

Perfil farmacoterapêutico de pacientes com diabetes tipo 2 atendidos por serviço de cuidado farmacêutico

Pharmacotherapeutic profile of patients with type 2 diabetes care attended by pharmaceutical care services

Thayla Regina Morteau Delaporte Martins¹, Poliana Vieira da Silva Menolli², Marco Antônio Costa³, Edmarlon Giroto⁴

1. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-1900-4890>. Farmacêutico. Mestre em Assistência Farmacêutica. Secretaria Municipal de Saúde, Mandaguari, Paraná, Brasil.

E-mail: thaylad@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9741-1049>. Farmacêutica – docente. Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, Paraná, Brasil.

E-mail: polianacascavel@hotmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0593-5385>. Farmacêutico – docente. Doutor em Ciências Farmacêuticas. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil.

E-mail: macosta@uem.br

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9345-3348>. Farmacêutico – docente. Doutor em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.

E-mail: edmarlon78@gmail.com

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar o perfil farmacoterapêutico dos pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2 atendidos pelo serviço de cuidado farmacêutico no Sistema Único de Saúde. Tratou-se de um estudo quantitativo, transversal e foram avaliadas informações obtidas durante consultas farmacêuticas realizadas em pacientes portadores de diabetes *mellitus* tipo 2, atendidos em unidades de atenção primária de três municípios do estado do Paraná. Em média, os pacientes utilizavam $6,5 \pm 3,0$ medicamentos. Para tratamento do diabetes, mais da metade dos pacientes associava insulina e antidiabéticos orais, sendo os mais prescritos a metformina e glibenclamida. Entre os

medicamentos para tratamento das comorbidades, a hidroclorotiazida, losartana e sinvastatina foram os mais frequentes. As principais interações medicamentosas potenciais identificadas foram a associação entre antidiabéticos e diuréticos tiazídicos ou betabloqueadores ou inibidores da enzima conversora da angiotensina, além da associação entre sinvastatina e ciprofibrato. A polimedicação foi identificada na grande maioria dos pacientes avaliados.

DESCRITORES: Atenção farmacêutica. Diabetes *mellitus*. Farmacoterapia. Interações medicamentosas. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The aim of the study was to analyze the pharmacotherapeutic profile of patients with type 2 diabetes *mellitus* attended by the pharmaceutical care service in the Unified Health System (SUS). It was a quantitative cross-sectional study, that assessed information obtained during pharmaceutical consultations conducted with type 2 diabetes *mellitus* patients, treated at primary care units at three municipalities in the state of Paraná. On average, patients were using 6.5 ± 3.0 medications. For diabetes treatment, more than half of the patients were using a combination of insulin and oral antidiabetic drugs, with metformin and glibenclamide being the most prescribed. Among medications for treating comorbidities, hydrochlorothiazide, losartan, and simvastatin were the most frequently used. The main potential drug interactions identified were the association between antidiabetics with thiazide diuretics or beta-blockers or angiotensin converting enzyme inhibitors, as well as the association between simvastatin with ciprofibrate. Furthermore, polypharmacy was identified in the vast majority of evaluated patients.

DESCRIPTORS: Pharmaceutical services. Diabetes *mellitus*. Drug therapy. Drug interactions. Primary Health Care.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

O diabetes *mellitus* (DM) é uma síndrome em que a falta de insulina e/ou a incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos (aumento da resistência insulínica), resulta em hiperglicemia¹. O DM e, em especial suas complicações (micro ou macrovasculares), constituem as principais causas de morbimortalidade na maioria dos países². Essa situação é acentuada com o atual cenário de envelhecimento populacional do Brasil, uma vez que este processo aumenta o risco de diabetes².

Diante desse contexto, o DM é reconhecido como um importante problema de saúde pública, com prevalência autorreferida de 6,2%³ e prevalência mundial estimada em 10,5%⁴. Estima-se que a população brasileira com DM ultrapassa os 15 milhões de pessoas, e que até 2045 esse número será superior a 23 milhões⁴. Com essa prevalência, evidencia-se a necessidade de tratamento efetivo aos pacientes, com a modificação de hábitos de vida e uso da terapia medicamentosa, geralmente necessária para se atingir um controle glicêmico adequado⁵.

No entanto, os pacientes com DM apresentam grandes dificuldades e restrições culturais no seguimento do tratamento proposto, principalmente relacionadas aos efeitos adversos, esquecimento, dificuldade em administrar os medicamentos, número de medicamentos utilizados, alto custo, mitos, crenças e acesso limitado à informação e à compreensão, além do caráter assintomático da doença⁶. Dessa forma, o cuidado farmacêutico, sendo uma ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde⁷, pode ser uma importante estratégia no propósito de atingir resultados que melhorem a qualidade de vida dos pacientes⁸.

O cuidado farmacêutico é um serviço com foco no paciente e visa a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da prevenção de agravos. É objetivo do cuidado a educação em saúde e a promoção do uso racional de medicamentos prescritos e não prescritos, além de terapias alternativas e complementares⁷. Além disso, o adequado cuidado farmacêutico é importantíssimo para fomentar a adesão do paciente ao tratamento e na prevenção e controle dos Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRMs)⁹.

No processo de cuidado, o farmacêutico deverá orientar de forma clara e objetiva o paciente sobre seus problemas de saúde e medicamentos em uso, considerando as perspectivas clínicas, humanísticas e econômicas da terapia

necessária, bem como as relações biopsicossociais do paciente¹⁰. Todavia, para que o cuidado farmacêutico possa ser realizado de forma adequada, é imprescindível que a coleta de dados seja detalhada, principalmente no que se refere ao perfil farmacoterapêutico, que é o registro cronológico da informação relacionada com o consumo de medicamentos de um paciente¹¹.

Com posse dessas informações, o farmacêutico, em conjunto com a equipe de saúde, poderá garantir o tratamento mais indicado, efetivo, seguro e conveniente aos pacientes, dando atenção a ocorrência de problemas de saúde relacionados a medicamentos e buscando resolvê-los através da intervenção farmacêutica, com a aplicação de medidas preventivas ou corretivas. Por isso, o objetivo deste estudo foi analisar o perfil farmacoterapêutico dos pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2 atendidos por um serviço de cuidado farmacêutico no Sistema Único de Saúde (SUS).

MÉTODO

O presente estudo foi quantitativo, transversal, em que foram avaliadas as informações obtidas durante as consultas farmacêuticas realizadas em um serviço de cuidado farmacêutico. Esta foi uma parte de um estudo maior, ensaio clínico de braço único intitulado “Implantação e avaliação do cuidado farmacêutico no acompanhamento de pacientes portadores de diabetes tipo 2”.

A população foi de pacientes com diabetes tipo 2 (DM2), atendidos pelo serviço de cuidado farmacêutico durante a fase de implantação do ensaio clínico supracitado, que aconteceu em unidades de atenção primária de três municípios do estado do Paraná (Apucarana, Corbélia e Matelândia), em 2020 e 2021, após concessão de aprovação para realização do estudo. As unidades que receberam os atendimentos foram escolhidas pelos farmacêuticos pesquisadores por conveniência ao seu local de atuação profissional.

Como critérios de inclusão, puderam participar pacientes cadastrados e/ou atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) nas Unidades de Saúde selecionadas, com idade entre 40 e 85 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de DM2 há pelo menos 6 meses, em uso de medicamento antidiabético oral ou injetável e com nível de HbA1c igual ou superior a 7% ou glicemia pós-prandial >180 mg/dL.

Os pacientes foram excluídos em caso de gravidez, estágio final de doença renal, tratamento para câncer, síndrome da imunodeficiência adquirida ou

anticoagulação, doença hepática, demência ou doença psiquiátrica instável, e plano para residir em outra localidade fora da área de abrangência das unidades participantes, durante o período do estudo.

Além do cuidado usual fornecido pelas Unidades de Saúde onde foi realizado o estudo, foi ofertado aos pacientes um modelo de cuidado farmacêutico clínico, com o qual o farmacêutico e os demais profissionais da área de saúde trabalharam de forma colaborativa para gerir o cuidado ao paciente.

Para a implantação e padronização dos serviços de cuidado, os farmacêuticos participantes da pesquisa desenvolveram e utilizaram os mesmos instrumentos para a implantação dos novos serviços:

- Conciliação de medicamentos;
- Revisão farmacoterapêutica;
- Gestão da condição de saúde;
- Acompanhamento farmacoterapêutico.

O farmacêutico realizou consultas individuais face a face com o paciente em uma sala de consultório da referida unidade. Também foi ofertada a esses pacientes pelo menos uma consulta/visita farmacêutica domiciliar, estruturada de forma a garantir o resgate de informações como acesso aos medicamentos, armazenamento, conservação e estoque doméstico e dificuldade na identificação dos medicamentos. A consulta/visita domiciliar foi realizada durante a segunda consulta, sendo que em alguns casos, a critério da avaliação da necessidade feita pelo farmacêutico, podem ter ocorrido mais consultas domiciliares.

O estudo analisou aspectos clínicos, terapêuticos e informações sobre o estilo de vida:

- Clínicos: comorbidades, presença de complicações, hemoglobina glicada (HbA1c), pressão arterial, perfil lipídico, índice de massa corporal (IMC) e creatinina;
- Terapêuticos: medicamentos prescritos e não prescritos, reações adversas, sucesso da farmacoterapia, experiência subjetiva com o uso de medicamentos, barreiras para adesão terapêutica;
- Informações sobre o estilo de vida: tabagismo, hábitos alimentares, atividade física.

Ainda foram abordados os problemas relacionados à farmacoterapia (PRF) identificados e intervenções farmacêuticas necessárias, respeitando as necessidades

individuais do paciente e o conhecimento de suas condições clínica e terapêutica medicamentosa.

Os dados clínicos foram obtidos dos pacientes e de outras fontes disponíveis ao pesquisador (prescrição médica, prontuário clínico do paciente, dados de automonitoramento glicêmico e exames laboratoriais), que foram coletados seguindo o instrumento de coleta (prontuário farmacêutico) elaborado pelo conjunto de pesquisadores. A análise de tais informações norteou o processo de construção das intervenções necessárias.

Durante as consultas individuais, foram reforçadas questões relativas à educação em saúde (diabetes *mellitus*, estilo de vida e automonitoramento glicêmico) e ao uso de medicamentos (reações adversas, administração e adesão ao tratamento). As instruções foram efetuadas de forma verbal e, sempre que o paciente demonstrou necessidade, foram utilizados informativos gráficos como calendário posológico, etiquetas de identificação, folhetos, tabela de automonitoramento para pacientes insulinizados, entre outros.

O plano de cuidado foi elaborado pelo farmacêutico e discutido com o paciente e, quando necessário, comunicado ao médico via encaminhamento ou reunião de equipe.

Para elaboração do presente estudo, foram consideradas as seguintes variáveis: sexo (masculino; feminino), idade (contínua), tempo de diagnóstico (autorrelato, em anos), glicemia em jejum (em mg/dL), comorbidades (autorrelato e informações do prontuário), medicamentos utilizados (nome e número, por autorrelato e informações do prontuário), tratamento para diabetes prescrito (por autorrelato ou informações do prontuário), classe de medicamentos para tratamento do diabetes, presença de potencial interação medicamentosa (identificação da interação, risco e consequência).

Os medicamentos foram classificados por suas Denominações Comuns Brasileiras (DCB) e pela Classificação Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Os dados de prescrição de medicamentos e presença de comorbidades foram obtidos pela combinação de informações coletadas durante as consultas farmacêuticas individuais por autorrelato do paciente, exames e prescrições apresentadas, além de consulta ao prontuário, para que o perfil farmacoterapêutico desses pacientes atendidos pelo SUS pudesse ser delineado. Os dados foram

reunidos utilizando-se planilhas no programa Excel. O aplicativo Micromedex® e a plataforma Lexicomp® foram utilizados para analisar as possíveis interações medicamentosas.

Os participantes em potencial foram identificados por meio de revisão de prontuário, sendo que os elegíveis foram convidados a participar do estudo e, em caso de aceitação, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá – CEP/UEM (CAAE 46909021.7.0000.0104; Parecer nº 4.891.880).

RESULTADOS

Foram avaliados 40 pacientes com idade média de 62 anos ($\pm 10,4$), mínimo de 41 e máximo de 76 anos, sendo 26 mulheres (65%). O tempo médio do diagnóstico foi de 12,1 anos ($\pm 8,6$), sendo o diagnóstico mais recente de quatro anos e maior tempo de diagnóstico de 37 anos. A glicemia de jejum média na primeira consulta (baseline) foi 176mg/dL (± 64 mg/dL), com menor valor de 71 mg/dL e maior de 371 mg/dL. As comorbidades mais prevalentes foram: dislipidemia (70%), hipertensão (65%) e ansiedade/depressão (30%). Em média, os pacientes utilizavam 6,5 ($\pm 3,0$) medicamentos, variando de um a 13. Cerca de 90% dos pacientes utilizavam quatro medicamentos ou mais.

As prescrições conforme os problemas de saúde apresentados apontam um maior número de medicamentos para diabetes (n=88), seguido da hipertensão (n=66) e dislipidemia (n=36) (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta os medicamentos prescritos para hipertensão e dislipidemia, as duas comorbidades mais prevalentes entre os pacientes acompanhados. Para a primeira doença, o medicamento mais prescrito foi hidroclorotiazida, que representou 22,7% (n=15), seguido por losartana (n=14), enalapril (n=8) e anlodipino (n=6). Já para dislipidemia, o mais utilizado foi sinvastatina, correspondendo a 66,6% (n=24) das prescrições de hipolipemiantes orais, porém, outras estatinas também foram prescritas, como atorvastatina e rosuvastatina. Fibratos estavam presentes em 27,8% (n=10) das prescrições de hipolipemiantes. Um total de 8 pacientes (28,6%), entre os 28 que tinham prescrições de medicamentos para dislipidemias, fazia uso de ciprofibrato em associação com a sinvastatina.

Tabela 1. Distribuição dos medicamentos utilizados segundo problema/condição de saúde, 2021-2022.

Problema/condição de saúde	n	%
Diabetes	88	33,7
Hipertensão	66	25,3
Dislipidemia	36	13,8
Distúrbios de coagulação	17	6,5
Depressão/ansiedade	16	6,1
Distúrbios gástricos	9	3,4
Distúrbios da tireoide	9	3,4
Outros distúrbios do sistema nervoso central	4	1,5
Distúrbios de cálcio	4	1,5
Dor crônica	3	1,1
Hiperuricemia	3	1,1
Hipovitaminose	2	0,8
Contracepção	2	0,8
Arritmia	1	0,4
Vertigem	1	0,4
Total	261	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor(2024)

Quando se fala em tratamento do diabetes, 7,5% (n=3) dos pacientes utilizavam apenas insulina, 32,5% (n=13) apenas antidiabéticos orais (ADOs), 57,5% (n=23) faziam uso de associação entre insulina e ADOs e 2,5% associavam insulina, ADO e antidiabético injetável, conforme apresentado na Tabela 3. A média de antidiabéticos orais utilizados pelos pacientes foi de 1,41 e o máximo foi de três medicamentos.

De todos os pacientes acompanhados, 67,5% (n=27) utilizavam insulina e 92,5% (n=37) utilizavam algum antidiabético oral. Entre os usuários de insulina, 81,5% (n=22) utilizavam somente a insulina de ação lenta (NPH). Já os antidiabéticos orais mais utilizados foram metformina, 97,3% (n=36), e glibenclamida (35,1%; n=13), conforme apresentados na Tabela 4.

Tabela 2. Distribuição dos medicamentos para hipertensão e dislipidemia segundo classe medicamentosa, nome do medicamento e classificação ATC, 2021-2021.

Comorbidade	Classe medicamentosa	Medicamentos	Classificação ATC	n (%)
Hipertensão (n=66)	Diurético	Hidroclorotiazida	C03AA03	15 (22,7)
	Tiazídico	Clortalidona	C03BA04	1 (1,5)
	Antagonista de receptores de angiotensina II	Losartana	C09CA01	14 (21,2)
		Olmesartana	C09CA08	1 (1,5)
	Betabloqueador	Propranolol	C07AA05	4 (6,1)
		Metoprolol	C07AB02	3 (4,5)
		Carvedilol	C07AG02	3 (4,5)
		Atenolol	C07AB03	2 (3,1)
	IECA	Enalapril	C09AA02	8 (12,1)
	BCC	Anlodipino	C08CA01	6 (9,1)
	Diurético Poupador de Potássio	Espironolactona	C03DA01	4 (6,1)
	Diurético de Alça	Amilorida	C03DB01	1 (1,5)
		Furosemida	C03CA01	3 (4,5)
Outros	Hidralazina	C02DB02	1 (1,5)	
Dislipidemia (n=36)	Estatina (sinvastatina, atorvastatina, rosuvastatina)	Sinvastatina	C10AA01	24 (66,6)
		Atorvastatina	C10AA05	1 (2,8)
	Rosuvastatina	C10AA07	1 (2,8)	
	Fibrato (Ciprofibrato)	Ciprofibrato	C10AB08	10 (27,8)

Fonte: Elaborado pelo autor(2024)

ATC: Anatomical Therapeutic Chemical; BCC: Bloqueador de Canal de Cálcio; IECA: Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina.

Tabela 3. Tratamento medicamentoso para Diabetes *mellitus*, 2021-2022.

Medicamentos		n (%)
Insulina		3 (7,5)
Antidiabético oral (ADO)	1 ADO	2 (5,0)
	2 ADO	11 (27,5)
Insulina + ADO	1 ADO	17 (42,5)
	2 ADO	5 (12,5)
	3 ADO	1 (2,5)
Insulina + ADO + Antidiabético injetável		1 (2,5)

Fonte: Elaborado pelo autor(2024)

Tabela 4. Distribuição dos antidiabéticos utilizados pelos pacientes, 2021-2022.

Classe medicamentosa	Medicamento	Classificação ATC	n (%)
Biguanida	Metformina	A10BA02	36 (97,3)
	Glibenclamida	A10BB01	13 (35,1)
Sulfoniluréia	Gliclazida	A10BB09	2 (5,4)
	Empagliflozina	A10BK03	1 (2,7)
Inibidor da SGLT2	Dapagliflozina	A10BK01	1 (2,7)
	Sitagliptina	A10BH01	1 (2,7)
Inibidor da DPP4	Pioglitazona	A10BG03	1 (2,7)
Tiazolidinediona	Liraglutida	A10BJ02	1 (2,7)

Fonte: Elaborado pelo autor(2024)

ATC: Anatomical Therapeutic Chemical; DPP4: Inibidores da Dipeptidil Peptidase-4; GLP1: Glucagon-like Peptide-1; SGLT2: Inibidores do Cotransportador de Sódio-Glicose-2.

A Tabela 5 apresenta as principais interações medicamentosas potenciais encontradas nas prescrições. Diuréticos tiazídicos, como a hidroclorotiazida, foram prescritos em associação à antidiabéticos, para 40% dos pacientes, o que pode gerar diminuição do efeito terapêutico dos antidiabéticos. Da mesma forma, anti-hipertensivos da classe dos betabloqueadores estavam prescritos em associação a antidiabéticos a 27,5% dos pacientes, o que pode causar aumento ou diminuição do efeito hipoglicemiante do antidiabético, além de reduzir ou mascarar os sinais e sintomas de hipoglicemia. Também foi frequente (20%) a associação de antidiabéticos

com medicamentos da classe dos inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), tendo como resultado o aumento do efeito hipoglicêmico dos antidiabéticos e um maior risco de reações adversas da metformina. Ainda, foi encontrada a prescrição concomitante de sinvastatina e ciprofibrato em 20% dos pacientes avaliados, o que pode aumentar o risco de efeitos adversos da sinvastatina.

Tabela 5. Principais interações medicamentosas potenciais entre os medicamentos utilizados pelos pacientes do estudo, 2021-2022.

	Interação	Risco	Consequência	n (%)
Medicamentos Antidiabéticos (todos)	Diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida, clortalidona)	C	Diminuição do efeito terapêutico dos medicamentos antidiabéticos	16 (40,0)
Medicamentos Antidiabéticos (todos)	Betabloqueadores (propranolol, atenolol, carvedilol, metoprolol)	C	Aumento ou diminuição do efeito hipoglicemiante do antidiabético e redução ou mascaramento dos sinais e sintomas de hipoglicemia (ex. taquicardia)	11 (27,5)
Medicamentos Antidiabéticos (todos)	IECA (enalapril)	C	Aumento do efeito hipoglicêmico dos antidiabéticos e aumento do risco de reações adversas da metformina (como hipoglicemia e acidose láctica)	8 (20,0)
Sinvastatina	Ciprofibrato	D	Aumento do risco de efeitos adversos da sinvastatina	8 (20,0)
Medicamentos Antidiabéticos (todos)	Medicamentos associados a hiperglicemia (clorpromazina, contraceptivos, furosemida)	C	Diminuição do efeito terapêutico dos medicamentos antidiabéticos	7 (17,5)
Medicamentos Antidiabéticos (todos)	ISRS (fluoxetina e sertralina)	C	Aumento do efeito hipoglicemiante dos antidiabéticos	6 (15,6)
Sinvastatina	Anlodipino	D	Aumento da concentração sérica da sinvastatina, com consequente aumento do risco de reações adversas	5 (12,5)

IECA (enalapril)	AAS	C	Diminuição do efeito terapêutico e aumento da nefrotoxicidade do IECA	4 (10,0)
Diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida, clortalidona)	IECA (Enalapril)	C	Aumento do efeito hipotensivo e nefrotóxico de IECA	4 (10,0)
Diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida, clortalidona)	Fármacos anticolinérgicos (amitriptilina, clorpromazina)	C	Aumento da concentração sérica dos diuréticos tiazídicos	2 (5,0)
Diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida, clortalidona)	ISRS (Fluoxetina e Sertralina)	C	Aumento do risco de hiponatremia dos diuréticos tiazídicos	2 (5,0)

Fonte: Elaborado pelo autor(2024)

AAS: Ácido acetilsalicílico; IECA: Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina; ISRS: Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina; C = Monitorar Terapia; D = Considerar alteração da terapia.

DISCUSSÃO

Dos pacientes avaliados neste estudo, a idade média foi de 62 anos, sendo a maioria composta por mulheres. As comorbidades mais prevalentes encontradas foram dislipidemia, hipertensão e ansiedade/depressão. A polimedicação foi identificada na grande maioria dos pacientes avaliados. Os medicamentos mais prescritos foram para diabetes, hipertensão e dislipidemia, com destaque para metformina, insulina de ação lenta (NPH), glibenclamida, hidroclorotiazida, losartana, sinvastatina e ciprofibrato. Entre as principais interações medicamentosas potenciais encontradas estavam a hidroclorotiazida e antidiabéticos; anti-hipertensivos das classes dos betabloqueadores e IECAs com antidiabéticos e interação entre sinvastatina e ciprofibrato.

Apesar de não ser a mais prevalente, a hipertensão foi a doença com maior número de medicamentos prescritos, representando 25,4% de todos os medicamentos. Isso pode ser justificado pelo fato de que a combinação de fármacos é a estratégia terapêutica preferencial para a maioria dos hipertensos,

independentemente do estágio da hipertensão ou do risco cardiovascular associado¹², por isso estima-se que até 30% dos hipertensos utilizem quatro ou mais fármacos para a obtenção do controle pressórico¹³.

O anti-hipertensivo mais prescrito foi hidroclorotiazida, seguido por losartana, enalapril e anlodipino. Já entre os hipolipemiantes, o mais utilizado foi sinvastatina. Dentre os demais medicamentos utilizados pelos pacientes, destacaram-se ácido acetilsalicílico (AAS) e omeprazol. Em estudo com pacientes de um grupo de hipertensão e diabetes¹⁴, entre os mais utilizados estavam a losartana e o enalapril.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) preconiza que a terapia farmacológica da hipertensão no paciente diabético seja escolhida baseada na eficácia, tolerância do paciente, presença de comorbidades e custo, preferencialmente utilizando-se diuréticos (hidroclorotiazida), IECA (enalapril, captopril), antagonistas de receptores de angiotensina (losartana) e bloqueadores de canais de cálcio (anlodipino). A terapia com dois ou mais anti-hipertensivos deve ser considerada quando as metas terapêuticas não são alcançadas com monoterapia. Nesses casos, deve-se associar IECA ou bloqueadores de receptores da angiotensina (BRA) e bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) (na terapia dupla) e IECA ou BRA e BCC e diurético tiazídico quando forem necessários três ou mais medicamentos para o alcance da meta¹⁵. Dessa forma, pode-se afirmar que os medicamentos utilizados para tratamento da hipertensão arterial no presente estudo estão em consonância com as recomendações da SBD.

Outros estudos reportaram hipolipemiantes, antiagregantes plaquetários^{14,16,17} e omeprazol¹⁸ como os principais medicamentos prescritos, além de anti-hipertensivos e antidiabéticos. Estudos de prevenção secundária têm concluído que o AAS protege os pacientes com alto risco de eventos cardiovasculares¹⁸.

Quando se fala em tratamento do diabetes, a média de antidiabéticos orais prescritos foi de 1,41, com máximo de três ADOs, resultado semelhante ao encontrado por estudo com pacientes com diabetes de um programa de educação em saúde¹⁹. O regime terapêutico dos pacientes em uso de ADOs mostrou que apenas 5,0% dos pacientes estavam em monoterapia oral com metformina, 27,5% utilizavam mais de um ADO e 57,5% faziam uso de associação entre insulina e ADOs. Estudo com pacientes com diabetes participantes de um programa de educação em saúde mostrou que essas proporções foram 36,0%, 38,9% e 25,0%, respectivamente¹⁹.

A diferença entre o número de pacientes em monoterapia com metformina entre

o presente estudo e outro com pacientes diabéticos de um programa de educação em saúde realizado em municípios do Distrito Federal¹⁹ provavelmente se refere à população analisada, visto que a população do presente estudo apresentou média de HbA1c de $9,8 \pm 1,7\%$ ²⁰, enquanto no outro foi de $7,8 \pm 1,5\%$. Segundo a SBD, a recomendação de tratamento do DM2 é que em pacientes com HbA1c $< 7,5\%$ o tratamento deve ser em monoterapia; $7,5\% < \text{HbA1c} < 9,0\%$, iniciar terapia dupla (metformina + outro antidiabético); e HbA1c $> 9,0\%$ iniciar terapia dupla (metformina + outro antidiabético) ou terapia baseada em insulina¹⁵.

Apesar das prescrições estarem de acordo com a recomendação de tratamento da SBD para a média de HbA1c encontrada na população acompanhada, notamos que as metas não estão sendo alcançadas, considerando que a média de tempo de diagnóstico dos pacientes foi de aproximadamente 12 anos. Esse fato pode estar acontecendo por falta de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, devido às dificuldades em seguir a terapêutica medicamentosa, ao número de medicamentos utilizados, efeitos adversos e alto custo do tratamento, além de mitos e crenças inerentes ao paciente⁶.

Quase a totalidade dos pacientes utilizava antidiabéticos orais, em especial metformina e glibenclamida, conforme relatado em outros estudos^{14,17}. Já entre os usuários de insulina, a maior parte utilizava somente a NPH, o que vai ao encontro com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, que define que para média de HbA1c encontrada na população estudada, a terapia medicamentosa deve ser composta por metformina associado a outro antidiabético, a depender da resposta do paciente, ou o paciente deve ser submetido à terapia baseada em insulina¹⁵.

Porém, a SBD, assim como o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT) do tratamento do DM2, preconiza que a associação de insulina regular à insulina basal está indicada para pacientes sem controle glicêmico adequado com insulina NPH em associação ou não com hipoglicemiantes orais^{15,21}. Como já citado, a média de HbA1c e a glicemia em jejum estão acima das metas terapêuticas, além do tempo médio de diagnóstico não ser recente, indicando que a associação com insulina regular poderia ser apropriada, mas que foi observada em menos de 20% dos pacientes.

Esse dado também reforça a importância de um trabalho multiprofissional na elaboração do Plano de Cuidado ao paciente²² facilitando a adesão e o alcance das metas terapêuticas. Para isso, os profissionais de saúde devem desempenhar seus papéis de forma a criar vínculo com os pacientes, dedicando tempo suficiente nas

consultas, melhorando a comunicação e relação interpessoal, motivando o paciente para o cumprimento do plano terapêutico e promovendo sua autonomia no tratamento²³.

Além disso, é fundamental que o profissional de saúde tenha acesso frequente a programas de educação permanente, visto que uma equipe ativa e capacitada, com conhecimento sobre a evolução da doença, aliada a um paciente esclarecido e com consciência sobre seu autocuidado, é a combinação mais favorável para o sucesso do tratamento e prevenção de complicações crônicas²³.

A grande maioria dos medicamentos utilizados pelos pacientes é fornecida pelo SUS e/ou pelo Programa Farmácia Popular²⁴ e faz parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME²⁵, o que é fundamental, visto que o acesso aos medicamentos é o primeiro ponto para que o paciente tenha condições de aderir ao tratamento²⁶.

Com a análise da farmacoterapia dos pacientes, é importante observar alguns pontos críticos que o farmacêutico clínico deve ter mais atenção, pois representam maior potencial de ocorrência de problemas farmacoterapêuticos²⁷. Os PRMs mais comuns estão relacionados à segurança ou eficácia, geralmente não quantitativos²⁷, que podem estar relacionados a casos de interação medicamentosa, impedindo o desfecho clínico desejado e prejudicando o controle da hipertensão arterial sistêmica e DM¹⁴. Nesse sentido, entre as principais interações medicamentosas potenciais encontradas, observou-se a prescrição concomitante de diuréticos tiazídicos, como a hidroclorotiazida, com antidiabéticos, resultado semelhante ao obtido com diabéticos atendidos por um programa de educação em saúde do Distrito Federal¹⁹. Como esses medicamentos podem reduzir o efeito terapêutico dos antidiabéticos, é essencial que haja aumento na frequência de monitoramento da glicemia e, dependendo dos resultados observados, pode ser necessário ajuste na dose do antidiabético, principalmente se houver alterações na terapia (inclusão, exclusão ou alteração de dose do diurético), para que eventos de hiperglicemia não sejam notados. Essa pode ser uma das principais hipóteses para justificar o mau controle glicêmico evidenciado em grande parte dos participantes de estudo realizado com pacientes com hipertensão e diabetes do município de Parobé-RS¹⁷.

Da mesma forma, anti-hipertensivos da classe dos betabloqueadores estavam prescritos em associação a antidiabéticos a 27,5% dos pacientes, resultado bem acima do encontrado em pacientes com diabetes de um programa de educação em

saúde¹⁹, de 11,5%, mas que foi corroborado por estudo com pacientes participantes de um grupo do programa Hiperdia¹⁴. Para evitar as consequências negativas dessa combinação, visto que pode aumentar a frequência de hiper ou hipoglicemia, além de mascarar os sintomas da hipoglicemia, o farmacêutico deve orientar o paciente para que aumente a frequência do controle glicêmico, e caso note a ocorrência de episódios de hiper ou hipoglicemia, comunicar ao prescritor essa observação, sugerindo adequação da terapia medicamentosa.

Apesar de ter sido alta a prevalência de interação entre antidiabéticos e os anti-hipertensivos da classe betabloqueadores, são os medicamentos recomendados pela SBD nos casos de pacientes diabéticos com albuminúria, para redução de desfechos renais e cardiovasculares¹⁵. Uma alternativa a essa combinação seria a substituição por um anti-hipertensivo da classe dos BRA¹⁵, como a losartana, caso o paciente apresente complicações persistentes relacionadas a essa interação.

Outra combinação de medicamentos com alta frequência (20%), foi a prescrição simultânea de antidiabéticos com anti-hipertensivos da classe IECA, que podem aumentar o efeito hipoglicêmico dos antidiabéticos¹⁷, além de aumentar o risco de reações adversas da metformina (acidose láctica)¹⁷. Por isso, os pacientes devem ser fortemente monitorados para o risco de hipoglicemia, principalmente quando já possuem outros fatores de risco para ocorrência desses episódios.

Ainda, foi encontrada a prescrição concomitante de sinvastatina e ciprofibrato a 20% dos pacientes avaliados, que é uma combinação frequente, mas com alto risco de ocorrência de rabdomiolise, visto que ambos medicamentos possuem, isoladamente, esse potencial miotóxico, quando usados concomitantemente, o potencial para essa toxicidade aumenta, tornando necessário o monitoramento de sinais e sintomas²⁸. Nesse caso, faz-se necessário o monitoramento dessa potencial interação, pois a SBD recomenda a associação entre estatina e fibratos em pacientes com risco alto ou muito alto para ocorrência de eventos cardiovasculares, com objetivo de reduzir esse risco, e para pacientes com hipertrigliceridemia, quando as medidas não farmacológicas, apesar de essenciais, não forem suficientes para reduzir o risco de pancreatite aguda¹⁵.

Em relação à depressão, estima-se que entre 15 e 25% da população geral tenha sintomas depressivos²⁹, sendo mais comum em adultos mais velhos com DM do que na população mais jovem, com sua prevalência aumentando com a duração dessa doença³⁰. Esses resultados corroboram a presente pesquisa, visto que 30%

dos pacientes acompanhados relataram diagnóstico de depressão. Essa comorbidade pode ser responsável por parte do mau controle glicêmico dos pacientes, uma vez que estudo em adultos com DM2 mostrou que a presença de sintomas depressivos contribui para uma diminuição da adesão ao tratamento ao DM2 e ao insuficiente controle metabólico.

A prática de polifarmácia é frequente em indivíduos com diabetes devido às características da doença e à elevada frequência de comorbidades, o que contribui para a ocorrência de interações e aumento da probabilidade de Reação Adversa à Medicamento (RAM), levando à cascata de prescrição comum em idosos¹⁹. Uma vez que o farmacêutico identifica um PRM, parte-se para o desenvolvimento de um Plano de Assistência ao paciente, com a finalidade de prevenir ou resolver os resultados negativos associados à medicação⁹.

No Sistema Único de Saúde, as farmácias são locais com maior acessibilidade aos pacientes e os farmacêuticos são os profissionais de saúde mais disponíveis para a população. Muitas vezes, são o primeiro local em que o paciente busca o atendimento e o último no momento de ter acesso à terapia medicamentosa proposta. Esses profissionais têm a oportunidade de orientar os usuários, interagir e discutir sobre hábitos saudáveis de vida e sobre suas necessidades, fornecer informação sobre medicamentos e sobre o cuidado de doenças, além de encaminhar a outros profissionais. Durante o processo, é importante fazer com que o paciente reflita sobre os determinantes de sua saúde e de suas doenças e que compreenda sua participação ativa no processo terapêutico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inclusão das atividades clínicas do farmacêutico e sua participação efetiva do na equipe de saúde têm demonstrado particular importância por ser o profissional habilitado em orientar o paciente sobre seu tratamento e hábitos de vida, além de ajudar a lidar com seus anseios e expectativas, para que ele possa participar ativamente do seu plano de cuidado, obtendo os melhores resultados no processo saúde-doença.

Além de informações sobre administração e armazenamento de medicamentos, preparo e aplicação de insulina, utilização dos dispositivos auxiliares de tratamento, prática de atividades físicas regulares, alimentação e demais hábitos

de vida, o farmacêutico clínico é capaz de identificar possíveis problemas relacionados a medicamentos, que podem resultar em inefetividade terapêutica ou risco de desenvolvimento ou agravamento de reações adversas a medicamentos. Ele pode, também, realizar intervenções junto a outros profissionais visando resolver, em conjunto com a equipe multiprofissional, os problemas identificados.

O profissional farmacêutico deve estar, assim como o restante da equipe multiprofissional, capacitado para dividir com o paciente as responsabilidades sobre o tratamento, dando suporte para que ele ultrapasse as barreiras enfrentadas e obtenha melhores resultados em seu tratamento. O melhor momento para compartilhar a responsabilidade entre o profissional e o paciente é durante a consulta farmacêutica.

É essencial que os gestores públicos sejam sensibilizados para a importância dessa atividade clínica para que cada vez mais farmacêuticos estejam presentes nas equipes, pois os estudos têm demonstrado que somente o acesso aos medicamentos não é suficiente para o alcance dos melhores resultados clínicos.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. [Internet]. [acesso em 2024 jan 28]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>
2. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Biênio 2018/2019. São Paulo: Clannad; 2019. [Internet]. [acesso em 2024 fev 28]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/08/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-20201.pdf>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde: módulo de doenças crônicas - diabetes. Nota técnica. 2013. [Internet]. [acesso em 2023 jul 28]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pns/Notas_Tecnicas_PNS_Q_B.pdf
4. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021. 135 p. [Internet]. [acesso em 2023 dez 12]. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>
5. Ministério da Saúde (MS). Situação de Hipertensão e Diabetes no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. [Internet]. [acesso em 2023 dez 12]. Disponível em: <https://articularras.com.br/wp-content/uploads/2022/11/ms-situacao-de-has-e-dm-no-br.pdf>

6. Zanetti ML, Otero LM, Freitas MCF, Santos MA, Guimarães FPM, Couri CEB, et al. Atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo Staged Diabetes Management: relato de experiência. RBPS. 2006;19(4):253-60. [Internet]. [acesso em 2023 nov 12]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/408/40819411.pdf>
7. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Servicios Farmacéuticos basados em la Atención Primaria de Salud: documento de posición de la OPS/OMS. Washington DC: OPS; 2013. [Internet]. [acesso em 2024 fev 17]. Disponível em: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/SerieRAPSANO6-2013.pdf>
8. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. [Internet]. [acesso em 2023 out 22]. Disponível em: https://assistencia-farmaceutica-ab.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Gestao_Cuidado_Farmaceutico_Atencao_Basica.pdf
9. Rovers JP, Currie JD. Guia Prático da Atenção Farmacêutica: manual de habilidades clínicas. São Paulo: Pharmabooks; 2010.
10. Soares JCRS, Camargo KR. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. Interface. 2007;11(21):65-78. [Internet]. [acesso em 2023 out 22]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/NwwQLnQHcNpShcHjTdM8PmQ/?format=pdf&lang=pt>
11. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Resolução nº 357 de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. Legislações do Conselho Federal de Farmácia. [Internet]. [acesso em 2023 ago 23]. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/357.pdf>
12. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, Machado CA, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021;116(3):516-658. [Internet]. [acesso em 2023 jul 28]. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>
13. [Póvoa R, Barroso WS, Brandão AA, Jardim PCV, Barroso O, Passarelli Júnior O, et al.](#) I brazilian position paper on antihypertensive drug combination. Arq Bras Cardiol. 2014;102(3):203-10. [Internet]. [acesso em 2023 set 28]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/f5vmjYGcVcq xv5QNDLg8TqK/?format=pdf&lang=en>
14. Azzolin GB, Weischung GC, Piovezan A, Spagnol M, Lima CP, Deuschle VCKN, et al. Análise farmacoterapêutica de pacientes atendidos pelo programa HIPERDIA. Saúde (Santa Maria). 2018;44(2):1-8. [Internet]. [acesso em 2023 nov 19]. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/32469>
15. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2022. [Internet]. [acesso em 2023 set 22]. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>
16. Pio GP, Alexandre PRF, Souza e Toledo LF. Polifarmácia e riscos na população idosa. Braz J Health Rev. 2021;4(2):8924-39. [Internet]. [acesso em 2023 ago 10]. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/28591>

17. Amaral DMD, Perassolo MS. Possíveis interações medicamentosas entre os anti-hipertensivos e antidiabéticos em participantes do grupo HIPERDIA de Parobé, RS (uma análise teórica). Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2012;33(1):99-105. [Internet]. [acesso em 2024 jan 11]. Disponível em: <https://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/314>
18. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. BMJ. 2002;324(7329):71-86. [Internet]. [acesso em 2023 dez 10]. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/324/7329/71.long>
19. Lima RF, Machado AV, Rebelo FM, Naves JOS, Lavich TR, Dullius J. Interações medicamentosas potenciais em diabéticos tipo 2 participantes de um programa de educação em saúde. Infarma. 2015;27(3):160-7. [Internet]. [acesso em 2023 set 30]. Disponível em: <https://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=747>
20. Liberatti LS. Análise das intervenções farmacêuticas realizadas em pacientes com Diabetes mellitus tipo 2 atendidos na atenção primária a saúde. Maringá. Dissertação [Mestrado em Assistência Farmacêutica] - Universidade Estadual de Maringá; 2023.
21. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Portaria SCTIE/MS nº 54 de 11 de novembro de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellito Tipo 2. Diário Oficial da União. 2020 Nov 13; 217(seção 1):145. [Internet]. [acesso em 2023 set 30]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2020/20201113_pcdt_diabete_melito_tipo_2_29_10_2020_final.pdf
22. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha Guia de Diabetes mellitus. 2.ed. Curitiba: SESA; 2018. [Internet]. [acesso em 2024 fev 28]. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uid=@gtf-escriva-sesa@4ee68bf2-3e1e-45ec-ac63-1aa54abce73c&emPg=true>
23. Milani LRN, Esteves RZ, Braosi AP, Boller C, Gabelini MCL.. Educação permanente centrada na abordagem ao paciente com diabetes mellitus: importância da equipe multiprofissional. Espaço. Saúde. 2022;23:e898. [Internet]. [acesso em 2023 nov 30]. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/898/679>
24. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM nº 111, de 28 de janeiro de 2016. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Diário Oficial da União. 2016 Jan 28; 20(seção 1):104-10. [Internet]. [acesso em 2023 set 30]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0111_28_01_2016.html
25. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. [Internet]. [acesso em 2023 set 30]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf>

26. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Cien Saude Colet.* 2003;8(3):775-82. [Internet]. [acesso em 2023 jun 12]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/d4kmGvjwkZHfJJ9B8nM4GrD/?format=pdf&lang=pt>
27. Santos H, Iglésias P, Fernández-Llimós F, Faus MJ, Rodrigues LM. Segundo Consenso de Granada relacionado com medicamentos. *Acta Méd Port.* 2004;17(1):59-66. [Internet]. [acesso em 2023 set 10]. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1752>
28. Xavier HT. Associação de medicamentos: estatinas e fibratos. *Arq Bras Cardiol.* 2005;85(supl.5):34-35. [Internet]. [acesso em 2024 mar 21]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/5wx8xjGVz6N4fNMXdXnpGjn/?format=pdf&lang=pt>
29. Öztürk ZA, Yesil Y, Kuyumcu ME, Savas E, Uygun Ö, Sayiner ZA, Kepekçi Y. Association of depression and sleep quality with complications of type 2 diabetes in geriatric patients. *Aging Clin Exp Res.* 2015;27(4):533–8. [Internet]. [acesso em 2024 mar 10]. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40520-014-0293-0>
30. Ludman EJ, Peterson D, Katon WJ, Lin EH, Von Korff M, Ciechanowski P, et al. Improving confidence for self care in patients with depression and chronic illnesses. *Behav Med.* 2013;39(1):1-6. [Internet]. [acesso em 2023 dez 20]. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08964289.2012.708682>

RECEBIDO: 16/04/2024
APROVADO: 27/08/2024