

Marcelo Campese

**A EXPERIÊNCIA COM MEDICAMENTOS E OS FATORES
ASSOCIADOS AO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA DA PESSOA
DIABÉTICA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Farmácia – Área de Concentração Fármaco-Medicamento – da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Farmácia.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Mareni Rocha Farias

Florianópolis
2012

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

C195e Campese, Marcelo

A experiência com medicamentos e os fatores associados ao processo saúde/doença da pessoa diabética [dissertação] / Marcelo Campese ; orientadora, Marení Rocha Farias. - Florianópolis, SC, 2012.

151 p.: grafs., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Farmácia.

Inclui referências

1. Farmácia. 2. Serviços farmacêuticos. 3. Diabetes.
I. Farias, Marení Rocha. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Farmácia. III. Título.

CDU 615.12

Marcelo Campese

**A EXPERIÊNCIA COM MEDICAMENTOS E OS FATORES
ASSOCIADOS AO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA DA PESSOA
DIABÉTICA**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Farmácia, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 26 de março de 2012.

Prof.^a Dr.^a Mareni Rocha Farias,
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Eloir Paulo Schenkel
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Leonardo Regis Leira Pereira,
Universidade de São Paulo

Prof.^a Dr.^a, Maria Marta Nolasco Chaves,
Universidade Federal do Paraná

Prof.^a Dr.^a, Miriam de Barcelos Falkenberg,
Universidade Federal de Santa Catarina

Aos usuários do SUS, longe de
estarem perto do que pode ser real.

AGRADECIMENTOS

A prof.^a Dr.^a Marení Rocha Farias pela disponibilidade em orientar este trabalho contribuindo de forma decisiva na organização das idéias

A prof.^a Dr.^a Maria Marta Nolasco Chaves, uma das pessoas que faz parte da minha Formação.

Ao prof. Leonardo Regis Leira Pereira, com quem ainda tenho muito que conversar.

A prof.^a Dr. Miriam de Barcelos Falkenberg, importante colaboradora para a qualidade deste trabalho.

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis pelo apoio, abrindo suas portas para a integração ensino e serviço.

Aos trabalhadores do Centro de Saúde Saco Grade, em especial Marly e Leandro colaboradores estratégicos, sempre abertos a discussão.

Ao Programa de Pós-graduação em Farmácia da UFSC por fomentar a pesquisa em Assistência Farmacêutica e desta forma possibilitar a execução deste trabalho.

A Luiza, Ana Sílvia, Débora, Marina e Samantha estagiárias do Centro de Saúde, a ajuda de vocês foi fundamental.

Ao povo do aquário, Raphaela, Fernanda, Guilherme, Fabíola B., Kaite, Júnior, Fabíola D., Luciana e Juliana sempre solícitos e sabendo onde queremos chegar com o Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica: Especialização a distância

Ao grupo de pesquisa em Políticas e Serviços farmacêuticos por fazerem as discussões na Farmácia muito mais acaloradas.

Aos meus pais, Marina e Luiz Antonio, com sua fé e conselhos para fazer na minha vida o melhor caminho.

A Paloma, minha garota, companheira de aventuras e lutas pra sempre.

A Mariliza, mais que uma irmã.

Ao Renê, Marina e Vanessa amizades reais da ilha da magia.

Ao Cassyano, grande colaborador que me apresentou à Experiência com Medicamentos.

Aos familiares e amigos, estejam certos que a vida não se vive só, porque juntos é muito melhor.

Quando o rio lá me enche, da sempre cesão, é febre de paludismo. Lá em casa meu avô estava com cesão. Ele era bem velhinho, tinha sido escravo. E o remédio que curava a febre era o alalém, é um comprimido dado pelo governo. Mais chega lá! Os chefes, os políticos recebem e.. ó... e ó... e no ó!
Depois, distribui para os cabos eleitorais. Os cabos eleitorais trocam por um saco de arroz. Vi muita gente fazer isso. Muita gente. Ficou marcado isso em mim. Se trocar um saco de arroz, que custou seis meses de trabalho, ser trocado por um pacotinho com duas pílulas que era pra ser dado de graça!

(João do Vale, Show Opinião, 1964)

RESUMO

CAMPESE, Marcelo. A experiência com medicamentos e os fatores associados ao processo saúde/doença da pessoa diabética. 2012. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Farmácia) – Universidade Federal de Santa Catarina.

O diabetes mellitus vem sendo tema de amplos debates, seja no âmbito acadêmico ou nos serviços de saúde. Embora existam avanços em pesquisas e ações de saúde, dados da Organização Mundial da Saúde apontam que existem 346 milhões de diabéticos atualmente no mundo, com tendência a aumentar. É fundamental conhecer e reconhecer os processos que envolvem a pessoa diabética e o seu tratamento, incluindo a experiência com medicamentos. Dessa forma, investigaram-se os fatores associados à experiência com medicamentos por usuários diabéticos adscritos a um centro de saúde, a fim de contribuir para a qualificação dos serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde, considerando suas particularidades e complexidades. Dos 625 diabéticos registrados em 2010, foram caracterizados quanto aos parâmetros sociodemográfico, clínico e farmacoterapêutico 90 usuários, dos quais 12 foram sorteados para a entrevista sobre a experiência com medicamentos. Os resultados apontaram para a possibilidade de utilização do relatório de entrega de medicamentos como uma fonte de informação em saúde para o planejamento e a vigilância à saúde no cuidado dos diabéticos. Observou-se uma diversidade nas características dos diabéticos usuários dos serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde, inferindo a necessidade de articulação entre os diferentes serviços de atenção à saúde, como os farmacêuticos que devem acompanhar longitudinalmente e estabelecer vínculos entre os serviços e os usuários para atender as necessidades em saúde de forma integral. A experiência com medicamentos é um importante fator no processo saúde/doença/atenção, devendo ser considerada em seu conjunto, não se restringindo a uma determinada patologia ou medicamento. É determinada socialmente por meio das redes sociais, com destaque para o trabalho, a família e os serviços de saúde, sem deixar considerar as individualidades e a autonomia na autoatenção dos usuários.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Diabetes Mellitus. Serviços Farmacêuticos. Atenção Farmacêutica.

ABSTRACT

Campese, Marcelo. The medication experience and associated factors with health/illness process of diabetic. 2012. Dissertation (Programa de Pós-Graduação em Farmácia) – Universidade Federal de Santa Catarina.

Diabetes mellitus has been the subject of extensive discussion in the academic and health care sectors. Although there have been advances in research and health care services, data from the World Health Organization indicate that there are approximately 346 million diabetics in the world today, with a growing trend. It is important to know and recognize the processes involving the diabetic person and his treatment, including the personal side of medication experience. Thus we investigated medication experience and the factors associated with diabetic patients at a Health Centre in order to contribute to the qualification of pharmaceutical services in primary health care, considering its particularities and complexities. Of the 625 diabetic patients registered in 2010, 90 were screened for socio-demographic, clinical and pharmacotherapeutic parameters. Twelve of the 90 were randomly selected for interviews about the medication experience. The results pointed to the feasibility of using the medicine delivery reports as a source of health information for planning and population surveillance for health care of diabetics. There was a diversity of characteristics among the diabetic users of pharmaceutical services in primary health care, implying the need for better synchronization and integration between different health care services, as the pharmaceutical services, that must follow along time and attachment between services and users to meet the health needs in a comprehensive manner. The medication experience is an important factor in the health/illness/care process. It should be treated as an integrated process instead of being treated as an isolated process for a particular disease or a line of medicines. The medication experience is socially determined by social networks with an emphasis on health services, work and family. But we should also consider the individuality and autonomy in selfcare of the patients.

Keywords: Pharmaceutical Services. Diabetes Mellitus. Pharmaceutical Care.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 4-1 – Correlação entre os registros de usuários no Relatório de Entrega de Medicamentos (REM), no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) e no Programa de Diabetes do Centro de Saúde (PDCS) de um Centro de Saúde..... 40
- Figura 4-2 – Assiduidade na retirada de medicamentos para diabetes mellitus em 2010, considerando os usuários do serviços farmacêutico de um Centro de Saúde de Florianópolis/SC (N=503)..... 41

LISTA DE QUADROS

Quadro 5-1 – Forma de sistematização dos dados coletados para elaboração da planilha única para a análise das características dos usuários.....	61
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 4-1 – Número total de usuários registrados nos programas e serviços estudados adscritos a um Centro de Saúde de Florianópolis/SC	40
Tabela 4-2 – Correlação entre os usuários diabéticos assíduos registrados em 2010, no Relatório de Entrega de Medicamentos (REM); Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA); Programa de Diabetes do Centro de Saúde (PDCS)	42
Tabela 4-3 – Total de diabéticos registrados em 2010, no Programa de Automonitoramento de Glicemia Capilar PAGC e presença no Relatório de Entrega de Medicamentos (REM); Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA)	43
Tabela 5-1 – Utilização dos serviços em 2010, segundo registros consultados.....	64
Tabela 5-2 – Características sociodemográficas dos usuários participantes do estudo.....	65
Tabela 5-3 – Características clínicas dos usuários participantes do estudo.....	66
Tabela 5-4 – Características farmacoterapêuticas dos usuários estudados a partir do Relatório de Entrega de Medicamentos	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CS	Centro de Saúde
Cadfam	Cadastro de Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAGC	Programa de Automonitoramento de Glicemia Capilar
PDCS	Programa de Diabetes do Centro de Saúde
PNM	Política Nacional de Medicamentos
REM	Relatório de Entrega de Medicamentos
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	27
2 INTRODUÇÃO.....	29
3 OBJETIVOS.....	33
3.1 OBJETIVO GERAL.....	33
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	33
4 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO AO DIABETES MELLITUS.....	35
5 CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E FARMACOTERAPÊUTICAS DE UM GRUPO DE DIABÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM OLHAR DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS.....	53
6 A EXPERIÊNCIA COM MEDICAMENTOS EM UM GRUPO DE DIABÉTICOS VÍNCULADOS A UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	79
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
REFERÊNCIAS.....	111
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..	121
APÊNDICE B – Formulário para Coleta de Dados em Prontuário dos Diabéticos Participantes da Pesquisa.....	123
APÊNDICE C – Roteiro para Entrevista Semiestruturada sobre Experiência com Medicamentos em Diabetes Mellitus.....	125
APÊNDICE D – Falas dos Sujeitos Entrevistados Utilizadas na Categorização das Experiências com Medicamentos.....	127
ANEXO A – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.....	149
ANEXO B – Parecer n.765/10, do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina.....	151

1 APRESENTAÇÃO

O presente estudo foi desenvolvido entre março de 2010 e dezembro de 2011 em um Centro de Saúde do município de Florianópolis. É um Centro de Saúde (CS) que atua na Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo constituído por 06 equipes básicas, 05 equipes de saúde bucal e recebe o suporte de 01 equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O CS possui uma farmácia de referência municipal onde são dispensados os medicamentos constantes da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), incluindo os medicamentos sujeitos a controle especial, além de se constituir um importante espaço de ensino/serviço, pois recebe estagiários da graduação e da Residência em Medicina de Família e Comunidade. Florianópolis possui uma população de 404.224 habitantes, dos quais cerca de 13% estão em áreas de interesse social. A área de abrangência do CS tem sua população estimada em 13.412 habitantes. Desses, mais de 30% estão em áreas de interesse social, classificadas por critérios que envolvem renda familiar, condições de habitação, características naturais desfavoráveis (encostas, áreas suscetíveis à inundação e a desmoronamento etc.) e oferta de serviços e equipamentos públicos (BASTOS, KAWASE, 2007).

A dissertação está estruturada a partir da introdução, a qual apresentou o problema gerador da pesquisa, contextualizando-o segundo os aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e das políticas públicas para a diabetes mellitus. Justifica-se a necessidade de discussão sobre a experiência com medicamentos inserida no conjunto dos serviços farmacêuticos prestados na Atenção Primária à Saúde (APS). Na sequência, são apresentados os objetivos geral e específicos desta dissertação, cujo desenvolvimento, está dividido em três capítulos, cada qual constituída da proposta de um artigo, relacionado aos objetivos específicos do trabalho.

O primeiro artigo trata dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) relacionados ao diabetes mellitus. Nele, buscou-se identificar, a partir dos dados do ano de 2010 disponíveis nos SIS, o quantitativo de pessoas que utilizaram os serviços do CS relacionados ao diabetes mellitus. Observou-se uma subnotificação nos diversos sistemas consultados. Por outro lado, o Relatório de Entrega de Medicamentos (REM) registrou o maior número de usuários diabéticos do CS. Discutiu-se a importância dos SIS como ferramenta do planejamento e da vigilância à saúde de forma a contribuir para a organização dos

serviços farmacêuticos, bem como inserir os dados obtidos neste serviço como fonte de informação em saúde.

O segundo aborda a organização dos serviços farmacêuticos em APS. A APS possui um papel central no atual modelo de atenção à saúde como centro de comunicação e coordenadora do cuidado. O serviço farmacêutico acompanhou o processo de implementação deste modelo de atenção, inserindo-se na APS a partir dos medicamentos essenciais, agregados a serviços gerenciais e de cuidado aos usuários. O estudo analisa as características sociodemográficas, clínicas e farmacoterapêuticas em um grupo de 90 diabéticos adscritos ao CS estudado a fim de problematizar a organização dos serviços farmacêuticos na APS.

O terceiro artigo relata a investigação da experiência com medicamentos de diabéticos adscritos ao CS por meio de um diário de campo e da realização de entrevistas semiestruturadas com 12 sujeitos. A experiência com medicamentos é uma importante ferramenta dos serviços farmacêuticos para qualificar sua atenção ao usuário. Por meio da hermenêutica dialética buscaram-se os sentidos das experiências com medicamentos.

As considerações finais apresentam uma síntese integradora dos três artigos, buscando, por meio dos elementos centrais de cada um, chegar ao conjunto de fatores associados à experiência com medicamentos dos diabéticos adscritos àquele CS.

2 INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus é um conjunto de distúrbios metabólicos que leva ao aumento da glicose sérica. Está relacionado à predisposição genética, déficit nas células beta do pâncreas, responsáveis pela produção de insulina, bem como defeitos na ação deste hormônio. A classificação etiológica do diabetes mellitus difere em tipo 1 e tipo 2, caracterizados pela destruição das células beta e deficiência relativa de insulina respectivamente. Clinicamente, os estágios podem variar de normoglicêmicos a hiperglicêmicos, apresentando tolerância diminuída à glicose, glicemia de jejum alterada, e estágios diabéticos não-insulinos-dependentes e insulinos-dependentes para controle ou sobrevivência. Há, ainda, o diabetes gestacional e outros tipos específicos menos comuns (SCHMIDT, 2006).

O tratamento do diabetes mellitus envolve estratégias farmacológicas e não farmacológicas, com objetivos terapêuticos de controlar os sintomas agudos da doença, prevenir complicações tardias e promover a qualidade de vida. As medidas não farmacológicas que incluem práticas de mudança de estilo de vida envolvendo a alimentação e prática de atividade física. Além disso, práticas populares, com destaque para a utilização de plantas são frequentes, demonstrando que os conhecimentos populares no manejo da doença devem ser um dos focos de atenção das equipes de saúde. As medidas farmacológicas envolvem a utilização de insulina ou antidiabéticos orais, que atuam em várias vias como a estimulação na secreção de insulina pelo pâncreas, redução da resistência à insulina, regulação hormonal envolvendo a glicose, uso de insulina e redução na absorção de carboidratos. Entre os principais antidiabéticos orais destacam-se as biguanidas e sulfonilureia como primeira escolha no diabetes mellitus tipo 2. Também foram desenvolvidas tecnologias para identificação e monitoramento dos níveis glicêmicos como o teste de glicemia capilar, dosagem de glicose sérica e hemoglobina glicada, que, atualmente, permite o controle glicêmico estrito. Esse controle resulta na redução das complicações e impede a progressão da doença e pode ser feito, ambulatorialmente, em todos os diabéticos (BRANCHTEIN, MATOS, 2004; WANNMACHER, 2005).

O diabetes mellitus caracteriza-se por perda na qualidade de vida e traz complicações de grande impacto na vida dos portadores desta doença. A OMS estimou, em 1997, que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estimou que, no mesmo período de doença, 30 a 45%

terão algum grau de retinopatia; 10 a 20%, de nefropatia; 20 a 35%, de neuropatia; e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular (BRASIL, 2006a). Esses são fatores que levam o diabetes mellitus à condição de uma das prioridades em saúde, respaldado pela sua magnitude em nível global.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que existem 346 milhões de pessoas com diabetes mellitus no mundo (WHO, 2012). Segundo informações do Ministério da Saúde, nos anos 1980, “estimou-se que o diabetes mellitus ocorria em cerca de 8% da população, de 30 a 69 anos de idade, residentes em áreas metropolitanas brasileiras [...]. Hoje, estima-se 11% da população igual ou superior a 40 anos, o que representa 5 milhões e meio de portadores” (BRASIL, 2006a). Outros estudos apontam que a ocorrência média de diabetes mellitus na população acima de 18 anos é de 5,2% e atinge 18,6% da população acima de 65 anos. Esse aumento se justifica, em parte, pela transição epidemiológica que o Brasil está passando, caracterizada pela redução nas taxas de morbimortalidade por doenças infecciosas e aumento nos índices das doenças crônicas não transmissíveis. A maior longevidade também tem colaborado para o aumento do diabetes mellitus (CESSE, 2007).

Em Florianópolis, o Plano Municipal de Saúde 2007-2010, com dados de 2006, ao apresentar a situação de saúde no município, apontou que a quinta causa de mortalidade foram as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, correspondendo a 67 (3,5%) casos. Deste grupo de doenças, o Plano apontou “como principal causa de óbito o diabetes (69 % das mortes), com maior incidência no sexo feminino, o que indica a pertinência de se priorizar as medidas de prevenção, controle e tratamento” (BASTOS JR. e KAWASE, 2007, p.24). Em 2007, foi a quarta causa de morte em maiores de 60 anos, correspondendo a 5,5%. Com relação às internações hospitalares, foram 421 internações por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (BASTOS JR. e KAWASE, 2007). Já o Plano Municipal de Saúde 2011-2014 aponta tendência de piora no percentual de adultos (idade maior ou igual a 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes mellitus, passando de 4,5% em 2006 para 5,7% em 2009 (FLORIANÓPOLIS, 2010).

No campo da Assistência Farmacêutica, em 2008, o Ministério da Saúde adquiriu 12.559.735 frascos de insulina NPH e 936.000 frascos de insulina R, e foram vendidos mais de 118 milhões de comprimidos de metformina e 38 milhões de glibenclamida somente pelo programa Farmácia Popular (BRASIL, 2010b).

Nos últimos anos, o Brasil desenvolveu uma série de ações, programas e políticas inserindo o diabetes mellitus. Como exemplo, pode-se citar a Campanha Nacional de Detecção de Casos Suspeitos de Diabetes mellitus em 2001; o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus em 2002, incluindo O Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para diabetes mellitus, no mesmo ano (GUIDONI, OLIVEIRA, FREITAS e PEREIRA, 2009); a promulgação da Lei Federal n. 11.347/06, que “dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes mellitus inscritos em programas de educação para diabéticos” (BRASIL, 2006b); a inclusão de medicamentos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que, na sua 7ª edição, contempla a metformina, glibenclamida, insulinas humanas NPH e regular e a glicazida, esta última apenas com uso restrito a pessoas idosas (BRASIL, 2010c). Esses medicamentos possuem financiamento tripartite, exceto a insulina, a qual a compra é centralizada no Ministério da Saúde, conforme a Portaria n. 4.217, de 28 de dezembro de 2010, “Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica” (BRASIL, 2010d).

Segundo Mendes (2010), a APS deve ofertar serviços capazes de resolver 85% dos problemas de saúde, exercendo o papel de centro das comunicações e coordenadora do cuidado na rede de atenção à saúde, de forma a atender, longitudinalmente, os diabéticos adscritos a um determinado território. Os serviços farmacêuticos devem estar inseridos nessa rede de atenção, tanto no que diz respeito às ações gerenciais para a garantia de acesso aos medicamentos e insumos, quanto aos relacionados à assistência ao usuário, incluindo a dispensação e o acompanhamento da utilização dos medicamentos, considerando as subjetividades e complexidades inerentes ao processo saúde/doença que envolve a pessoa diabética.

Diante de tantas informações, de tantas respostas políticas e científicas, questiona-se por que as projeções de prevalência para o diabetes mellitus continuam aumentando? Há respostas na perspectiva biológica a serem descobertas, inclusive com a colaboração da biologia molecular e nanotecnologia. Em saúde pública, tem se aplicado campanhas e avaliações dos serviços de saúde com a finalidade de estruturar e qualificar o cuidado aos diabéticos. Outro olhar está voltado para as pesquisas sociais em saúde, pelas quais se busca compreender as dimensões sociais, políticas e culturais que envolvem a pessoa diabética.

O presente estudo está centrado na pessoa diabética, usuária do serviço de farmácia de um centro de saúde de Florianópolis, verificando os fatores associados a sua experiência com os medicamentos. Acredita-se que esses fatores influenciam na resolubilidade das ações, nos serviços e nas políticas de saúde para o diabético, subsidiando, desta forma, o planejamento e a prática do profissional de saúde. Para tanto, considerou-se importante conhecer quantos são os diabéticos adscritos ao CS estudado por meio dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), utilizados naquele serviço, incluindo a discussão sobre os dados gerados pelo serviço farmacêutico como um SIS. Também considerou-se necessário investigar algumas características do diabético no âmbito sociodemográfico, clínico e farmacoterapêutico, além de buscar o relato dos diabéticos e a observação destes nos diversos espaços do CS.

Dessa forma, buscou-se contemplar a descrição da experiência com os medicamentos, a compreensão do histórico médico e a análise dos registros da medicação atual e as condições relacionadas ao processo saúde/doença. Esses aspectos compõem a experiência do paciente com medicamentos, proposta por Cipolle, Strand e Morley (2004), que aborda as relações da pessoa com a utilização de medicamentos e revela importantes informações sobre a tomada de decisão do paciente em relação a sua medicação. Fazer o levantamento das informações sobre atitudes, crenças e preferências é ponto estratégico na elaboração dos cuidados em saúde, bem como na garantia do uso racional dos medicamentos (CIPOLLE, STRAND, MORLEY, 2004).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar fatores associados à experiência com medicamentos por usuários diabéticos adscritos a um Centro de Saúde, a fim de contribuir para a qualificação dos serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde, considerando suas particularidades e complexidades.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar, a partir dos dados registrados em 2010 pelos Sistemas de Informação em Saúde disponíveis na realidade de um Centro de Saúde, as informações geradas, com vistas a sua utilização na rede de atenção à saúde ao diabetes mellitus.

Identificar características sociodemográficas, clínicas e farmacoterapêuticas de um grupo de usuários diabéticos de um Centro de Saúde, visando contribuir para a organização do serviço farmacêutico na atenção primária à saúde.

Discutir os sentidos das experiências com medicamentos em um grupo de diabéticos usuários de um Centro de Saúde, de forma a qualificar a compreensão do processo saúde/doença/atenção, relacionada ao diabetes mellitus.

4 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO AO DIABETES MELLITUS

RESUMO

O diabetes mellitus, por ser uma doença crônica de abrangência global, configura-se tema prioritário nos sistemas de saúde. A organização dos serviços em rede permite o atendimento de forma integral e organizada, tendo os Sistemas de Informação em Saúde na composição de sua estrutura organizacional. A atenção primária à saúde tem a função de centro da comunicação e coordenação do cuidado nas redes. A escolha de Sistemas de Informação em Saúde robustos e de fácil manejo na atenção primária possibilita melhor planejamento e vigilância à saúde. Foram analisadas, a partir dos dados registrados em 2010 pelos Sistemas de Informação em Saúde, disponíveis na realidade de um Centro de Saúde, as informações geradas com vistas a sua utilização na rede de atenção à saúde ao diabetes mellitus. Foram consultados os dados do Relatório de Entrega de Medicamentos, do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, do Programa de Diabetes do Centro de Saúde, do Sistema de Informação da Atenção Básica e do Programa de Automonitoramento de Glicemia Capilar. 625 usuários diabéticos foram registrados em 2010, dos quais mais de 80% foram registrados no Relatório de Entrega de Medicamentos. Para os outros sistemas de informação em saúde, esse valor ficou em torno de 50%. Apenas 30% dos usuários estavam registrados simultaneamente no REM, HIPERDIA e PDCS, que representa um valor baixo tendo em vista que os dois últimos sistemas são compulsórios. 41% apresentaram registro exclusivo no REM o que indica a relevância deste sistema como fonte de informação em saúde. A assiduidade foi baixa nessa retirada correspondendo a 34,5%, considerando que os medicamentos para diabetes mellitus são de uso contínuo. A busca pelos usuários não assíduos e a identificação dos motivos da não assiduidade são informações importantes, geradas pelos serviços farmacêuticos. O automonitoramento da glicemia capilar é também uma importante ferramenta para o acompanhamento dos diabéticos, sendo utilizado por 17 usuários naquele centro de saúde. As informações geradas pelo automonitoramento, associadas às características clínicas dos usuários geram informações importantes para a vigilância à saúde e para a avaliação deste programa. Os dados gerados pelos serviços farmacêuticos podem ser fontes de informação em saúde por serem representativos e de fácil manejo e, dessa forma, contribuem para o

planejamento e a oferta de cuidado na rede de atenção à saúde para os diabéticos.

Palavras-chave: Redes de Atenção à Saúde, Sistemas de Informação, Diabetes Mellitus, Assistência Farmacêutica, Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Information Systems and Pharmaceutical Services in a Health Care Network for Diabetes

Diabetes mellitus, a chronic disease with a global presence, is a priority issue in public health. The organization of network services enables an integrated and comprehensive care service, where the Health Information Systems comprise its organizational structure. The primary health care has the role of being a communication and coordination center of health care networks. Health information systems that are robust and easy to manage primary care facilitate better planning and population surveillance. We analyzed the diabetes mellitus data recorded in 2010 at a Health Center that was connected to the Health Information Systems. We looked at the following: the medicine delivery reports, the registration and monitoring data of hypertensive and diabetic patients, diabetes program of the health center, the Information System of Primary Care and the self-monitoring program of capillary glyceemic patients. There were 625 diabetic patients registered in 2010, of which 80% were recorded in the medicine delivery reports, while this figure was around 50% for other health information systems.. Only 30% of patients were simultaneously registered in the REM, HIPERDIA and PDCS, which represents a low value considering that these systems are compulsory. Approximately 41% were registered only in the medicine delivery reports, which indicates the importance of this system as a source of health information. The regular attendance was 34.5%, and it seems low, considering the fact that drug for diabetes mellitus must be administered on a continual basis. The search for drop-out patients and the identification of the reasons for non-completion are important information generated by the pharmaceutical services. The self-monitoring program of capillary glycemia is an important tool for diabetes care because 17 of the diabetic patients at the health center participated in it. The information generated by the self-monitoring program associated with the clinical characteristics of users generate important information for population surveillance and evaluation of this

program. The data generated by the pharmaceutical services may be sources of health information because they are representative and easy to handle and thus contribute to the planning and delivery of care in the network of health care for diabetics.

Keywords: Health care networks, Information Systems, Diabetes Mellitus, Pharmaceutical Services, Primary Health Care

INTRODUÇÃO

A relevância das doenças crônicas nos serviços de saúde tem sido cada vez maior, e o diabetes mellitus se destaca ao apresentar aumento permanente em sua prevalência. As políticas, os serviços e as ações de saúde vêm se apresentando na perspectiva de ampliar os cuidados aos diabéticos, por meio de uma rede de atenção a saúde voltada a essas pessoas. O conjunto de serviços ofertados por uma rede deve ter missão única, objetivos comuns e pactuados em diferentes esferas com vistas à integralidade da atenção à saúde em seus diferentes sentidos. Para alcançar os objetivos traçados, a estrutura operacional da rede de atenção possui grande importância na sua constituição, e os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são elementos fundamentais nessa organização (MENDES, 2010).

Os SIS são componentes chaves na atenção à saúde por permitirem identificar problemas e necessidades em saúde, subsidiando decisões políticas, alocação de recursos, planejamento e organização dos serviços (GIMBEL, et. al. 2011). Os SIS devem ser robustos o suficiente para gerar informações fiéis à realidade de saúde em um determinado território. Para isso, é necessário uma coleta eficaz de dados, um fluxo claro e a produção de informação.

Embora os SIS estejam voltados para grandes territórios e instituídos por sistemas nacionais, a produção de informações em saúde no município ou no próprio serviço pela atenção primária é estratégica na constituição das redes de atenção à saúde. E o papel da unidade local não deve ser apenas de coletor de dados. Muito mais que isso, é desejável que a equipe local também possa produzir, organizar e coordenar a informação em saúde em seu território. Considera-se importante, ainda, a descentralização dos SIS e sua adequação a pequenos municípios e territórios (BRANCO, 1996; VIDOR, FISCHER, BORDIN, 2011).

As informações em saúde, relacionadas ao diabetes mellitus, podem ser obtidas por meio de registros hospitalares e também na atenção primária em saúde, que gera seus dados a partir das unidades de

saúde, onde se destacam o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA). Outros sistemas e fontes de informação também podem ser utilizados, entre os quais se têm os serviços ofertados pela Assistência Farmacêutica, que, em regra, registra os medicamentos e insumos dispensados aos usuários.

A Assistência Farmacêutica na atenção à saúde da pessoa diabética insere-se em serviços que promovam o uso racional de medicamentos e o acesso aos insumos, conforme preconizado pela Portaria n. 2.583/2007, que “define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus”. Esses serviços devem ser ofertados aos usuários mediante a dispensação dos medicamentos e insumos, compreendendo a orientação sobre a utilização e o registro do serviço prestado.

Este estudo tem por objetivo analisar, a partir dos dados registrados, em 2010, pelos SIS, disponíveis na realidade de um Centro de Saúde, as informações geradas, com vistas a sua utilização na rede de atenção à saúde ao diabetes mellitus.

MÉTODOS

O estudo foi realizado em um município com pouco mais de 400 mil habitantes, com 57 estabelecimentos municipais de saúde (IBGE, 2012). Estima-se uma cobertura de 80% da população com 87 equipes da Estratégia de Saúde da Família, sendo 33 de saúde bucal (GIOVANELLA, ESCOREL, MENDONÇA, 2009). A base para a coleta dos dados foi um Centro de Saúde (CS) com 6 equipes de Saúde da Família e matriciada por um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e que atende uma população estimada em 13.412 pessoas (FLORIANÓPOLIS, 2011). O Centro de Saúde está totalmente informatizado há mais de 8 anos, possui um serviço farmacêutico bem estruturado e uma grande interação ensino-serviço, podendo ser considerado um modelo de atendimento.

A partir dos registros dos usuários dos diferentes serviços do Centro de Saúde, foram analisados os dados coletados no sistema informatizado próprio da Secretária Municipal de Saúde, referentes a 2010, dos programas e serviços que geram dados para os SIS relacionados ao diabetes mellitus. São eles: o Relatório de Entrega de Medicamentos (REM); o HIPERDIA; o Programa de Diabetes do Centro de Saúde (PDCS); e o SIAB. Também foram coletados dados

dos diabéticos vinculados ao Programa de Automonitoramento de Glicemia Capilar (PAGC).

Para o REM, HIPERDIA, PDCS e PAGC, obteve-se a relação nominal dos diabéticos cadastrados. Para o SIAB, obteve-se apenas o número total de diabéticos cadastrados. Quanto ao REM, considerou-se diabético toda pessoa que apresentou registro de retirada, pelo menos uma vez em 2010, de metformina ou glibenclamida ou insulina, isto é, de medicamentos para diabetes mellitus que integram a relação municipal de medicamentos e são disponibilizados naquele Centro de Saúde.

Os dados foram comparados e discutidos considerando o fluxo de alimentação das diferentes fontes de informação. Os medicamentos para diabetes mellitus são de uso contínuo e fornecidos, mensalmente, na quantidade suficiente para 30 dias de tratamento. Dessa forma pode-se obter, pelo REM, informações sobre a média mensal de retirada de medicamentos para diabetes mellitus por usuário e a assiduidade do mesmo usuário nessa retirada. Considerou-se assíduo o usuário que retirou algum medicamento para diabetes mellitus entre oito e doze meses no ano de 2010. Para o PAGC, analisou-se a relação entre os participantes deste programa e sua presença nos dados do REM e HIPERDIA, considerando que a utilização de insulina e o cadastro no HIPERDIA são critérios de inclusão neste programa.

A discussão buscou considerar a relação entre os SIS e refletir sobre os diferentes resultados para a mesma realidade, inserindo os dados produzidos pelo serviço farmacêutico como gerador de informação em saúde.

A pesquisa segue as normas estabelecidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 196/96, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo Parecer n. 765/10.

RESULTADOS

O número total de diabéticos registrados em 2010 nos diferentes programas e serviços estudados está representado na Tabela 1, exposta a seguir.

Tabela 1 – Número total de usuários registrados nos programas e serviços estudados adscritos a um Centro de Saúde de Florianópolis/SC

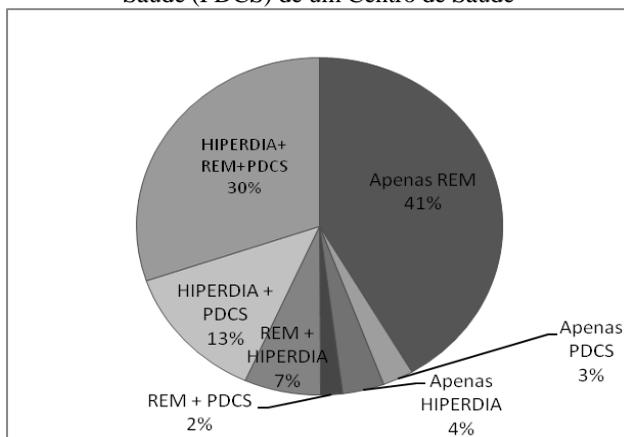
Programas/Serviços	Número de usuários
Total de diabéticos	625
Relatório de entrega de Medicamentos (REM)	503
Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA)	337
Programa de Diabetes do Centro de Saúde (PDCS)	300
Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)*	348
Programa de Automonitoramento de Glicemia Capilar (PAGC)	17

* Como o SIAB não possui cadastro nominal, para a soma do total de diabéticos foi assumido que os pacientes cadastrados neste sistema também estavam cadastrados em outro sistema.

Os valores encontrados no SIAB, HIPERDIA e PDCS, embora aproximados, esperava-se que fossem próximos do número total de diabéticos registrados, mas foi o REM que apresentou o maior número de usuários registrados.

Os usuários podem estar vinculados a mais de uma fonte de informação. A correlação entre esses dados é apresentada na Figura 1, seguinte.

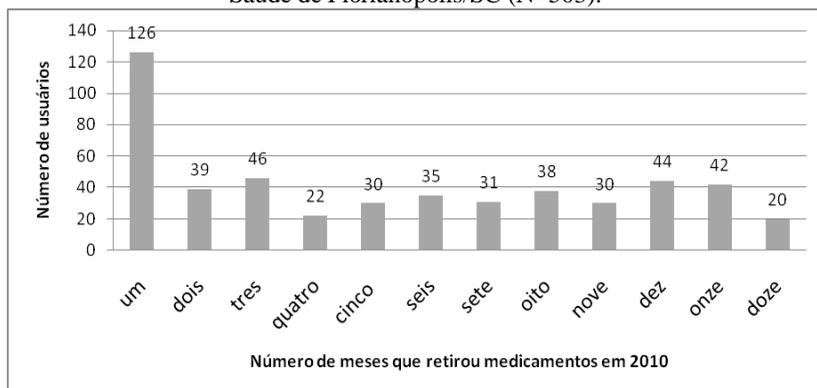
Figura 1 – Correlação entre os registros de usuários no Relatório de Entrega de Medicamentos (REM), no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) e no Programa de Diabetes do Centro de Saúde (PDCS) de um Centro de Saúde



Entre os 625 usuários registrados, pode-se observar que em todos os casos foram encontrados usuários registrados em apenas um programa/serviço, com destaque para o REM, no qual constavam 260 (41%) dos diabéticos registrados apenas neste relatório. Apenas 189 (30%) diabéticos foram registrados no REM, HIPERDIA e PDCS, esperava-se que este número fosse maior por se tratar da mesma população assistida naquele CS. É importante ressaltar que o SIAB não pode ser utilizado neste resultado, pois, nos registros consultados, os usuários não estão descritos nominalmente, impossibilitando a correlação com outros programas/serviços.

De acordo com a normatização do município, os medicamentos para diabetes mellitus, que são de uso contínuo, devem ser dispensados em quantidade suficiente para 30 dias de tratamento, desta forma o usuário deve retirar mensalmente seus medicamentos. Ao analisar os dados do REM, foi verificado que 503 (80%) usuários retiraram pelo menos um medicamento para diabetes mellitus no CS, no ano de 2010, esse quantitativo deveria equivaler aos atendimentos mensais de diabéticos. Contudo, ao avaliar a média mensal de usuários diferentes que retiraram medicamentos na farmácia do CS, o valor encontrado foi de 227 usuários por mês. Esta frequência média mensal baixa é justificada pela assiduidade na retirada de medicamentos. Foi considerado assíduo aquele usuário que retirou no mínimo em 8 meses algum medicamento para diabetes mellitus naquele Centro de Saúde. Os resultados encontrados são apresentados na Figura 2.

Figura 2 – Assiduidade na retirada de medicamentos para diabetes mellitus em 2010, considerando os usuários do serviços farmacêuticos de um Centro de Saúde de Florianópolis/SC (N=503).



Da Figura 2 destacam-se os seguintes dados:

- 174 (34,5%) de 503 pessoas incluídas no REM foram consideradas assíduos;
- 165 (32,8%) retiraram medicamentos 1 ou 2 vezes;

É importante ressaltar que na figura 2, foram considerados apenas os usuários registrados no REM, ou seja, os 123 (19,6%) dos 625 usuários registrados em outro sistema e que não retiraram medicamentos foram excluídos desta análise.

A Tabela 2, apresentada a seguir, aponta apenas os usuários assíduos, considerando os dados do REM, correlacionando-os com o HIPERDIA e PDCS.

Tabela 2 – Correlação entre os usuários diabéticos assíduos registrados em 2010, no Relatório de Entrega de Medicamentos (REM); Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA); Programa de Diabetes do Centro de Saúde (PDCS)

Usuários Assíduos	Número de Usuários (%)
Total	174 (100%)
Apenas REM	53 (30,4%)
REM + HIPERDIA	16 (9,2%)
REM + PDCS	4 (2,3%)
REM + HIPERDIA + PDCS	101 (59,1 %)

Mesmo para os assíduos, 30,4% não estão registrados em outros SIS.

A assiduidade é derivada do REM, portanto todos os usuários assíduos estão registrados neste relatório, o que varia é a presença ou não no HIPERDIA e PDCS. Ressalta-se que, dos 189 usuários registrados no REM+HIPERDIA+PDCS, 53,4% são assíduos.

O PAGC foi estabelecido para os diabéticos usuários de insulina, de acordo com a Portaria n. 2.583/2007 do Ministério da Saúde. Entre os critérios de inclusão no programa, além de serem insulín dependentes, os usuários devem estar registrados no HIPERDIA e fazer parte de um programa de educação em saúde. A Tabela 3, a seguir, apresenta o número de usuários registrados no PAMC.

Tabela 3 – Total de diabéticos registrados em 2010, no Programa de Automonitoramento de Glicemia Capilar PAGC e presença no Relatório de Entrega de Medicamentos (REM); Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA)

PAGC	Número de Usuários
Total	27
PAGC + REM	25
PAGC + HIPERDIA	23

Estão cadastrados no PAGC 27 usuários do CS estudado, sendo que 25 destes também retiram medicamentos para diabetes mellitus e 2 utilizam os serviços da farmácia apenas para retirada dos insumos fornecidos pelo PAGC. Mesmo sendo o HIPERDIA um critério de inclusão no programa, observou-se que 4 usuários, vinculados ao PAGC, não constam nos registros do HIPERDIA em 2010.

DISCUSSÃO

Os resultados apontam diferentes números de usuários diabéticos registrados em cada um dos programas/serviços estudados. Esperava-se que os valores encontrados no REM, HIPERDIA, PDCS e SIAB fossem semelhantes, considerando a adscrição de clientela, vigilância à saúde, territorialização e o vínculo que a Estratégia de Saúde da Família preconiza para a mesma população inserida no mesmo território.

O REM inclui o maior número de usuários registrados, com 80,3% do total. Acredita-se que neste dado estejam incluídos os usuários adscritos àquele território que são usuários de outros serviços do CS, usuários adscritos àquele território que utilizam somente os serviços farmacêuticos entre os serviços disponibilizados pelo CS, além de usuários de outros territórios que utilizam os serviços farmacêuticos daquele CS por praticidade (como exemplo, devido à proximidade ao trabalho) ou excepcionalmente (como exemplo, devido a falta de medicamentos no CS ao qual está adscrito). Por outro lado, ter o maior registro entre os SIS consultados, encontra-se no fato de que, qualquer medicamento ou insumo que saia da farmácia deve ser registrado, obrigatoriamente, para controle de estoque e fonte de informação para a programação de medicamentos. Esse registro acontece durante o fornecimento de medicamentos ao usuário, sendo uma prática relativamente simples e já incorporada no processo de trabalho dos farmacêuticos e outros trabalhadores que atendem na farmácia. Este relatório colabora não apenas na organização e no planejamento dos serviços da farmácia, mas também nos serviços de saúde de forma geral,

por apresentar informações atualizadas e significativas, relacionadas aos usuários vinculados àquele território de saúde.

Entre os objetivos principais do HIPERDIA estão o monitoramento dos usuários diabéticos e hipertensos atendidos e cadastrados na rede ambulatorial do SUS, e a geração de informações para a assistência farmacêutica para esses usuários (FERREIRA, FERREIRA, 2009). Considerando que o vínculo entre o HIPERDIA e o fornecimento dos medicamentos para diabetes mellitus e hipertensão foi desfeito com a incorporação desses medicamentos no elenco financiado pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica, foi colocada em dúvida a relevância deste SIS. Ao analisar as fichas de acompanhamento, percebeu-se uma grande dificuldade de interpretação das mesmas, já que muitas delas não deixaram clara a situação do usuário, quanto a ser hipertenso, diabético ou ambos, pela falta de dados, como medicamentos utilizados, exames laboratoriais realizados, se houve ou não alteração da pressão arterial no dia da consulta, entre outros, o que aponta semelhanças com estudo realizado por Zillmer, Schwartz, Muniz e Lima (2010). A falta de treinamento, incentivo ao preenchimento, de clareza no fluxo e responsabilidades de registro e a difícil compreensão nos formulários de cadastro e acompanhamento também colaboram para a baixa adesão a este SIS, refletindo no resultado equivalente a 54% do total de diabéticos registrados no CS no ano de 2010.

O PDCS é restrito aos Centros de Saúde do município e pode ser registrado por qualquer profissional que tenha acesso ao sistema informatizado do município. Os dados deste SIS são fornecidos pelo sistema informatizado do município, mas não apresentam uma forma clara e regrada de registro, por parte dos profissionais do CS. Isso se reflete nos resultados que indicam apenas metade dos usuários cadastrados neste programa. Uma justificativa para o baixo número é que, ao registrar o atendimento, o profissional selecione outro tipo de atendimento realizado, com base em uma comorbidade que o usuário possa ter, fazendo com que este, ainda que portador do diabetes mellitus, não seja incluído no respectivo programa.

Outro SIS, analisado, o SIAB, criado, em 1998 pelo Ministério da Saúde, para ser uma ferramenta de planejamento e orientação para a gestão das equipes de saúde da família. Tem como objetivo padronizar a coleta de dados e gerenciá-los epidemiologicamente, é constituído por um conjunto de oito fichas, as quais permitem o conhecimento das características gerais de determinada população da região, assim como o acompanhamento das famílias visitadas, segundo as suas demandas ao

serviço de saúde (BITTAR et. al., 2009). O processo de cadastro, no SIAB, tem início com as visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que utilizam o formulário do CADFAM (cadastro da família), o qual é preenchido manualmente. Considerando que os 348 usuários diabéticos registrados no SIAB, em 2010, estejam entre os 625 totais deste estudo, percentualmente, esse valor representa apenas 56% do total. Portanto, apesar de ser considerada a ferramenta mais completa de informação sobre os diabéticos, há uma possibilidade de não ser atualizada de modo satisfatório. Apontam-se dois fatores críticos neste processo. O primeiro está relacionado à cobertura da área adscrita pelos ACS, em que pode haver microáreas descobertas ou rotatividade da população residente. O segundo refere-se ao fluxo dos dados até gerar a informação em saúde necessária. Os dados compilados mensalmente são repassados ao nível central da secretaria municipal de saúde, porém verificou-se uma dificuldade no acesso e retorno desses dados como informação em saúde. Mesmo tendo sido encontrado um número bastante abaixo do esperado para esse sistema de informação em saúde, pode haver usuários diabéticos que estão incluídos no SIAB e não estão registrados em outros programas ou serviços estudados.

Tanto o HIPERDIA como o PDCS e o SIAB são SIS abrangentes, devendo compreender o registro de todos os usuários diabéticos, vinculados ao CS estudado. Considerando as características de vigilância à saúde e a territorialização inerentes à estratégia de saúde da família, os valores encontrados deveriam estar próximos do total de usuários diabéticos que utilizaram algum serviço de saúde ofertado pelo CS, no ano de 2010.

O PAGC apresentou um número baixo de usuários cadastrados por se tratar de um serviço restrito a diabéticos insulino-dependentes e que atendam o protocolo municipal de inclusão neste programa. Portanto, 27 usuários não é indicativo de problemas no cadastro desses usuários, pois a fonte de informação utilizada foi a lista de usuários regularmente cadastrados e autorizados a retirar as fitas reagentes para aferir a glicemia capilar. Mas, seria este o real número de usuários que fazem a monitoração da glicemia capilar? Esses 27 usuários contemplariam a necessidade de acesso da população alvo deste serviço? Por ser um serviço novo, implantado em 2008, no município, ainda não foram avaliados os impactos deste serviço e a literatura ainda é incipiente sobre o tema. Ainda, neste serviço, o foco não deve se restringir apenas ao quantitativo, mas também ao acompanhamento dos resultados originados pela medição sistemática feita pelos usuários. A farmácia pode ser um local estratégico nesse acompanhamento tendo em

vista que a visita ao serviço farmacêutico é mais frequente do que em outros serviços, permitindo, no ato da dispensação, a observação do histórico dos resultados, a orientação sobre cuidados em saúde e o encaminhamento para a equipe de saúde quando necessário.

A relação nominal dos usuários diabéticos registrados no REM, HIPERDIA e PDCS possibilitou a análise conjunta da vinculação do usuário nesses programas e serviços.

Nessas três fontes de informação foram encontrados usuários diabéticos registrados em apenas um deles. Esse resultado indica que, em algum momento em 2010, o usuário acessou o serviço de saúde ofertado e teve seus dados coletados e registrados apenas naquele programa ou serviço, não sendo replicadas as informações para atualização de outras fontes de dados para informação em saúde, mesmo sendo utilizado apenas o sistema informatizado do município no registro. Esses dados revelam que pode haver registros parciais de dados ou informações diferentes geradas para o mesmo indicador de saúde, que, se utilizados isoladamente, fornecem informações imprecisas para o planejamento e monitoramento das ações em saúde.

Por outro lado, 30% dos usuários estavam registrados no REM, HIPERDIA e PDCS, o que sugere a proximidade e vinculação desses usuários aos serviços ofertados pelo CS. Desde que reconhecida essa relação, pode-se ter um indicativo para a constituição de uma linha de cuidado ao diabético, que se inicia nos diferentes serviços de atenção primária com vistas a atender o princípio da integralidade nos cuidados ao usuário (ROSA, et. al., 2009).

Outro aspecto importante que se depreende da Figura 1 é o número expressivo de usuários que estão registrados apenas no REM, totalizando 41%. Por que esses usuários estão apenas no REM? Sugere-se que esses usuários acessam apenas os serviços farmacêuticos ofertados naquele CS, ou que mesmo realizando suas consultas no CS, essas não são registradas como atendimento ao diabético. Esses usuários podem ser assistidos por serviços privados, que não fornecem medicamentos e o vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS) seria para acessar os medicamentos. Esses usuários podem ser trabalhadores da região, sendo atendidos no CS do território onde mora, mas os medicamentos são retirados no CS do território onde trabalha. Na falta de medicamentos em outros CS, esses usuários podem ter acessado pontualmente o CS estudado para garantir seus medicamentos durante o período de desabastecimento no CS onde está vinculado. Qual a relação dos outros serviços do CS com esses usuários? Talvez esses usuários são assistidos por outros serviços, mas não são registrados, ou os usuários

não são assistidos por outros serviços daquele CS, mas se forem moradores daquele território eles deveriam ser contrarreferenciados. O acesso às informações geradas pelo SIAB poderia colaborar na elucidação dessa situação.

O destaque que o REM apresentou derivou duas informações importantes para a organização dos serviços de atenção à saúde, especialmente os farmacêuticos. Mesmo totalizando 503 usuários diferentes que retiraram algum medicamento para diabetes mellitus na farmácia do CS em 2010, a cada mês esse número ficou entre 200 a 250 usuários, com média de 227. Essa informação é importante na programação de medicamentos, na estruturação do espaço e alocação de trabalhadores. Esperava-se que o número anual fosse próximo à média mensal, considerando o uso contínuo desses medicamentos. A outra informação traz a assiduidade na retirada como um indicador gerado pela farmácia, importante na conjuntura dos serviços de atenção primária. Deve ser considerado um alerta ao serviço o fato de que apenas 34,5% dos usuários foram assíduos na retirada de medicamentos, pois, se os medicamentos são de uso contínuo e fornecidos para 30 dias de tratamento, esperava-se que os usuários fossem mensalmente à farmácia para retirar seus medicamentos, exceto em casos minoritários de desabastecimento ou usuários em trânsito de outros CS. Também se destaca o fato de 32,8% dos usuários retirarem apenas 1 ou 2 vezes seus medicamentos naquela farmácia, durante 2010. Entre os fatores relacionados estão não só os logísticos, tais como mudança de endereço, moradores de outros bairros, pessoas em trânsito pela região, desabastecimento em outras farmácias e novos usuários, mas também fatores relacionados à atenção, em que a baixa assiduidade pode indicar a necessidade de investigação, pela equipe de saúde, dos fatores associados à não adesão ao tratamento como o acesso aos medicamentos, a grande quantidade de medicamentos, a própria doença, presença de reações adversas e fatores socioculturais (LEITE, VASCONCELLOS, 2003).

Na Figura 2 destaca-se que 19,6% dos usuários não constam no REM, ou seja, não retiraram nenhum medicamento para diabetes mellitus em 2010 no CS. Sugere-se que estes podem ser diabéticos que realizam tratamentos não farmacológicos ou que acessam seus medicamentos em outras farmácias.

Ao analisar apenas os usuários assíduos, descritos na Tabela 2, obteve-se que 30,4% foram registrados somente no REM, no ano de 2010, o que indica a possibilidade de os mesmos estarem vinculados ao CS apenas pelos serviços farmacêuticos. Contudo, registre-se que,

considerando a assiduidade na retirada, é importante a interlocução do serviço farmacêutico na vinculação desses usuários aos outros serviços ofertados, inclusive de vigilância à saúde. Em contrapartida, 59,1% dos usuários assíduos encontram-se cadastrados tanto no HIPERDIA quanto no PDCS, sugerindo que esses indivíduos tenham um acesso maior aos cuidados em saúde promovidos pelo Centro de Saúde.

Não se pode estabelecer uma relação entre a assiduidade e o registro nos SIS, pois se observou que 53,4% dos usuários registrados no HIPERDIA e PDCS foram assíduos. Essa informação revela que, mesmo constando nos registros dos SIS utilizados pelo CS, a adesão ao tratamento medicamentoso é comprometida pela não retirada regular dos medicamentos. Destaque-se, porém, que a interlocução entre os diferentes serviços do CS é um caminho para uma vigilância à saúde mais eficiente.

Enquanto estratégia para o acompanhamento do desenvolvimento do PAGC, os dados apontam para algumas características não regimentais deste programa. No caso dos 2 usuários que não retiraram medicamentos para diabetes mellitus, em 2010, no CS estudado, ocorre que eles fazem uso de insulina não padronizada pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica, mas utilizam os serviços relacionados ao PAGC para a retirada das tiras reagentes de medida de glicemia capilar, apontando a diversidade de situações geradas neste programa. Quanto aos 4 usuários que não estão cadastrados no HIPERDIA, mas recebem os insumos normalmente, temos um fator que aponta para a necessidade de rediscutir o papel do HIPERDIA no programa, tendo em vista que os usuários são acompanhados regularmente pelos profissionais no CS.

CONCLUSÃO

Os diferentes resultados encontrados para diabetes mellitus nos SIS estudados apontam para um sub-registro e a falta de integração entre os diferentes sistemas, no mesmo sentido que outros estudos encontrados, que também apontam formas de superação dessas incompatibilidades, tornando-se um desafio para a saúde pública ao eleger, dentre as diversas fontes de dados, aquelas capazes de fornecer um quadro simples, para a gestão do SUS nos diversos territórios de saúde, nas diversas instâncias de sua organização (VAVALINI, PONCE DE LEON, 2007; DRUMOND, MACHADO, FRANÇA, 2008; ESCRIVÃO JÚNIOR, 2006). Entre as formas de superação destes sub-registros está a melhoria das condições de trabalho, onde o profissional de saúde deve ter estrutura adequada, incluindo tempo, espaço físico e

equipamentos adequados para o registro, além de treinamento para o registro e a utilização das informações produzidas, que trariam objetivo para aquela ação.

Embora os estudos pesquisados não mencionem os serviços farmacêuticos como fonte de informação em saúde, os dados gerados por esse serviço parecem atender as características necessárias à superação desses problemas por já estarem incorporados na rotina dos serviços, pela facilidade na coleta e no registro dos dados, além de contemplar usuários de outros serviços assistenciais, mas que, em seu itinerário terapêutico, utilizam o SUS como acesso aos medicamentos.

Este estudo restringe-se aos dados gerados a partir de usuários diabéticos e mostra que os serviços farmacêuticos podem gerar informação em saúde por meio de registros como os do REM, o qual, por sua coleta de dados simples e incorporada na rotina dos serviços, configura características desejáveis aos SIS. O aumento dos custos com aquisição de medicamentos nos últimos anos tem gerado uma melhoria nos aspectos relacionados ao gerenciamento das atividades operacionais que envolvem a seleção, aquisição, programação e distribuição dos medicamentos, incluindo a introdução de sistemas informatizados, como, por exemplo, o sistema Horus, do Ministério da Saúde, e diversos sistemas próprios desenvolvidos por estados e municípios.

A assiduidade na retirada de medicamentos pode ser um indicador de saúde? Sim, desde que seus produtos sejam analisados e gerem informações em saúde que subsidiem o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços com vistas ao fortalecimento da atenção primária por meio da vigilância à saúde, da coordenação do cuidado e da integralidade da assistência e, dessa forma, subsidiar a ampliação das conexões na rede de atenção a saúde.

O PAGC é uma nova política com vistas a garantia da integralidade da assistência ao diabético e deve ser subsidiada por informações em saúde para o planejamento e oferta do serviço. Por outro lado, deve gerar informação em saúde a partir dos resultados de glicemia obtidos pelos usuários deste programa. Ainda são incipientes os resultados quanto a cobertura deste serviço e a utilização das informações geradas por ele. Os serviços farmacêuticos podem contribuir de forma decisiva para a produção de informação em saúde a partir deste programa responsabilizando-se pela dispensação dos insumos vinculados.

Os resultados deste estudo mostram que os SIS têm um papel importante na rede de atenção à saúde e que as informações geradas pelos serviços farmacêuticos por meio de sistemas como o REM podem

contribuir para além da questão gerencial e que, se utilizados de forma integrada, podem se constituir ferramentas úteis na vigilância à saúde. O serviço farmacêutico, quando pensado como um serviço em saúde integrado na rede de atenção, pode gerar informações que, quando acessíveis aos diversos profissionais, propiciam uma visão mais fidedigna da realidade da população atendida.

REFERÊNCIAS

BITTAR, T. O.; MENEGHIM, M. C.; MIALHE, F. L.; PEREIRA, A. C.; FORNAZARI, D. H. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. **RFO** (on line), v. 14, n. 1, p. 77-81, janeiro/abril 2009. Disponível em:

http://www.upf.br/download/editora/revistas/rfo/14-01/77_81.pdf

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 1996, vol.12, n.2, pp. 267-270. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1996000200016>.

CAVALINI, L. T.; PONCE DE LEON, A. C. M. Correção de sub-registros de óbitos e proporção de internações por causas mal definidas. **Revista Saúde Pública** [online]. 2007, vol.41, n.1, pp. 85-93. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000100012>

DRUMOND, E. de F.; MACHADO, C. J., FRANÇA, E. Subnotificação de nascidos vivos: procedimentos de mensuração a partir do Sistema de Informação Hospitalar. **Revista Saúde Pública** [online]. 2008, vol.42, n.1, pp. 55-63. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000100008>

ESCRIVÃO JUNIOR, A. A hora e a vez da articulação dos sistemas de informação em saúde brasileiros? **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. 2006, vol.11, n.4, pp. 876-878. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400006>

FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**, São Paulo, v. 53, n. 1, Feb. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302009000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2012.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302009000100012>.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. População Florianópolis 2011. Disponível em: <
http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/uls_2011_index.php>. Acesso em: 24 jan. 2012.

GIMBEL, S. G.; MICEK, M.; LAMBDIN, B.; LARA, J.; KARAGIANIS, M.; CUEMBELO, F.; GLOYD, S. S.; PFEIFFER, J.; SHERR, K. An assessment of routine primary care health information system data quality in Sofala Province, Mozambique. **Population Health Metrics** 2011; 9: 12. Published online 2011 May 13. Disponível em: <http://www.pophealthmetrics.com/content/9/1/12>

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. de (coord). **Estudos de Caso sobre a Implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos: relatório final Florianópolis**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2009.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades:** Florianópolis – SC. Disponível em: <
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=420540#>>. Acesso em: 24 jan. 2012.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. da P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. 2003, vol.8, n.3, pp. 775-782. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000300011>.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** [periódico na Internet]. 2010 ago [citado 2011 out 10]; 15(5): 2297-2305. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

ROSA, T. E. da C.; BERSUSA, A. A. S.; MONDINI, L.; SALDIVA, S. R. D. M.; NASCIMENTO, P. R.; VENANCIO, S. I. Integralidade da

atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. [periódico na Internet]. 2009 Jun [citado 2011 Out 10] ; 12(2): 158-171. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000200006&lng=pt.

VIDOR, A. C.; FISHER, P. D. e BORDIN, R. **Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte**. **Revista Saúde Pública** [online]. 2011, vol.45, n.1, pp. 24-30. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000100003> .

ZILLMER, J. G. V.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R. M.; LIMA, L. M. de. Avaliação da completude das informações do hiperdia em uma Unidade Básica do Sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)** [online]. 2010, vol.31, n.2, pp. 240-246. ISSN 1983-1447. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200006>.

5 CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E FARMACOTERAPÊUTICAS DE UM GRUPO DE DIABÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM OLHAR DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde vem, ao longo dos últimos 50 anos, se transformando, passando de um programa restrito a países pobres, para uma estratégia para reorganização do sistema de saúde. No Brasil, a saúde da família é a estratégia prioritária para os serviços de atenção primária, a qual possui papel central na organização do Sistema Único de Saúde. Os serviços farmacêuticos, nesse mesmo período, acompanharam esse processo e, na atenção primária, foram organizados a partir da relação de medicamentos essenciais. Atualmente, os serviços farmacêuticos estão em expansão para além dos aspectos gerenciais e de disponibilização de medicamentos, inserindo-se na atenção à saúde dos usuários, desenvolvendo tecnologias para ofertar serviços que promovam a saúde e o uso racional de medicamentos. Desse modo, é necessário conhecer as características da população assistida por esses serviços. Para tanto, este estudo focou na identificação de características de usuários diabéticos da farmácia de um Centro de Saúde, visando contribuir para a organização do serviço farmacêutico na atenção primária à saúde. A partir da consulta em prontuários, dados cadastrais, relatórios de entrega de medicamentos e sistemas de informação em saúde de 90 usuários diabéticos do Centro de Saúde, foram sistematizadas as características sociodemográficas, clínicas e farmacoterapêuticas. Os resultados apontaram para uma diversidade nas características, o que não permite estabelecer um perfil único deste grupo, devendo o serviço se organizar para atender, de forma integral, as necessidades em saúde de todos os sujeitos. Algumas características se destacaram, tais como a baixa escolaridade e a idade acima de 60 anos, a presença de comorbidades e o uso de medicamentos para diabetes mellitus e para outras doenças, condições que remetem a processos saúde/doença/atenção que exigem diferentes necessidades de saúde. Essas necessidades compreendem questões estruturais como moradia, escolaridade e trabalho, bem como o acesso e as necessidades dos serviços de saúde, o vínculo entre profissional e usuário, considerando o grau de autonomia de cada indivíduo. É necessário que os serviços farmacêuticos atuem de maneira integrada aos demais serviços ofertados, de forma a compreender melhor a realidade complexa que envolve a pessoa diabética adscrita ao serviço de atenção primária à

saúde de forma longitudinal, assumindo a corresponsabilização pelo cuidado naquele território.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Atenção Primária à Saúde, Assistência Farmacêutica, Serviços Farmacêuticos, Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

Health Needs of Diabetic Patients of Pharmaceutical Services in Primary Health Care

The primary health care has been transformed over the last 50 years, going from a limited program of a poor country, to a health care system with a strategy for reorganization. In Brazil, focusing on the family health is a priority strategy for primary health care, which has a central role in the organization of the Unified Health System. The pharmaceutical services in the same period followed this process, by revamping the services of essential medicines. Today's pharmaceutical services are expanding beyond the managerial aspects and availability of medicines. Instead, they are acting up close and personal with patient care in developing technologies to promote health and rational use of medicines. Therefore, it is necessary to know the characteristics of the population attended by these services. We identified characteristics of diabetic users of the pharmacy of a health center in order to improve the organization of the pharmaceutical service in primary health care. The consultation medical records, registration data, reports of the medicine delivery and health information systems of 90 diabetic patients of the health center were filtered for the socio-demographic, clinical, and pharmacotherapeutic parameters. The results showed a diversity of characteristics. It did not establish a common profile of this group because the service is organized to address the comprehensive care of patients. Some features stood out such as a presence of a high number of elderly patients and lower education among the patients. Approximately 74% showed some comorbidity and 81% had a use of medications for diabetes, these conditions point to health/illness/care processes that require different health needs. These needs include issues such as housing, education and employment, as well as accessibility to health services such that the relationship between the health professional and patients may be even more important considering the lack of autonomy of many patients. It is necessary for pharmaceutical services to act in an

integrated manner with other services in order to better understand the complex reality of providing responsible primary health care over time in a given territory.

Keywords: Diabetes Mellitus, Primary Health Care, Pharmaceutical Services, Needs Assessment

INTRODUÇÃO

Em quase um século de discussão, desde o relatório Dawson em 1920, passando pela primeira conferência internacional sobre cuidados primários em saúde de Alma Ata, em 1978, as vicissitudes da atenção primária à saúde (APS) foram constantes. Ao analisar as publicações sobre o tema, Gil (2006) encontrou diferentes interpretações, “que se explicam pela trajetória histórica de como esse conceito foi gerado, de como evoluiu e pela ambiguidade das definições estabelecidas em fóruns internacionais em relação ao termo Atenção Primária” (GIL, 2006, p. 1177). O autor apontou três interpretações distintas, sendo a “estratégia de reordenamento do setor saúde”, a de “organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde” e “como programa com objetivos restritos e voltados especificamente à satisfação de algumas necessidades mínimas de grupos populacionais específicos” (Ibidem).

Mais do que interpretações, essas definições constituem práticas com maior ou menor ênfase, conforme a conjuntura política, econômica e administrativa na qual o país se encontra. Nos países menos desenvolvidos e submetidos às políticas econômicas internacionais, vigoram as práticas de atenção primária restrita ou seletiva, focando um número limitado de serviços voltados à população pobre, como uma cesta básica de produtos e serviços (GIL, 2006; OPAS, 2005). No Brasil, o início do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, representou esse movimento. No que diz respeito à assistência farmacêutica, após a Política Nacional de Medicamentos de 1998 (PNM), houve uma ampliação nos programas para o fornecimento de medicamentos, “mas, a desarticulação entre os diversos programas originou multiplicidade e sobreposição de elencos de medicamentos” (SANTOS, 2011, p. 97), pois estes eram segmentados, originando “kit” psf, hiperdia, asma e rinite, saúde mental entre outros, seguindo o mesmo padrão, independentemente da cidade, do perfil epidemiológico ou da região geográfica (SANTOS, 2011).

Já a APS, como nível de atenção de um sistema de saúde, trouxe importantes contribuições para a caracterização desse serviço, conforme apresentado por Starfield (2004). Está relacionada com os problemas de

saúde comuns e inespecíficos, localizados em uma unidade comunitária e de acesso direto, com atenção continuada, tendo o usuário, a família e as bases epidemiológicas para as informações em saúde, oferta de exames laboratoriais, com destaque para a prevenção e manutenção da saúde e com necessidade de treinamentos amplos e gerais. Neste modelo a APS é a principal porta de entrada para o sistema de saúde, o que indica uma maior variedade de problemas, levando os profissionais a atuarem com os diagnósticos e as patologias mais frequentes neste nível de atenção à saúde (STARFIELD, 2004).

Como estratégia de reordenamento do setor saúde, destaca-se o seu papel essencial nas redes de atenção à saúde como centro de comunicação e coordenação do cuidado, acolhendo e responsabilizando-se pela população de um território adscrito à unidade de saúde, de forma altamente resolutiva e capaz de orientar fluxos e contra-fluxos entre os componentes das Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2010). É como estratégia que o PSF se desprende da lógica restrita inicialmente, proposta nos moldes neoliberais de reforma do sistema de saúde e “transforma-se num mecanismo para a modificação do modelo de atenção à saúde prevalecente no país, ainda excessivamente hospitalocêntrico e iníquo” (COHN, 2005, p.397). No âmbito das políticas públicas, a APS passa a ser a estratégia prioritária no reordenamento do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidada a partir do Pacto Pela Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica, na qual a saúde da família é a estratégia prioritária para sua expansão e consolidação (BRASIL, 2011a).

O escopo das características da APS remete a uma posição atual, centrada na vigilância à saúde, entendida por Faria e Bertolozzi, 2010 como:

instrumento para a transformação dos determinantes de saúde e doença, sendo referenciada pelo conceito de território, pela intervenção sobre problemas, pela intersetorialidade, pela participação da população e pela promoção da saúde (FARIA e BERTOLOZZI, 2010, p.790).

Esse território deve ser entendido como um processo dinâmico e não apenas um espaço geográfico, desta forma, os sujeitos que nele habitam mantêm relações, histórias e processos de vida diferentes, o que determina processo saúde doença ali vivido. Este processo é

determinado socialmente pelo trabalho, pela renda, moradia, pelo acesso aos serviços e produtos, entre outros condicionantes e determinantes, transcendendo o biológico e genético.

Os serviços farmacêuticos inseridos nesse contexto também se transformaram historicamente. Diversas vertentes relacionadas à assistência farmacêutica, de forma segmentada, foram se desenvolvendo ao longo da segunda metade do século XX. Entre essas vertentes, está o desenvolvimento exponencial no âmbito tecnológico, econômico e político da indústria de medicamentos, em que o Brasil, dialeticamente, se abriu às grandes corporações internacionais enquanto idealizava a Central de Medicamentos (CEME) para fomentar o desenvolvimento tecnológico nacional e buscar a soberania na área farmacêutica. Outra mudança, foi o início da farmácia clínica, levando ao desenvolvimento de tecnologias e serviços farmacêuticos junto às pessoas. Esse movimento se reimpulsiona nos anos 1990 com a atenção farmacêutica e a retomada, no Brasil, do interesse farmacêutico pelo trabalho nas farmácias.

Discutem-se, também, os medicamentos essenciais, originados em 1975, a partir da solicitação da Assembleia Mundial da Saúde, que culminou, dois anos depois, em uma lista com 205 itens de referência para “assessorar os estados membros a selecionar medicamentos essenciais com qualidade e custo razoável” (WANNMACHER, 2006, p. 1). Ao longo do tempo, essa lista foi revisada e criticada constantemente por indústrias farmacêuticas, organizações não governamentais e prescritores. Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) redefiniu o conceito de medicamentos essenciais como “aqueles que satisfazem às necessidades prioritárias de cuidados da saúde da população” (WANNMACHER, 2006, p. 2). O Brasil já adotara, 13 anos antes da primeira lista da OMS, a sua lista de medicamentos essenciais, a qual, ao longo dos anos, também sofreu alterações. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), adotada como base para orientar estados e municípios na elaboração de suas listas e seu elenco, não abrange “apenas os destinados à assistência primária ou atenção básica, como também opções terapêuticas para situações de assistência à saúde de média e alta complexidade” (BRASIL, RENAME 2010, p.15). Em 2011, a partir do Decreto n. 7.508, de 28 de junho, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, o capítulo da assistência à saúde aborda a RENAME, ampliando seu âmbito regulatório, e que compreende “a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS”, e que deve ser acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional, o qual

“subsidiará a prescrição, dispensação e o uso dos seus medicamentos”, devendo ser atualizada a cada 2 anos (BRASIL, 2011b). Dessa forma, o Brasil passa a adotar um conceito mais abrangente de medicamentos essenciais. A RENAME é uma importante tecnologia em saúde que deve permitir compreender as necessidades de saúde no que se refere às opções terapêuticas medicamentosa seguras e efetivas disponibilizadas no SUS.

Nesse processo histórico, consolidou-se, na década de 2000, a ideia de assistência farmacêutica no âmbito gerencial e logístico em que se priorizou a seleção, programação, aquisição e distribuição de medicamentos, desenvolvido em um ciclo, inegavelmente importante, mas que não dá conta das necessidades relacionadas ao medicamento. De qualquer forma, o foco no produto – medicamento – sempre sobressaiu ao usuário, talvez porque os profissionais de saúde, que pensam o medicamento, estivessem restritos às atividades administrativas. Dessa forma, as ações relacionadas aos medicamentos nas unidades de saúde ficaram em segundo plano, inclusive na disponibilidade de espaço físico e na alocação de recursos humanos. Gradualmente, com a dispensação de medicamentos, alguns farmacêuticos se aproximaram do usuário, prestando um serviço de informação sobre o medicamento na busca de minimizar os erros de medicação e promover o uso correto de medicamentos. Esse processo remete repensar as práticas profissionais, entender as relações de trabalho e de poder existentes no serviço de saúde e romper com o paradigma da fragmentação dos serviços de saúde instituído (ALENCAR e NASCIMENTO, 2011). Nesse sentido, é necessário reconhecer que, em um serviço de APS, existe uma farmácia e que nesta, além do produto, é necessário ofertar serviços, os quais devem ser assumidos por um farmacêutico, se responsabilizando e compartilhando compromissos com os usuários e com a equipe de saúde, “assumindo um papel central no seguimento/acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários portadores de patologias crônicas” (ARAÚJO, PEREIRA, UETA e FREITAS, 2008, p.616).

O serviço farmacêutico centrado na pessoa se torna cada vez mais evidente, principalmente no atendimento a portadores de doenças crônicas, os quais necessitam de um tratamento contínuo, como é o caso do diabetes mellitus. Os relatos de diferentes experiências neste sentido têm contribuído para a reorganização dos serviços farmacêuticos e, conseqüentemente, para a melhoria dos resultados em saúde dos sujeitos. Um estudo no Canadá apontou que a inclusão de um farmacêutico na equipe de saúde melhorou tanto a qualidade dos

cuidados em doenças crônicas como a qualidade dos cuidados preventivos (HOGG et al, 2009). Outro estudo, realizado nos Estados Unidos, apontou melhorias, principalmente no cuidado em diabetes mellitus (ROBBINS, WEBB e SCIAMANNA, 2005). Ao avaliar a qualidade de vida e a satisfação quanto aos serviços, entre os 161 usuários diabéticos, participantes de um ensaio controlado, não-randomizado, Correr et. al. (2009) concluiu que o acompanhamento farmacoterapêutico e a identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia são eficazes na melhoria da qualidade de vida e satisfação dos usuários. Isso, sem dúvida, demonstra o potencial desses serviços, principalmente se avaliados junto aos resultados clínicos.

Sob essa perspectiva, os serviços farmacêuticos vão além da dispensação de medicamentos, pois também remetem a discussão na equipe de saúde sobre o uso racional de medicamentos, a farmacovigilância, a educação permanente, o recolhimento e encaminhamento de medicamentos não utilizados, o segmento farmacoterapêutico, o acompanhamento do armazenamento e uso doméstico dos medicamentos, a prevenção de riscos de intoxicação, o acompanhamento da assiduidade e frequência na retirada de medicamentos, a reconciliação medicamentosa, indo além da relação linear da prescrição, para a dispensação e do uso.

A farmácia, principalmente quando localizada dentro das unidades básicas de saúde, pode tornar-se um local estratégico na complexa dinâmica da APS, pois nela o usuário vai em uma frequência maior do que em consultas e é para onde, muitas vezes, convergem diferentes condutas terapêuticas de diferentes profissionais para uma mesma pessoa. O acesso direto e a possibilidade de retirar medicamentos para outras pessoas fazem da farmácia um espaço de informação importante sobre as redes sociais, o cotidiano e o itinerário terapêutico dos usuários. Considerando esse cenário, o presente estudo objetivou identificar características de usuários diabéticos da farmácia de um Centro de Saúde, visando contribuir para a organização do serviço farmacêutico na atenção primária à saúde.

METODOLOGIA

Este estudo foi realizado em um Centro de Saúde, que opera na Estratégia de Saúde da Família, ao qual são adscritos mais de 13.400 pessoas nas seis áreas de seu território.

Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram: ser diabético e ter sido atendido pelo Centro de Saúde, entre o segundo

semestre de 2010 e primeiro semestre de 2011, em alguns dos diferentes serviços ofertados aos diabéticos, entre os quais estão a dispensação de medicamentos, consultas ambulatoriais, grupos de marcação de consultas e atividades educativas. Nestes espaços, com a colaboração da equipe de saúde, foram abordados diabéticos para os quais foi proposta a participação nesta pesquisa, se aceito, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordando em participar, voluntariamente, inclusive, disponibilizando acesso aos seus cadastros do Centro de Saúde.

A coleta dos TCLE se deu em momentos específicos e com abordagem aleatória dos usuários, assim foram coletadas 101 assinaturas. Ao final, foram excluídos 11 termos, pois os usuários correspondentes não possuíam anotações em prontuário no ano de 2010 ou apresentaram intercorrências cadastrais que não permitiram o acesso de maneira fiel aos dados, como cadastros duplos, homônimos e cartão SUS não localizado.

Foram consultados, no sistema informatizado, os dados cadastrais, o relatório de entrega de medicamentos (REM) referente a 2010 e o prontuário eletrônico. Também foram observados os registros nos sistemas de informação em saúde utilizados pelo Centro de Saúde, nos quais se teve acesso nominalmente, quais sejam o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), o Programa de Diabetes mellitus do Centro de Saúde (PCDS), e o Cadastro no Programa de Automonitoramento da Glicemia Capilar (PAGC). Os dados foram coletados de forma individualizada e transcritos em um formulário composto dos seguintes campos: dados gerais (código do usuário, nome e cartão SUS); dados cadastrais (data de nascimento, sexo, nacionalidade, estado, município, área e microárea de saúde da família, escolaridade, raça/cor e estado civil); dados do prontuário (atendimentos com data, tipo de serviço e profissional que atendeu, resultados de hemoglobina glicada, resultados de glicemia de jejum e resultados de glicemia capilar, todos esses referentes ao ano de 2010, complicações relacionadas ao diabetes mellitus, comorbidades da pessoa diabética, lista de problemas, avaliação do diabetes mellitus em prontuário, informações sobre redes sociais e família e outras informações registradas em qualquer data); e dados do REM (total de unidades entregues em cada mês por medicamento).

Os dados objetivos coletados foram tabulados, utilizando o software Microsoft Office Excel 2007®, gerando uma planilha única contendo todos os registros encontrados. A planilha foi sistematizada de forma a apresentar as informações contidas no Quadro 1.

Quadro 1 – Forma de sistematização dos dados coletados para elaboração da planilha única para a análise das características dos usuários

DADO	REPRESENTAÇÃO					
	0	1	2	3	4	5
USUÁRIO	Para cada usuário foi estabelecido um código visando garantir o anonimato					
HIPERDIA	Ausente	Presente	-	-	-	-
PDCS	Ausente	Presente	-	-	-	-
PAMGC	Ausente	Presente	-	-	-	-
REM	Ausente	Presente	-	-	-	-
IDADE (anos)	< 40	40 a 59	60 a 80	> 80	-	-
ESCOLARIDADE**	Médio completo	Médio incompleto	Fundamental completo	Fundamental incompleto	Alfabetizado	Não sabe ler/escrever
ESTADO CÍVIL	Solteiro	Casado	Divorciado	Separado judicialmente	-	-
Nº DE ATENDIMENTO**	0 a 1	2 a 4	5 a 10	> 10	-	-
ÚLTIMA HEMOGLOBINA GLICADA	Não realizou	Nontrolada < 7,0%	Não controlada > 7,0%	-	-	-
COMORBIDADE***	Ausente	Presente	-	-	-	-
COMPLICAÇÃO	Ausente	Presente	-	-	-	-
ASSIDUIDADE****	Assíduo	Não assíduo	-	-	-	-
ESQUEMA TERAPÊUTICO	Não retirou medicamentos	Monoterapia oral	Monoterapia insulina (nph ou mistura)	Associação oral (metformina + glibenclamida)	Oral + insulina (metformina ou glibenclamida + nph ou mistura)	Associação oral + insulina (metformina + glibenbenclamida + nph ou mistura)

Quadro 1 - Continuação

DADO	REPRESENTAÇÃO					
	0	1	2	3	4	5
MEDICAMENTOS PARA OUTRAS COMORBIDADES	Ausente	1 a 2	3 a 5	6 a 10	> 10	-
Nº DE COMPRIMIDOS POR DIA	Não toma comprimidos	1 a 2	3 a 5	6 a 10	> 10	-

* Entre os usuários consultados não foi encontrado nenhum com nível superior.

** Para os atendimentos ainda foram considerados o tipo de atendimento (consulta, acolhimento, urgência, demanda espontânea, renovação de receita, consulta especializada, unidade de pronto atendimento, policlínica, visita domiciliar e outros) e profissional que atendeu (médico, enfermeiro, dentista, farmacêutico e outros).

*** As diferentes comorbidades foram organizadas de acordo com os capítulos do CID 10 (Classificação Internacional das Doenças 10ª edição).

**** Considerou-se assíduo quem retirou, no mínimo, por 8 meses no ano de 2010 todos os medicamentos para diabetes mellitus que utiliza. O levantamento foi realizado por medicamento.

Os resultados foram apresentados em grupos relacionados: à utilização dos serviços (REM, PAMGC, HIPERDIA, PDCS, atendimento, assiduidade); às características sociodemográficas (idade, escolaridade, estado civil); às características clínicas (HG, comorbidade, complicação); e às características farmacoterapêuticas (assiduidade, esquema terapêutico, medicamentos que não são para diabetes mellitus e número de comprimidos por dia).

Buscou-se estabelecer as características mais evidentes em cada grupo e refletir a organização dos serviços farmacêuticos na APS a fim de qualificar o atendimento desses usuários. Por questões amostrais, os dados não podem ser extrapolados para a definição de um perfil dos diabéticos atendidos no CS.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, segundo o Parecer n. 765/10. Sua execução foi aprovada na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e discutida junto à coordenação e aos trabalhadores do Centro de Saúde envolvido.

RESULTADOS

Utilização dos serviços

A Tabela 1 apresenta o número de usuários participantes da pesquisa registrados no ano de 2010 em algum sistema de informação em saúde, e/ou que utilizaram os serviços de farmácia, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, e/ou que foram atendidos por algum profissional de nível superior dessa mesma Secretaria com registro em prontuário.

Tabela 1 – Utilização dos serviços em 2010, segundo registros consultados

SERVIÇO	N (%)
Apenas HIPERDIA*	0
Apenas PDCS*	1 (1,1)
Apenas REM*	22 (24,4)
HIPERDIA + PDCS	1 (1,1)
HIPERDIA + REM	8 (8,9)
PDCS + REM	0
HIPERDIA + PDCS + REM	51 (56,7)
NÃO REGISTRADO EM SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	7 (7,8)
Programa de Automonitoramento de Glicemia Capilar	12 (13,3)
ATENDIMENTOS*	
0 a 1	12 (13,3)
2 a 4	17 (18,9)
5 a 10	49 (54,4)
> 10	12 (13,3)

* HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos; PDCS – Programa de Diabetes do Centro de Saúde; REM – Relatório de Entrega de Medicamentos.

** considerou-se como atendimento atividades como consulta, acolhimento, renovação de exames, visita domiciliar entre outros atendimentos individuais por profissional de nível superior. Não foi considerado atendimento a dispensação/entrega de medicamentos.

Entre os usuários participantes do estudo, observou-se que a maior parte constou nos registros do HIPERDIA, PDCS e REM simultaneamente. Sete usuários foram atendidos pelo menos uma vez em 2010, com registro em prontuário, mas não constaram no REM, HIPERDIA e PDCS. Por outro lado, 22 (24,4%) usuários foram registrados apenas no REM.

O registro no PAMGC já era esperado tendo em vista que, para participar deste programa, é necessário ser insulínico dependente, estar registrado no HIPERDIA e participar de atividades de educação em saúde além da necessidade clínica de ter o controle da glicemia diariamente em domicílio. Isso faz com que os usuários vinculem-se mais fortemente ao CS, estando mais presentes nos serviços ofertados, e que refletiu na participação, neste estudo, de 12 dos 17 usuários cadastrados no PAMGC, caracterizando este grupo como estratégico no desenvolvimento de ações promotoras de saúde.

Mesmo sendo uma doença crônica e com tratamento contínuo, o diabetes mellitus requer o acompanhamento periódico pelos profissionais de saúde. Contudo, por um lado observou-se que 13,3%

dos participantes do estudo realizaram de 0 a 1 atendimento por profissional de nível superior em 2010, enquanto que no outro extremo foi observado que 13,3% realizaram mais de 10 atendimentos no ano, chegando ao teto de 20 atendimentos, que neste caso foi de uma usuária idosa, com comorbidades, complicações do diabetes mellitus e que utiliza de 3 a 5 comprimidos por dia além da insulina, o que responde ao elevado número de atendimentos.

Características sociodemográficas

Participaram da pesquisa 63 (70,0%) pessoas do sexo feminino e 27 (30,0%) do sexo masculino, sendo 72 (80,0%) da raça/cor branca. A idade, o estado civil e a escolaridade estão representados na Tabela 2.

Tabela 2 – Características sociodemográficas dos usuários participantes do estudo

DADO	N (%)
IDADE (anos)	
< 40	9 (10,0)
De 40 a 59	31 (34,4)
De 60 a 80	47 (52,2)
> 80	3 (3,3)
ESCOLARIDADE	
Médio completo	7 (7,8)
Médio incompleto	5 (5,5)
Fundamental completo	12 (13,3)
Fundamental incompleto	50 (55,5)
Alfabetizado	9 (10,0)
Não sabe ler/escrever	7 (7,8)
ESTADO CIVIL	
Solteiro	15 (16,7)
Casado	44 (48,9)
Divorciado	11 (12,2)
Separado judicialmente	20 (22,2)

Os resultados apontaram para uma variada distribuição entre os parâmetros observados. Destacam-se a idade elevada e a baixa escolaridade, em que 55,5% são idosos, e 73,3% não possuem o ensino fundamental completo.

Características clínicas

Quanto às características clínicas, os dados registrados no prontuário apresentaram uma diversidade na forma de relatar os

resultados dos exames e, principalmente, as comorbidades e complicações. A Tabela 3, a seguir, apresenta os resultados encontrados.

Tabela 3 – Características clínicas dos usuários participantes do estudo

DADO	N (%)
HEMOGLOBINA GLICADA	
Não apresentou resultado*	43 (47,8)
Controlada (< 7%)**	16 (17,7)
Não controlada (> 7%)**	31 (34,4)
COMORBIDADE (capítulo de categoria de 3 caracteres do CID 10)	
Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	63 (70,0)
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas*** (E00-E90)	53 (58,9)
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	21 (23,3)
Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	14 (15,6)
Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	13 (14,4)
Doenças do aparelho digestivo (k00-k93)	12 (13,3)
Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)	7 (7,8)
Neoplasias [tumores] (C00-D48)	6 (6,7)
Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	6 (6,7)
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89)	3 (3,3)
Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	2 (2,2)
Doenças do olho e anexos (H00-H59)	1 (1,1)
COMPLICAÇÃO	
Pé diabético	14 (15,6)
Retinopatia	4 (4,4)
Neuropatia	2 (2,2)
Nefropatia	3 (3,3)
	6 (6,7)

* Dos 43 usuários que não apresentaram hemoglobina glicada em 2010, 8 tinham registros de glicemia em jejum, e outros 9 tinham registros de glicemia capilar.

** Embora a referência para hemoglobina glicada deva ser considerada de acordo com a técnica utilizada para realização do exame, optou-se por 7% no sentido de dar uma referência ao parâmetro encontrado, considerando o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde para diabetes mellitus (BRASIL, 2006).

*** Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas exceto o diabetes mellitus.

Os resultados de hemoglobina glicada indicaram que 52,1% dos usuários monitoraram seus níveis glicêmicos por meio deste exame, sendo que, praticamente, dois terços destes apresentaram resultados acima do parâmetro considerado adequado. Ressalta-se que 71,1% dos

usuários realizaram algum tipo de exame para acompanhamento da glicemia em 2010, seja exame laboratorial ou glicemia capilar.

82,2% dos usuários apresentaram pelo menos um registro de comorbidade, classificadas em 12 capítulos diferentes do CID 10, o que revela uma grande diversidade de comorbidades, inclusive em sistemas fisiológicos diferentes. Mesmo com uma classificação abrangente das comorbidades em capítulos do CID 10, foi observado que 54,4% apresentaram comorbidades em 2 ou mais capítulos, sendo que 4,4% apresentaram comorbidades em 5 capítulos diferentes. Para os que apresentaram apenas uma comorbidade, 75,0% eram doenças do aparelho circulatório. A análise das patologias específicas mostra que a hipertensão (66,7%), o sobrepeso/obesidade (24,4%) e a dislipidemia (13,3%) foram as mais presentes.

A descrição das complicações nos prontuários apresenta imprecisões, dificultando a análise. Em alguns momentos não estava explícita a vinculação do agravo com o diabetes mellitus, como também a própria menção de tratar-se de complicação. Mesmo assim, pode-se constatar que 15,6% dos indivíduos estudados apresentaram alguma complicação do diabetes mellitus relatado em prontuário.

Características farmacoterapêuticas

As características farmacoterapêuticas foram obtidas a partir dos resultados do REM, que representam o registro da retirada de qualquer medicamento em farmácias da rede municipal de saúde. Embora o município disponibilize insulinas NPH e Regular, foi generalizado o termo insulina, pois foram encontrados usuários de insulina NPH ou mistura. A mistura das insulinas é realizada no Centro de Saúde, já que um frasco de insulina regular pode ser utilizado para mais de um de mistura. Dessa forma, o mesmo frasco pode ser utilizado para diferentes usuários. Nenhum usuário utilizava apenas insulina Regular. Os resultados encontrados no REM, referentes ao número de diabéticos participantes da pesquisa são descritos, a seguir, na Tabela 4.

Tabela 4 – Características farmacoterapêuticas dos usuários estudados a partir do REM

DADO	N. de usuários (%)
MEDICAMENTOS PARA DIABETES	81 (90,0)
Metformina	70 (77,8)
Glibenclamida	38 (42,2)
Insulina	20 (22,2)
ASSIDUIDADE	30 (37,0)
Metformina	30 (42,8)
Glibenclamida	23 (60,5)
Insulina	11 (55,0)
ESQUEMA TERAPÊUTICO	
Não retirou medicamentos para diabetes em 2010	9 (10,0)
Monoterapia oral (metformina ou glibenclamida)	29 (32,2)
Monoterapia insulina (NPH ou mistura)	6 (6,7)
Associação oral (metformina + glibenclamida)	32 (35,5)
Oral + insulina (metformina ou glibenclamida + NPH ou mistura)	13 (14,4)
Associação oral + insulina (metformina + glibenclamida + NPH ou mistura)	1 (1,1)
MEDICAMENTOS QUE NÃO SÃO PARA DIABETES	
Ausente	17 (18,9)
1 a 2	17 (18,9)
3 a 5	38 (42,2)
6 a 10	17 (18,9)
> 10	1 (1,1)
NÚMERO DE COMPRIMIDOS POR DIA	
Ausente	9 (10,0)
1 a 2	7 (7,8)
3 a 5	20 (22,2)
6 a 10	28 (31,1)
> 10	26 (28,9)

Considerando os medicamentos para diabetes mellitus dispensados no Centro de Saúde, 77,8, 42,2 e 22,2 por cento dos participantes da pesquisa retiraram, isoladamente ou de forma associada, respectivamente, metformina, glibenclamida e insulina.

Considerando ser o tratamento do diabetes mellitus de uso contínuo, e que os medicamentos fornecidos na rede municipal de saúde são em quantidade para 30 dias de tratamento, espera-se que os usuários de medicamentos retirassem apenas uma vez no mês o mesmo medicamento e em todos os meses. Mas, o que se pode observar, tanto

no âmbito geral quanto para cada medicamento, foi que a assiduidade foi baixa. Outro fator que se destacou na assiduidade foi que, se calculada por medicamento, o número de assíduos é maior do que no âmbito geral (nesse caso, para ser assíduo, o usuário retirou, no mínimo, por 8 meses todos os medicamentos para diabetes mellitus prescritos). Supõe-se que essa variação na assiduidade de retirada de diferentes medicamentos para o mesmo usuário pode ser explicada por diferentes fatores:

- mudança no esquema terapêutico, tendo sido acrescido ou retirado um medicamento durante o ano de 2010;
- o usuário não retirou algum dos medicamentos prescritos, fazendo uso de uma frase corrente no serviço de dispensação “esse eu não vou levar hoje”.
- desabastecimento.

Esses fatores não puderam ser verificados no prontuário e o REM não registra com especificidade o desabastecimento ou mudança no esquema terapêutico; sugere-se novos estudos para avaliá-los.

Ainda sobre a assiduidade, cabe destacar que os usuários de glibenclamida foram mais assíduos se comparado com os usuários de metformina e insulina. Observou-se, ainda, que a média anual de retirada de glibenclamida, metformina e insulina foi de 7,9, 6,7 e 8,2 meses por usuário, respectivamente.

O esquema terapêutico mais utilizado foi relacionado à terapia exclusivamente oral, seja com glibenclamida ou metformina ou ambos de forma associada, representando 67,7% dos participantes da pesquisa. 6,7% utilizaram apenas a insulina, os quais podem ser casos de diabetes mellitus tipo I. Outro fato observado foi o de um usuário que utiliza os dois medicamentos via oral disponibilizados, além da mistura de insulina, que não foi assíduo e apresentou hemoglobina glicada acima de 7%.

Dos 90 usuários, 73 (81,1%) retiraram, no ano de 2010, outros medicamentos de uso contínuo. Destes, 3 (3,3%) não retiraram, também, medicamentos para diabetes mellitus. A maioria 42,2% retiraram de 3 a 5 especialidades farmacêuticas diferentes, sugerindo farmacoterapia complexa.

No mesmo sentido foram apresentados os resultados do número de comprimidos por dia: 82,2% retiraram comprimidos equivalentes ao uso de 3 ou mais por dia. Se for considerada a possibilidade de uso de insulina e medicamentos com outras formas farmacêuticas, a complexidade pode aumentar.

DISCUSSÃO

Observou-se que, aproximadamente, um quarto dos usuários foram registrados apenas no REM, sugerindo a não utilização de outros serviços do CS. Essa informação apresenta-se como uma ferramenta importante para o cuidado de vigilância à saúde ao demonstrar, de forma mais abrangente, o quantitativo de usuários atendidos em relação ao HIPERDIA e PDCS, que apresentaram uma subnotificação. Além disso, atender usuários de serviços externos ao CS requer uma maior atenção quanto aos procedimentos e normalização adotada no serviço farmacêutico, sendo necessário o desenvolvimento de diferentes estratégias de comunicação entre os serviços de saúde e com os usuários sobre os cuidados em saúde, relacionados à farmacoterapia.

Quanto aos atendimentos, esperava-se pelo menos 2 atendimentos anuais para o diabético, considerando a necessidade de acompanhamento pela equipe de saúde e que a validade da prescrição para medicamentos de uso contínuo é de, no máximo, 6 meses. Por outro lado, o elevado número de atendimentos em um ano também é relevante, podendo demonstrar que as necessidades de saúde não estejam sendo atendidas, o que provoca uma alta utilização dos serviços. É importante ressaltar que entre os tipos de atendimento observados estavam aqueles somente para renovação da prescrição, visitas domiciliares, além das consultas, do acolhimento e das urgências realizadas por médicos, enfermeiros e outros profissionais.

Quanto às características sociodemográficas observou-se uma variada distribuição entre os parâmetros. A idade elevada e a baixa escolaridade são fatores importantes para a autonomia dos cuidados em doenças crônicas, inclusive para a utilização de medicamentos.

As características clínicas apontaram para um índice significativo de usuários que realizaram pelo menos um teste de monitoração da glicemia (laboratorial ou capilar). Contudo, o percentual dos que não realizaram (29,9%) e dos que apresentaram hemoglobina glicada acima do índice de normalidade (34,4%) indicam uma defasagem no acompanhamento do diabetes mellitus. Essa informação, agregada ao alto índice de comorbidade e às complicações do diabetes mellitus encontradas no grupo, apontam para situações complexas que exigem diferentes tecnologias de cuidado.

Quanto ao uso dos medicamentos, observaram-se variados esquemas terapêuticos e uma predominância de usuários polimedicados, inclusive com a utilização de outros medicamentos além dos antidiabéticos. Foram observados, ainda, diferentes comportamentos na retirada, dependendo do medicamento, com maior assiduidade para

glibenclamida (60,5%) se comparada a metformina (42,8%) e a insulina (55,0%). Talvez isso ocorra devido à resistência na utilização da metformina (comprimido grande e com efeitos desagradáveis mais evidentes) e a utilização de um único frasco de insulina por mais de um mês (por não adesão ou devido à dosagem prescrita ou realmente utilizada), mesmo com a recomendação de utilização por 30 dias depois de aberto cada frasco. A média mensal de retirada dos medicamentos traz a reflexão sobre a adesão ao tratamento, que, associada aos os parâmetros de glicemia observados, aponta para a dificuldade na continuidade do tratamento. Dessa forma, o fator assiduidade pode ser um alerta aos profissionais da APS sobre a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, ao controle glicêmico. Essas características apontam para as diferentes experiências e subjetividades relacionadas ao medicamento construídas pelos usuários.

A diversidade nas características dos usuários diabéticos requer do serviço farmacêutico o estabelecimento de uma série de condições, a fim de garantir a qualidade dos serviços prestados ao conjunto de pessoas, que considerem as características do coletivo, mas também as singularidades de cada sujeito. Nesse sentido, os serviços farmacêuticos devem se organizar de forma que contemplem o conjunto das necessidades de saúde de todos os sujeitos adscritos ao seu território. Mas como se consegue isso?

Para Cecílio (200?), ao se pensar nas condições de vida, mesmo em um território pequeno há diferenças na infraestrutura urbana, moradia, e a variação nos dados sociodemográficos refletem em diferentes inserções no processo produtivo, que, por sua vez, é determinante no processo saúde/doença. Esses processos devem ser considerados na organização dos serviços farmacêuticos, à medida que a necessidade de um idoso aposentado é diferente da necessidade de um trabalhador mais jovem, bem como a manutenção do emprego e a busca de melhores condições de moradia, muitas vezes, são prioritárias em relação a práticas de cuidado indicadas pelos profissionais de saúde.

O acesso às diferentes tecnologias em saúde e a necessidade destas também é um fator importante. Em relação ao diabetes mellitus, existe uma enormidade de tecnologias e produtos ofertados, que vão desde bombas de insulina até grupos de orientação alimentar, em que cada um tem o seu valor e a sua importância em determinado contexto. O serviço farmacêutico insere-se nas diferentes tecnologias de gestão, com o objetivo de garantir tanto o abastecimento dos medicamento e o acesso a eles e às tecnologias de uso dos medicamentos, com o objetivo de garantir o uso correto dos medicamentos (ARAUJO, UETA e

FREITAS, 2005). Historicamente, o desenvolvimento de tecnologias de gestão tem sido predominante nos serviços farmacêuticos. Isso está relacionado com a evolução na discussão sobre os medicamentos essenciais e a garantia de acesso, mas que, para a APS, é insuficiente, considerando que as tecnologias de uso dos medicamentos devem ser tão valorizadas quanto as de gestão. Em conjunto, o desenvolvimento dessas tecnologias pode levar a melhores resultados pois, por exemplo, quando se reflete sobre o tamanho da agulha de insulina, deve-se levar em consideração, sem dúvida, os aspectos econômicos e gerenciais na padronização desse insumo, mas respaldado nos diferentes índices de gordura dos usuários, no sentido de minimizar os riscos de uma aplicação subcutânea se tornar intramuscular. Ou, ainda, os medicamentos para diabetes mellitus, atualmente disponíveis no CS, com base na RENAME, dão conta de atender as necessidades? Retomase o usuário que já está utilizando, em altas doses, todos os medicamentos para diabetes mellitus disponibilizados na APS. Neste caso, não se poderia pensar em outras possibilidades? Poderia, mas, para pensar e se efetivar outras possibilidades, medicamentosas ou não, é necessário o desenvolvimento de outras tecnologias no cuidado, como promoção do uso correto dos medicamentos, mecanismos de avaliação de adesão terapêutica, resultados concretos sobre refratariedade ou limitações do tratamento proposto para, inclusive, subsidiar decisões gerenciais relacionadas.

O PAMGC, resultante da Lei federal n. 11.347/06, específica para a monitoração da glicemia capilar para inscritos em programas de educação para diabéticos, também simboliza a importância da consonância entre o gerencial e o assistencial. 13,3% dos usuários participantes estavam vinculados a este programa, que segue um protocolo, no qual se descrevem as condições necessárias para participar. É fundamental garantir acesso aos aparelhos devidamente calibrados e às tiras reagentes compatíveis e lancetas. Mas a aferição apenas não indica uma melhora na condição de saúde. O acompanhamento dos resultados, a sistematização e a orientação sobre os resultados, agregados ao efetivo acompanhamento na retirada e na utilização da insulina compõem o conjunto de informações necessárias para a melhoria dos cuidados em saúde, que podem levar, inclusive, à não necessidade da continuidade da permanência neste programa.

Outro conjunto de necessidades de saúde relaciona-se com o vínculo entre o usuário e o profissional de saúde, e deve ser entendido como “mais do que a simples adesão a um serviço ou a inscrição formal a um programa, significa o estabelecimento de uma relação

contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa” (CECÍLIO, 200?). Esse é um dos princípios da APS, construído pela longitudinalidade que pressupõe “a existência de uma fonte regular de atenção em seu uso ao longo do tempo” (STARFILD, 2004, p.62). E se os serviços farmacêuticos atendem mensalmente e de forma contínua, o estabelecimento do vínculo é fundamental a esse processo de cuidado, para, inclusive, discutir – por que hoje não vai levar a metformina? – as diversas situações indicativas em que o uso não recomendado dos medicamentos acontece. No encontro dessas subjetividades, cada usuário é diferente e, mesmo com os padrões clínicos e farmacológicos semelhantes, as necessidades de saúde podem ser outras, e o vínculo construído longitudinalmente é essencial no processo de cuidado.

Essa discussão aponta para o quarto conjunto, que é a autonomia do sujeito, e que, na APS, é mais evidente, porque a pessoa está em sua casa, no seu trabalho, mantém relações externas ao serviço de saúde o que lhe dá acesso a outras informações e possibilidades de cuidado e atenção. E essa autonomia deve ser entendida e respeitada pelos profissionais, que não devem exigir dos usuários a adequação de suas vidas às rotinas estabelecidas pelo serviço de saúde. Romper com esse pensamento é um desafio para os profissionais, formados ainda em uma lógica hospitalocêntrica, na qual a pessoa usuária é paciente e passiva das imposições do serviço. Por isso, a informação sobre medicamentos deve aproximar o preconizado teoricamente com a realidade possível, na perspectiva de resultados mais efetivos no cuidado. O serviço deve se estruturar de forma a compreender os processos de autoatenção, no qual o indivíduo busca, de forma autônoma, as melhores soluções para suas necessidades de saúde, inclusive a de decisão sobre o uso dos medicamentos.

CONCLUSÃO

Em APS não há um isolamento de características que permita ao serviço farmacêutico se especializar em uma determinada condição. É necessário reconhecer e compreender a complexidade, apresentada por Morin, que está “implicada na interação entre ser humano e arcabouço/mundo em que se insere” (MORETTI, 2009, p.154) e “origina-se do emaranhado de eventos, interações, retroações, incidentes, que constituem o mundo dos fenômenos” (Ibidem). E é nesse contexto que os serviços farmacêuticos, como parte da APS, estruturante de uma rede de atenção à saúde, devem se transformar, apontando novas

tecnologias gerenciais e de cuidado, no sentido de contribuir concretamente na assistência aos usuários e as suas complexidades.

Para atender ao conjunto de necessidades de saúde dos diabéticos em APS é necessário que o serviço farmacêutico atue fundamentado nos princípios da longitudinalidade, vínculo e vigilância à saúde de forma integrada aos demais componentes da equipe de saúde. Nesse sentido, os serviços ofertados devem considerar: a determinação do processo saúde-doença, assim como os aspectos inerentes a condição de vida dos indivíduos e da coletividade do território; às demandas, necessidades e possibilidades do uso de tecnologias em saúde; à relação entre o profissional e o usuário do serviço; e a autonomia dos usuários, que na atenção primária se destaca, pois no território atendido pela APS é onde a pessoa vive, convive e desenvolve suas relações com a saúde e a doença.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, T. de O. S.; NASCIMENTO, M. A. A. do. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, Sept. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 jan. 2012.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000031>.

ARAÚJO, A. L. A. de et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em

<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 jan. 2012.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000700010>.

ARAÚJO, A.L.A.; UETA, J.M.; FREITAS, O. Assistência Farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Revista Ciência Farmacêutica Básica Aplicada**. v.26, n. p.87-92, 2005. Disponível em: < http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/404/388 >. Acesso em: 10 jan. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília. DF. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2488_21-out-11_politica_atencao.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2012(a).

BRASIL. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília. DF. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 25 jan. 2012. (b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME**. 7 ed. Brasília: Athalaia. 2010. 249p.

BRASIL. **Lei Federal n. 11.347, de 27 de setembro de 2006**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11347.htm>. Acesso em: 08 maio 2010.

CECILIO, L. C. de O. **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção**. UFF, 200??. Disponível em: <http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saude_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2012.

COHN, A. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (orgs.). **Saúde e democracia**. História e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, pp. 385-405.

CORRER, C. J. et al. Effect of a Pharmaceutical Care Program on quality of life and satisfaction with pharmacy services in patients with type 2 diabetes mellitus. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. São Paulo, v. 45, n. 4, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-

82502009000400027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 fev. 2012.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1984-82502009000400027>.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, Sept. 2010 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 jan. 2012.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300034>.

GIL, C. R. R. Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família: Sinergias e Singularidades do Contexto Brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, RJ, n. 22 (6), p. 1171-1181, jun. 2006.

HOGG, W. *et. all.* Randomized controlled trial of Anticipatory and Preventive multidisciplinary Team Care: For complex patients in a community-based primary care setting. **Canadian Family Physician**. 2009, December; 55(12): e76–e85. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2793206/?tool=pubmed>
>. Acesso em: 10 jan. 2012.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência Saúde Coletiva** [periódico na Internet]. 2010 Ago [citado 2011 Out 10] ; 15(5): 2297-2305. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 30, Sept. 2009 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300013&lng=en&nrm=iso>. Disponível em: 10 jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000300013>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde/OMS. 2005.

ROBBINS, J. M.; WEBB, D. A.; SCIAMANNA, C. N. **Cardiovascular comorbidities among public health clinic patients with diabetes: the Urban Diabetics Study**. BMC Public Health. Published online 2005 February 8. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC550650/?tool=pubmed> >. Acesso em 10 jan. 2012. DOI: 10.1186/1471-2458-5-15

SANTOS, R. I. dos. **Assistência Farmacêutica no Setor Público Brasileiro**: Desafios teóricos como pressuposto para a avaliação. 2011. 172p. Tese (Doutorado em Farmácia, área de concentração fármacos-medicamentos). Pós-graduação em Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina. (não publicada)

STARFIELD, B. Uma estrutura para a medição da atenção primária. In: _____ **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF:UNESCO, Brasil, MS, cap. 2. 2004, p. 43-70.

WANNMACHER, L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. **Uso Racional de Medicamentos**: Temas Seleccionados, Brasília: OPAS, vol. 3, n. 2, jan. 2006. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/med_essenciais.pdf >. Acesso em: 10 jan. 2012.

6 A EXPERIÊNCIA COM MEDICAMENTOS EM UM GRUPO DE DIABÉTICOS VÍNCULADOS A UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESUMO

O diabetes mellitus é uma prioridade global em saúde. Entre as estratégias para a atenção à saúde dos diabéticos estão os serviços farmacêuticos. Entre estes serviços, identifica-se a atenção farmacêutica como aquela que produz tecnologias que remetem à relação entre o farmacêutico e o usuário do medicamento. A experiência com medicamentos é um componente da atenção farmacêutica que compreende o relato da experiência pelos usuários, o processo histórico relacionado aos medicamentos e a relação completa e atual dos medicamentos em uso. Essa experiência é subjetiva e revela os comportamentos e as atitudes do sujeito frente à medicação, que podem variar de acordo com o contexto estudado. A pesquisa foi realizada com diabéticos usuários do serviço farmacêutico de uma unidade de atenção primária à saúde. A partir da consulta a sistemas de informação em saúde, referente ao ano de 2010, formaram-se 12 grupos para a realização de entrevistas semiestruturadas. Os critérios utilizados para a formação dos grupos foram: a retirada de medicamentos para diabetes mellitus em farmácias municipais; o esquema terapêutico para diabetes mellitus; a assiduidade na retirada de medicamentos; o último resultado de hemoglobina glicada; e o número de comprimidos diários de medicamentos de uso contínuo. Após as entrevistas, complementadas pelo diário de campo, discutiu-se a experiência com medicamentos nas categorias: o medicamento como símbolo no processo saúde/doença/atenção; as influências da vida comunitária na experiência com medicamentos; o trabalho como determinante na experiência com medicamentos; a experiência com medicamentos no contexto familiar; as experiências com medicamentos, vinculadas ao serviço de saúde; as experiências pessoais com os medicamentos. A experiência com medicamentos para diabetes mellitus não pode ser dissociada das experiências com outros medicamentos, bem como o conjunto do processo saúde/doença/atenção. O medicamento é um símbolo, cujas experiências que o envolvem são determinadas pelas relações sociais, tais como família, trabalho e serviços de saúde. Embora determinada, a autoatenção caracteriza a experiência com medicamentos. Os sujeitos elaboram estratégias e relações particulares com os medicamentos. Assim, considera-se fundamental que os profissionais de saúde conheçam as experiências dos diabéticos com medicamentos, para que,

de forma conjunta possam desenvolver as melhores estratégias possíveis no uso correto dos medicamentos. Conhecer a experiência com medicamentos possibilita a corresponsabilização pelos cuidados em saúde dos serviços farmacêuticos.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Assistência Farmacêutica; Atenção Farmacêutica;

ABSTRACT

The Medication Experience in a Group of Diabetics in Primary Health Care Clinic

Diabetes mellitus is a global health priority. Among the strategies for health care of diabetics are pharmaceutical services. It is these services to pharmaceutical gives us insight about the relationship between the pharmacist and the patient. The medication experience is a component of pharmaceutical care which includes the narrative of the medication experience of patients, the historical process related to medicines and the complete and current use of medicines. The medication experience is subjective and reveals the behaviors and attitudes of the patients towards the medication, which may vary according to the context studied. The research was conducted with diabetic patients of pharmaceutical services in a primary health care clinic. After reviewing the health information systems for the year 2010, we formed 12 groups to conduct semi-structured interviews. The criteria used for the formation of the groups were the the following: 1) withdrawal of medicines for diabetes mellitus in municipal pharmacies, 2) the therapeutic regiment for diabetes mellitus, 3) assiduity in the withdrawal of medicines for diabetes, 4) the last result of glycated hemoglobin and 5) the number of daily tablets of prescription drugs in continuous use. After the interviews, supplemented by field diary, the patients discussed the medication experience in the following categories: the medicines as a symbol in the health/illness/care, the influences of community life in the medication experience, their job as a determinant of medication experience, the medication experience in the family context, the medication experiences and the health services, medication experiences in the context of the personal life. The experience with medications for diabetes can not be dissociated from the experience with other medicines, as well as all of the health/illness/care process. The medicines are a symbol, where the experiences are determined by social relationships, such as health services, family and work. Although socially determined, the selfcare characterizes the medication experience. Patients develop strategies and private relations with their medications. It is essential for health

professionals to learn about the experiences of diabetics with medication so that they can jointly develop the best possible strategies for the correct use of medicines. Understanding the medication experience enables the co-responsibility of pharmaceutical services in health care.

Keywords: Pharmaceutical Services, Diabetes Mellitus, Pharmaceutical Care

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus é um problema de saúde de interesse global, fazendo com que os países a priorizem em suas políticas de saúde, no sentido de reduzir complicações e comorbidades (WHO, 2012; BRASIL, 2006). Entre as principais estratégias adotadas estão o acesso a serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), entre os quais se incluem os serviços farmacêuticos, que envolvem a promoção do acesso aos medicamentos e insumos, garantindo sua continuidade e qualidade; a integração à equipe de saúde por meio de matriciamento; a educação permanente; o desenvolvimento de práticas educativas em saúde; além do atendimento direto aos usuários, principalmente na dispensação de medicamentos.

Entre as principais estratégias terapêuticas para o diabetes mellitus, o medicamento tem destaque. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que é a referência para o elenco de medicamentos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, contempla os antidiabéticos glibenclamida, metformina, insulinas NPH e Regular e a gliclazida (BRASIL, 2010c).

Contudo, a disponibilização dos medicamentos não é suficiente para atingir resultados em saúde satisfatórios, garantindo boa qualidade de vida à pessoa diabética. É necessária, também, a incorporação de novas tecnologias em saúde, como a atenção farmacêutica, que, em sua proposta para o Brasil, em 2002, apontou em seu conceito:

um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica.[...] É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (IVAMA, et. AL., 2002, p. 16-17).

Uma forma de compreender as concepções dos sujeitos é conhecendo suas experiências com medicamentos, as quais estão relacionadas diretamente com as decisões pessoais do usuário frente aos seus medicamentos. Essas experiências revelam suas atitudes e comportamentos que, compartilhadas com o farmacêutico, contribuem no desenvolvimento de estratégias para que os objetivos da farmacoterapia sejam atingidos. A descrição da experiência com medicamentos pelo usuário é um dos aspectos mais relevantes para se entender a experiência com medicamentos, é aí que se identificam “as decisões que o paciente toma e atos relacionados ao uso de medicamentos e regimes de dosagens”, por meio de suas “expectativas, preocupações, entendimentos, crenças, atitudes, preferências, cultura e religião” (CIPOLLE, STRAND, MORLEY, 2004, p.5)

A experiência com medicamentos é individual e subjetiva, dando-se a partir de um encontro significativo do sujeito com o medicamento, neste momento mais relacionado ao símbolo que o medicamento representa. Essa experiência se transforma ao longo do tempo (SHOEMAKER, OLIVEIRA, 2008). A construção dessa experiência também evoca a característica híbrida do medicamento que, além de ser um instrumento terapêutico, também é um bem de consumo, abrindo um campo em que a indústria farmacêutica e o complexo médico industrial atuam ferozmente, apresentando inúmeras possibilidades de cura, tratamento e bem-estar (DIEHL, GRASSI, 2010; SANTOS, FARIAS, 2010; LAGE, FREITAS, ACURCIO, 2005). Com o diabetes mellitus não é diferente, o mercado de produtos para diabéticos é extenso, indo de alimentos aos mais modernos sistemas de monitoração da glicemia (NEITHERCOTT, 2012).

E é nesse complexo processo saúde/doença/atenção que os sujeitos constroem suas experiências com medicamentos, envolvendo a medicina tradicional e práticas populares, condicionadas por questões religiosas, políticas, econômicas e técnicas. E o sujeito, com suas diferentes relações, grupos e inserção social, desenvolve, o que Menendez, 2003, conceitua como autoatenção que “constituye una actividad constante aunque intermitente desarrollada a partir de los propios sujetos y grupos en forma autónoma o teniendo como referencia secundaria o decisiva a las otras formas de atención” (MENENDEZ, 2003, p.198). A autoatenção constitui todas as representações e práticas utilizadas pelos sujeitos, de forma individual ou coletivamente de se cuidar, o que inclui a utilização dos serviços tradicionais como parte deste processo e não como único meio de obter cuidado. No mesmo sentido, a experiência com medicamentos é construída ao longo do

tempo sob influência não só dos serviços tradicionais de saúde, mas também pelas práticas individuais, ou a partir das interações e redes sociais nas quais o sujeito está envolvido, muitas vezes determinado pelas condições de trabalho, alimentação, lazer, família, moradia e acesso aos serviços. Diante desse contexto, buscou-se identificar as experiências com medicamentos, em um grupo de diabéticos usuários dos serviços farmacêuticos em uma unidade de atenção primária à saúde.

METODOLOGIA

Considerando a experiência com medicamento uma dimensão importante do cuidado em saúde e tendo o usuário como centro desta reflexão, o estudo envolveu diabéticos adscritos a um Centro de Saúde da cidade de Florianópolis/SC, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) durante o período entre o segundo semestre de 2010 e primeiro semestre de 2011.

Para obtenção do conjunto de informações foram utilizados os seguintes meios: diário de campo; sistemas de informação em saúde (SIS); registros de prontuário; relatório de entrega de medicamentos (REM); e entrevistas. Esses procedimentos foram realizados após a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Parecer n. 765/2010.

O trabalho de campo teve início a partir da coleta das assinaturas dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), realizada no Centro de Saúde. Foram assinados 101 TCLE, autorizando a coleta dos dados e um possível contato futuro para a realização de uma entrevista.

Durante o período de coleta das assinaturas do TCLE, também foi elaborado o diário de campo, como forma de relato da observação participante realizada, neste caso, na modalidade Observador-como-Participante, por se restringir ao espaço do Centro de Saúde e em um curto período de tempo para cada usuário, o que limita seus dados, mas que complementa as entrevistas (MINAYO, 2004).

Foi possível a consulta aos dados dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), ao prontuário e Relatório de Entrega de Medicamentos (REM) por meio do sistema informatizado utilizado nos serviços de saúde do município de 90 diabéticos. Os demais não puderam ser consultados devido a cadastros duplos, homônimos e cartão SUS não localizado. A partir dos dados coletados foi possível a classificação dos sujeitos em 12 diferentes grupos, considerando seguintes parâmetros, colocados em ordem decrescente:

- ter retirado ou não algum medicamento para diabetes mellitus em qualquer farmácia da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, classificados em: não retirara medicamentos ou retirara medicamentos;
- esquema terapêutico: considerando os que retiraram medicamentos, dividiu-se entre os que utilizam apenas insulina ou que usam medicamentos via oral (pode ser associação, inclusive com insulina);
- assiduidade na retirada de medicamentos: para os que usam medicamentos via oral, classificou-se em não assíduo ou assíduo;
- para os assíduos e não assíduos considerou-se o controle da glicemia pelo último resultado do ano de hemoglobina glicada, sendo classificados em: não apresentou hemoglobina glicada, glicemia controlada e glicemia não controlada; e
- para os que apresentaram resultado de hemoglobina glicada, considerou-se o número de comprimidos que utiliza por dia (para diabetes mellitus ou não), classificando-os em diabéticos que utilizam até 6 comprimidos por dia ou mais de 6 comprimidos por dia.

Esse conjunto de dados resultou na formação de 12 grupos diferentes, classificados de A a L, sistematizados na Figura 1. A última letra do código dos sujeitos representa o grupo no qual o usuário está inserido. Os sujeitos de cada grupo foram ordenados por sorteio, sendo que o primeiro de cada grupo foi convidado para participar da entrevista. Não sendo possível a entrevista com o primeiro de cada grupo, foi convidado o segundo e assim sucessivamente. Ao final, foram realizadas 12 entrevistas, que contemplaram um sujeito de cada grupo.

A entrevista foi semiestruturada, com perguntas abertas, que serviam de referência para o entrevistador que, considerando oportuno, poderia fomentar um relato iniciado pelo sujeito com novos questionamentos. O instrumento da entrevista foi composto de 13 questões divididas em 4 temas principais:

- histórico do diabetes mellitus: desde quando e como descobriu a doença;
- tratamento: como se trata, o que espera e que preocupações tem com o tratamento e medicamentos;
- utilização dos medicamentos: foram utilizadas como referência as perguntas do teste de Morisk (CHEMELLO, 2011), no sentido de saber os porquês dos esquecimentos, horários e do não uso dos medicamentos; e
- uma pergunta final, aberta, solicitando que conte alguma história, experiência ou situação, boa ou ruim, relacionada ao uso dos medicamentos.

Como teste piloto, o instrumento foi aplicado a 4 pessoas, destas, duas são usuárias de medicamentos contínuos, sendo uma diabética. Desta forma considerou-se o instrumento adequado ao objetivo do estudo (Apêndice C).

Os contatos foram realizados por telefone e, nesse momento, foi retomado o propósito do trabalho. Havendo o aceite, a entrevista foi agendada.

Todas as entrevistas foram realizadas na sala anexa à farmácia do Centro de Saúde, de maneira reservada. Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas, de acordo com a autorização dos sujeitos.

Os dados foram analisados a partir do conjunto de opiniões e representações sociais, envolvendo a experiência com medicamentos. Optou-se por analisar os dados sob a perspectiva da hermenêutica dialética, que leva a uma reflexão profunda sobre os sentidos expressos nas entrevistas sobre a experiência com medicamentos. Nas falas procurou-se contemplar as relações presentes e o contexto histórico do sujeito na sua coletividade (MINAYO, 2008; MINAYO 2004).

Seguiram-se os passos para análise, propostos por Minayo (2004), ordenando os dados a partir da transcrição das entrevistas e da sistematização do diário de campo. Após a leitura exaustiva dos dados, estes foram categorizados de forma empírica e confrontados com os pressupostos teóricos já descritos sobre o tema. O conjunto de categorias foi reagrupado em categorias centrais, na busca dos sentidos explícitos e implícitos no discurso dos sujeitos. As categorias centrais estabelecidas foram:

- o medicamento como símbolo no processo saúde/doença/atenção;
- influências da vida comunitária na experiência com medicamentos;
- trabalho como determinante na experiência com medicamentos;
- a experiência com medicamentos no contexto familiar;
- as experiências com medicamentos vinculadas ao serviço de saúde;
- experiências pessoais com os medicamentos.

A análise e discussão foram realizadas a partir dessas categorias, dos referenciais teóricos e dos objetivos do estudo, e culminaram na síntese da experiência com medicamentos, de forma a avançar na compreensão dos sentidos e, de forma crítica, avançar na complexa relação de cuidado à saúde envolvendo o uso dos medicamentos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência com medicamentos se apresentou bastante diversificada, considerando as características únicas de cada sujeito, mas

que apresentaram alguns sentidos importantes para o reconhecimento das atitudes frente à farmacoterapia.

A discussão será apresentada por categoria, contudo, as seguintes premissas foram assumidas neste trabalho:

1 – O processo saúde/doença/atenção é indissociável em seu conjunto, não permitindo que as experiências sejam apenas sobre os medicamentos. Da mesma forma que, embora os medicamentos para diabetes mellitus tenham suas especificidades, a experiência do sujeito abrange outros medicamentos com os quais já teve contato.

2 – Existe uma inter-relação entre as categorias, e a divisão das categorias propostas foi realizada para dar maior ênfase em um sentido.

As falas descritas representam ideias centrais recorrentes nas entrevistas, tendo sido escolhidas no sentido de exemplificar a discussão relacionada à categoria de análise.

O medicamento como símbolo no processo saúde/doença/atenção

A vinculação do início do diabetes mellitus com o tratamento medicamentoso, revelando o medicamento como um marco para o início daquela condição foi recorrente nos relatos, e, de forma mais evidente, foi observada nas falas que seguem:

Eu nem sabia, acho que foi há uns 10 anos atrás, porque eu vim numa reunião aqui na..., até aí eu não tava tomando remédio, eu vim numa reunião que tinha aqui de tarde, aqui na, pra medir a diabete, fazer o testinho do dedo, do sangue e a pressão. Aí eu vim, aí, mais aí, tinha chá tudo aí pra gente, mas aí tinha que medir primeiro, eu fui medir primeiro, antes de tomar o chá, aí deu 200, aí eles ficaram apavorados, né! Até aí eu nem sabia que eu tinha diabete. Não tomava nada (F047-J).

Nessa situação, em uma atividade de vigilância desenvolvida pelo serviço de atenção primária, o sujeito apresentou-se surpreso com o resultado, visto que não sabia que era diabético e não tomava nada. A realização de atividades de educação em saúde e de vigilância, mesmo com grupos ainda não diagnosticados, é um serviço estratégico para a APS porque possibilita identificar necessidades de cuidados ainda não percebidos pelo sujeito, evitando ou podendo reduzir eventos de emergência ou urgência.

Outra situação recorrente foi o diagnóstico a partir de uma internação ou atendimento de urgência. Essa situação pode ser observada no relato a seguir, no qual também chama a atenção o destaque para uma situação da vida, como forma de lembrar o

diagnóstico da doença. Eventos familiares importantes como morte, separação ou mudança foram citados como referência para a data de início do diabetes mellitus, identificado pelo início do tratamento medicamentoso:

Daí depois, há 3 anos agora atrás, eu perdi a minha mãe, daí infelizmente foi feito o exame mesmo que daí constatou mesmo a diabetes, daí que eles passaram o medicamento (F036-E).

E mesmo na perspectiva de ter diabetes mellitus, esta só passa a ser reconhecida a partir do início do tratamento medicamentoso, como no caso do sujeito, que, no momento da entrevista, estava com 71 anos e se referiu ter diabetes mellitus há 36 anos.

Eu com 25 anos de idade o médico já disse pra mim que eu seria diabético. Então ele pediu já pra que eu, desde aquela data, procurasse não me alimentar com refrigerante, açúcar, doce de modo geral para ver se eu levaria mais um tempo sem medicamento. E aí eu fui, fui fazendo o que ele disse, e foi levando, levando até os 35 anos de idade, aí nos 35 não deu, comecei nos medicamentos. [...] E aí eu tô, até hoje nessa luta, aí já vai pra 36 anos nessa longa vida de diabete (M002-C).

A insulina destaca-se como um símbolo importante no diabetes mellitus, apresentando diferentes experiências com medicamentos. A utilização da insulina ou a perspectiva de uso desta remete aos diabéticos sentidos negativos como medo, gravidade da doença, repulsividade a esse tipo de tratamento, o que a coloca em uma condição diferenciada em relação aos outros medicamentos, como se observou na fala, a seguir, de um sujeito que utilizou insulina durante a gestação e, atualmente, faz uso de medicamentos via oral.

aí eu não sei como eu vou reagir, não sei se eu vou entrar em desespero, não sei ainda qual vai ser minha reação. Tô torcendo e fazendo o possível pra que não também, que é horrível. E você tem aquele compromisso ali, ainda é um remédio que tu tem que guardar na geladeira, se tu sai tem que tá levando em caixinha de isopor, uma coisa bem complicada mesmo. Um cuidado a mais, tem que manter sempre gelado. Não é como o outro remédio que tu leva na bolsa, e qualquer coisa tu aplica, um copinho d'água, umas gotinhas... (F064-A).

Por outro lado, esse temor à insulina pode ser um incentivo a outros cuidados menos agressivos, incluindo a mudança de hábitos alimentares e adesão ao tratamento via oral.

De bom que tem é que melhorou a minha glicemia, a diabete. Se não fosse o medicamento não tinha jeito, ou entra na insulina. Eu achei melhor me controlar, muitas coisas que a gente gosta de fazer, do que tomar um monte de remédio, tomar insulina, daí não adiantava de nada. Pra mim melhorou bastante por tomar o medicamento certinho, né, pra mim tá resolvendo (M009-F).

É importante ressaltar, porém, que os serviços farmacêuticos, diante da simbologia que a insulina representa, não devem fomentar esses sentidos que podem gerar um sentimento de culpa ou castigo por usar insulina.

Outro fator observado, que agrega simbologia ao medicamento, é a religiosidade, considerada um fator importante no processo saúde/doença/atenção, principalmente em idosos. A fala, a seguir, ilustra esta situação.

Aí eu ponho, manda botar água, manda botar os remédios, aí quando é 10h é a benção dele, ele abençoa os remédios, ele abençoa a água. Agora eu só tô tomando o remédio da diabetes e da pressão, enquanto ele não abençoa a água e o remédio que eu boto tudo ali em cima, que eu tenho um radinho na cozinha, aí depois que ele abençoa, eu vou lá e tomo, tomo a água e tomo o remédio, isso aí agora é sagrado, isso aí eu não esqueço, não (F047-J).

As “crenças religiosas parecem contribuir decisivamente para o bem-estar na velhice” como importante fonte de suporte com reflexos na saúde, incluindo a atenuação de agravos à saúde física e mental (FLORIANO, DALGALARRONDO, 2007, p 163). E uma dessas contribuições está relacionada ao medicamento, que, ao ser abençoado, passa a ter um sentido mais significativo.

No processo saúde/doença/atenção, existem diversos fatores associados que compõem a caracterização do sujeito enquanto portador de uma determinada patologia, entre eles o medicamento, entendido como um símbolo que dá materialidade a uma condição abstrata que é a saúde/doença. Esse processo é construído socialmente na sociedade capitalista, onde o consumo aproxima o concreto e o abstrato (LEFEVRE, 1983), dificultando importantes serviços farmacêuticos relacionados ao diabetes mellitus, no âmbito da promoção do uso racional de medicamentos, que deve incentivar cuidados não farmacológicos para evitar ou postergar a terapia medicamentosa. É fundamental que o serviço farmacêutico reconheça o que o

medicamento representa para o seu usuário, no sentido de propor melhores soluções para o uso dos medicamentos.

Influências da vida comunitária na experiência com medicamentos

Nesta categoria foram discutidos os aspectos relacionados ao cotidiano e às relações sociais do dia a dia. Diferente dos ambientes hospitalares, na APS, a pessoa diabética mantém atividades diárias que influenciam e são influenciadas com a utilização de medicamentos, inclusive as crenças.

O medo de passar mal em público também se destacou nas falas. É recorrente a preocupação do diabético em não preocupar os outros ou não se submeter a uma situação constrangedora em ambientes públicos, como se pode observar.

O que me preocupa é manter essa diabetes sempre estável pra não me dar um troço aí, né, cair no meio da rua. Isso aí é que eu tenho medo, de repente dar uma queda aí, lá vai o cara aí... estar se machucando. Só o medo que eu tenho é disso, mas eu ando sozinho, vou pro centro, pego o carro, dirijo, ainda não fiquei com medo, porque, graças a Deus, não aconteceu nada disso comigo (M002-C).

A vida na sociedade também trouxe o dilema entre bebida alcoólica e medicamento. Observou-se o entendimento entre os usuários dos medicamentos, que o consumo de bebida alcoólica interage com a ação do medicamento e o usuário manifesta preocupação com possíveis reações adversas. E esse é um problema cujo manejo pelo sujeito é difícil, tendo o medicamento, conseqüentemente, seu tratamento marginalizado em função do consumo do álcool, como observado a seguir.

Gostar eu não gosto de tomar. Mas tipo eu tomei direto, muito tempo tomei direto. Aí teve um, me aconteceu um problema, aí, sério comigo aí que eu meio abandonei os remédio, já não posso mentir, tenho que falar a verdade, e fiquei... meio diferente, mudei minha vida assim, fiquei meio... me entreguei diferente noutra coisa e... bebi de novo álcool que não era pra beber, bebi de novo, depois de 4 anos, voltei a beber, não adianta eu mentir, né (M003-H).

Mesmo com toda a oferta de produtos para o diabético, muitas vezes, o usuário apresenta dificuldades para uma integração plena nos ambientes sociais, e o medicamento aparece como um dos responsáveis por isso, porque, se exceder, “já estraga a medicação”.

Diabetes pra mim é, às vezes eu vejo o cara na televisão dizendo “eu tenho uma vida normal”. Como tem uma vida normal? O cara vem dizer isso pra mim é... é impossível. Pra começar, você não pode comer suficiente, pra começar não pode beber, já estraga a medicação, já estraga o medicamento, já estraga tudo, então é complicado (M002-C).

Outro aspecto revelado nesta fala mostra a influência da mídia, a qual, muitas vezes, oferece facilidades e soluções, mas a experiência real não se revela tão convincente.

O conjunto dessas situações demonstra como a vida cotidiana cria suas particularidades devido à experiência com medicamentos, pela qual o sujeito passa a conhecer seus medicamentos e como eles agem, passando a exercer o controle de seu tratamento (SHOEMAKER, OLIVEIRA, 2008). Essa situação pode levar a mudanças no regime posológico ou mesmo à suspensão do tratamento. E é nesses casos que o serviço farmacêutico deve acolher os usuários, promovendo uma escuta ativa para a melhor adequação possível do tratamento na vida daquela pessoa. Ao atender um diabético é fundamental observar sua rotina diária e os fatores sociais que podem influenciar suas atitudes em relação ao uso dos medicamentos, tais como medo, alcoolismo e a influência da mídia.

Trabalho como determinante na experiência com medicamentos

A categoria trabalho é uma categoria importante por exercer uma determinação direta no processo saúde/doença/atenção das pessoas. O modo de produção capitalista impõe ao trabalhador condições que fomentam as desigualdades em saúde. Colaboram para isso a informalidade, a jornada de trabalho, a remuneração, entre outros fatores, demonstrando que essa categoria vai além da exposição a riscos (químicos, físicos ou biológicos), mas também a traumas sociais e psicológicos (GONZALÉZ, HARTMAN, CUAPIO, 2010). Um pequeno recorte desta categoria foi realizado no sentido de evidenciar as situações mais recorrentes, relacionadas à experiência com os medicamentos, observadas na sequência.

As altas jornadas de trabalho e a precarização do vínculo e do salário fazem com que a prioridade seja produzir mais, como no caso do sujeito M019-K que alterna jornadas de trabalho de 24h consecutivas, na rua, trabalhando com taxi, e o medicamento que fica na mochila, às vezes, esquecido.

então, tem horas que você não pode parar, aí você esquece, acaba passando, mais não afeta muito a cabeça não, no dia seguinte o cara já começa a tomar de novo (M019-K).

Outras vezes, a jornada é dupla, principalmente para as mulheres, que além do trabalho externo, também acumulam o trabalho doméstico em casa como observado a seguir:

como eu te falei pra ti, de manhã pra mim é corrido. Até umas 10h, como eu faço esse almoço eu, faço almoço pra casa junto, e faço pra creche então, de manhã pra mim é de 6 e meia até 10h, sabe aquela coisa. Aí tem outro sistema, agora eu vou parar e tomar meu remédio, entende é coisa assim (F044-L).

A experiência com o medicamento aponta para a necessidade de mudança na rotina, criando um “outro sistema” para seguir seu tratamento. O trabalho determina a possibilidade de se cuidar, inclusive justificando uma não adesão e, talvez, escondendo um possível esquema terapêutico não adequado, como observado abaixo:

Quando eu vejo que eu tô, que vai me dar um sono, que eu não vou dar conta do serviço eu paro, um ou dois remédios da pressão eu paro, porque depois me dá aquela soneira, daí depois não tem como trabalhar, eu tenho medo, né. [...] é porque se fosse em casa eu me jogava na cama (F057-D).

O modelo global de produção criou historicamente a ideia que o trabalho não pode parar, não havendo mais espaço para o lazer e o descanso, pois o homem deve estar sempre produzindo para não gerar um sentimento de culpa (LUZ, 2010). Neste sentido observou-se que o trabalhador diabético foi submetido à intensificação do trabalho, conseqüentemente marginalizou seu processo de cuidado. Assim, o serviço farmacêutico deve atender o trabalhador considerando as condições impostas pelo trabalho que desenvolve, que inclui desde opções de horários contra-turno para atendimento farmacêutico, bem como as orientações adaptadas as suas rotinas e condições de trabalho. Entender esse processo permite a proposição de um regime terapêutico exequível com as necessidades dos sujeitos, possibilitando maior efetividade no tratamento.

A experiência com medicamentos no contexto familiar

O cuidado em saúde não se desenvolve apenas no contexto dos serviços de saúde, mas também em micro-grupos, entre os quais a família tem papel central. A cultura relacionada ao processo

saúde/doença/atenção relacionada à família é determinante na forma como seus membros veem, e interpretam o cuidado do diabetes mellitus, ou como agem nesse cuidado, inclusive na adesão aos tratamentos prescritos pelos serviços, que incluem a utilização de medicamentos (GUTIERREZ, MINAYO, 2010; MENENDEZ, 2003). Esse processo se constrói historicamente e é determinado por diferentes fatores externos ao contexto familiar, mas que se materializa na família. Diante desse contexto, podem-se observar diferentes experiências com medicamentos, nas quais a família se apresentou como determinante neste processo.

A automedicação, que é parte da autoatenção, está marcada na família como forma de ela procurar opções que deem melhores resultados no controle do diabetes mellitus, o que implica troca de informações, orientações, medicamentos e insumos. O processo é influenciado pelo acesso e resolubilidade dos serviços de saúde, o qual, muitas vezes, leva o sujeito a se automedicar. Assim, é recorrente observar um aparelho para glicemia capilar sendo utilizado por familiares mesmo não sendo diabéticos, bem como a troca de receitas culinárias e informações sobre medicamentos, como foi observado na seguinte fala.

Que a minha mãe tomava um (analgésico, não lembra qual), eu andei tomando também, e aquele, graças a Deus, não tem problema com a diabetes nada. Aí eu disse, ó mãe deixa, aí vou tomar o meu (sulfato de glicosamina). Nunca olhei a bula, aí minha nora, muito curiosa, né... pegou a bula pra ler, ô sogra não pode tomar ele contém, pra diabetes não dá pra tomar, aí foi onde eu parei (F044-L).

Nessa situação, observou-se a utilização de um analgésico pela mãe, também diabética, e que a filha passou a se automedicar, para alívio de suas dores, com esse medicamento. E somente quando a filha resolve voltar a utilizar o medicamento prescrito para ela, a nora lê a bula e percebe que é contraindicado para pessoas com diabetes mellitus, o que fez o sujeito deixar de tomar. A automedicação e a informação foram observadas juntas, pois se manifestaram de forma complementar. A primeira para atingir a um objetivo que era o alívio da dor, e a segunda para lembrar a outra condição patológica que é o diabetes mellitus, levando ao sentido de que, seja por meio de automedicação ou prescrição formal, o objetivo é a melhoria da saúde de forma integral.

Ainda relacionada à situação anterior, o sulfato de glicosamina, foi acessado via judicial, com a justificativa de que o sujeito não poderia utilizar outro tipo de analgésico ou anti-inflamatório.

...nós tivemos audiência tudo, o médico teve que comparecer na audiência, que se ele não comparecesse ele receberia um salário mínimo, que tinha que pagar sabe, até o dr. xxx então ele disse, então ele conversando com o pessoal lá, pra eles concordar pra mim receber esse remédio. Ele disse, ela não pode tomar mais um anti-inflamatório e nem o analgésico, porque, porque o analgésico ataca o rim, qualquer tipo de analgésico, ah... o fígado o analgésico, e o anti-inflamatório ataca o rim. Foi uma coisa assim que eles logo aceitaram em dar o remédio, só que nessa época eu não tinha diabete (F044-L).

Após a descoberta pela nora que “não dá pra tomar” o sulfato de glicosamina, o sujeito ficou em um dilema, pois, para aliviar suas dores, o seu medicamento não era mais indicado devido ao diabetes mellitus, voltar ao analgésico e anti-inflamatório poderia “atacar” o fígado ou o rim. Nesse momento, o serviço farmacêutico deve interagir a partir da experiência com medicamentos, buscando junto com a equipe de saúde soluções efetivas no alívio da dor, de forma segura, inclusive em relação ao diabetes mellitus.

A hereditariedade do diabetes mellitus é uma de suas características mais conhecidas. As pessoas com diabéticos na família têm a percepção que em algum momento também podem vir a ter. E a presença de diferentes membros, da mesma família, com diabetes mellitus desenvolve um sentido de preocupação com o outro, porém há uma independência e diferenças no cuidado. O fato de as entrevistas terem sido gravadas em meados de dezembro também trouxe, em alguns momentos, as festas de final de ano como um momento difícil para a pessoa diabética, por ser um momento no qual se fomentam os excessos alimentares como representação de união familiar.

Eu não sei como foi ter isso, mas também ela não se cuida muito, né, refrigerante. Hoje eu só tomo água na hora do almoço sabe, e de repente a gente vai tomar alguma coisa, uma coisa de coca cola, essas coisaradas, é fogo! Agora, no final do ano, a família vai se reunir agora, no final de semana e sempre tem algum refrigerante, cerveja e coisa. A gente foi descobrindo, né, a minha irmã está na insulina, mas também não se cuida muito, né! Toma insulina, daí come outro negócio, aí, o diabete dela não tem controle, tá 300 e pouco 400 (M009-F).

Em algumas situações, apesar da convivência familiar, a independência no cuidado também é observada nas estratégias para utilização de medicamentos, em que cada membro guarda seus medicamentos separadamente. Além do sentido de não misturar os

medicamentos, esse processo também está associado à rotina de cada um na casa. Mas não se restringe ao armazenamento; a utilização e as estratégias para lembrar o medicamento também podem ser diferentes.

não, não botei segredo ainda não. O meu esposo bota o relógio para despertar pra não esquecer da hora. Então, quando chega aquela hora, o relógio desperta e ele toma o remédio, e eu vou na coragem (F056-I).

A dinâmica familiar é complexa, além das relações entre os membros da família, as atitudes e os valores individuais são condicionados às relações sociais externas. E a mesma situação revela diferentes experiências com os medicamentos, dependendo do membro familiar.

Ele vai se matar aquele lá (o marido), porque ele toma metformina, toma insulina, bebe cachaça e bebe cerveja em cima. Domingo de manhã ele tomou café, tomou o comprimido de metformina, foi lá no banheiro, nem sei quanto ele toma de insulina, foi lá tomou insulina. Depois ele saiu fazer compra e ó ... depois fica, né, sabe não dá pra fazer isso. Aí depois ele bebeu mais, daí chegou de noite ele tava agonizado, aí ele se joga pra um lado, se joga pra outro (F057-D).

A relação álcool/medicamento/saúde foi observada no contexto familiar, onde os prejuízos com a saúde podem ser maiores se associar a bebida com o medicamento, o que revelou um sinal de preocupação para o sujeito.

Uma prática comum na autoatenção entre os diabéticos, inclusive no contexto familiar, é a utilização de práticas não hegemônicas como a utilização de plantas medicinais. As informações, habitualmente, circulam entre as pessoas que a reproduzem dentro do ambiente familiar como se pode observar na fala a seguir.

Eu tomo chá de folha de carambola, muito boa, chegou a baixar uma vez para 68, daí agora eu tomo menos, né. Tomo uma vez, duas por semana assim, controladinho. É bem bom o chá da folha da carambola. Muito bom, não me lembro quem me ensinou mais, muito bom mesmo. Até não dou muito pra minha mãe porque ela também, ela deve estar nos 200 a mãe. Eu não dou muito porque senão tenho medo que baixe muito. Eu e a mãe temo lá em casa, é coisa boa mesmo,[...] Até comprei uma mudinha da planta, já tenho uma arvorezinha lá em casa, da carambola, muito boa, daqui uns dias já comemos até a fruta (M003-H).

Pode-se observar na fala que o mesmo significado dado ao medicamento industrializado é reproduzido ao chá, inclusive os cuidados na posologia e com os riscos de hipoglicemia, fazendo com que a conduta seja diferente entre o sujeito e sua mãe.

A autoatenção, principalmente a concentrada no âmbito familiar, confere à mulher um papel central, seja como mãe, sogra, nora ou esposa. Seu papel é discutido, em diversos textos, como principal cuidadora na família. Esse papel, construído historicamente, faz com que ela se torne um sujeito determinante no enfrentamento do processo saúde/doença/atenção (GUTIERREZ, MINAYO, 2010; MENENDEZ, 2003).

O reconhecimento da autoatenção no contexto familiar pelos serviços farmacêuticos é fundamental para a compreensão da experiência com os medicamentos, que vão refletir nas necessidades de orientação e na busca da melhoria da qualidade de vida, não apenas individual, mas também no grupo familiar.

A família é um componente central na identificação de vínculos e redes sociais dos sujeitos. A partir dela, os serviços podem identificar cuidadores e pessoas influentes nas decisões sobre o tratamento dos sujeitos, que devem ser consideradas e, muitas vezes, inseridas no processo de cuidado para obtenção de melhores resultados em saúde.

As experiências com medicamentos, vinculadas ao serviço de saúde

O serviço de saúde formal é mais um elemento determinante na experiência com medicamentos. A APS deve ser o eixo central de qualquer sistema de saúde, atuando como sua principal porta de entrada. Deve ser resolutiva e coordenar o cuidado de forma longitudinal a todas as pessoas adscritas ao seu território por meio da vigilância em saúde, oferta de serviços e promoção da saúde. Os serviços farmacêuticos devem atuar de forma integrada a APS, envolvendo desde a oferta, a dispensação e o acompanhamento da utilização dos medicamentos até as demais atividades desenvolvidas pelos serviços médicos e de enfermagem (STARFIELD, 2004; GUIDONI, OLIVEIRA, FREITAS e PEREIRA, 2009).

As informações e as condutas dos serviços de saúde em APS produzem experiências positivas ou negativas com os medicamentos, que refletem diretamente nos resultados em saúde. Embora tenha um impacto forte no processo de cuidado, os serviços de saúde formal compõem as diferentes práticas de autoatenção associadas às outras relações sociais como família e trabalho.

Uma das principais ações na APS é a vigilância em saúde, realizada a partir do cadastramento dos usuários e do acompanhamento ao longo do tempo dos determinantes e condicionantes do processo saúde/doença naquele território. Também podem ser ofertados serviços de educação em saúde, fundamentais na monitoração do diabetes mellitus, como se observou.

Eu vim numa reunião que tinha aqui de tarde, aqui na, pra medir a diabete, fazer o testinho do dedo, do sangue e a pressão (F047-J).

Além do sentido de vigilância em saúde, as práticas educativas também colaboram na utilização correta dos medicamentos.

eu mesma, eu tenho um folha... eu não sei onde que eu ganhei, o folheto com o lugar certo de aplicar. Tem uma imagem assim, mostrando os braços, a perna, aqui, aqui, até aqui eu faço(F062-B).

Esse pode ser o primeiro passo, mas as práticas educativas em saúde devem ser mais abrangentes, no sentido de promover saúde, discutindo, inclusive, a incorporação de novas tecnologias como a glicemia capilar e os dispositivos para aplicação de insulina, compreendendo o direito à universalidade e integralidade em saúde, refletindo a segurança e a eficácia das tecnologias disponíveis, incluindo a organização dos serviços.

O serviço farmacêutico, como integrante da APS, produz experiências com medicamentos que compreendem a organização dos serviços, como observado nas duas falas a seguir.

Porque é direto, né, eu não paro, já é aquela quantidade que eu pego para o mês todo. Eu pego para trinta dia,s né. Eles dão a quantidade para trinta dias. Não, não paro, eu tô tomando direto (F047-J).

Eu pego aqui, e tem o do colesterol que eu pego na universidade. É do alto custo, não é desse... que tem (F056-I).

A compreensão da organização dos serviços é fundamental na constituição da experiência com os medicamentos, por ser um referencial para o sujeito sobre a disponibilidade dos medicamentos e as formas de acesso. Por isso, a coerência e a integração entre os diversos componentes da assistência farmacêutica são fundamentais para a constituição de uma linha de cuidado para cada usuário, compreendendo todos os níveis e serviços de atenção, até porque o sujeito utiliza

diferentes serviços construindo um itinerário terapêutico específico, como observado na fala a seguir.

Olha eu fiz o tratamento, né. No início até o dr. xxxx, não daqui, um médico particular, passou a metformina 500 com a glimepirida 3 mg, consegui tudo, só que agora não tomo mais a glimepirida, só a metformina. [...] A glimepirida eu comprava porque o posto não fornece, a metformina eu pego no posto. Só que a dificuldade daqui é a seguinte, eu tomava a de 500, e como aqui não tem a de 500, eu tinha que solicita lá na XXX(cidade vizinha), aí eu comecei a tomar a de 850, aí a médica aqui a..., Dra xxxx, em vez de tomar 3 vezes ao dia, ela passou, a dosagem aumento, ela passou pra 850 duas vezes ao dia (M019-K).

O entendimento sobre o itinerário terapêutico é fundamental na organização dos serviços farmacêuticos, pois estes podem gerar diferentes demandas, como a solicitação de um medicamento que não compõe o elenco daquele serviço, podendo exportar ou importar usuários para serviços de outros municípios. Quando a APS assume seu papel de coordenadora do cuidado, pode trabalhar tecnologias para adequar o tratamento com os medicamentos disponíveis à necessidade de saúde do usuário. O centro da comunicação é outra característica que deve ser assumida pela APS, inclusive para esclarecer os serviços por meio de referência e contrarreferência, bem como orientar os sujeitos e familiares, considerando a utilização dos diferentes serviços como exposto na fala a seguir.

Acho que só os dias, que eu fiquei internada mesmo eu acho que não aplicaram (a insulina) em mim, não sei se eu tomei no hospital, nem perguntei. [...]. Eu fiquei mais de 17 dias internada, minha filha andou comprando por aí, nem sei em qual farmácia foi comprar. Tô pegando aqui no posto, com a receita aí pra pegar (F062-B).

A coordenação do cuidado e o centro das comunicações devem ser desenvolvidos em equipe. O compartilhamento das informações entre usuário e serviço é fundamental para a compreensão sobre mudanças terapêuticas. Dessa forma, apontou-se outra característica da APS, que é a corresponsabilização, em que o sujeito e a equipe de saúde compartilham as responsabilidades sobre o cuidado, inclusive no tratamento.

Só o comprimido, até vou conversar com o dr xxxx hoje, pra ver o que ele, que a gente vai conversar, porque ele pediu mais exames pra ver como que está, né. Provavelmente, eu acho que esse comprimido não está ajudando muito. Ele ajuda assim, eu tomo antes do almoço, aí de tarde ele dá uma boa baixada,

mais aí, no outro dia de manhã, quando eu tenho que fazer o teste em jejum de novo, ela ta alta (F064-A).

Esse serviço compartilhado, reconhecendo que o processo saúde/doença/atenção vai além da prática prescritiva dos profissionais de saúde, mas também incorpora a experiência dos sujeitos neste processo, é fundamental para a resolubilidade dos serviços. Principalmente em diabetes mellitus, o incentivo a práticas de autocuidado é fundamental no tratamento, indo desde a autoadministração dos medicamentos, inclusive a insulina, os cuidados sobre a conservação e os efeitos dos mesmos, até a monitoração dos níveis glicêmicos. É essa monitoração que, atualmente, faz com que as pessoas, com acesso a este serviço, tenham maior controle e visualizem melhor o diabetes mellitus, que continua sendo uma doença silenciosa, mas não mais invisível.

Experiências pessoais com medicamentos

Essa categoria discute a relação particular entre os sujeitos e suas experiências pessoais com os medicamentos, que se constitui uma dimensão importante das representações sociais (MARTINI, FUREGATO, 2008). De forma mais ou menos condicionada pela coletividade, a utilização dos medicamentos cria ações pessoais que devem ser reconhecidas pelo profissional de forma a atender as necessidades de saúde daquele usuário. Nesta categoria analisou-se efeitos, ações e atitudes relacionadas a experiência com medicamentos que não se incluíram nas categorias anteriores, mas que por serem convergente entre diferentes sujeitos, julgou-se relevante ao trabalho.

Essas ações, muitas vezes, apresentam diversos comportamentos como os relacionados aos efeitos indesejáveis dos medicamentos.

É muito difícil!... é muito difícil... engasga, principalmente aquele grande. Um comprimido assim grande, engasga assim, fica engalhado.... mas, fazer o quê. A gente é obrigada a tomar, né, a gente toma, né! Mas que é difícil é (F056-I).

Neste caso, a metformina, devido ao tamanho de seu comprimido, já causa dificuldades logo ao tomar. Os problemas gastrointestinais, ocasionados pelos medicamentos, também são relatados com frequência, e esse é um fato que reflete a frequente utilização de medicamentos inibidores da bomba de prótons, como o omeprazol, pois não se pode deixar de utilizar os medicamentos de uso contínuo como é o caso dos antidiabéticos orais.

Eu acho que tomo porque tem que tomar, né. Porque é muito medicamento que eu tomo, muito, muito mesmo... meu Deus do céu. Aí o estômago reclama.. (risos)! (F057-D).

Nessa situação, o sujeito apresentou um tom descontraido ao tocar nesse assunto, mas, em outros casos, esses efeitos geram tensão e rejeição dos usuários quanto ao uso dos medicamentos. Em todas essas situações é fundamental que os serviços se mantenham presentes, de forma orientar cuidados na redução dos efeitos indesejados, e o acompanhamento longitudinal é uma importante estratégia para observar a evolução das reações adversas.

De lá pra cá eu comecei a tomar remédio, inclusive o remédio que eu tomei aí, no começo me deu... ficou meio complicado e coisa, aí diminuiu a dose e foi acostumando com o remédio, é o metformin, então esse remédio aí no começo me deu (M009-F).

Os efeitos gastrointestinais da metformina são comumente relatados, gerando experiências negativas com os medicamentos. Um destes possíveis efeitos é a diarreia, que geralmente causa transtornos relacionados ao ambiente de trabalho e à vida social, mas, por outro lado, também pode remeter a experiências positivas.

O (medicamento) da diabete até eu gosto, porque eu era bem mais gorda, né, e daí assim, pra mim ele é ótimo, porque elimina tudo. De manhã eu faço bastante, tenho diarreia, mas pra mim é bom porque o que eu como durante o dia, no outro dia eu elimino, entendesse? (F036-E).

A preocupação com o corpo e os padrões de beleza, que impõe o culto à magreza, é amplamente debatida na grande mídia, amparados, por um lado pelas empresas de alimentos como os fast food, refrigerantes entre outros e, por outro lado pelo complexo industrial da beleza, incluindo o complexo médico industrial, que promete, por meio de cirurgias e medicamentos, o ‘corpo perfeito’, dentro dos padrões estéticos culturalmente aceitos pela sociedade (ALVES, 2009). Essa condição fez com que, em sua concepção, uma reação adversa deixasse de ser uma experiência negativa passando a positiva.

Embora o medicamento seja a estratégia terapêutica mais utilizada e reconhecida pelos sujeitos como importante em seu processo saúde/doença/atenção, as experiências com os medicamentos apontaram para a apreensão quanto aos efeitos dos medicamentos. A preocupação

com a perda da efetividade dos medicamentos, gerando um aumento de dose, leva os sujeitos a preocupações com os possíveis riscos.

pra ser sincero pra ti, eu não sou muito chegado a medicamento, porque medicamento é o seguinte, você começa a tomar, tomar, daqui a pouco o teu organismo já não aceita mais ele, já não passa a valer mais nada. Você vai pra um mais forte, e aí vai crescendo, mais forte, mais forte, mais forte. Eu não sou contra, se tivesse outro tipo de medicamento, sem afetar muito o organismo, seria melhor (M019-K).

Além dos efeitos indesejáveis, outro conjunto de fatores, associados à experiência individual com os medicamentos, está relacionado com a rotina dos sujeitos. O uso contínuo dos medicamentos remete ao desenvolvimento de ações diárias em função do tratamento.

Porque, todo dia, o medicamento, como eu te disse, fica na minha gaveta, perto de mim. É a primeira coisa que eu faço de manhã, vou lá lavo o rosto, lavo a mão, aí venho medir isso aqui, porque eu marco num papel, tenho marcado tudo direitinho no papel que eu trago, então a primeira coisa que eu faço é isso, eu furo o dedo, medi, guardou, medicamento: 1, 2, 3, 4, 5, eu vou lá na pia pego o copo em jejum já. Já tomo em jejum pra não esquecer. Isso aí é sagrado, é sagrado, é uma sina. De manhã, já levanto, e tá na cabeça, tomar o remédio, não de brincadeira, e não posso esquecer mesmo, né (M002-C).

O estabelecimento de uma rotina diária faz parte das principais orientações, no serviço farmacêutico, como estratégia para melhorar a adesão ao tratamento. Alguns sujeitos incorporam as tomadas de medicamentos em seu dia a dia, trazendo a relação entre as dificuldades e as necessidades no processo de uso dos medicamentos. A fala anterior, que apresenta um sujeito assíduo, mas que, ao ter seu último resultado de hemoglobina glicada em 2010 acima do normal, aponta para o serviço a necessidade de aprofundamento na investigação clínica, para que se possam identificar os fatores que levam ao não controle glicêmico, já descartando a assiduidade na retirada de medicamentos e o entendimento sobre o uso dos medicamentos.

Outro fator amplamente observado diz respeito aos horários das tomadas dos medicamentos. O seguimento dos horários está mais relacionado às rotinas diárias do que ao “horário do relógio”. Observou-se um papel importante do café da manhã na utilização dos medicamentos, concentrando a maioria dos medicamentos antes ou depois do mesmo, sendo este o horário com menor esquecimento. Diversos sujeitos informaram que não receberam instrução quanto a

horário para tomada dos medicamentos, apenas quanto ao número de vezes ao dia.

E da pressão eu tomo também de manhã e à noite que é de 12 em 12 horas, daí depende o horário que eu tomo, se eu tomo às 8 vai dar 8h horas da noite, se eu tomo às 9, 9 horas da noite (F036-E).

Ressalta-se aqui o seguimento do intervalo de tempo entre as doses apenas durante o dia, não remetendo à continuidade e a relação entre o horário entre um dia e outro. Faz parte do processo de autoatenção e de autonomia dos sujeitos definir o melhor horário para a tomada de seus medicamentos, e é papel dos profissionais de saúde observar os impactos na adesão de suas intervenções. Isso inclui as situações complexas, quando são utilizados muitos medicamentos durante o dia, divididos em várias tomadas.

Em casa eu tomo 6h da manhã, eu tomo 2 comprimidos, um da pressão e o outro do coração, né. Depois eu tomo mais dois... antes de tomar o café, entendesse, eu tomo mais dois. Aí depois do almoço eu tomo mais dois do diabete também, um da diabete e o AAS junto, meio dia, depois eu tomo, às 6h eu tomo mais um da pressão, mais outros comprimidos que deve ser da pressão, que eu tomo às 6h. Depois, eu vou tomar só depois, depois do jantar, eu tomo um do diabete e outro pequenininho vermelhinho, que me deram pra mim tomar. Eu tomava mais, mas daí passou a coisa aqui e tirou, tirou 4 comprimidos pra mim. Trocou os comprimidos pra injeção (M010-G).

A polimedicação faz com que os sujeitos mantenham os medicamentos presentes na rotina diária, em diversos momentos. Esse é um fator complicador, aumentando o risco de esquecimento, troca de medicamentos e, até mesmo, utilizar medicamentos sem saber exatamente o que é, qual a indicação. Por outro lado, ressalta-se a importância da monitoração dos níveis glicêmicos para possíveis ajustes no regime terapêutico, de forma a atender a demanda de redução de medicamentos pelo usuário e a necessidade de manutenção dos parâmetros bioquímicos desejáveis.

Ao propor alguma intervenção farmacêutica, o profissional deve estar ciente das experiências individuais com os medicamentos e das rotinas diárias, buscando melhores estratégias para a promoção do uso racional de medicamentos. Entre essas estratégias, a definição, junto com o sujeito, dos melhores horários e da frequência, de forma a adaptarem-se às rotinas diárias, torna-se um importante espaço a ser explorado pelos serviços farmacêuticos (CORRER, 2008).

CONCLUSÃO

A experiência de diabéticos com medicamentos não deve ser compreendida a partir de uma relação direta e restrita entre sujeito e objeto. Essa relação é complexa e produz representações sociais determinadas no cotidiano do trabalho, da família, dos serviços e das mais diversas possibilidades de interação entre o sujeito e o mundo capitalista e globalizado no qual se vive. E o medicamento, visto como um símbolo importante no processo saúde/doença/atenção, que representa um estado de adoecimento, agravamento ou de saúde, bem como de medo e esperança, é uma ferramenta do cuidado profissional e de autonomia dos usuários. Os caminhos do pensamento trilhados a partir da experiência com medicamentos apontam para a aceitação, não voluntária, mas por necessidade, desta tecnologia em saúde.

De maneira geral, pode-se observar que o uso do medicamento é adaptado às atividades de vida do sujeito, que contempla o trabalho, família e outras relações sociais, que não podem ser ignoradas ao se estabelecer o uso de algum medicamento, pois este será incluído na rotina do sujeito, o qual terá sua vida estabelecida em função do medicamento.

Assim, os serviços de saúde devem reconhecer a complexidade e a diversidade da relação dos sujeitos com o medicamento, de modo a ofertar serviços relacionados a este objeto carregado de simbologia, ciente de que o processo saúde/doença/atenção, principalmente em APS, é regulado pelos sujeitos por meio da autoatenção. A autoatenção é construída a partir das relações humanas, no âmbito das individualidades e das coletividades e suas relações no trabalho, na família e nos serviços. O serviço farmacêutico em APS deve assumir, em conjunto com a equipe, seu papel central no cuidado, contemplando a experiência com os medicamentos para compor, de forma compartilhada, estratégias para o melhor tratamento, fundamentado no processo histórico da construção desta experiência e nos fatores que a determina no presente. Deve, ainda, dessa forma, superar a tendência impositiva e prescritiva ainda hegemônica dos profissionais de saúde, pois, ao final, é o sujeito que decide, de acordo com suas experiências, sobre seu processo saúde/doença/atenção.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. *et. al.* **Cultura e imagem corporal.** *Motri.* [online]. jan. 2009, vol.5, no.1 [citado 26 Janeiro 2012], p.1-20. Disponível na World Wide Web:

<http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2009000100002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1646-107X.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME.** 7 ed. Brasília:Athalaia. 2010. 249p. (c)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica n. 16:** Diabetes. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **A Experiência do Paciente com a Medicação.** Tradução de Willaine Costa e revisão de Cassyano J. Correr. Curitiba, 2004, 11 p. Título original: Pharmaceutical Care Practice. The Clinician's Guide, 2 ed. New York: McGraw-Hill, 2004, p. 102-117.

CHEMELLO, C. **Atención Farmacéutica al paciente con Insuficiencia Renal Crónica: Seguimiento Farmacoterapéutico y Farmacogenética.** 2011. 208p. Tese (Doutorado). Facultad de Farmacia, Universidad de Granada. Disponível em: <<http://hera.ugr.es/tesisugr/1966428x.pdf>>. Acesso em 12 maio 2012.

CORRER, C. J. **Efeito de um Programa de Seguimento Farmacoterapéutico em Pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2 em Farmácias Comunitárias.** 2008. 213p. Tese (Doutorado – área de concentração em ciências da saúde). Pós-graduação em Medicina Interna e Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

DIEHL, E. E.; GRASSI, F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guarani do litoral de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, Aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000800009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000800009>.

FLORIANO, P. de J.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000300002>.

GONZÁLEZ, S. T.; HARTMAN, C. E.; CUAPIO, I. C. El papel del trabajo en la determinación de las desigualdades en salud: reflexión crítica sobre el informe de la Comisión de Conocimiento sobre las Condiciones de Empleo de la Organización Mundial de la Salud (Employment Conditions Knowledge Network). In. Nogueira, R. P. (org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.37-59.

GUIDONI, C. M.; OLIVEIRA, C. M. X.; FREITAS, O. de; PEREIRA, L. R. L. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Braz. J. Pharm. Sci.??**, São Paulo, v. 45, n. 1, Mar. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502009000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-82502009000100005>.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. de S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700062&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700062>.

IVAMA, A. M. *et al.* **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24 p.

LAGE, E. A.; FREITAS, M. I. de F.; ACURCIO, F. de A. Informação sobre medicamentos na imprensa: uma contribuição para o uso racional?. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500016>.

LEFEVRE, F. A função simbólica dos medicamentos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 17, n. 6, Dec. 1983. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101983000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101983000600007>.

LUZ, M. T. Ordem social do trabalho. In: Nogueira, R. P. (org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.126-134.

MARTINI, J. G.; FUREGATO, A. R. F. Representações sociais de professores sobre o uso de drogas em uma escola de ensino básico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. spe, Aug. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000700016&lng=en&nrm=iso>. access on 26 jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000700016>.

MENENDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 27 ed. Petrópolis: Vozes, 2008. 108 p.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

NEITHERCOTT, T. 2012 Consumer Guide. **Diabetes Forecast: The health living magazine**. American Diabetes Association. Disponível em: <http://forecast.diabetes.org/magazine/features/2012-consumer-guide/?loc=Homepage_DFTabArticle-ReadMore_jan2012>. Acesso em: 23 jan. 2012.

SANTOS, R.I; FARIAS, M.R. Conflitos bioéticos e as políticas para acesso aos medicamentos. In: CAPONI, S.; VERDI, M.; BRZOZOWSKI, F.S.; HELLMANN, F.(Orgs.) **Medicalização da vida:**

ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Palhoça: UNISUL, 2010, pp. 278-289.

SHOEMAKER, S. J.; OLIVEIRA, D. R. de. Understanding the meaning of medications for patients: the medication experience. *Pharm. World Sci.* 30(1):86-91. Jan. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2082655/?tool=pubmed>>. Acesso em: 23 jan. 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF:UNESCO, Brasil, MS, 723 p.

WHO, World Health Organization. **Diabetes Programme**. Disponível em: <<http://www.who.int/diabetes/en/>>. Acesso em: 23 jan. de 2012

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diabetes mellitus exige dos serviços de saúde um amplo portfólio de serviços para que possa atender, de forma efetiva e integral, as pessoas portadoras desta condição. Entre os serviços a serem ofertados estão os farmacêuticos, que na atenção primária à saúde devem ir além da dimensão gerencial para a disponibilização de medicamentos. Esses serviços devem ser centrados nas pessoas e, para tanto, é necessário localizá-las, caracterizá-las e conhecê-las, inclusive com relação às suas experiências com os medicamentos.

Os serviços de informação em saúde têm um papel fundamental neste processo, pois é a partir dos dados gerados por eles que se obtêm informações importantes para o planejamento e a oferta dos serviços. Observou-se uma subnotificação dos serviços HIPERDIA, SIAB e PDCS em relação aos diabéticos que utilizaram algum serviço do CS, no ano de 2010. Esse fator aponta para a necessidade de qualificação na alimentação dos dados.

Os serviços farmacêuticos se apresentaram como uma fonte importante de dados sobre os diabéticos usuários dos serviços de saúde do CS. Os dados gerados pelos serviços farmacêuticos são pouco explorados como fonte de informações para a atenção à saúde. Os dados obtidos a partir dos serviços farmacêuticos melhor representaram o universo de diabéticos no ano de 2010 daquele CS, caracterizando-se como um sistema robusto e de fácil manejo, tendo em vista que o ato de registrar as informações sobre a dispensação de medicamentos já está incorporado na rotina da maioria das farmácias. Os dados da farmácia podem produzir informações importantes para a vigilância à saúde tanto quanto para o planejamento dos serviços da rede de atenção à saúde.

Os sistemas de informação em saúde, principalmente os relacionados aos medicamentos, são fatores importantes na experiência com medicamentos por indicarem a relação de quantos são os usuários adscritos àquele serviço e quais usam medicamentos.

Os parâmetros sociodemográficos, clínicos associadas às características farmacoterapêuticas apontaram para uma diversidade nos usuários dos serviços farmacêuticos na APS. A predominância de diabéticos idosos e com baixa escolaridade remetem a uma maior dependência das informações e dos cuidados ofertados pelo serviço farmacêutico para a compreensão e o uso dos medicamentos. O diabetes mellitus não se apresentou como uma doença isolada, a maioria das vezes está associada a uma comorbidade. Esse fator reflete em esquemas terapêuticos complexos e em usuários polimedicados.

Os serviços farmacêuticos na APS devem ser organizados de forma a atender as necessidades de saúde em suas diferentes manifestações. Os princípios da APS de longitudinalidade, vínculo e vigilância à saúde são fundamentais para a organização dos serviços farmacêuticos. Dessa forma permite-se reconhecer as características de um determinado grupo populacional propondo um serviço articulado na rede de atenção à saúde, a partir da APS. Reconhece-se esse processo como complexo, devendo os serviços transcender suas individualidades para promover a saúde com foco no usuário e na comunidade.

O relato do usuário sobre suas experiências com medicamentos é essencial para se desenvolver serviços de qualidade no complexo processo saúde/doença/atenção que envolve a pessoa diabética. O usuário deve ser visto integralmente, pois ele não segmenta suas experiências em função de um ou outro medicamento. A experiência com medicamentos envolve representações sociais individuais e coletivas. O medicamento é um importante símbolo em saúde, dando materialidade e sentido a uma condição muitas vezes abstrata, como é o diabetes mellitus.

A mídia, a espiritualidade, o consumo de álcool, as condições de trabalho, a renda, a família, a troca de saberes, os serviços de saúde são fatores que determinam socialmente a experiência com medicamentos em função da sociedade capitalista global atual.

Sentimentos de medo, revolta e obrigação foram permanentemente observados principalmente relacionados com a insulina. Os efeitos dos medicamentos no corpo produzem experiências positivas e negativas, mas que, em consenso, seria melhor se não houvesse necessidade de utilizá-los.

Todos esses processos estão vinculados à autonomia dos sujeitos em definir as melhores estratégias para atender suas necessidades em saúde, desenvolvendo um processo de autoatenção, no qual se utiliza dos conhecimentos biomédicos hegemônicos, mas também de práticas populares e de saberes compartilhados. Esses fatores levam o sujeito a estabelecer suas rotinas, seus itinerários terapêuticos e suas estratégias de cuidado.

Os serviços farmacêuticos devem estar prontos para compreender, junto com os usuários, suas experiências com medicamentos, reconhecendo estas como fenômenos amplos, determinados socialmente, mas que seguem suas particularidades em cada indivíduo. Os serviços farmacêuticos envolvem diferentes tecnologias de saúde, sendo que, as relacionadas ao uso de medicamentos, devem ser desenvolvidas conjuntamente com os demais

serviços de APS. Desta forma, os serviços farmacêuticos devem contribuir, por meio de informações em saúde, relacionadas à utilização dos serviços de saúde e à farmacoterapia, estabelecendo vínculo e se corresponsabilizando pelo cuidado, ao acompanhar longitudinalmente os usuários de forma sistemática, a fim de estabelecer as melhores condições para uma farmacoterapia segura e efetiva, respeitando suas complexas características e experiências.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, T. de O. S.; NASCIMENTO, M. A. A. do. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, Sept. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000031>.

ALVES, D., et al. Cultura e imagem corporal. **Motri**. [online]. jan. 2009, vol.5, no.1 [citado 26 Janeiro 2012], p.1-20. Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2009000100002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1646-107X.

ARAUJO, A. da L. A. de et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000700010>.

ARAUJO, A. L. A.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Assistência Farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Revista de Ciências Farmacêutica Básica e Aplicada**, v.26, n. p.87-92, 2005. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/404/388>. Acesso em: 10 jan. 2012.

BASTOS JR, M. J. e KAWASE, P. R.(Org.). **Plano Municipal de Saúde 2007-2010**. Florianópolis: 2007. 100 p. Disponível em: <http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/23_10_2009_8.56.05.507300075b626a567d3a21d38c5c49c7.pdf>. Acesso em: 08 maio 2010.

BITTAR, T. O.; MENEGHIM, M. C.; MIALHE, F. L.; PEREIRA, A. C.; FORNAZARI, D. H. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. **RFO** (online), v. 14, n. 1, p. 77-81, janeiro/abril 2009. Disponível em: http://www.upf.br/download/editora/revistas/rfo/14-01/77_81.pdf

BRANCHTEIN, L.; MATOS, M. C. G. Antidiabéticos, cap. 63, p.832-844. In. Fuchs, F. D.; Wannmacher, L.; Ferreira, M. B. C.

Farmacologia Clínica: fundamentos da terapêutica Racional, 3 ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. 2004

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 1996, vol.12, n.2, pp. 267-270. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1996000200016>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília. DF. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2488_21-out-11_politica_atencao.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2012. (a)

BRASIL. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília. DF. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 25 jan. 2012. (b)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados Estatísticos**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29793&janela=1>. Acesso em: 07 maio 2010. (a)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Atenção ao Diabetes no SUS**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29794&janela=1>. Acesso em: 08 maio 2010. (b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME**. 7 ed. Brasília: Athalaia. 2010. 249p. (c)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.217, de 28 de dezembro de 2010. DF. 2010. Disponível em: <

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_MS_4217_28_12_2010.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2012. (d)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica n. 16: Diabetes**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. 64p. (a)

BRASIL. **Lei Federal n. 11.347, de 27 de setembro de 2006**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11347.htm >. Acesso em: 08 maio 2010. (b)

CAVALINI, L. T.; PONCE DE LEON, A. C. M. Correção de sub-registros de óbitos e proporção de internações por causas mal definidas. **Revista Saúde Pública** [online]. 2007, vol.41, n.1, pp. 85-93. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000100012>

CECILIO, L. C. de O. **As Necessidades de Saúde Como Conceito Estruturante na Luta Pela Integralidade e Equidade na Atenção**. UFF, 200???. Disponível em: < http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saude_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf >. Acesso em: 10 jan. 2012.

CESSE, E. Â. P. **Epidemiologia e Determinantes Sociais das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil**. 2007. 296p. Tese (Doutorado em Ciências, área de concentração Saúde Pública). Pós-graduação do Centro de Pesquisas Ageu Magalhães – FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007. Disponível em: < <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007cesse-eap.pdf> >. Acesso em: 08 maio 2010.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. A Experiência do Paciente com a Medicação. Tradução de Willaine Costa e revisão de Cassiano J. Correr. Curitiba, 2004, 11 p. Título original: **Pharmaceutical Care Practice**. The Clinician's Guide, 2 ed. New York: McGraw-Hill, 2004, p. 102-117.

CHEMELLO, C. **Atención Farmacéutica al paciente con Insuficiencia Renal Crónica: Seguimiento Farmacoterapéutico y**

Farmacogenética. 2011. 208p. Tese (Doutorado). Facultad de Farmacia, Universidad de Granada. Disponível em: <<http://hera.ugr.es/tesisugr/1966428x.pdf>>. Acesso em 12 maio 2012.

COHN, A. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (orgs.). **Saúde e democracia.** História e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, pp. 385-405.

CORRER, C. J. **Efeito de um Programa de Seguimento Farmacoterapêutico em Pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2 em Farmácias Comunitárias.** 2008. 213p. Tese (Doutorado – área de concentração em ciências da saúde). Pós-graduação em Medicina Interna e Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

DIEHL, E. E.; GRASSI, F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guarani do litoral de Santa Catarina, Brasil. **Caderno Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, Aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000800009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000800009>.

DRUMOND, E. de F.; MACHADO, C. J., FRANCA, E. Subnotificação de nascidos vivos: procedimentos de mensuração a partir do Sistema de Informação Hospitalar. **Revista Saúde Pública** [online]. 2008, vol.42, n.1, pp. 55-63. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000100008>

ESCRIVAO JUNIOR, A. A hora e a vez da articulação dos sistemas de informação em saúde brasileiros? **Ciência Saúde Coletiva** [online]. 2006, vol.11, n.4, pp. 876-878. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400006>

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem USP,** São Paulo, v. 44, n. 3, Sept. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300034>.

FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica**, São Paulo, v. 53, n. 1, Feb. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302009000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302009000100012>.

FLORIANO, P. de J.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000300002>.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **População Florianópolis 2011**. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/uls_2011_index.php>. Acesso em: 24 jan. 2012.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Florianópolis: 2011-2014**. Florianópolis: PMF. 2010

GIL, C. R. R. Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família: Sinergias e Singularidades do Contexto Brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, RJ, n. 22 (6), p. 1171-1181, jun. 2006.

GIMBEL, S. G; MICEK, M; LAMBDIN, B.; LARA, J.; KARAGIANIS, M.; CUEMBELO, F.; GLOYD, S. S.; PFEIFFER, J.; SHERR, K. An assessment of routine primary care health information system data quality in Sofala Province, Mozambique. **Popul Health Metr.** 2011; 9: 12. Published online 2011 May 13. Disponível em: <http://www.pophealthmetrics.com/content/9/1/12>. DOI: 10.1186/1478-7954-9-12

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. de (coord). **Estudos de Caso sobre a Implementação da Estratégia**

Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos: relatório final Florianópolis. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2009.

GONZÁLEZ, S. T.; HARTMAN, C. E.; CUAPIO, I. C. El papel del trabajo en la determinación de las desigualdades em salud: reflexión crítica sobre el informe de la Comisión de Conocimiento sobre las Condiciones de Empleo de La Organización Mundial de La Salud (Employment Conditions Knowledge Network). In. Nogueira, R. P. (org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.37-59.

GUIDONI, C. M.; OLIVEIRA, C. M. X.; FREITAS, O. de; PEREIRA, L. R. L. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Brazilian Journal Pharmaceutical Sciences**. São Paulo, v. 45, n. 1, Mar. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502009000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-82502009000100005>.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. de S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência saúde coletiva**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700062&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700062>.

HOGG, W. et. all. Randomized controlled trial of Anticipatory and Preventive multidisciplinary Team Care: For complex patients in a community-based primary care setting. **Can Fam Physician**. ??2009, December; 55(12): e76–e85. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2793206/?tool=pubmed>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**: Florianópolis – SC. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=420540#>>. Acesso em: 24 jan. 2012.

IVAMA, A. M. et.al. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica**: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24 p.

LAGE, E. A.; FREITAS, M. I. de F.; ACURCIO, F. de A. Informação sobre medicamentos na imprensa: uma contribuição para o uso racional? **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500016>.

LEFEVRE, F. A função simbólica dos medicamentos. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 17, n. 6, Dec. 1983. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101983000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101983000600007>.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. da P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência saúde coletiva** [online]. 2003, vol.8, n.3, pp. 775-782. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000300011>.

LUZ, M. T. Ordem social do trabalho. In: Nogueira, R. P. (org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.126-134.

MARTINI, J. G.; FUREGATO, A. R. F. Representações sociais de professores sobre o uso de drogas em uma escola de ensino básico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 16, n. spe, Aug. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000700016&lng=en&nrm=iso>. access on 26 jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000700016>.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência Saúde Coletiva** [periódico na Internet]. 2010 ago [citado 2011 out 10]; 15(5): 2297-2305. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

MENENDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 27 ed. Petrópolis: Vozes, 2008. 108 p.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8 ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. 269 p.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 13, n. 30, Sept. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300013&lng=en&nrm=iso>. Disponível em: 10 jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000300013>.

NEITHERCOTT, T. 2012 Consumer Guide. Diabetes Forecast: **The health living magazine**. American Diabetes Association. Disponível em: <http://forecast.diabetes.org/magazine/features/2012-consumer-guide/?loc=Homepage_DFTabArticle-ReadMore_jan2012>. Acesso em: 23 jan. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde/OMS. 2005.

ROBBINS, J. M.; WEBB, D. A.; SCIAMANNA, C. N. Cardiovascular comorbidities among public health clinic patients with diabetes: the Urban Diabetics Study. **BMC Public Health**. Published online 2005 February 8. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC550650/?tool=pubmed>>. Acesso em 10 jan. 2012. DOI: 10.1186/1471-2458-5-15

ROSA, T. E. da C; BERSUSA, A. A. S.; MONDINI, L.; SALDIVA, S. R. D. M.; NASCIMENTO, P. R.; VENANCIO, S. I. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [periódico na Internet]. 2009 Jun [citado 2011 Out 10]; 12(2): 158-171. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-

790X2009000200006&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000200006>.

SANTOS, R. I. dos. **Assistência Farmacêutica no Setor Público Brasileiro: Desafios teóricos como pressuposto para a avaliação**. 2011. 172p. Tese (Doutorado em Farmácia, área de concentração fármacos-medicamentos). Pós-graduação em Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina. (não publicada)

SANTOS, R.I; FARIAS, M.R. Conflitos bioéticos e as políticas para acesso aos medicamentos. In: CAPONI, S.; VERDI, M.; BRZOZOWSKI, F.S.; HELLMANN, F.(Orgs.) **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: UNISUL, 2010, pp. 278-289.

SCHMIDT, M. I. Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Abordagem. In. DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. e colaboradores. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências**. 3 ed, Porto Alegre: Artmed. 2004. Reimpressão 2006. Capítulo 68, p. 669-676.

SHOEMAKER, S. J.; OLIVEIRA, D. R. de. Understanding the meaning of medications for patients: the medication experience. **Pharm. World Sci.**?? 30(1):86-91. Jan. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2082655/?tool=pubmed>>. Acesso em: 23 jan. 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF:UNESCO, Brasil, MS, 723 p.

VIDOR, A. C.; FISHER, P. D.; BORDIN, R.Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. **Revista Saúde Pública** [online]. 2011, vol.45, n.1, pp. 24-30. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000100003> .

WANNMACHER, L. Antidiabéticos Oraís: Comparação entre Diferentes Intervenções, **Uso Racional de Medicamentos: Temas Selecionados**, Brasília: OPAS, vol. 2, n. 11, 6p., out. 2005. Disponível em: < http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/HSE_URM_AD_O_1005.pdf >. Acesso em: 08 maio 2010.

WANNMACHER, L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto, **Uso Racional de Medicamentos: Temas Seleccionados**, Brasília: OPAS, vol. 3, n. 2, jan. 2006. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/med_essenciais.pdf >. Acesso em: 10 jan. 2012.

WHO, World Health Organization. **Diabetes Programme**. Disponível em: < <http://www.who.int/diabetes/en/> >. Acesso em: 23 jan. 2012

ZILLMER, J. G. V.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R. M.; LIMA, L. M. de. Avaliação da completude das informações do hiperdia em uma Unidade Básica do Sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online]. 2010, vol.31, n.2, pp. 240-246. ISSN 1983-1447. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200006>.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esta pesquisa denomina-se **“A experiência com medicamentos e os fatores associados ao processo saúde/doença da pessoa diabética”**, sendo integrante das pesquisas desenvolvidas pelo Programa de Pós-Graduação em Farmácia, da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo pesquisador Marcelo Campese e orientação da Professora Doutora Mareni Rocha Farias.

O objetivo da pesquisa é “verificar os fatores associados à experiência do paciente com medicamentos no tratamento do diabetes mellitus em uma comunidade do município de Florianópolis-SC”, ou seja, “como é para você ter de tomar medicamentos”. Entendemos que conhecer isto poderá contribuir para que o serviço de saúde possa atender melhor as necessidades dos diabéticos.

Para realizar a pesquisa, necessitarei consultar os seus registros de retirada de medicamentos, o prontuário e, talvez fazer uma entrevista junto às pessoas que usam o serviço de farmácia do Centro de Saúde do Saco Grande, que faz parte da rede municipal de saúde do município de Florianópolis. A consulta às informações e a aplicação da entrevista será realizada pelo pesquisador Marcelo Campese. As respostas obtidas serão mantidas sob CONFIDENCIALIDADE e serão utilizadas apenas para a realização desta investigação. O seu nome ou identidade não será revelado.

Sua participação é voluntária não lhe gerando nenhum tipo de benefício ou custo. Em qualquer momento poderás desistir de participar da pesquisa, devendo informar ao pesquisador sobre sua decisão através do telefone (48) 3721-9567 ou email macampese@gmail.com

Este termo está elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você (participante) e a outra deverá ser entregue para mim (pesquisador).

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo este trabalho denominado **“A experiência com medicamentos e os fatores associados ao processo saúde/doença da pessoa diabética”**.

Confirmo que conversei com o pesquisador responsável pela entrevista, a respeito da minha decisão em participar desta pesquisa. Autorizo a consulta em meus registros médicos (prontuário) e de medicamentos. Ficaram claros para mim seu conteúdo, o procedimento a ser realizado, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente, assim como também que minha participação é isenta de despesas e de benefícios de qualquer natureza. Assim, declaro que **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE** em participar deste estudo.

_____ Florianópolis, ___/___/___

Assinatura do Participante

Nome:

N. do Cartão SUS:

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido deste participante no presente estudo.

_____ Florianópolis, ___/___/___

Assinatura do Pesquisador

**APÊNDICE B – Formulário para coleta de dados em prontuário
dos diabéticos participantes da pesquisa**

DADOS GERAIS			
Cód.	Nome	N. cartão SUS	Cadastro duplo

DADOS CADASTRAIS						
Data Nasc.		Sexo	Nacional.	Estado	Município	
Área	Micro	Escolaridade		Raça/cor	Estado Civil	

DADOS DO PRONTUÁRIO									
Consultas em 2010			Exames de controle de diabetes em 2010						
data	tipo	prof.	H. glicada		Glicemia de Jejum		Glicemia capilar		
			Data	valor	data	valor	data	Valor	
Complicações Relacionadas ao DM (* = especificadas no prontuário)					Comorbidades da pessoa diabética				
Lista de Problemas					Avaliação do DM em prontuário				
Informações sobre redes sociais e família					Outras informações				

APÊNDICE C – Roteiro para entrevista semiestruturada sobre experiência com medicamentos em diabetes mellitus

Contato para marcar a entrevista

Ligar para usuário e fazer convite para entrevista no CS, com data e hora agendadas.

Na ligação, retomar o objetivo da entrevista “Gostaríamos de saber como é para o Sr(a) tomar medicamentos”. São poucas perguntas que fazem parte de uma pesquisa da UFSC sobre a experiência das pessoas na utilização de medicamentos para diabetes. A entrevista será gravada, mas não serão divulgados seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo.

Questões

Explicar rapidamente sobre a pesquisa, confirmar a assinatura do TCLE, falar do sigilo e da gravação.

Nossa pesquisa é com pessoas que têm diabetes, por isso vamos começar perguntando sobre essa condição:

- 1 – Desde quando o Sr(a) tem diabetes?
- 2 – Como descobriu?

Agora vamos conversar um pouco sobre como o Sr(a) trata o diabetes.

- 3 – Como o Sr(a) se trata? (medicamento, dieta, atividade física, consultas)
- 4 – Onde o Sr(a) pega seus medicamentos? Como faz? (compra, no CS, pede para alguém)
- 5 – Em casa, como os medicamentos estão organizados? (só os seus, junto com os outros, separa como)
- 6 – Como é para o Sr(a) tomar medicamentos? O que você acha de tomar medicamentos?
- 7 – O que o Sr(a) quer/espera com o tratamento?
- 8 – Tem alguma coisa que te preocupa com relação ao tratamento? E com relação aos medicamentos?

Agora serão 4 perguntas sobre a utilização dos medicamentos.

9 – Alguma vez o Sr(a) se esquece de tomar os medicamentos?

Sim – Tem algum motivo/situação que faz com que o Sr(a) esqueça?

Não – Tem muita gente que esquece, o que o Sr(a) faz para não esquecer?

10 – O Sr(a) sempre toma os medicamentos na hora que foi indicada?

Sim – O faz para não perder o horário?

Não – Que motivo/situação interfere/atrapalha no horário de tomar o medicamento?

11 – O Sr(a) deixa de tomar os medicamentos alguma vez quando se sente bem?

Sim – Conte-me como foi, o que aconteceu?

Não – por quê?

12 – E quando está mal, deixa de tomar os medicamentos?

Sim – Conte-me como foi, o que aconteceu?

Não – por quê?

13 – Para finalizar, tem algum outro fator, história, situação... alguma experiência (boa ou ruim) com medicamentos que o Sr(a) gostaria de me contar?

APÊNDICE D – Falas dos sujeitos entrevistados, utilizadas na categorização das experiências com medicamentos

SUJEITO	FALAS
F036-E	Diabetes eu tive assim ó, há 5 anos atrás, a perda do meu pai, aí eles falaram que foi emocional, eles não me derem medicamento, só me deram orientação de como devia fazer, né. Daí depois, há 3 anos agora atrás eu perdi a minha mãe, daí infelizmente foi feito o exame mesmo que daí constatou mesmo a diabetes, daí que eles passaram o medicamento.
F047-J	Lá uma vez ou outra, a gente tem um problema de família, né. Às vezes a gente se encomoda, aí dá aquela dor fraquinha assim, aí eu tomo um paracetamol, um dorflex e passa.
F044-L	que a minha mãe tomava um, eu andei tomando também, e aquele, graças a Deus, não tem problema com a diabetes nada. Aí eu disse, ó mãe deixa, aí vou tomar o meu. Nunca olhei a bula. Aí minha nora, muito curiosa, né... pegou a bula pra ler, ô sogra não pode tomar, ele contém, pra diabetes não dá pra tomar, aí foi onde eu parei.
F036-E	e assim ó, pra ti é uma ideia, da família é eu e meu pai só que tem diabete, mas meu pai já não vive mais, né?! Eu sou a mais velha, daí as doenças do meu pai ta vindo tudo pra mim.
F044-L	uma vez eu tava com muita dor. Eu cheguei na minha irmã, me dá um remédio pra dor. Aí minha irmã me deu, não sabia que tinha alguma coisa haver, que já aconteceu comigo... e hã, e só quando tomei e daqui a pouco um 5 minutos já deu, umas coceiras nos meios dos dedos, aí comecei coisa... ai meu filho, fui com meu filho de carro, aí meu filho já tissor... levou para o hospital, chegou lá... ó minha mãe tá passando mal aí, e eu pá! Aí desmaiei, aí fui lá pra dentro, aí a pouco eu voltei, aí vomitei, e caí de novo. Eu só escutei assim, tira o filho dela, senão é mais um que vai desmaiar. Porque meu filho era bem assim, meio coisa, né. Mas depois dali, com os medicamentos que botaram no soro, tudo daí eu voltei, né. Aí disseram, a sra não pode tomar mais nada que tenha diclofenato. Quando eu vou no médico, meus filhos já tão sabendo, até tenho que colocar aqui na minha carteirinha, né. Esses, que eu tomo nunca senti nada., Às vezes eu esqueço de tomar, mas quando eu tomo.
F056-I	não, não botei segredo ainda não, o meu esposo bota o relógio para despertar pra não esquecer da hora, então, quando chega aquela hora, o relógio desperta e ele toma o remédio, e eu vou na coragem.

F056-I	Não sei se o mamão é muito doce, me altera um pouquinho o diabetes., Às vezes algum refrigerante, a gente toma, né, tá calor assim os filhos compra bota em casa, e a gente sempre dá uma bicadinha.
F056-I	a única coisa assim, que eu senti muito, uma coisa assim com família, que a gente fica assim estressado, coisa assim, aí eu comecei com dormência aí eu fui parar no hospital, o meu genro me levou no hospital, aí chegou lá, fez os exames, deu um pouquinho de alteração no coração, aquela angina, né, daí eu comecei a tomar remédio, e fiz aquele como é? Eletro
F056-I	Aí perguntei pra ela, minha filha, tais passando alguma coisa com o marido? Não mãe, tá tudo bem. Tais doente, minha filha, tais magra. Não mãe. Aí eu comecei a fazer pergunta pra ela, dói as pernas, tem a boca seca? É mãe, de vez em quando dói as pernas, fico toda mole, a boca seca. Então tu vai fazer o exame, porque eu acho que tem diabetes. Aí ela assim, será mãe. É pode ser. Aí ela foi fazer o exame. Chegou lá no médico tava 500 e pouco, já foi direto pra insulina, aí está até hoje, remédio pra ela não teve outro, foi só a insulina direto.
F057-D	í você ligou pra mim pra marcar para o xxx, ah porque não marca, mas ele é muito furão, né, mas ele disse que era pra você marcar que ele vinha. Ligar não dá, porque é só o telefone de casa, ele não tem celular, né. Tem que marcar e ver se ele vem. Eu disse pra ele: eu não vou marcar nada, porque depois eu marco e você não vai... mas ele é meio enrolão. Ele vai se matar aquele lá, porque ele toma metformina, toma insulina, bebe cachaça e bebe cerveja em cima. Domingo de manhã, ele tomô café, tomô o comprimido de metformina, foi lá no banheiro, nem sei quanto ele toma de insulina, foi lá tomou insulina. Depois, ele saiu fazer compra e ó ... depois fica me, sabe não dá pra fazer isso, aí depois ele bebeu mais, daí chegou de noite ele tava agoniado, aí ele se joga pra um lado, se joga pra outro.
F062-B	peguei porque minha filha nunca tá em casa., Quando tá, ela faz, mais quando não tá... porque ela mede pressão, ela mede quanto tá a glicemia, mas quando ela não tá eu mesmo faço.
F064-A	não, a insulina não, mas o comprimido passa. As vezes eu saio de manhã e chego em casa muito perto da hora do almoço já, como eu almoço na casa da minha mãe, daí as vezes eu vou direto na cada dela daí não passo em casa e acaba passando o remédio. A insulina eu não esquecia porque não podia esquecer.
F064-A	não, e como eu vou pra casa da minha mãe, e sei que o almoço lá normalmente sai, 20 pra meio-dia, que não sou muito de almoçar meio-dia, e quando dá 11 e 10 eu geralmente eu tomo, quando eu tô em casa normalmente eu lembro, porque tá ali, fica caixinha ali, eu olho e já me lembro. Fica na minha vista.

M009-F	Eu não sei como foi ter isso, mas também ela não se cuida muito, né, refrigerante. Hoje eu só tomo água na hora do almoço sabe, e de repente a gente vai tomar alguma coisa, uma coisa de coca cola, essas coisaradas, é fogo, agora, no final do ano, a família vai se reunir agora, no final de semana e sempre tem algum refrigerante, cerveja e coisa. A gente foi descobrindo, né. A minha irmã está na insulina, mas também não se cuida muito, né. Toma insulina, daí come outro negócio aí, o diabete dela não tem controle, tá 300 e pouco 400, lá na ponta das canas.
M002-C	o meu, é tudo em uma gavetinha, o meu é tudo separado numa gavetinha, numa caixinha de papelão ali, fica tudo ali. Fica no meu quarto mesmo. Só o meu. Meu guri também toma remédio pra diabete, minha mulher toma remédio, cada um cuida do seu, não mistura pra não ter...
F057-D	aquela vez teve aqui, o coração tava acelerando, veio aqui consultou com dr xxx que mandou fazer uns exames, só que os exames só dia 30 desse mês que ele vai fazer. Então o coração tem que acelerar mesmo, né? O coração não aguenta, não é fácil, tem que se cuidar, não adianta só tomar remédio.
F044-L	[Marcelo – Tem a insulina também.] nem quero pegar essa, essa aí é mal, não não... essa aí não quero. Eu, às vezes, mesmo já me controlo, com doce, eu sei que... esse aí eu não quero de jeito nenhum, sabe.
F036-E	Assim, 3 meses a mãe liberou tudo, o médico liberou café com açúcar, bolo com açúcar, que a mãe fazia. Tudo com aquele açúcar de diabete mesmo, né?! Ela não conseguiu mais subir mais, não, ele deu crise mesmo que nem insulina resolveu, não, não.
F057-D	Me trato tentando cuidar, né, dos doces, massa, de gordura e tomando os remédios, né. Infelizmente, tomando insulina, que eu não queria ter começado a tomar insulina. A pior coisa pra mim deve ser a melhor pra diabete, mas pra mim a pior coisa é tomar a insulina.
M010-G	tá aplicando é uma mulher pra mim, eu não tenho muita paciência, então já aplica.
F056-I	foi tudo bem, isso eu não tenho medo. Às vezes arrocha porque ela sangra, né, às vezes pega uma veia, né, tô tudo com as pernas roxa, a barriga assim. Às vezes eu faço na barriga, às vezes eu faço aqui assim, no braço.
M002-C	Ele ainda falou pra mim, “o teu pode tirar e jogar fora”, não queira mais, ele falou bem assim pra mim. Esse já não queima mais, você tens que ir pra insulina porque não tem mais jeito. Então vamos fazer o quê. Vamos fazer insulina,
M002-C	aí medicamento eu tive uns 4 anos mais ou menos nos medicamentos, depois não deu e eu tive que cair na insulina. E aí eu tô até hoje, nessa luta. Aí já vai pra 36 anos nessa longa vida de

	diabete.
F056-I	remédio! Eu tomo... que eu tenho tireoide também, né. Eu tomo o Puran de manhã, o comprimido do diabetes, tomo a insulina também, aí tomo um cafezinho
F064-A	Remedinho é bem melhor que a insulina, insulina eu acho que ninguém deveria tomar, né, porque é um castigo. Glibenclamida.
F064-A	[– se tiver que voltar pra insulina?] aí eu não sei como eu vou reagir, não sei se eu vou entrar em desespero, não sei ainda qual vai ser minha reação. To torcendo e fazendo o possível pra que não também, que é horrível. E você tem aquele compromisso ali, ainda é um remédio que tu tem que guardar na geladeira, se tu sai tem que tá levando em caixinha de isopor, uma coisa bem complicada mesmo. Um cuidado a mais, tem que manter sempre gelado. Não é como outro remédio que tu leva na bolsa, e qualquer coisa tu aplica, um copinho d'água, umas gotinhas...
M009-F	de bom que tem é que melhorou a minha glicemia, a diabete, se não fosse o medicamento não tinha jeito, ou entra na insulina, eu achei melhor me controlar, muitas coisas que a gente gosta de fazer, do que tomar um monte de remédio, tomar insulina, daí não adiantava de nada, pra mim melhorou bastante por tomar o medicamento certinho, né. Pra mim tá resolvendo.
F047-J	Eu nem sabia, acho que foi há uns 10 anos atrás, porque eu vim numa reunião aqui na, até aí eu não tava tomando remédio, eu vim numa reunião que tinha aqui de tarde, aqui na, pra medir a diabete, fazer o testinho do dedo, do sangue e a pressão. Aí eu vim, aí, mais aí, tinha chá tudo aí pra gente, mas aí tinha que medir primeiro, eu fui medir primeiro, antes de tomar o chá, aí deu 200, aí eles ficaram apavorados, né?! Até aí eu nem sabia que eu tinha diabete. Não tomava nada.
F044-L	eu descobri assim, eu vim pra consultar e fazer meus exames de rotina. Aí apareceu 115. Na época apareceu 115, aqui no posto, me encaminharam para o médico especialista, eu consultei e ele disse que eu não tenho diabetes, aí ficou por isso mesmo. Aí voltava, fazia exame e o diabetes alto, triglicérides alto. Aí teve uma coisa que eu vim pro posto com o dr. Xxxx, aí começou a me dar remédio, não me mandou para especialista nada. A metformina e benclamida, né, eu já tô tomando já faz uns 3 anos, tomando esses remédios, né, depois daí em diante, assim, eu sou mais de salgado, mas quando eu soube que eu tinha diabetes, aí veio mais doce do que o salgado, entende?

M002-C	Eu com 25 anos de idade o médico já disse pra mim que eu seria diabético. Então ele pediu, já pra que eu, desde aquela data, procurasse não me alimentar com refrigerante, açúcar, doce de modo geral para ver se eu levaria mais um tempo sem medicamento. E aí eu fui, fui fazendo o que ele disse, e foi levando, levando até os 35 anos de idade, aí nos 35 não deu, comecei nos medicamentos.
F056-I	eu fiz o exame, né, porque eu sentia muita dor nas pernas, boca seca, aí fiz o exame e deu diabete. Aí comecei o tratamento, tomar aqueles remédio tudo aí, e não parei mais. Não parei mais de tomar.
F056-I	tem a outra filha, mas ela está no comecinho, fazendo dieta, fazendo controle... essa é tipo 2, dessa outra filha que tenho. E dos meus parentes todos eles têm diabetes, meus irmãos todos têm diabetes, tudo, tudo tem, acho que já vem genético de família, minha avó morreu diabética, né, de família. Eu, desde que eu descobri, comecei a tomar o remédio e não parei mais.
F036-E	O da diabete até eu gosto porque eu era bem mais gorda, né, e daí assim pra mim ele é ótimo, porque elimina tudo. De manhã eu faço bastante, tenho diarreia, mas pra mim é bom porque o que eu como durante o dia, no outro dia eu elimino, entendessemos?
F036-E	porque geralmente esse comprimido da diabete ele é forte, eu não posso tomar sem nada no estômago, que dói o estômago, mas assim não acontece nada, porque eu como as coisas, daí depois eu tomo o remédio, e não tem crise nenhuma.
F047-J	Aí cheguei lá e fui consultar com o pneumologista, doutor xxx, muito bom médico também, aí ele mandou bater raio x tudo, aí deu que eu tinha tido uma pneumonia, e aí ele disse que eu tava com começo de diabete, aí ele disse assim: a sra sabe o que fez mal, o que provocou isso na sra? Aí eu levei tudo, levei a receita, levei os comprimidos e ele disse: foi esse comprimidinho, ó.
F044-L	Quando eu vou à missa, eu ajoelho aquele suficiente. Então, eu me levanto, então, eu não posso ficar sem a minesulida, nem a dipirona ou paracetamol, que é o anti-inflamatório e o analgésico. Sei que faz mal, que vai prejudicar mais tarde não sei, meu rim, o outro é o fígado, que a gente já sabe,
F044-L	não sei se eu posso dizer isso, eu já tive problema, eu não posso tomar nada que tem diclofenato, eu sou alérgica a diclofenaco, eu já parei duas vezes no hospital, já deu quase uma parada. Então, eu fui embora e voltei, esse remédio eu não posso voltar, nada da família do voltarem, não posso tomar nada, é só isso.
M002-C	não, nunca me sinto mal, graças a Deus. Nunca me senti mal pra deixar de tomar o medicamento, não deu reação, nunca me deu vômito do medicamento, então eu tomo. Tomo direto.
F057-D	Eu acho que tomo porque tem que tomar, né. Porque é muito medicamento que eu tomo, muito, muito mesmo... meu Deus do céu!

	Aí, o estômago reclama... heheheh...
F057-D	me preocupa a insulina, não sei se traz algum efeito colateral muito grande ou não, porque, ah! só diz depois que começa a tomar a insulina não pode mais parar, né? Por isso que eu não queria nem ter começado.
F057-D	olha, que eu me lembre, acho que não. Quer ver uma coisa: um dia de segunda-feira de manhã, eu fui trabalhar, mas eu tava meio assim, meio enjoada. Vou medir quanto tava a diabetes, ela tava 591 e eu tava em pé, trabalhando, mas eu já fiquei preocupada, que eu tava me sentindo, naquele dia eu tava me sentindo ruim, sempre dando alguma coisa, uma agonia, uma fraqueza... eu já nem sei se é do remédio, se não é, enfim, nem sei da onde vem, tá loco! Pode até ser, né, porque é muito remédio, mas tem que tomar, tem que tomar, são mais de 12 comprimidos durante o dia, mais a insulina.
M003-H	... eu achava que eu ia, teve um remédio que me prejudicou, no outro departamento... ato meu. E eu até não tomei mais também esse remédio, e eu descobri que era esse remédio, só que eu, não teve jeito e eu até abandonei até os outros remédios nessa função.
M010-G	tem um que foi trocado. O meu médico lá do HU trocou, porque esses tempos deu um bronquite em mim, um coisa, aí ele trocou. Aí ele afastou, ele afastou, aí o coisa botou outro, agora de cabeça eu não lembro.
M009-F	De lá pra cá eu comecei a tomar remédio, inclusive o remédio que eu tomei, aí no começo me deu... ficou meio complicado e coisa, aí diminuí a dose e foi acostumando com o remédio, é o metformin, então esse remédio aí no começo me deu.
F036-E	assim ó, meu pai, ele tinha diabete, daí também era que nem eu, daí eles tiraram tudo, tudo o açúcar, aquele tratamento ele dizia que era horrível, mas sinceramente pra ti, assim tudo sem açúcar é horrível. Tanto que daí muitos anos ele tomando, usando medicamento, de uma hora pra outra abaixou demais que o açúcar não teve mais controle, não conseguiu mais, sabe. Quando ele morreu, ele tava 65, abaixou, talvez ele morresse até disso também, né, porque daí já tinha um monte de complicação.
F044-L	Só que eu agora, ultimamente, eu nunca passei de 84 quilos, eu nunca passei, agora eu devo estar com 79, não que eu faça dieta porque, não tem como eu fazer porque, se eu fazer dieta eu não querer comer nada, eu coisa... ela baixa demais, aí me dá tremura, entende? Eu sou obrigada a, mas, ultimamente, agora, de segunda a sexta, a comida minha não entra, principalmente ao meio dia, porque eu faço comida, eu faço comida pra uma creche.

F044-L	<p>Mas só que na bula diz: quem tem diabetes não pode usar. Então, quando eu consultei com ele, na época que esse aqui é pros ossos, quando eu consultei com ele eu não tinha isso, eu não tinha essa diabete, apareceu depois, como eu fui ler a bula e disse que não pode tomar quem diabete, porque ele tem um sal, uma porção de coisa, né, é um pozinho, então eu parei de tomar, mistura num copo de água, eu parei de tomar ele, não fui mais buscar nada, entende?</p>
M009-F	<p>que eu falei pra ti, o joelho, diabete tranquilo, diabete, pressão sabe eu não sinto nada, eu venho no posto sempre verificar a pressão sabe, o peso também eu sempre procuro manter esse peso direto.</p>
M009-F	<p>todos, eu compro colchicina que é pra gota, né. O zyloric e para artrose também o que ela me deu, nimesulida, anti-inflamatório que eu não aguento direto a dor, aí me deu esse, está até terminando já. Eu não posso tomar remédio por minha conta. É uma coisa puxa a outra, então não tem como tomar remédio por conta própria, por isso que eu pedi pra Dra xxxx, então dá um, sei lá um anti-inflamatório uma coisa pra mim, não aguentava mais. Fico sentado assim, pra mim levantar depois... hum!</p>
F044-L	<p>outra coisa eu vou te dizer pra ti... eu tenho a nimesulida e a dipirona, se eu tenho que tomar, essa eu não esqueço, por quê? Se eu deixo de tomar 3 dias, eu não ando mais, e dói muito as minhas pernas, ajoelhar, então...</p>
F044-L	<p>[Marcelo – e a sinvastatina?] eu comecei, depois parei, depois voltei de novo, depois comecei a tomar de novo por causa da circulação, né. Ela me parou as dormências, eu tinha muita dormência na mão. Ah, sim essa aí resolveu por completo.</p>
M003-H	<p>eu fiquei muito triste, né, quando descobri que tinha diabetes, inclusive era bem alta, e daí, graças a Deus, eu consegui controlar ela. Ficou um controle. Ai, mais ou menos assim, não ficou muito alto, ficou mais ou menos controlado ali, ficou e não mudou quase nada.</p>
F056-I	<p>eu vou sempre controlando conforme os exames e a médica vai controlando, se tem de abaixar a insulina, se tem de levantar, desde aquela época que eu comecei com dormência, dor nas pernas e a boca seca que eu fiz os exames não parei mais. Aí deu, testou que eu tinha diabete, mas o meu problema, meu único problema mesmo é o diabete, o resto, graças a Deus, tenho saúde. Às vezes aparece uma coisinha aqui, uma coisinha ali, mas isso é vai levando, não sou muito de tar no médico e... quero distância, distância pra mim melhor.</p>
F062-B	<p>não lembro. Acho que só os dias, que eu fiquei internada mesmo. Eu acho que não aplicaram em mim, não sei se eu tomei no hospital, nem perguntei.</p>
M010-G	<p>é mandaram medir 3 vezes na semana, 3 vezes é muito... aí eu meço segunda e sexta.</p>

F047-J	Esqueço, mas depois eu tomo, quando eu me lembro.
F047-J	principalmente esses dois que é 15 pra meio dia, hoje eu tomei já, antes de vir pra cá. Tomei até o do... AAS. Hoje eu já tomei tudo, só falta o da noite, esse da noite eu não esqueço, esse da manhã eu não esqueço de jeito nenhum, esse daí... esse comprimido grande, esse da diabetes, que é de manhã e o da pressão, esses aí não. Às vezes quando eu vou passear...
F047-J	... só esse mesmo de 15 prá meio dia que eu esqueço, mas logo depois que eu me lembro eu já vou tomar, como eu disse pra você, eu tomo depois do almoço.
F056-I	– principalmente na parte da manhã, não assim a parte da tireoide, da insulina essas coisas esses eu não esqueço, mas os comprimidos eu deixo pra tomar depois do café, e, às vezes, eu esqueço. O AAS, que é depois do almoço, as vezes também eu esqueço.
F057-D	eu me esqueço, não o da diabetes que são só dois, mas o da pressão eu me esqueço. Esqueço porque é muito, daí eu me esqueço.
M002-C	porque, todo dia, o medicamento como eu te disse, fica na minha gaveta perto de mim, é a primeira coisa que eu faço de manhã, vou lá lavo o rosto, lavo a mão, aí venho medir isso aqui, porque eu marco num papel, tenho marcado tudo direitinho no papel que eu trago. Então, a primeira coisa que eu faço é isso, eu furo o dedo, medi, guardou, medicamento: 1, 2, 3, 4, 5, eu vou lá na pia, pego o copo e jejum já. Já tomo em jejum pra não esquecer. Isso aí é sagrado, é sagrado, é uma sina, de manhã já levanto, e tá na cabeça tomar o remédio, não de brincadeira, e não posso esquecer mesmo, né.
F062-B	é horrível, né, mas tem que tomar e lembrá.
F057-D	o Xxxxx (médico) pediu pra usar 10 ml de manhã e 36,38 a tarde, mas, na verdade, eu de manhã não tô tomando. Tô tomando 30 a noite, mas não tô tomando de manhã. Isso eu já vou dizer pra ele o dia que eu consultar com ele, que assim, a minha diabetes, eu acho que é emocional. Porque quando eu me incomodo muito assim, ela tá sabe... e quando eu tô tranquila, ela baixa numa boa, não precisa tá tomando remédio, mas assim acho que é mais emocional.
M009-F	Antes era de 10mg, aí, como já tem de 20, não precisa tomar dois, ela me deu, vou te passar de 20 daí toma só um, mais tranquilo, menos remédio pra tomar.
F047-J	Então, de manhã, eu tomo um comprimido da diabete e um da pressão. 15 minutos antes do meio dia eu tomo dois pequenininhos pra diabete também, antes era um só, depois desse exame, desse último exame que eu fiz, ela subiu a dose, mandou que eu tomasse doisinho pequenininhos, 15 para meio dia. E de manhã eu tomo o maior que é a metformina e o da pressão, e tomo o AAS depois do almoço, que também é passado por ela e a noite tomo o do colesterol que é o... como é?!

F036-E	já fica na minha cozinha, daí tem uma parte que fica bem na frente da pia, se tu vai tomar uma água, um café, tu já vê que ele ta ali pra tomar, né?!
F047-J	não, não tem não, já tá na cabeça, né, eu tenho o remédio na cozinha
F047-J	E tem outra, né. Eu tenho muita fé nessa rádio, a rádio cultura, mais feliz com Jesus, é 100% católica, né, é da carismática, aí tem o padre xxxx, entra 9h em São Paulo e até 10h, e ele abençoa muito, né. Aí eu ponho, manda botar água, manda botar os remédios, aí, quando é 10h é a benção dele, ele abençoa os remédios, ele abençoa a água. Agora eu só tô tomando o remédio da diabetes e da pressão, enquanto ele não abençoa a água e o remédio que eu boto tudo ali em cima, que eu tenho um radinho na cozinha, aí depois que ele abençoa, eu vou lá e tomo, tomo a água e tomo o remédio, isso aí agora é sagrado, isso aí eu não esqueço, não.
F044-L	a única coisa que eu faço assim, ruim pra tomar é a metformina, ela é muito grande, mas o resto eu tomo normal.
F044-L	não, eu sempre tomo. Às vezes eu esqueço às vezes de tomar naquele horário, mas em seguida eu já tô tomando, eu nunca deixei de tomar porque, como eu não venho medir minha diabete, eu prefiro tar tomando, né.
F056-I	é muito difícil!... é muito difícil... engasga, principalmente aquele grande, um comprimido assim grande, engasga assim, fica engalhado.... mas, fazer o quê! A gente é obrigada a tomar, né, a gente toma, né! Mas que é difícil é.
M003-H	não, nunca esquecia de tomar os remédio, mas eu tenho esquecimento, às vezes eu me esqueço de alguma outras coisas assim eu esqueço.
F057-D	Eu acho que tomo porque tem que tomar, né, porque é muito medicamento que eu tomo, muito, muito mesmo... meu Deus do céu. Aí o estômago reclama... heheheh...
F036-E	não, porque pra mim, se eu não tomar, eu fico pior do que eu já estou, então eu tenho que tomar tudo bem direitinho. Eu nunca deixei de tomar.
F036-E	eu acho que já to tão acostumada que a pressão eu já tenho há 10 anos, não faz diferença nenhuma, tem que tomar, né?!
M002-C	porque se eu deixar um dia, tomar no outro dia ela tá lá em cima. Não adianta, isso é automático, ela acusa. Você deixar de tomar remédio, se eu deixar de tomar insulina um dia, no outro dia ela tá 300. Tomando ali, todo dia, se não controlar na alimentação ela já dispara, não tem jeito, o diabete não tem jeito.

F056-I	já que eu tô melhorzinha, vou continuar tomando para melhorar mais, né, porque se eu paro de tomar eu volto a piorar, então eu tenho que estar sempre controlado, eu acho que é melhor, né? Acho que no caso deve ser melhor, não parar, a insulina eu faço de manhã e de noite, na insulina eu faço o testinho. Aí, de manhã, está 106, tá 116, 130... à noite tá 180, às vezes até 200 e pouco eu tive até, semana retrasada teve até 280. Mas, o que é que eu comi de diferente, começo a pensar no que eu comi e que não comi, mas se eu não comi nada, eu disse, eu fico pensando, fico analisando se foi a fruta que eu comi. Às vezes eu tenho notado que tenho comido a fruta que tem alterado meu diabetes, é o mamão.
F056-I	a gente fica um pouco alterada, né. A gente fica pensando o que que eu comi, o que eu não comi. Eu não comi nada diferente, aí muitas coisas confessa, aí eu passo a analisar, comi tal coisa. Aí outro dia, dois dias depois ela tá normal, aí eu torno a tomar aquele que alterou, aí já tenho notado que é aquilo que altera, eu já deixo de tomar.
F057-D	porque, às vezes a gente pode estar se sentindo bem, como uma vez eu vim aqui no posto, tava me sentindo bem, aí foi medir a pressão e tava em 24, então a gente nunca sabe, né. Se a gente não tem como controlar, a gente pode estar até se sentindo bem, pode não estar bem, né.
F062-B	É que nem a diabete, acho que tem um controle, mais não sara o diabete, acho que ela tem um controle, se controlar na comida, não vai abaixando, ontem mesmo estava 93, essa semana inteira estava baixa, menos de 90.
F062-B	não, mais é de manhã tá baixa, às vezes a noite que ela mede dá mais alta, ontem ela mediu deu 170 à noite, é depende tudo do que a gente come viu. Se come um pouquinho a mais,... dá diferença.
M002-C	E assim vai, tem dia que eu não sei como esse troço aumentou tanto, cara! Não é possível, esse aparelho tá errado, eu penso assim, esse aparelho tá errado. No outro dia fico olhando, boto uma colherzinha de arroz, como um pouquinho, no outro dia abaixou, não é fácil, não.
F056-I	Faço o testinho do dedinho, né.
F047-J	eu vim numa reunião que tinha aqui de tarde, aqui na, pra medir a diabete, fazer o testinho do dedo, do sangue e a pressão.
F064-A	não porque eu sei que aquilo ali eu tenho que tomar, né. É uso contínuo, estando bem ou não tando. Porque assim eu não sinto nada com relação à diabete de sintoma, só que eu faço testesinho no aparelho, daí já vê quando tá alta, quando. Tenho o aparelho e eu pegava as fitinhas aqui no posto. Até hoje quero ver se eu pego mais, que as minhas acabaram.
F062-B	eu mesma, eu tenho um folha... eu não sei onde que eu ganhei, o folheto com o lugar certo de aplicar, tem uma imagem assim, mostrando os braços, a perna, aqui, aqui, até aqui eu faço.

F047-J	e agora foi dia 30, tava 70, tava em cima, né?! Aí, quando foi dia 30, foi dia 11 de..., nós estamos em dezembro, de novembro. Faço de 15 em 15 dias, não tem necessidade de vir, ficar gastando lâmina, né?!
F044-L	porque eu fui uma vez no Celso Ramos, consultar com o médico, e ele me deu um remédio que eu tinha que pegar pelo posto, pelo governo, demorou dois anos, pra eu pegar esse remédio, esse remédio demorou dois anos.
F044-L	é porque, os médicos, aqui, todo lugar nós tivemos audiência tudo, o médico teve que comparecer na audiência, que se ele não comparecesse ele receberia um salário mínimo, que tinha que pagar sabe, até o dr. xxxx então ele disse, então ele conversando com o pessoal lá, pra eles concordar pra mim receber esse remédio, ele disse, ela não pode tomar mais um anti-inflamatório e nem o analgésico, porque, porque o analgésico ataca o rim, qualquer tipo de analgésico, ah... o fígado o analgésico, e o anti-inflamatório ataca o rim, foi uma coisa assim que eles logo aceitaram em dar o remédio, só que nessa época eu não tinha diabete.
F047-J	porque é direto, né, eu não paro, já é aquela quantidade que eu pego para o mês todo. Eu pego para trinta dias, né, eles dão a quantidade para trinta dias. Não, não paro, eu tô tomando direto.
F044-L	é porque os únicos remédios que tem pra diabetes aqui no posto é esses dois, né, aqui no posto ou tem mais outros tipos?
M002-C	eu comprava insulina, eu comprava o remédio tudo fora. Aí uma amiga da minha mulher disse, ó lá no posto tem, lá no posto dão tudo, daí vim pra cá e até hoje estou aí, me tratando aqui. Já dá uma aliviada, porque eu tinha comprado aparelho, comprava fita, hoje 25 fitinha tá 50 reais, e a minha insulina que eu tomava vinha numa caixinha, vinha 5 tubinho, já na época é 115 reais, parece. Aí, vou lá... eu tô aposentado e continuo pagando o INSS, porque o governo também não pode me ajudar, não é verdade? Vim pra cá, e aqui estou até hoje.
F056-I	foi daqui que eu fui encaminhada, depois eu fui pra universidade, né. A Dra Xxxx, uma coisa assim, eu confundo o nome das duas, tem duas com nome igual. Aí eu continuei o tratamento lá na universidade, depois de lá, começou a dar rolo, né... veio pra cá, eu vim pro posto, do posto, aí a Dra. Yyyyy, que tá lá no departamento de saúde, lá em cima, aí comecei a consultar com ela de novo, antes eu consultava com ela lá na universidade e continuo com ela lá, e quando não tô lá eu continuo aqui com a Dra Zzzzz
F056-I	eu pego aqui, e tem o do colesterol que eu pego na universidade, é do alto custo, não é desse... que tem, como eles dizem o...
F056-I	Tem demorado bastante, aqui pra marcar os retornos. Médico de vista, eu tenho lá e ela pediu com urgência.
F062-B	eu fiquei mais de 17 dias internada, minha filha andou comprando

	por aí, nem sei em qual farmácia foi comprar. Tô pegando aqui no posto, com a receita aí pra pegar.
F062-B	quando eu vim do Hospital de Caridade, eles perguntaram se vocês não me dão a fitinha do aparelho. Porque o aparelho eu tenho, mas é tão cara essa fitinha pra comprar. O aparelho eles não dão mais?
M019-K	Olha, eu fiz o tratamento, né, no início até o dr. Xxxx, não daqui, um médico particular, passou a metformina 500, com a glimepirida 3 mg, consegui tudo, só que agora não tomo mais a glimepirida, só a metformina.
M019-K	eu a glimepirida eu comprava porque o posto não fornece, a metformina eu pego no posto. Só que a dificuldade daqui é a seguinte, eu tomava a de 500, e como aqui não tem a de 500, eu tinha que solicita lá na Palhoça. Aí eu comecei a tomar a de 850, aí a médica aqui a ... a xxx, Dra xxx, em vez de tomar 3 vezes ao dia, ela passou, a dosagem aumento, ela passou pra 850 duas vezes ao dia.
M019-K	Até porque quando era permitido vir no posto pra você fazer, de vez em quando, eu vinha aqui no posto de jejum e tudo e fazia pressão fazia a diabete. Como foi proibido agora, e tem que ter a autorização da médica, não sei pra que isso, acho ridículo isso, a médica tem que prescrever, tem que fazer isso. Se você tem problema, o teu prontuário médico existe que você tem aquele problema, puxou ali no computador, porque hoje tudo é computadorizado, ó o cara é paciente, então precisa fazer, então tudo bem.
M019-K	olha medicamento, a única coisa que tem é que o uso tem que ser contínuo é pra sempre e você é obrigado a pegar médico pra eles te dar a receita. Isso não é história, isso é constrangedor, a partir do momento que consta, que você é diabético ou hipertenso, precisa daquele medicamento, é um medicamento contínuo, você não pode viver sem ele. Também não vou chegar aqui, vir daqui a 15 dias e pego x medicamento e daqui a 10 dias eu venho pegar mais x, aí não, aí tá errado, mas é mês em mês, então o médico vai lá e prescreve 6 meses, aí daqui a 6 meses você retorna, aí vc tem que pegar médico, aí não tem médico naquele dia,
M019-K	Tá certo que o posto tem que ser mais equipado e tudo, fornecer o medicamento certo. Eu tô tomando o medicamento errado, era pra eu estar tomando metformina de 500, como o posto não fornece 500 eu tô tomando de 850, quer dizer uma super dosagem. Não sei se você soube. Agora, aconteceu um fato lá fora, que a farmacêutica prescreveu o remédio errado e matou 8 pessoas, a fórmula dela era remédio pra diabete e era remédio pra verme, tava fazendo pra verme e ela botou outra fórmula.
M019-K	Já tinha que ter no cartão ali, o cara é diabético. Pra não ter que pegar o médico, tirar outra pessoa que precisa. Essas certas burocraciazinha que estão inventando tem que acabar. Aqui se chama posto de saúde, e não posto para acabar com a saúde. Porque desde o momento que

	eu tenho o acesso eu venho, a partir do momento que meu acesso se torna difícil eu não venho. Agora tá sendo mais rápido, de exame, mas já aconteceu várias vezes de quando sair o exame a pessoa já tinha morrido.
M010-G	remédio, o cara tem que tomar o remédio. Se o cara para dá uma zebra. Eu não compro, né, é difícil eu comprar, caso meu, tem gente que compra, mas o caso meu não compra. Aqui passa pra outro posto eu vou lá pego, não tem nada a reclamar deles, eu sou bem, pra mim são bem educado, na consulta se eu precisar passa na frente também, reclamar do posto, tem gente que é falador mas pra mim não tenho o que reclamar quanto a isso.
M010-G	se eu for em outro lugar, às vezes a pessoa se sente mal. E não adianta, chega lá eles mandam pro posto.
M009-F	tinha gota. E a diabete, foi de repente assim, eu não tava sentindo nada, aí vou fazer, aí não sei se foi aqui a Dra xxx, já passei uns 4 médicos aqui. Aí descobriram que tinha diabete aqui, nesse posto bem antigo, bem antigo mesmo, já começou lá atrás, aí eles aí pô, vão fazer o exame e descobriram que eu tinha diabetes. Eu nem tinha sentido nada. De lá pra cá eu comecei a tomar remédio, inclusive o remédio que eu tomei aí no começo me deu...
M009-F	É que isso tudo aqui não é só a glicemia, esse aqui é pra circulação, colesterol então ... pra diabete mesmo é só a glibenclamida e a metformina. Mas foi muito bom esse remédio, pra mim... tem gente que diz que não resolve, pra mim melhorou bastante.
F047-J	Até o ano passado eu não tomava remédio da pressão, mas a minha médica disse que, com a minha diab, eu com esse grau de diabete, a minha pressão pode subir, então ela passou um fraquinho, é que o nome tá aí, então eu comecei a tomar
M002-C	o que eu espero, não espero nada assim de positivo, não espero nada. Porque eu faço a medição do meu diabetes todo dia e não vejo assim, eu tomava um comprimido, passamos pra 2 já tamo no terceiro, e vou trazer exame pra Dra xxx, dependendo do resultado que eu não peguei ainda, vou ver se ela aumenta a insulina. Vou falar, né, não sei se ela vai aumentar ou não, né, vai depender dela, né, porque é mais complicado. Porque mais comprimido não dá, né.
M002-C	Medicamento pra diabete não tem outro, é só esse mesmo, né. Se existisse outro medicamento eu ia até tentar comprar, pra eliminar... um comprimido só, “ó toma esse comprimido aqui durante o dia”.
F064-A	só o comprimido, até vou conversar com o dr Xxxx hoje, pra ver o que ele, que a gente vai conversar, porque ele pediu mais exames pra ver como que está, né. Provavelmente, eu acho que esse comprimido não está ajudando muito. Ele ajuda assim, eu tomo antes do almoço, ai de tarde ele dá uma boa baixada, mais aí, no outro dia de manhã, quando eu tenho que fazer o teste em jejum de novo ela tá alta.

F064-A	a insulina, não porque, realmente eu tava com o tratamento muito intensivo já. Minha diabetes estava muito alta, tomava muita insulina, chegava a tomar 44 unidades de insulina, então é muita coisa e não podia esquecer, porque qualquer coisinha que eu comia ela subia. Então aquilo ali não me fazia esquecer, e agora eu tô meio relaxada mesmo.
F036-E	Porque a diabete, se tu tem diabete é 120, né, daí tava 96, ela já chegou a 92, entendesse, mas daí elas continuaram dando medicamento pra mim, né?!
M002-C	Ah! A vida é assim, o cara vê na televisão, é não sei o que, tá meio gordinho, já vai para o médico, e corta doutor, faz uma cirurgia aqui pra emagrecer, e sabe que a diabete vai aliviar um pouco, né, redução de estômago essa coisa toda. Se eu tivesse dinheiro, “faz uma redução de estômago aí pra ver se acaba com a minha diabete”, tanto faz. Mar o problema é que não pode ir numa churrascaria, já arreventa tudo
F036-E	eu tirei tudo que era comida, só tomava zero, era adoçante, era gelatina, tudo diet, diet, diet, sabe que resolve essas coisas diet, porque pra mim foi, daí abaixou demais, daí dava aquelas crises do suador, dá tremura, eu ficava pálida, eu desmaiei no centro, entendesse. Eu caí no centro, as pessoas me ajudaram, aí quando deu essa crise novamente, eu achei que era a diabete que tinha me dado, mas era a pressão que tava muito alta, e foi onde que a Dra xxx me liberou alguns doces.
F036-E	eu só fico com medo quando ela abaixa demais, porque é muito horrível. Em mim já deu várias vezes, e eu me sinto bem ruim mesmo, daí eu sei que ela ta baixa demais. E o que que acontece... quando eu fui no centro e aconteceu isso, eu não tinha uma bala, que eu tenho que carregar uma bala ou alguma coisa doce na bolsa. Eu tive que entrar em uma loja, comprar um pacote de bala, só que assim é tão forte que não passava, eu tive chupar uma ou duas, daí eu volto ao normal.
M002-C	não, o que me preocupa é manter essa diabetes sempre estável pra não me dar um troço aí, né, cair no meio da rua. Isso aí é que eu tenho medo. De repente dar uma queda aí, lá vai o cara aí... estar se machucando. Só o medo que eu tenho é disso, mas eu ando sozinho, vou pro centro, pego o carro, dirijo, ainda não fiquei com medo, porque, graças a Deus, não aconteceu nada disso comigo...
F064-A	o que me preocupava mais com a questão da insulina, e até hoje às vezes com o remédio é a questão da hipoglicemia, que às vezes eu tomo, e às vezes ela abaixa um pouco demais. Semana passada ela passou demais e eu passei mal, de tarde. Meu medo, assim, é tomar o remédio, sair de tarde e passar mal na rua.

F044-L	mas ele não come nada disso, e a gente passeia muito junto com a mulher dele por causa da terceira idade. Eu faço meu prato, a mulher dele fala, se meu marido comer isso a diabete vai lá em cima.
F062-B	não, não faço não, é difícil. Se eu vou almoçar fora, eu levo na bolsa.
M003-H	passei por nutricionista também, né, aí mudei até o hábito de comer, comida assim sobre... tomei medicamentos também, né, que eu não tomava e daí mudei meu jeito de viver.
M003-H	olha eu, gostar eu não gosto de tomar. Mas tipo eu tomei direto, muito tempo tomei direto. Aí teve um, me aconteceu um problema aí sério comigo aí que eu meio abandonei os remédio, já não posso mentir, tenho que falar a verdade, e fiquei... meio diferente, mudei minha vida assim, fiquei meio... me entreguei diferente noutra coisa e... bebi de novo álcool, que não era pra beber. Bebi de novo, depois de 4 anos, voltei a beber, não adianta eu mentir, né.
F064-A	ah, o comprimido bem melhor, né! Hahaha! Levando espetadinha na barriga, às vezes, quando eu tomava aqui no posto, que no começo eu não sabia aplicar ainda, então aplicava aqui e elas me aplicavam no braço, mas eu comecei a tomar em casa que tava difícil de tar vindo de manhã e de noite, não moro muito pertinho. Na época eu morava mais perto até, daí eu fui pra mais longe, e não tem como tar vindo de manhã e vindo de noite, que às vezes chovia, tava frio, pegou bem época de inverno, mês de junho/julho. Aí me ensinaram a aplicar em casa, e em casa eu aplicava na barriga. Então, imagina, com o barrigão, que eu inchei toda, não sei se foi da insulina, da própria gestação a mulher já incha, daí, tomando a insulina junto inchei muito. Imagina com o barrigão, tendo que aplicar a insulina. Eu mesmo que aplicava, meu marido não podia nem ver, até saía de perto. Porque dói um pouquinho, não é agradável não, mas fazer o quê, né.
M002-C	Diabetes pra mim é, às vezes eu vejo o cara na televisão dizendo “eu tenho uma vida normal”, como tem uma vida normal? O cara vem dizer isso pra mim é... é impossível. Pra começar, você não pode comer suficiente, pra começar não pode beber, já estraga a medicação, já estraga o medicamento, já estraga tudo, então é complicado.
F044-L	Aí que eu faço. Aí eu vou te perguntar uma coisa, eu sou muito ansiosa, muito ansiosa mesmo, eu penso no dia de amanhã, que não deveria, né, mais eu sou e depois disso quando... a minha diabetes apareceu depois que meu marido saiu do serviço, ele tinha um serviço muito bom, ele trabalhava no banco, se ele ficasse hoje, se ele tivesse ficado, ele hoje estava aposentado, tava recebendo um dinheiro bom, as minhas preocupação ia descer, mas como ele não trabalha, então fica a carga pra mim, então a minha, a minha ansiedade não é de comer, é da preocupação aquela preocupação, aquela coisa, sabe. Então sempre, sempre penso no dia de amanhã.

F044-L	como eu, te falei pra ti, de manhã pra mim é corrido. Até umas 10h, como eu faço esse almoço eu, faço almoço pra casa junto, e faço pra creche então, de manhã pra mim é de 6 e meia até 10h, sabe aquela coisa. Aí tem outro sistema, agora eu vou parar e tomar meu remédio, entende é coisa assim.
F044-L	Minha diabetes é sempre assim, né, ela nunca passou de... ela já chegou a 270 e poucos uma época, mas sempre tá mantendo. Eu sei porque quando eu não me alimento direito já baixa. Antes de vir pra cá, eu já tomei meu remédio, já comi uma banana, porque daqui eu vou no mercado, pra depois ir pra casa, é um sufoquinho. É um trabalho, cara... Você nem sabe como a gente trabalha.
F057-D	a sim, né, o serviço, a correria do serviço, eu trabalho, né e aí tem um que é tomado às 3 horas da tarde, às vezes eu esqueço porque tô na rua, às vezes eu esqueço porque simplesmente eu esqueço daquele remédio das 3 h da tarde, e tem outro... é muito remédio. Tem um que é 8h da manhã, outro mais ou menos 10h, aí já me esqueço desse. São 1, 2, 3, 4 remédios pra pressão, mais do diabetes.
F057-D	Eu tenho medo de tomar, porque são muitos remédios pra pressão, tenho medo de me dar um sono e eu não conseguir fazer o serviço, pressão baixar de repente tenho medo.
F057-D	Assim como eu falei, quando eu vejo que eu tô, que vai me dar um sono, que eu não vou dar conta do serviço eu paro, um ou dois remédios da pressão eu paro, porque depois me dá aquela soneira. Daí, depois não tem como trabalhar, eu tenho medo, né. Daí eu fico com medo eu paro, é que eu deixo de tomar aquele dia, né, parar, parar assim não, né?
F057-D	é porque se fosse em casa eu me jogava na cama.
F057-D	eu deixo um pouco lá e outro pouco eu deixo em casa. Daí, lá eu deixo no banheiro, no armário, tem os netos dela também que mexe, né. Eu tenho medo das crianças... Deus o livre, aí eu deixo lá. Eu levo uma cartela de metformina, levo o atenolol, levo todos os outros, eu deixo uma cartela lá. Quando tá acabando eu levo outra, aí eu levo para o serviço, não ando assim pra baixo e pra cima. Deixo lá dentro de um copo, as cartelas deixo lá, menos a insulina, a insulina eu não levo.
M019-K	de manhã eu tomo pra pressão alta, né, tomo pra pressão alta e depois eu tomo a metformina, como é duas vezes por dia, aí, à noite, eu tomo a outra dose, e assim vai. [Marcelo – e quando tá em serviço?] mesma coisa, eu tenho o medicamento em casa e tenho na minha mochila.
M019-K	às vezes é a correria, pô eu trabalho com táxi. e então, tem horas que você não pode parar, aí você esquece, acaba passando, mais não afeta muito a cabeça não, no dia seguinte o cara já começa a tomar de novo.

M019-K	Eu, vir pra cá, cansado, pegar uma fila, ficar dormindo feito um tolo numa cadeira, pra pegar uma autorização pra fazer teste da diabetes, ridículo isso. Antigamente eu vinha, vinha duas a três vezes na semana, chegava do serviço eu vinha em jejum já, fazia a pressão, ia lá fazia a glicose, ia embora prá casa tomar um café pra dormir, então, isso aí pra mim é errado.
F047-J	Porque lá também, lá foi descoberto no começo lá, aí tomando chá. Chá de jambolão aqui no sul, né, que a folha é bom. E aquele outro, como é, jambo roxo. Tinha a irmã da minha nora que até hoje ainda trabalha, ali na Agrônômica, na chácara do governo ali, ali tem um pé antigo, bem antigo. Ele disse, que gente, gente lá procurando por ele lá para apanhar, procurando alto, porque os pé velho, até isso ele levou pra mim. Folha do jambo roxo, que é ácido, que não é aquele amarelinho, docinho não, é uma fruta, ele levou até a fruta que caiu é roxa, grande assim.
F047-J	Tomei o jambolão, tomei esse jambo preto, depois não... aí eu não tomava esses remédios aqui compreende? Comecei tomar esses remédios depois que eu vim pra qui. Aí, depois que eu fui começar a consultar, que eu fiz aquele teste de... deu 200, aí que eu vim pra cá e comecei a tomar esses remédios. Antes nunca tinha tomado, nunca tinha tomado remédio de diabetes, é isso aí...
M002-C	Chá eu não tomo, pode dizer, esse chá é bom, é isso é aquilo, pra mim, não tomo. Pode ser quem for. Eu vi uma bioquímica, falando aí na televisão, dando uma entrevista, você não sabe se é 5folha, se é 10 folhas se é 15 folhas, daí faz um chá forte acaba arrebrandando tudo, faz um já fraco não resolve. É feito tudo em laboratório, tudo testado, não adianta tirar calo da cabeça de cavalo que não dá nada.
M003-H	podia, podia ser voltar a tomar de novo. Eu queria marcar era uma consulta primeiro, daí eu já queria ver, contar da minha situação também, né. Eu tomo chá de folha de carambola, muito boa, chegou a baixar uma vez para 68, daí agora eu tomo menos, né. Tomo uma vez, duas por semana assim, controladinho. É bem bom o chá da folha da carambola. Muito bom, não me lembro quem que me ensinou mais, muito bom mesmo. Até não dou muito pra minha mãe porque ela também, ela deve estar nos 200 a mãe. Eu não dou muito porque senão tenho medo que baixe muito. Eu e a mãe temo lá em casa, é coisa boa mesmo, sabe onde eu pego? Não tem o viaduto da tecnopolis, ali? Entro ali, tem tipo uma chácara, que não tem casa não tem nada ali, pezão grandão, entro ali e pego ali. Até comprei uma mudinha da planta, já tenho uma arvorezinha lá em casa, da carambola, muito boa, daqui uns dias já comemos até a fruta.
F036-E	Tem um potinho, né, tem um potinho que daí eu deixo eles ali dentro, que daí eu sei que tem que tomar
F044-L	tão guardados num lugar fresco, porque assim eu levo remédio, eu deixo numa latinha guardado, e o que eu uso fica em outra bem

	arejada assim, no balcão.
F044-L	[Marcelo – e com as crianças em casa, como fica?] meu remédio fica bem em cima, ninguém pega.
M002-C	o meu, é tudo em uma gavetinha, o meu é tudo separado numa gavetinha, numa caixinha de papelão ali, fica tudo ali. Fica no meu quarto mesmo. Só o meu, meu guri também toma remédio pra diabete, minha mulher toma remédio, cada um cuida do seu, não mistura pra não ter...
F056-I	eu tenho uma caixinha dessa de sorvete, né. Aí eu boto tudo ali dentro da caixinha de sorvete, e vo... o que eu tomo eu boto num... o que eu tomo durante a semana, durante dias assim essas coisas, eu boto numa caixinha assim na prateleira, que fica na cozinha e quando acaba, eu pego de novo lá da outra caixinha, que fica no armário da cozinha
F057-D	eu deixo dependurado no meu quarto, num prego, numa sacolinha de plástico. A insulina fica na geladeira e os outros medicamentos eu deixo no alto, porque eu tenho um netinho que vê eu tomar remédio, ele quer remédio. Tenho medo que ele pegue. Boto numa sacolinha de plástico e penduro bem alto pra ele não pegar.
F062-B	a insulina tá na geladeira, eu tiro só pra tomar. E a metformina eu guardo no armário, na cozinha, deixo assim num plástico aberto, porque eu tomo remédio de pressão também, eu deixo junto com os remédios de pressão, tudo junto assim, mais na cozinha.
F036-E	Mas depois do café, primeiro eu tomo café, pra depois tomar os medicamentos.
F036-E	E da pressão eu tomo também de manhã e à noite que é de 12 em 12 horas, daí depende o horário que eu tomo, se eu tomo às 8 vai dar 8h horas da noite, se eu tomo as 9, 9 horas da noite, né.
F036-E	às vezes até atrasa um pouquinho, porque, não muito, porque às vezes eu durmo até um pouquinho mais tarde, né?! Daí, às vezes, se eu tomo as 8, eu acordo 8 meia, daí até tu tomar o café, tudo, às vezes é 20 para as 9, entendesse. Mas, às vezes é bem certinho, à noite é certinho, se eu tomei às 8, é às 8, né, depois da janta
F044-L	porque às vezes, realmente, fica no lugar que eu vejo, mas tem hora que eu vejo já passou aquele horário, tomo o que é pra tomar meio-dia e assim vai. Já acontece de vez em quando
F056-I	Tomo um cafezinho ali pelas 5 horas, depois como uma fruta, uma coisa e nem janto, aí faço a insulina ali pela 8h de novo até no outro dia.
F056-I	porque tá no horário, né, que de manhã a insulina é meia hora antes do café e o comprimido de tireoide que é em jejum Aí, depois eu tomo um cafezinho aá pra tomar o comprimido, mas aí eu vou fazer uma coisa, fazer outra e me esqueço. Aí no meio-dia é almoçado te tomado outro comprimido e o AAS junto, e às vezes, assim, vou me

	esquecendo.
F057-D	assim, hora, hora indicada, não tem. Só diz de manhã, o único que eu tenho com horário indicado foi o que o cardiologista deu, o da pressão, que é um às 8 horas da manhã e um às 3 horas da tarde. E os outros só diz, um de manhã, um de tarde e um à noite. Metformina, um depois do almoço, um depois não... um depois do café, um depois do almoço e um depois da janta, aí esses aí vêm na hora marcada, mas os outros não têm, pra dizer assim – esse horário eu vou tomar.
F062-B	aí eu não esqueço, não tem segredo. Não esqueço de jeito nenhum, a eu levanto e a primeira coisa que eu faço, já tomo café, já tomo e tomo a insulina.
F062-B	eu tomo, sempre, fala ó toma antes do café da manhã, antes do almoço, eu tenho uma que eu tomo depois da janta.
M019-K	não foi indicado hora, eu tomo duas vezes por dia.
M009-F	não, eu já boto num lugar que eu sei, eu já levanto de manhã e eu não tomo remédio sem tomar café primeiro sabe, primeiro eu tomo café, descanso uns 10 minutos, eu vou lá tomo primeiro o medicamento e já fico o dia tranquilo, tenho aquele compromisso todo dia, todo dia, de manhã. Levanto tomo café e remédio, aí vou fazer as coisas que tenho que fazer, sabe, mas eu não esqueço não.
M009-F	não porque aqui só diz duas vezes ao dia, né, mas o horário não. Mas eu tomo de manhã e à noite, inclusive eu já falei com a minha médica e tudo, né, o horário que eu tomo remédio, né, eu tomo de manhã e de noite. Aí eu tomo junto, de manhã, né, todos esses, o sinvastatina à noite, né, esse aqui à noite, esse aqui meio-dia.
M009-F	às vezes é de madrugada, sabe, então porque às vezes a gente não janta, não toma, toma só um copinho de leite à noite e deu. Aí, quando chega de madrugada parece que chega assim um, meio tonto, meio coisa, vou lá e tomo copo de leite de madrugada, eu já sei como é que é, ou é muito baixa que glicemia abaixou, pressão acho que nada, deve ser glicemia. Eu tomo um copo de leite, daí vou deitar de novo e supss!! Tranquilo, só que a gente não se alimenta direito a noite. Eu também não janto, tomo um café, uma fruta uma coisa lá, mais jantar é difícil, muito difícil eu jantar. Eu não janto, tipo, pra não engordar sabe, pega e janta e vai dormir, uma fruta, um copo de leite. E, às vezes, dá isso aí.
F036-E	eu tenho pressão e diabetes, daí tem que tomar e quando eu tomo um já tomo o outro, daí no caso da diabete são 2 por dia, eu tomo um de manhã e um à noite.
F056-I	remédio! Eu tomo... que eu tenho tireoide também, né. Eu tomo o Puran de manhã, o comprimido do diabetes, tomo a insulina também, aí tomo um cafezinho

F047-J	será que tem necessidade? Mas a médica, né... eu vou pela médica, eu confio muito nela, né, tá tudo registrado, tá tudo direitinho aí tudo.
F036-E	Ah, com certeza, principalmente (da diabetes). A da pressão eu sei que não dá pra parar porque a minha pressão está todas as duas altas, quase já me deu um início de infarte, né?!
M002-C	eu me trato mais na alimentação. Mais agora, ainda uma infelicidade. Há uns dois meses atrás me deu uma dor assim, no nervo ciático aqui rapaz, não pude mais caminhar, 2 meses parado. Mas é isso, na alimentação, no remédio certinho e cuidado, né. Nada de exagero, nada, nada, nada... tô me ajeitando, como diz o outro.
M002-C	E dá o medicamento, né, a hora que eu tomo medicamento, eu tomo três comprimidos de manhã, minidiab, que eu compro fora, que aqui não fornece, eu tomo 5 comprimidos daquele por dia, uma caixa, uma caixinha é 6 dias, tomo mais que eu pego aqui... é glibenclamida (falado bem atrapalhado, não dá pra ter certeza), tomo uma injeção de insulina. Todo dia, levando ali ó, come uma fruta a mais ele já vai lá em cima, o dia que não come nada já vai lá em baixo.
M002-C	Porque eu não sei, pô, o médico olhando no dele disse assim, cada pessoa tem um diabete diferente, porque o nosso pâncreas, que queima o açúcar, um para mais cedo outro trabalha menos, outro trabalha mais, e assim sucessivamente, daí cada um toma dois comprimidos, outro toma um, outro toma... não é? E assim sucessivo.
F056-I	eu acho que melhorar é difícil, né, vai amenizando/idenizando vai a saúde, né. Mais que acabar não acaba, só pra não morrer mesmo, porque senão... não espero mais nada daqui. Daqui, só para o segundo plano. Só para o segundo plano, porque daqui, com esses remédios eu não saio dessa.
F056-I	não, eu tomo tudo tranquilo, nenhum me faz mal, por enquanto, né, enquanto nenhum ter feito mal. Tomo normal, e quando fizer mal, eu procuro o médico, né, a Dra Suzana?? lá, tira um, abaixa o outro, ela vai indo assim, igual o do tireoide, às vezes ela – tá baixo ela levanta, tá alta ela abaixa – que tá sempre descontrolada, nunca tá controlada.
F062-B	omeprazol pro estômago, eu tomo em jejum esse. A regular eu faço em jejum, depois, a de 30, eu faço depois que tomo café.
M019-K	pra ser sincero pra ti, eu não sou muito chegado a medicamento, porque medicamento é o seguinte, você começa a tomar, tomar, daqui a pouco o teu organismo já não aceita mais ele, já não passa a valer mais nada, você vai pra um mais forte, e ai vai crescendo, mais forte, mais forte, mais forte. Eu não sou contra, se tivesse outro tipo de medicamento, sem afetar muito o organismo seria melhor.

M019-K	<p>ser sincero, sim. Até porque, como eu te falei, se o organismo se acostumar muito com o diabetes, pra te falar a verdade, me senti mal só no dia 25 do 12 de 2009. Naquele dia eu passei mal, minha glicose chegou a 435, quando eu baixei no hospital, fiquei 12h internado, de lá pra cá nunca senti mais nada. Aí eu tomo medicamento, tomo, tomo aí a pouco eu dou uma parada nele pra... dei uma parada porque tava sem o medicamento, aí fui fazer os exames primeiro, e tudo e veio na ativa de novo, e agora o verão, né, tem que se cuidar no verão, agora é mais corrido, o clima é mais quente tudo, a pressão também sobe. Enfim, tem que segurar mais.</p>
F064-A	<p>eu tomo comprimido agora, ela abaixou em seguida depois do parto. Ela ficou, um mês mais ou menos normal, daí ela voltou a subir de novo.</p>
M010-G	<p>em casa eu tomo 6h da manhã, eu tomo 2 comprimido, um da pressão e o outro do coração,né. Depois eu tomo mais dois... antes de tomar o café, entendesse, eu tomo mais dois. Aí, depois do almoço, eu tomo mais dois do diabete também, um da diabete e o AAS junto, meio-dia, depois eu tomo às 6h eu tomo mais um da pressão, mais outros comprimidos que deve ser da pressão, que eu tomo às 6h, depois eu vou tomar só depois, depois do jantar, eu tomo um do diabete e outro pequenininho vermelhinho, que me deram pra mim tomar. Eu tomava mais, mas daí passou a coisa aqui e tirou, tirou 4 comprimidos pra mim. Trocou os comprimidos pra injeção.</p>
M010-G	<p>sou obrigado a tomar, não gostaria, não gosto, não pode parar de tomar.</p>
M010-G	<p>não, não é motivo, é que eu tomo um monte. Às vezes esquece. Hoje eu já tomei, aqueles 2 de manhã, dois depois do café, depois eu vim aqui aplicar/coisa/medir em jejum, né, em casa eu vou tomar um café.</p>
M009-F	<p>eu tenho uma caixinha, tipo assim, como tá aqui na farmácia. Não boto assim exposto em qualquer lugar, mas a minha esposa também é diabética também, e a gente guarda. O dela é separado, o dela tá numa gaveta. Eu boto numa caixinha numa gaveta, não sei se pode, se tá certo isso. No quarto, uma gavetinha lá que só remédio. Tudo separadinho, não preciso nem olhar a receita pra tomar remédio, que tô acostumado.</p>
M009-F	<p>eu tenho que tomar porque senão a diabete sobe, né. Sabe como é que é, começa a dar problema depois, quando ela está muito baixa eu também sinto assim meio tonto eu já conheço, é a gota e a diabete eu já conheço quando tá desregulado assim.</p>
M009-F	<p>eu queria não precisar mais tomar, né. Daí era, pô... tranquilo! Mas eu tenho aquele compromisso todo dia, de manhã e à noite, de manhã e à noite.</p>

M009-F	porque eu sei que, pelo compromisso porque eu sei que se eu deixar de tomar, pô, daqui a pouco o diabete, pode de repente não ter mais controle, né. Em vez de tomar 2 tem que tomar 4, e tem que cortar um monte de coisa, alimentação, então mesmo que eu não tenha nada,
--------	---

ANEXO A – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "A experiência com medicamentos e os fatores associados ao processo saúde/doença da pessoa diabética" da pesquisadora responsável Profª. Drª. Mareni Rocha Farias e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH.

Florianópolis, 07/05/2010


Marynes Terezinha Reibnitz
Departamento de Integração Ensino e Serviço

Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

ANEXO B – Parecer n. 765/10 do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina

Certificado

http://www.reitoria.ufsc.br/~hpcep/projeto_cep/cer...


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 765

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 19584 GR 89 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regulamento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 765 TR: 348949

TÍTULO: A experiência com medicações e os fatores associados ao processo saúde/doença da pessoa diabética

AUTOR: MARENI ROCHA FARIAS, Marcelo Campese

FLORIANÓPOLIS, 28 de Junho de 2010.

Washington Portela de Souza
 Coordenador do CEPSH/UFSC

Prof. Washington Portela de Souza
 Coordenador do CEPSH/UFSC