 18,5 a 24,9 Kg/m² - Normal; 25 a 29,9 Kg/m² - Sobrepeso; 30 a 34,9 - Obesidade Grau I; 35 a 39,9 Kg/m² - Obesidade Grau II e acima de 39,9 Kg/m² - Obesidade Grau III.

Tabela 1. Modelo do formulário utilizado nas entrevistas

EMPREGO DE SULFONILURÉIA EM DIABÉTICOS TIPO 2	
Nome (opcional):	_____
Idade: _____	Gênero: _____
Altura: _____	Peso: _____
Data da entrevista:	_____
Há quanto tempo é diabético?	_____
Qual a sulfoniluréia utilizada?	_____
Posologia:	_____
Há quanto tempo a utiliza?	_____
Faz emprego de algum outro tipo de medicamento?	_____
Quando foi sua última consulta em relação ao diabetes?	_____
Seu atendimento médico é: SUS, convênio ou particular?	_____
Com que frequência visita o médico que trata do diabetes?	_____
Qual frequência com que faz a glicemia de jejum?	_____
Já fez o exame de hemoglobina glicada? () Sim () Não	
Além do medicamento antidiabético faz dieta e/ou exercícios?	_____
Apresenta algum problema de saúde? Qual?	_____

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 51 pacientes entrevistados, 32 (62,75%) eram do gênero masculino e 19 (37,25%) do gênero feminino, com idade entre 30 e 69 anos, distribuídos quanto ao atendimento médico em 3 categorias: particular (31,37%), convênio (47,07%) e SUS (21,56%).

Podemos evidenciar, por meio da Tabela 2, que o DM foi diagnosticado mais precocemente entre as mulheres, sendo observada uma maior taxa de diagnóstico na faixa etária de 30 e 39 anos. A razão para esta diferença entre homens e mulheres poderia ser atribuída a uma maior periodicidade de realização de exames de rotina entre as mulheres.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes diabéticos, segundo a faixa etária em que foi diagnosticada a doença.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
10-19	0	0	1	5,26	1	1,96
20-29	2	6,25	0	0	2	3,92
30-39	7	21,87	8	42,11	15	29,41
40-49	8	25	4	21,05	12	23,53
50-59	9	28,13	5	26,32	14	27,45
60-69	6	18,75	1	5,26	7	13,73
Total	32	100	19	100	51	100

Outra característica da população estudada é o fato de a maioria dos pacientes terem sido diagnosticados a menos de 10 anos (Figura 1).

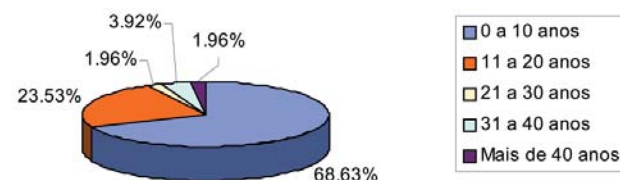


Figura 1. Tempo de diagnóstico do DM.

Analisando o IMC, observamos que acima de 75% dos pacientes apresentavam sobrepeso ou obesidade (Figura 2). Este fato denota a necessidade de orientação para que estas pessoas controlem seu peso, já que a obesidade é um dos fatores de risco que está associado com o DM, e ainda com a hipertensão, apnéia do sono, dislipidemias, entre outras importantes morbidades (MANCINI & HALPERN., 2002).

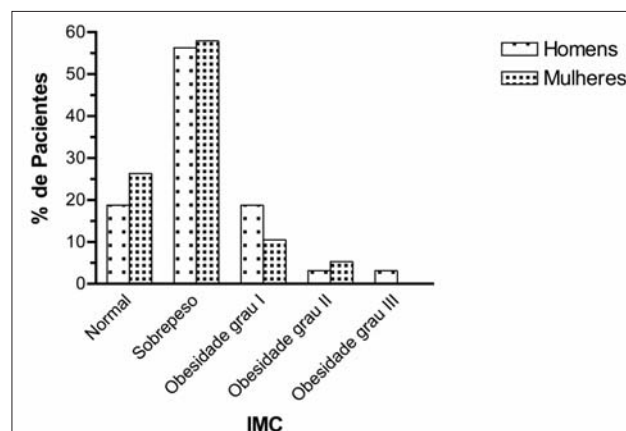


Figura 2. IMC segundo o gênero.

Entre os diferentes tipos de sulfoniluréias utilizados pelos pacientes (Figura 3), observamos que a Glibenclamida foi a mais utilizada (47,06%), provavelmente em função de seu menor custo.

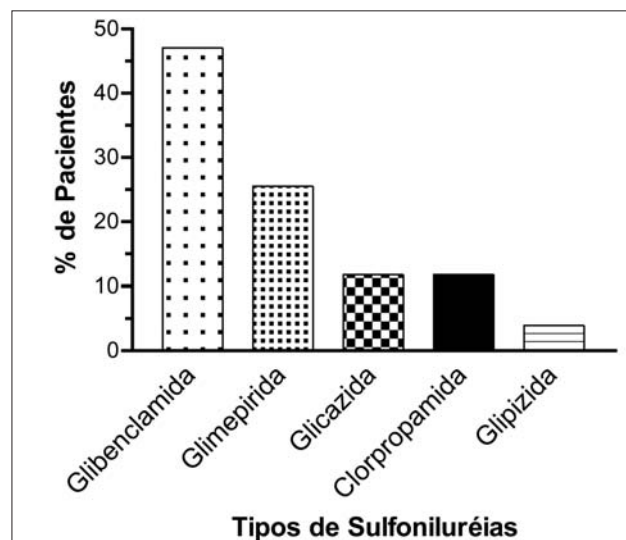


Figura 3. Tipos de Sulfoniluréias utilizados.

Em relação ao tempo de utilização, a maioria dos pacientes utiliza sulfoniluréias a menos de 10 anos (Figura 4) o que está de acordo com o fato de o tempo de diagnóstico ser inferior a menos de 10 anos para a maioria dos pacientes (Figura 1).

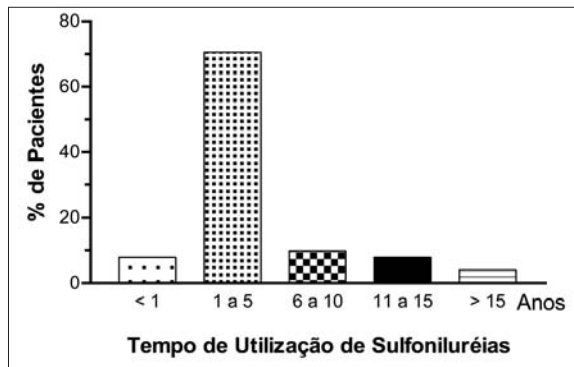


Figura 4. Tempo de utilização de Sulfoniluréias

Convém salientar que a maioria dos pacientes (62%) fazia uso de sulfoniluréias em associação a outros medicamentos, com predominância de antihipertensivos.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2000) recomenda que os pacientes estáveis e com controle satisfatório devem ser avaliados pela equipe multidisciplinar a cada três ou quatro meses. Em nosso estudo verificamos que apenas 37,26% dos pacientes seguem esta recomendação (Tabela 3). No entanto, a informação quanto à última visita ao médico apresentou um resultado mais satisfatório, ou seja cerca de 65% dos pacientes visitaram o médico nos últimos quatro meses (Figura 5).

Tabela 3. Periodicidade de retorno às consultas médicas para controle do DM.

Periodicidade	Nº	%	% Acumulada
Mensal	9	17,65	17,65
De 3 em 3 meses	8	15,69	33,34
De 4 em 4 meses	2	3,92	37,26
De 6 em 6 meses	13	25,49	62,75
De 12 em 12 meses	9	17,65	80,40
De 24 em 24 meses	2	3,92	84,32
Quando acha que está alta	3	5,88	90,20
Quando sente-se mal	2	3,92	94,12
Não vai	3	5,88	100

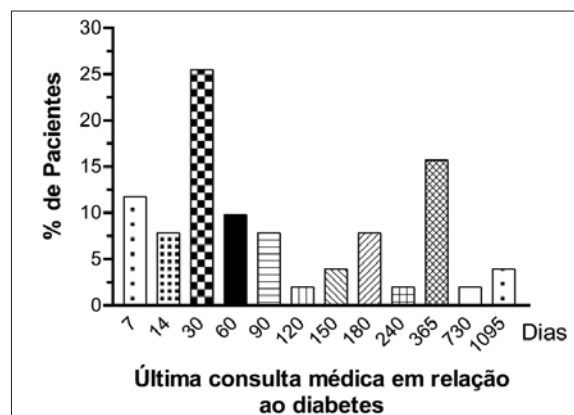


Figura 5. Última consulta médica em relação ao diabetes.

Outro aspecto relevante é o fato de que ao avaliarmos a frequência de visitas ao médico, levando em conta se o paciente apresenta ou não manifestação de complicação crônica, verificamos que pacientes que apresentam alguma complicação de saúde vão ao médico, em média, a cada $3,3 \pm 0,7$ meses, enquanto aqueles que não apresentam nenhuma complicação vão a cada $8,8 \pm 1,2$ meses (Tabela 4).

Observamos ainda que a frequência de visitas ao médico é determinada mais significativamente pela existência de complicações crônicas do que pelo tipo de acesso ao atendimento que estes pacientes têm disponível. Desta forma observamos que os usuários do SUS vão ao médico com uma frequência maior do que aqueles que têm acesso ao atendimento particular, $8,2 \pm 2,7$ e $9,1 \pm 2,0$ meses respectivamente.

Tabela 4. Frequência de realização da glicemia de jejum.

Frequência	Nº	%
Uma vez ao dia	1	1,96
Uma vez por semana	2	3,92
Duas vezes por semana	1	1,96
De 10 em 10 dias	1	1,96
De 15 em 15 dias	4	7,84
Mensal	12	23,54
De 2 em 2 meses	3	5,88
De 3 em 3 meses	3	5,88
De 4 em 4 meses	1	1,96
De 6 em 6 meses	7	13,73
De 12 em 12 meses	8	15,69
Só quando suspeita que está alta	3	5,88
Não faz	5	9,80

A detecção da hemoglobina glicada A1c (A1c) entre os pacientes diabéticos não é utilizada como exame de diagnóstico, e sim como um índice retrospectivo da glicemia das 6 ou 8 semanas que antecedem a coleta de sangue.

Estudos descritivos indicam que terapias intensivas que reduzam os valores de A1c para aproximadamente 7% constitui a chave para diminuir as complicações crônicas do DM. A Associação Americana de Diabetes (ADA), recomenda que todos os pacientes diabéticos façam este exame duas vezes por ano e aqueles que apresentarem alterações no esquema terapêutico ou não alcançarem os objetivos recomendados façam quatro vezes ao ano. Neste sentido, observamos que ainda estamos longe desta meta, pois 47,06% dos diabéticos entrevistados neste estudo nunca fizeram este exame.

Sabe-se que a realização de exercícios físicos com regularidade constitui importante fator na prevenção (BAZOTTE & PORTO, 1999) e tratamento do DM tipo 2 (GAZOLA et al., 2001). Melhorando ainda o condicionamento físico, a capacidade cardiorrespiratória, aumentando a massa muscular e diminuindo a tensão psicológica provocada pela doença e por problemas diários. Além disso, a prática regular de exercícios físicos aliada a uma dieta balanceada favorece ainda mais a obtenção de um bom controle glicêmico (BAZOTTE & PORTO, 1999).

Neste estudo a maioria dos pacientes (83,3%) relatou o hábito de praticar exercícios físicos regularmente e/ou fazer

dieta. Dentre estes 44,2% faziam apenas dieta; 23,3% apenas exercícios e 32,5% faziam dieta e exercícios.

Por outro lado, em relação às morbidades associadas ao DM, verificamos que cerca de 50% destas estavam relacionadas a alterações cardiovasculares (Figura 6), mais especificamente hipertensão, o que esta de acordo com a literatura científica na qual há consenso ser a doença cardiovascular o principal problema de saúde de pacientes diabéticos tipo 2 (HERNAEZ et al., 2004).

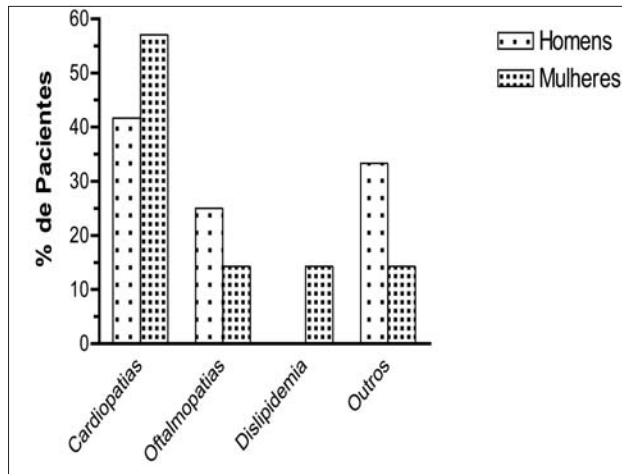


Figura 6. Morbidades associadas ao DM

Um fato interessante observado neste estudo é que entre os pacientes que tiveram acesso ao atendimento médico particular não foram evidenciadas complicações crônicas relacionadas ao DM. Contrapondo-se a isto, 45% do grupo convênio e 50% dos atendidos pelo SUS apresentaram tais complicações. Este fato pode estar relacionado a melhor situação econômica que os pacientes particulares posam ter, o que facilitaria tanto o acesso ao medicamento quanto às informações sobre a patologia.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos demonstram que nossa população ainda não adota medidas preventivas para evitar as complicações crônicas do DM tipo 2, nem existe uma preocupação em se buscar um diagnóstico precoce desta doença, principalmente na população masculina. Deduzimos, ainda, que ela precisa se conscientizar da importância de visitar regularmente o médico, monitorar sua glicemia periodicamente, adotar hábitos saudáveis de vida, aprender a se alimentar adequadamente e fazer exercícios físicos. Neste sentido o farmacêutico pode colaborar muito, promovendo campanhas de detecção de DM para um diagnóstico precoce da patologia, bem como educando e motivando a população diagnosticada a fazer um tratamento adequado.

AGRADECIMENTOS

Aos farmacêuticos que auxiliaram na coleta de dados deste estudo: Andréa Helbel Roberti, Fabiane Dier, Flávia Cristina Mazei Moscato, Milton Morooka, Rebecka Franco Damaceno Corrêa Lopes, Sandra Mara Felício Bachmann e Sônia Aparecida C. Rodrigues.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade. Calcule seu IMC. Disponível em: http://www.abeso.org.br/calc_imc.htm. Acesso em: 15 jun. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília, 2001. 94 p. (Caderno de Atenção Básica, 7).
- BAZOTTE, R.B. A Farmácia Clínica na Farmácia Comunitária. In: ZUBIOLI, A. (Coord.). O Diabetes Mellitus (DM) na farmácia comunitária. 1. ed. Brasília: Ethosfarma: Cidade Gráfica, 2001. p.149-154.
- BAZOTTE, R.B.; PORTO, Gonçalves, G. A importância do exercício físico na prevenção e no tratamento do diabetes mellitus tipo 2 e de suas complicações crônicas. Arq. APADEC, v. 3, p. 26-29, 1999.
- GAZOLA, V. A. F. G.; BAZOTTE, R. B.; SOUZA, S. V. A atividade física no tratamento de pacientes portadores de diabetes mellitus. Arq.Ciênc. Saúde UNIPAR, v. 5, p. 25-32, 2001.
- GILL, G, V. Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. In: PICKUP, J & WILLIAMS G. (eds). Textbook of Diabetes. London, Blackwell Scientific Publications, 1991. p.24-29.
- HERNAEZ, R.; CHOQUE, L.; GIMENEZ, M.; COSTA, A.; MARQUEZ, J.I.; CONGET I. Coronary risk assessment in subjects with type 2 diabetes mellitus. General population-based scores or specific scores?. Rev. Esp. Cardiol. v.57, p.577-80, 2004.
- MALERBI, D.A.; FRANCO, L.J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. Diabetes Care. vol.15, p.1509-1516, 1992.
- MANCINI, M. C.; HALPERN, A. Tratamento Farmacológico da Obesidade. Arq. Bras. Endocrinol. Metab. v. 46. p. 497-513, 2002.
- RENOVATO, R.D. Implementação da atenção Farmacêutica para pacientes com hipertensão e distúrbios cardiovasculares. Infarma, v. 14, nº 7/8, 2002.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso brasileiro sobre diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito tipo 2. Arq. Bras. Endocrinol. Metabol., v. 44, 2000.