ROF 114 Jan/Mar 2015

Boletim do cim

USO DE ANTIBIÓTICOS EM INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS SUPERIORES

As infecções respiratórias superiores (IRS), um dos mais frequentes motivos de consulta nos cuidados primários, são geralmente processos virais autolimitados. No entanto, constituem o principal motivo de consumo de antibióticos (AB).[1-3]

O **uso excessivo** e inapropriado de AB tem consequências negativas, tais como o surgimento de **resistências bacterianas**,[2,4] com risco de mais tempo de internamento, aumento de custos e de mortalidade.[5]

Revisões recentes sugerem que os AB só modificam ligeiramente o curso da infecção não sendo necessários para muitas das IRS.[6] Devem ser considerados os padrões locais de resistência.[7] Para um uso criterioso dos AB há que determinar a probabilidade de a infecção ser bacteriana, avaliar os benefícios e riscos da antibioterapia e implementar estratégias de prescrição prudentes.[3]

As **recomendações** do *National Institute for Health and Care Excelence* (NICE) para a prescrição de AB em infecções respiratórias autolimitadas em cuidados primários definem três possíveis estratégias:

- **Não prescrição**. O doente é informado de que os AB não são necessários de forma imediata. Se a infecção piora ou se prolonga, será necessária uma reavaliação clínica.
- **Prescrição diferida.** Como no caso anterior, mas é dada ao doente uma prescrição de AB, explicando que só a deverá usar se os sintomas persistirem para lá de uma duração determinada, ou piorarem. Recomenda-se nova consulta se não houver resultados no tempo previsto indicado.
- **Prescrição imediata.** Considerar-se-á para alguns subgrupos de doentes, dependendo da gravidade da infecção.[8]

As prescrições diferidas podem ser uma estratégia útil em certas circunstâncias para diminuir uso de AB em processos infecciosos autolimitados e não complicados.[2,4,9-11] No entanto, há alguma controvérsia.[9] Uma revisão sistemática não encontrou diferenças para a maioria dos sintomas (febre, dor e mal-estar) entre as três abordagens de tratamento para IRS. No entanto, nalguns estudos em otite média aguda e em dor de garganta, a prescrição imediata de AB foi mais eficaz do que a diferida em sintomas como febre, dor e mal-estar.[10]

PRINCIPAIS IRS

O **resfriado comum** é causado por numerosos vírus, como rinovírus ou coronavírus, é autolimitado, com resolução dos sintomas em 7-10 dias. Os AB não têm nenhum papel no tratamento, que deve ser sintomático.[4,5] Este é também o tratamento adequado na **gripe**, estando disponíveis antivirais para algumas situações.[4]

A **rinossinusite aguda** (**RSA**) é uma inflamação da mucosa dos seios perinasais com sintomatologia pouco específica.[2] A etiologia mais frequente é a infecção vírica associada ao resfriado.[7,12] São sugestivos de origem bacteriana: sintomas que se prolongam (7-10 ou mais dias),[6,12] dor facial ou dental, rinorreia nasal purulenta, febre ou agravamento dos sintomas.[2,3,12] As bactérias implicadas com maior frequência são *Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae e Moraxella catarrhalis*.[2,4,5,7,12]

A RSA viral não complicada resolve-se em 7-10 dias sem tratamento.[2,4,6,13] A bacteriana é também geralmente autolimitada.[2] Assim, a maioria dos casos de RSA dispensa AB,[6,11] sendo controverso o seu uso.[7]

Tem sido sugerido reservar o uso de AB para doentes com sintomatologia persistente (mais de 10 dias) ou com sintomas graves (febre, corrimento nasal purulento, dor facial ou edema periorbital),[1,2,4,7,12,14] e também para doentes em risco de complicações (imunossupresssão ou fibrose cística).[8,14]

Proporciona-se alívio sintomático com analgésicos (paracetamol ou ibuprofeno).[2,7,11,13,15] Os corticosteróides nasais podem ser eficazes.[1,13,15] Lavagem nasal com irrigações de solução salina será útil.[16,17]

Quando é necessário AB, recomenda-se como primeira escolha a amoxicilina em doses altas.[4,6,7,14,15] Se não houver melhoras em 48-72h, será de escolha a amoxicilina-clavulânico em doses altas; nesse caso pode existir uma infecção por *Haemophilus* ou *M. catarrhalis*, produtores de beta-lactamases.[4,5,7,13,14]

A associação também tem sido recomendada nas crianças com maiores riscos, como menores de dois anos, sintomatologia muito intensa, imunodeprimidos ou com doenças crónicas.[13]

Em geral, recomendam-se 7-10 dias de tratamento.[2,4,14] Se existirem antecedentes de hipersensibilidade tipo I a beta-lactâmicos as opções são: claritromicina, azitromicina,[4,5,14,18] eritromicina,[19] e nos adultos doxiciclina,[4,11,12,14,18] ou fluoroquinolonas com boa actividade antipneumocócica (levofloxacina ou moxifloxacina).[5,12] A ceftriaxona pode ser usada em intolerância por via oral.[13,15] Em casos graves, pode ser necessária a terapêutica inicial com amoxicilina-clavulânico ou cefuroxima parentéricas.[14]

A **otite média aguda** (OMA), muito frequente na infância, cursa com otalgia, otorreia, hipoacusia, febre e irritabilidade.[2] Apesar da etiologia principalmente bacteriana, apresenta uma elevada resolução espontânea,[2,5,14] menos frequente nos menores de 2 anos. Os principais microrganismos causantes são: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Moraxella catarrhalis.*[2,18]

A decisão de tratamento AB deve ser tomada com base na idade, na certeza do diagnóstico e na gravidade da doença.[5,7,18,19] Segundo a Norma da Direcção-Geral da Saúde relativa a tratamento da OMA em pediatria, se a criança tem menos de 6 meses, inicia-se AB. O mesmo se fará para crianças com mais de 6 meses com quadro clínico grave, OMA recorrente, otorreia e OMA bilateral em menores de 2 anos. Nos outros casos respeita-se um período de observação de 48 a 72 horas seguido de reavaliação. Usar-se-á AB na persistência ou agravamento de sintomas.[20] Como tratamento sintomático usa-se analgésico.[5,7,20]

Para OMA não complicada é de eleição a amoxicilina.[5,7,11,14,18,20] Se os sintomas persistirem 48-72h, em OMA recorrente nas 6 semanas seguintes, ou se há suspeita de infecção por *H. influenzae* ou *M. catarrhalis* usar amoxicilina-clavulânico em alta dose.[7,14,20] Neste caso há quem recomende também cefalosporinas orais (como cefuroxima).[18,20] Na intolerância a AB orais usar a ceftriaxona IM.[4,20] Será útil consultar a Norma da DGS para doses de AB e duração da antibioterapia.

Em alergia não anafiláctica a beta-lactâmicos usar uma cefalosporina oral, como cefuroxima.[18,20] Se houver alergia mediada por IgE, escolher-se-á claritromicina, azitromicina, ou eritromicina.[11,14,20] Em casos graves, pode ser necessária terapêutica parentérica inicial com amoxicilina-clavulânico ou cefuroxima.[14]

A **faringoamigdalite aguda** (FA) é um processo inflamatório com eritema, edema, exsudado, úlceras ou vesículas.[2] A origem é viral em cerca de 70% dos casos.[5,14,21] Entre as causas bacterianas, o *Streptococcus pyogenes* (estreptococo β-hemolítico do grupo A) é responsável por 10% das infecções em adultos e 15-30% em crianças entre os 5 e os 15 anos.[2,4]

Na maioria dos casos, cura espontaneamente em alguns dias.[6,11,21] Na prática, pode ser suficiente a toma de líquidos e rebuçados, e de analgésicos para alívio sintomático.[2,6,21] Deve consultar-se o médico em caso de dor intensa, dificuldade na deglutição, gânglios dolorosos e dificuldades na fala ou no movimento da boca ou do pescoço.[2,21] A tosse, rinorreia, rouquidão ou úlceras orais associadas sugerem uma etiologia vírica.[2,18]

A infecção por *S. pyogenes* (SGA) é a única que requer AB.[5,16] O principal problema é distingui-la de infecção viral. A cultura de exsudado faríngeo é a técnica de referência para diagnóstico de *S. pyogenes*,[2,16] mas o resultado é demorado. Os dados epidemiológicos, a idade, a época do ano e os aspectos clínicos podem orientar na identificação da etiologia bacteriana.[2] Usam-se escalas de critérios de previsão clínica (presença de exsudado purulento, adenopatias cervicais, febre elevada, com ausência de tosse)[2,5,6] mas são pouco específicos. Há orientações no sentido de iniciar AB quando são preenchidos 4 ou 5 critérios e de realizar teste rápido de detecção de antigénio estreptocócico (TDAR), antes de iniciar AB, nos que preenchem 2 ou 3 critérios.[22] De acordo com a Norma da DGS relativa a tratamento da amigdalite em pediatria em crianças de mais de 3 anos e em adolescentes, devem realizar-se TDAR e/ou cultura de zaragatoa da orofaringe de SGA antes de iniciar antibioterapia, quando se suspeita ser esta bactéria a causa da FA. Nos menores de 3 anos reserva-se o método para as que tenham contacto próximo com infecção confirmada por SGA.[23]

Nos países desenvolvidos é baixo o risco de sequelas da faringite por SGA, como febre reumática, por isso se discute a necessidade de tratamento AB sistemático.[2] Considerar o uso de AB se há história de doença valvular cardíaca, afectação sistémica, celulite peritonsilar ou abcesso, ou factores de risco como imunossupressão ou fibrose cística.[14]

Para erradicação do estreptococo, continuam a ser de eleição a amoxicilina durante 10 dias.[12,14,18,23,24] Se houver suspeita de não adesão ao tratamento ou se existir intolerância oral pode ser usada benzilpenicilina benzatínica intramuscular em dose única.[7,18,23,24] As cefalosporinas reservam-se para alergia aos beta-lactâmicos (não causada por hipersensibilidade tipo 1), em fracasso do tratamento ou em recidivas.[7,12,23,24] Contudo, alguns recomendam as de primeira geração como primeira linha em crianças.[24] Em casos graves, a terapia inicial poderá ser com benzilpenicilina, usando depois a amoxicilina.[14]

Em história de hipersensibilidade tipo I a beta-lactâmicos podem ser usados clindamicina e macrólidos como eritromicina, azitromicina.[7,12,14,18,23,24] ou claritromicina.[11,23,24] Os isolados faríngeos de SGA podem ser resistentes a macrólidos.[12,18]

Para alguns AB, têm sido usados cursos de 5 dias como alternativa aos 10 dias de tratamento com amoxicilina.[7,24] Contudo, não há estudos definitivos.[7]

As IRS são geralmente autolimitadas e os AB proporcionam só um benefício moderado, que precisa de compensar as reacções adversas e o risco de resistência. A prescrição de AB deveria reservar-se para os casos em que apresentem um claro benefício clínico. A decisão clínica deve ser caso a caso e a prescrição deve ser realizada de acordo com orientações existentes. Convém informar os doentes das diferenças entre infecções bacterianas e virais e sobre a ineficácia dos AB nestas últimas.

Teresa Soares
Aurora Simón
Farmacêuticas

Referências bibliográficas

1. Meltzer EO, Hamilos DL. Rhinosinusitis diagnosis and management for the clinician: a synopsis of recent consensus guidelines. Mayo Clin Proc. 2011; 86(5):427-43.
2. Actualización en el tratamiento antibiótico de las infecciones respiratorias agudas. Infac 2011; 19 (10): 60-67.
3. Hersh AL, Shapiro DJ, Pavia AT, Shah SS. Antibiotic prescribing in ambulatory pediatrics in the United States. Pediatrics. 2011; 128(6):1053-61.
4. Wong DM, Blumberg DA, Lowe LG. Guidelines for the use of antibiotics in acute upper respiratory tract infections. Am Fam Physician. 2006;74(6): 956-66.
5. Guías para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones del tracto respiratorio en atención primaria. HappyAudit España 2008. [Acedido a 13-01-15] Disponivel em: http://www.samfyc.es/pdf/GdTenfinf/20093.pdf
6. Adult appropriate antibiotic use summary. CDC Principles of Appropriate Antibiotic Use. CDC, 2012. [Acedido a 13-01-15] http://www.cdc.gov/getsmart/campaign-materials/info-sheets/adult-approp-summary.html
7. Brayfield A. Martindale. The Complete Drug Reference. 38th ed. London: Pharmaceutical Press; 2014.
8. CG69 Respiratory tract infections: quick reference guide. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008. [Acedido a 17.12.14] Disponível em: http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12015/41322/41322.pdf
9. Appropriated antibiotic use-whose responsibility? WeMeRec Bull 2012; Nov: 1-4. [Acedido a 17-12-14] Disponível em: http://www.wemerec.org/Documents/Bulletins/AntibioBulletin2012Online.pdf
10. Spurling G, Del Mar C, Dooley L, Foxlee R, Farley R. Delayed antibiotics for respiratory infections. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No.: CD004417.
11. Management of infection guidance for primary care for consultation and local adaptation. Public Health England, October 2014. [Acedido a 17.12.14] Disponível em: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/377509/PHE_Primary_Care_guidance_14_11_14.pdf
12. Drug for bacterial infections. Treat Guid Med Lett. 2013; 11(131):65-74.
13. Martinez L, Albañil B, de la Flor J, Piñeiro R, Cervera J, Baquero F. *et al.* Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013; 15(59): 203-218.
14. British National Formulary nº 68, Londres, BMJ Publishing Group Ltd and Royal Pharmaceutical Society. 2014.
15. Wald ER, Applegate KE, Bordley C, Darrow DH, Glode MP, Marcy SM, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years. Pediatrics. 2013; 132(1): e262-80. [Acedido a 17-12-14] Disponível em: http://pediatrics.aappublications.org/content/132/1/e262.long
16. Llor Vilá C, Moragas Moreno A, Hernández Anadón S. Infecciones del tracto respiratório. AMF 2011: 7(3): 124-35.
17. Hwang P, Getz A. Acute sinusitis and rhinosinusitis in adults: treatment. UpToDate Jan 2014. [Acedido a 13-01-15] Disponível em: www.uptodate.com 2014.
18. Gilbert D *et al.* La Guia Sandford para el tratamiento antimicrobiano. 43ª ed, Sperryville, Antimicrobial Therapy Inc, 2013.
19. Klein JO, Pelton S. Acute otitis media in children: treatment. UpToDate. Jan 2014. [Acedido a 13-01-15] Disponível em: www.uptodate.com 2014.
20. Diagnóstico e Tratamento da Otite Média Aguda na Idade Pediátrica. Norma da Direcção-Geral de Saúde 007/2012.
21. Maux de gorge. Rev Prescrire 2011; 334: 614.
22. Zoorob R, Mohamad SA *et al.* Antibiotic use in acute upper respiratory tract infections. Am Fam Physician. 2012; 86(9): 817-822.
23. Diagnóstico e Tratamento da Amigdalite Aguda na Idade Pediátrica. Norma da Direcção-Geral de Saúde 020/2012.
24. Pichichero M. Treatment and prevention of streptococcal tonsilopharyngitis. UpToDate®, Wolters Kluwer Health, May 2014.

INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA DIABETES

CONTEXTO

Em 2013 a prevalência estimada da diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,8 milhões de indivíduos) foi de 13,0%. Portugal tem mais de 1 milhão de diabéticos neste grupo etário. O número de pessoas com diabetes tipo 2 está a aumentar em todos os países. Em 2013 estima-se a existência de 382 milhões de pessoas com diabetes em todo o mundo. Em 2035 este valor subirá para 592 milhões.[1]

O envelhecimento e os estilos de vida menos saudáveis provocaram o aumento da prevalência das doenças crónicas, nomeadamente as cardiocerebrovasculares, a hipertensão arterial e a diabetes. A diabetes é, por si só, um importante fator de risco para outras doenças.

A diabetes é uma doença que tem absorvido elevados recursos financeiros ao país, representando em 2013, 10% do total das despesas de saúde, isto é 1% do PIB português. Entre 1999 e 2006, a população que reporta diabetes aumentou 38%. O número de consultas da diabetes no total das consultas médicas realizadas nos cuidados primários aumenta, passando de 6,1% em 2011 para 8% em 2013. O consumo de medicamentos para a diabetes tem estado a aumentar significativamente ao longo dos últimos anos, em toda a Europa. Os medicamentos, a par da alimentação e do exercício físico, são um dos instrumentos essenciais ao controlo da doença.[2]

Baena, num estudo efetuado numa urgência hospitalar, identifica 33% de doentes com Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM) como causa da entrada no serviço de urgência.[3]

Estudos recentes realizados na Grande Lisboa referem que 83% dos doentes não conhecem os medicamentos que utilizam. A falta de conhecimento do medicamento por parte do doente conduz, com elevada probabilidade, ao uso incorreto deste, podendo afetar a efetividade ou criar novos problemas de saúde.[4]

O farmacêutico deve orientar a sua prática profissional para ir ao encontro das necessidades nacionais no âmbito da luta contra a diabetes, trabalhando no sentido de contribuir para os objetivos e metas descritos no Plano Nacional de Saúde e para reduzir os custos associados ao tratamento das complicações evitáveis da diabetes.[1]

Neste contexto, importa definir de um modo muito concreto e objetivo as funções e responsabilidades do farmacêutico, na diabetes, no âmbito do ciclo de vida do medicamento. Contudo, este artigo tem como foco apenas a atividade e os serviços prestados na farmácia comunitária, ou seja, centra-se nos cuidados farmacêuticos específicos para a diabetes.

RASTREIO DE DOENTES SUSPEITOS DE DIABETES

Em 2007, Pilger *et al.* propõem um protocolo de atuação para a identificação de suspeitos da diabetes em farmácias comunitárias portuguesas. Nesse trabalho, a taxa de identificação de suspeitos de diabetes foi de 5%, valor que coincide com outros estudos entretanto publicados. Há na população portuguesa entre os 20 e os 79 anos 5,7% de doentes "ocultos" (não identificados), isto é, doentes que não sabem que têm diabetes. Muitos estudos demostram que os rastreios têm elevadas taxas de identificação de suspeitos, o que justifica a realização de rastreios nas farmácias comunitárias. Para serem eficientes estes rastreios devem ser efetuados a pessoas que têm fatores de risco associados à doença, Índice de Massa Corporal (IMC)≥25, hipertensão arterial, familiar de primeiro grau com diabetes e antecedentes de diabetes gestacional ou filho com elevado peso à nascença e que apresentam sintomas ou sinais tais como polifagia, poliúria e polidipsia.[5-9]

AUTOVIGILÂNCIA E AUTOCONTROLO

As farmácias dispõem de local adequado para a realização dos testes e podem em cada momento informar os doentes que realizem autocontrolo sobre os parâmetros adequados para cada situação.

O controlo metabólico da diabetes é fundamental para preservar a saúde e lhe dar melhor qualidade de vida. Na diabetes tipo 1, o controlo da glicémia serve para o doente adequar as doses de insulina e a alimentação. Na diabetes tipo 2, o controlo da glicémia deverá depender da gravidade da situação mas a sua realização, por parte do doente, dá-lhe a responsabilidade de tomar decisões sobre a evolução da sua doença. Chama-se autocontrolo à capacidade que o doente tem para tomar decisões sobre o modo de controlar a sua doença.

A autovigilância baseia-se essencialmente no controlo do seu peso, na determinação da glicémia/glicosúria, da pressão arterial e cetonúria/cetonémia se necessário (caso de doenças intercorrentes, cetose declarada e pós-operatório). A determinação da glicémia capilar pode ser efetuada com um conjunto de equipamentos simples e sensíveis que a torna realizável pela maioria dos diabéticos. A frequência da sua realização deve ser em função do estado da diabetes e do tipo de diabetes.[10]

DISPENSAÇÃO CLÍNICA DE MEDICAMENTOS ANTIDIABÉTICOS

Seja ou não uma primeira prescrição para a diabetes o farmacêutico deve avaliar os indicadores do processo de uso adequados para identificar Problemas Relacionados com Medicamentos, registá-los e intervir no sentido de os resolver. É fundamental estar atualizado relativamente às novidades terapêuticas, posologias, modo de administração, principais efeitos adversos e, sobretudo, saber explicar e ensinar o doente diabético a utilizar corretamente os seus medicamentos orais e insulina.[11]

A educação terapêutica é fundamental para garantir que o doente vai usar corretamente os novos medicamentos ou os que já usa. Sabemos que conhecer o medicamento que toma, isto é "o conjunto de informação adquirida pelo doente sobre o seu medicamento, necessária para um correto uso do mesmo, que inclui o objetivo terapêutico (indicação e efetividade), o processo de uso (posologia, esquema terapêutico, forma de administração e duração do tratamento), a seguridade (efeitos adversos, precauções, contraindicações e interações) e sua conservação" contribui para os resultados clínicos positivos, o que torna o processo de dispensa um dos mais crí-

ticos e importantes em todo o ciclo de uso do medicamento. Para além dos medicamentos, destaca-se a importância da dispensa dos "produtos de protocolo", em que é essencial explicar e garantir que o diabético ou cuidador utilizem corretamente o aparelho de determinação da glicémia, as tiras, etc., que conheçam e entendam porque deve ser em jejum, ao deitar, etc., e que fazem o respetivo registo destes valores para poderem ser mostrados ao farmacêutico ou a outro profissional de saúde. Durante a dispensação de antidiabéticos, os doentes devem ser convidados para a monitorização da sua diabetes pelo farmacêutico. A Dispensação Semanal da Medicação (DSM), isto é, a preparação personalizada dos medicamentos que o doente toma em sistema adequados pode ser necessária para doentes com problemas cognitivos ou com dificuldades em tomar os medicamentos de forma autónoma.[11]

REVISÃO DA MEDICAÇÃO

Periodicamente, o farmacêutico deve rever toda a medicação que o doente faz, e não apenas a medicação para a diabetes. O objetivo é averiguar se o doente toma/administra corretamente os seus medicamentos para a diabetes (e os outros também) e, caso não o faça, proporcionar-lhe as ferramentas necessárias para que comece a utilizar corretamente a medicação. A revisão de medicação visa identificar indicadores negativos associados ao processo de uso da medicação, tais como, duplicação, adesão, indicação, interações, posologia, entre outros. No caso do tratamento da diabetes, todos estes indicadores podem ter um elevado impacto na hiperglicémia e na hipoglicémia, ocasionando idas ao hospital.

SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

A falta de adesão ao tratamento da diabetes provoca um elevado sofrimento para os doentes e custos excessivos para o sistema de saúde. O estudo CODE-2 (*The cost of diabetes Type II in Europe Study*) verificou que, na Europa, apenas 28% dos pacientes tratados por diabetes alcançam um bom controlo glicémico. O controlo da diabetes exige mais do que apenas tomar medicamentos. Outros aspetos da autogestão, tais como a automonitorização da glicémia, restrições alimentares, atividade física adaptada, cuidados regulares com o pé e exames oftalmológicos têm demonstrado reduzir consideravelmente a incidência e progressão das complicações da diabetes. Nos Estados Unidos, menos de 2% de adultos com diabetes executam o nível completo de cuidados que têm sido recomendados pela *American Diabetes Association* (ADA). A fraca adesão a padrões reconhecidos de cuidados é a principal causa de desenvolvimento de complicações de diabetes e está associada a custos sociais e económicos.[12] O Seguimento Farmacoterapêutico visa avaliar os resultados clínicos resultantes do tratamento da diabetes e identificar as causas dos desvios encontrados.[13,14]

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A prevalência da diabetes nas pessoas obesas (IMC ≥ 30) é cerca de quatro vezes maior do que nas pessoas com IMC normal (IMC<25). As farmácias comunitárias são um local adequado e acessível para promover a prevenção da diabetes. A dispersão das farmácias ao longo de todo o território, distribuídas de modo homogéneo, permite que os farmacêuticos se integrem em equipas de educadores da diabetes em que o médico, o enfermeiro e o nutricionista são elementos importantes. Campanhas de educação para a saúde contribuem para alterações dos estilos de vida dos doentes (exercício, alimentação).[2,15,16]

CONCLUSÕES

Apesar de a diabetes integrar um dos programas nacionais prioritários da Direção-Geral da Saúde, de terem aparecido nos últimos anos medicamentos inovadores, de haver um esforço enorme de formação por parte dos profissionais de saúde, de haver materiais de autovigilância disponibilizados aos doentes de modo quase gratuito pelas farmácias, dos custos associados serem altíssimos, a doença está longe de estar controlada. Não tem sido assumida a responsabilidade pela avaliação da adesão à medicação, das interações medicamentosas, da revisão periódica da medicação ou de outros instrumentos da gestão clínica da medicação que garantam um correto processo de uso. Os farmacêuticos, pela sua formação na área da gestão de medicação estão numa posição privilegiada para integrar programas de gestão da diabetes e desse modo gerar impactos positivos na saúde do diabético e diminuir os custos sociais e económicos associados.

Henrique Mateus-Santos
Farmácia do Altinho, Portugal
Paula Iglésias-Ferreira
Instituto pharmcare, Portugal

Referências bibliográficas

1. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Ministério da Saúde; 2012.
2. Diabetes: Factos e números 2014: Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes. Sociedade Portuguesa de Diabetologia; 2014.
3. Baena MI, Calleja Hernandez MA, Vargas J, Zarzuelo A, Jiménez-Martín J, Faus MJ. Validación de un cuestionario para la identificación de problemas relacionados con los medicamentos en usuarios de un servicio de urgencias hospitalario. ARS Pharm. 2001;42(3-4):147-71.
4. Salmerón-Rubio J, García-Delgado P, Iglésias-Ferreira P, Mateus-Santos H, Martínez-Martínez F. Measurement of patients' knowledge of their medication in community pharmacies in Portugal. Ciencia & saude coletiva. 2013:219-28.
5. Hersberger KE, Botomino A, Mancini M, Bruppacher R. Sequential screening for diabetes-evaluation of a campaign in Swiss community pharmacies. Pharm World Sci. 2006(28):171-9.
6. Pilger D, Mateus-Santos H, Fino MH, Caetano MF, Faus MJ, Iglésias-Ferreira P. Detección de pacientes con diabetes tipo 2 no diagnosticada con factores de riesgo en farmacias comunitarias de Portugal. Ars Pharm. 2007;48(4):387-96.
7. Iglésias-Ferreira P, Pilger D, Mateus-Santos H, Quaresma V. Caracterização dos Suspeitos de Diabetes Mellitus tipo 2 identificados nas Farmácias de Estágio dos Alunos da Licenciatura em Ciências Farmacêuticas da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde. 2006(I Simpósio Lusófono de Cuidados Farmacêuticos/I Encontro Luso-Espanhol de Cuidados Farmacêuticos: Seguimento Farmacoterapêutico: do Sonho à Realidade).
8. Pilger D, Mateus-Santos H, Iglésias-Ferreira P, Fernández-Llimós F. Rastreio de diabetes mellitus em farmácia comunitária de Portugal-estudo piloto. Seguim Farmacoter. 2005;3 (Supl 1)Simpodader 5. 5º Simposium de Resultados del Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico:37.
9. Iglésias-Ferreira P, Pilger D, Mateus-Santos h, Quaresma V, editors. Identificação de suspeitos de diabetes mellitus tipo 2 nas farmácias de estágio dos alunos da licenciatura em Ciências Farmacêuticas da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. 7º Congresso Português de Diabetes; 2006 22-25 Mar; Vilamoura, Portugal: Revista Portuguesa de Diabetes.
10. Patel A. Diabetes in Focus. 2 ed. London: Pharmaceutical Press; 2003.
11. Iglésias-Ferreira P, Mateus-Santos H. Dispensação Clínica de Medicamentos. Boletim do CIM in Revista da Ordem dos Farmacêuticos. 2009(ROF 89):3-4.
12. World Health Organization. Adherence to long-term therapies:evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003 2003.
13. Mateus-Santos H, Iglésias-Ferreira P. Seguimento Farmacoterapêutico Boletim do CIM in Revista da Ordem dos Farmacêuticos 2008:1-2.
14. Fornos JA, Andres NF, Andres JC, Guerra MM, Egea B. A pharmacotherapy follow-up program in patients with type-2 diabetes in community pharmacies in Spain. Pharm World Sci. 2006;28(2):65-72.
15. Ciardulli LM, Goode JV. Using health observances to promote wellness in community pharmacies. J Am Pharm Assoc (Wash). 2003;43(1):61-8.
16. West D, Blevins MA, Brech D, Stotts F, Gardner S. A multidisciplinary approach in a community pharmacy can improve outcomes for diabetes patients. Diabetes Educ. 2003;29(6):962-8.

BOLETIM DO CIM - Publicação trimestral de distribuição gratuita da Ordem dos Farmacêuticos **Director:** Carlos Maurício Barbosa **Conselho Editorial**: Aurora Simón (editora); Clementina Varelas; Francisco Batel Marques; J. A. Aranda da Silva; M.ª Eugénia Araújo Pereira; Paula Iglésias; Rodrigo Campos; Rui Pinto; Sérgio Simões; Teresa Soares. Os artigos assinados são da responsabilidade dos respectivos autores.