



9º Seminário de Extensão

O IMPACTO DO ACOMPANHAMENTO EM ATENÇÃO FARMACÊUTICA SOBRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Autor(es)

LUIZI DE CAMPOS

Co-Autor(es)

CLÁUDIA FEDAGOLLI

Orientador(es)

Thais Adriana do Carmo

Apoio Financeiro

FAE

1. Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, de natureza multifatorial, geralmente assintomática e que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos mecanismos vasculares e hemodinâmicos, levando a um aumento da pressão arterial. Apresenta elevado custo médico-social, pois é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, as quais foram responsáveis em 1998, por 27% dos 930 mil óbitos registrados no Brasil (V Diretrizes, 2006). A pressão arterial, quando aumentada por períodos prolongados, pode submeter o coração do portador de HAS ao desenvolvimento de complicações, como arritmias cardíacas e insuficiência cardíaca congestiva. Nos rins, a pressão arterial elevada pode causar insuficiência renal. A HAS, associada à obstrução das artérias que irrigam o coração, pode determinar angina e infarto do miocárdio, da mesma forma que a obstrução das artérias cerebrais pode provocar acidentes vasculares cerebrais, popularmente conhecidos como “derrame” (RENOVATO, 2004). Apesar de tantos riscos, o tratamento da doença, que requer o uso contínuo de medicamentos e mudanças em hábitos alimentares e de vida, nem sempre é realizado integralmente pelos portadores da hipertensão (Barbosa, 2006). Portanto, é importante que se avance no conhecimento de estratégias que melhorem a adesão ao tratamento e controle da doença a fim de minimizar a ocorrência dos impactos negativos da HAS, que também podem afetar a qualidade de vida dos indivíduos

(BARDAGE & ISACCON, 2001). Sabe-se, também, que dependendo da forma de manejo, as doenças e seus tratamentos produzem impactos variados sobre a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), podendo assim, o controle da hipertensão, melhorar a qualidade de vida do paciente (MAGNABOSCO, 2007). Dessa forma, acredita-se que o processo de cuidado no contexto da prática da Atenção Farmacêutica (AtenFar) pode contribuir com o aumento da adesão ao tratamento e com a otimização dos benefícios da farmacoterapia em hipertensos, através da identificação das necessidades individuais e da detecção e resolução dos Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRMs). Como consequência pode-se esperar que haja maior compreensão da situação de saúde por parte dos indivíduos, o que deve aumentar sua capacidade de exercer o auto-cuidado e alcançar uma melhor QVRS (OLIVEIRA ET AL, 2005; CIPOLLE, 1998).

2. Objetivos

Avaliar o impacto da AtenFar sobre a qualidade de vida de hipertensos atendidos em duas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Piracicaba.

3. Desenvolvimento

Metodologia O projeto foi desenvolvido em duas USF de Piracicaba, no período de agosto de 2006 a julho de 2007. Todas as etapas foram implementadas em parceria com os profissionais de saúde das equipes envolvidas. Com auxílio dos agentes comunitários de saúde identificou-se os hipertensos com idade entre 18 a 59 anos sem co-morbidades (critérios de inclusão definidos no delineamento do projeto). Dos cadastrados foram sorteados 20% para realização de projeto piloto, visando aferição do instrumento de entrevista e simulação das condições de realização do projeto. Tais pacientes foram incluídos na amostra final, completada por conveniência, a partir de listagem realizada por ordem alfabética, até o número de 64 usuários (devido ao tempo destinado ao desenvolvimento do projeto). O Programa de Atenção Farmacêutica (PAF) foi ofertado a todos os cadastrados que puderam ser encontrados em suas residências. Em caso de aceite, o usuário e a docente coordenadora do projeto assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Utilizando a metodologia proposta pelo grupo de Minnesota (Cipolle et al 1998), planos de cuidado individuais foram traçados em conjunto com o usuário e em parceria com as equipes de saúde, a partir da identificação e classificação dos PRMs. Na primeira consulta farmacêutica, além da coleta de dados sobre a história farmacoterapêutica, foi aplicado para cada usuário o instrumento de mensuração de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), SF-36, que foi reaplicado após quatro meses de acompanhamento no PAF visando avaliação de impactos sobre a QVRS. Na primeira aplicação do instrumento, as bolsistas deram assistência aos pacientes que tinham dificuldade ou não sabiam ler, restringindo-se à leitura das questões, sem esclarecimento das mesmas. Na reaplicação, o questionário foi deixado no domicílio dos pacientes para serem recolhidos posteriormente. Os pacientes foram acompanhados periodicamente, através de consultas agendadas.

4. Resultados

Possuíam perfil para inclusão no PAF, 138 usuários provenientes das duas Unidades. Destes, 64 foram convidados a participar do programa. Dos convidados, 40 recusaram-se a participar alegando, entre outros motivos, não ter interesse ou que tomavam a medicação corretamente, além da incompatibilidade com o horário de trabalho. Dos 24 que aceitaram participar, sete não chegaram a aparecer à consulta zero, etapa subsequente ao cadastro. Sete abandonaram as consultas ao longo do projeto, restando dez usuários em acompanhamento.. Houve maior participação de mulheres (tabela 1), o que está de acordo com resultados relatados em outros estudos, os quais identificaram que o sexo feminino busca mais pelos serviços de saúde. (SANTOS, 2006; ROCHA, 2006). Tabela 1 – Distribuição dos usuários atendidos no PAF, segundo sexo e faixa etária

FAIXA ETÁRIA	SEXO MASCULINO	SEXO FEMININO	TOTAL
De 18 a 30 anos	0	2	2
De 31 a 40 anos	1	3	4
De 41 a 50 anos	1	2	3
De 51 a 59 anos	1	4	5
Acima de 59 anos	1	2	3
TOTAL	4	13	17

Dos usuários, 6 apresentavam IMC maior ou igual a 30 (o que caracteriza obesidade), 7 pacientes tinham

IMC entre 25 a 29,9, (valor considerado sobrepeso), e 4 estavam com IMC entre 18,5 a 24,9, (peso normal). (Brasil, 2006). A renda familiar teve variação, indo de pacientes que recebiam 1 salário mínimo até os que recebiam mais que quatro salários mínimos por mês. Em relação à escolaridade, 53% não possuía o 1º grau completo. Essa característica pode refletir o baixo nível de informação em relação à saúde, o que influi negativamente à adesão ao tratamento (JARDIM, 2006). O número total de consultas farmacêuticas foi de 59 (média de 3,4 consultas / usuário). Foram identificados 28 medicamentos prescritos dentre os quais 7 eram usados para hipertensão arterial. O medicamento anti hipertensivo mais utilizado foi o Captopril (33%), do grupo inibidor da enzima conversora da angiotensina, dado corroborado pela literatura consultada. (Mion et al,2001) Foram identificados 40 PRMs, sendo o mais prevalente o PRM 7(27,5%), que segundo (Cipolle et al, 1998) significa que o paciente apresenta um problema de saúde resultante do uso inapropriado do medicamento (decorrente da não adesão ao tratamento). A partir dos PRMs, foram realizadas as intervenções farmacêuticas, de acordo com a necessidade detectada. No total ocorreram 64 intervenções, média de 1,6 intervenções / PRM.

Tabela 1- Freqüência das intervenções farmacêuticas realizadas segundo a natureza das intervenções

Natureza das intervenções realizadas	Freqüência
Acompanhamento pressórico semanal	12
Orientação sobre uso correto da medicação	10
Orientação sobre dieta	8
Orientação sobre Ingesta adequada de líquidos	4
Orientação sobre a importância da prática de exercício físico	15
Orientação sobre a doença	2
Discussão do caso clínico com o médico e equipe de saúde	8
Encaminhamento para acompanhamento psicológico	1
Encaminhamento para agendamento de exames de rotina	2
TOTAL	64

Ao observar o quadro 2, nota-se que não houve alteração no IMC dos usuários acompanhados. Entretanto, 10 deles tiveram redução de peso, o que pode ter ocorrido por mudanças de hábitos alimentares. Em relação à pressão arterial, constata-se que não houve melhorias. Entretanto, os valores constantes na tabela, foram obtidos em consulta, o que pode ter provocado alterações. Por outro lado, ao verificar-se a ficha de acompanhamento dos pacientes, pode-se notar uma diminuição dos valores pressóricos aferidos diariamente.

Quadro 1 - Valores obtidos ao longo das consultas relativos ao IMC, peso e valores pressóricos

Indivíduo	IMC Inicio	IMC Fim	Peso Inicio	Peso Fim	Pressão Arterial Inicio	Pressão Arterial Fim
1	27,47	26,37	73,00	65,00	140X90	150X110
2	42,18	42,18	72,80	72,80	170X100	170X100
3	26,37	26,37	66,20	66,20	140X70	140X70
4	25,95	25,95	66,20	66,20	160X100	160X100
5	22,64	22,64	66,20	66,20	140X80	140X80
6	34,21	34,21	85,40	85,40	100X80	100X80
7	29,90	29,90	84,90	84,90	120X80	120X80
8	33,04	33,04	87,80	87,80	140X80	140X80
9	35,00	35,00	85,20	85,20	140X80	140X80
10	48,50	48,50	116,50	116,50	140X80	140X80
11	22,18	22,18	56,80	56,80	110X80	110X80
12	23,096	23,096	120X90	120X90	120X90	120X90
13	28,40	28,40	90,00	90,00	130X80	130X80
14	30,00	30,00	120X90	120X90	130X80	130X80
15	30,66	30,66	78,50	78,50	140X90	140X90

Qualidade de vida Relacionada à Saúde O instrumento utilizado para avaliação da QVRS, o SF-36, possibilita a obtenção de escores por domínio e não um escore total. Observou-se que, após 4 meses em acompanhamento no programa de AtenFar, os usuários apresentaram melhoria nas medianas em todos os domínios avaliados: Aspectos Físicos (AF), Dor (Dor), Estado Geral de Saúde(EGS), Vitalidade (VIT), Capacidade Funcional (CF), Aspectos Emocionais (AE) e Saúde Mental(SM) (Figura 1), exceto no domínio Aspectos Sociais(AS). No entanto o teste estatístico não-paramétrico Wilcoxon, utilizado para amostras pareadas, mostrou que as diferenças encontradas não apresentam significância estatística, com $p > 0,05$. A falta de significância estatística nos resultados encontrados pode ser explicada pelo tamanho reduzido de nossa amostra, que possibilitou o pareamento de apenas 10 sujeitos. Houve esse número reduzido pois 4 não responderam e outros 4 deixaram de responder um grande número de questões, o que invalida o questionário. Pode-se observar que houve maior impacto na mediana correspondente ao domínio “aspectos físicos” e uma diminuição na mediana dos escores do domínio “aspecto social”. MAGNOBOSCO (2007), avaliando a QVRS de hipertensos, identificou maior escore em relação ao domínio “vitalidade” e menor escore nos “aspectos sociais”. 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 N = SM_P2 SM_P1 AE_P2 AE_P1 AS_P2 AS_P1 VIT_P2 VIT_P1 EGS_P2 EGS_P1 DOR_P2 DOR_P1 AF_P2 AF_P1 CF_P2 CF_P1 120 100 80 60 40 20 0 -20 30

Figura 1 – Medianas da primeira (P1) e segunda observação (P2), segundo os domínios do SF-36 Além dos aspectos avaliados no questionário SF-36, ao longo das consultas notou-se mudanças de hábitos e comportamento de determinados pacientes. Alguns melhoraram a aparência, começaram a cuidar melhor do corpo e da alimentação. Esse fato sugere que as consultas e intervenções podem trazer benefícios além das relacionadas ao uso de medicamentos .

5. Considerações Finais

A hipertensão é uma doença que acomete uma grande parte da população brasileira. Como a maioria das pessoas não apresentam sintomas, esse grupo só começa a se cuidar quando aparecerem complicações. Nesse sentido, uma das contribuições da prática de atenção farmacêutica é conscientizar o indivíduo sobre sua condição e assim co-responsabilizá-lo quanto ao seu tratamento. Os resultados desse projeto demonstram que os pacientes acompanhados pelo PAF apresentaram melhoras tanto nos aspectos clínicos quanto no auto-cuidado. Em relação à QVRS, embora tenhamos observado melhoria nas medianas dos escores, o pequeno tamanho da amostra final não nos permite afirmar que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas, indicando que estudos com maior número de pessoas devem ser realizados para que se conheça a real importância da AtenFar sobre esse aspecto da vida de hipertensos.

Referências Bibliográficas

BARBOSA, R. G. B. ; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 35-38, 2006.

BARDAGE C, ISACSON, DG. **Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden**. J Clin Epidemiol. 2001; 54: 172-181

CIPOLLE, R. J; STRAND, LM & MORLEY, PC **O Exercício do cuidado farmacêutico**. Trad. BORGES, D.. Conselho Federal de Farmácia, Brasília, 2006, p. 83-195.

CORDEIRO, B. C. Leite, S. N. **A atuação do Farmacêutico na Saúde da Família** In: O Farmacêutico na Atenção a Saúde. 1 ed. Itajaí: Editora Univali,2005. 43-49.

GIORGI, D. M. A. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 47-50, 2006.

JR,M.D.; PIERIN,A.M.G; GUIMARÃES, A. Tratamento da Hipertensão Arterial- Respostas de Médicos Brasileiros a um Inquérito **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.47,n.3,2001.

MAGNABOSCO, P. **Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência**. Dissertação. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2007.

OLIVEIRA,A.B.; OYAKAWA, C.N., MIGUEL,M.D.;ZANIN,S.M.W; MONTRUCCHIO,D.P. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. **Revista Brasileira de ciências Farmacêuticas**, são Paulo, v.41,n.4,2005.

RENOVATO, R.D; TRINDADE, M. F. **Atenção Farmacêutica na Hipertensão arterial em uma farmácia de Dourados, Mato Grosso do Sul**, Infarma, Mato Grosso do sul, 2004.

ROCHA, C. E., TRINDADE, M. C. **Identificação de problemas relacionados aos medicamentos (PRMs)**

na primeira entrevista farmacêutica. Anais, 2006.

SANTOS,A.M.B.; ASSUMPÇÃO,A.; MATSUTANI,L.A.;PEREIRA,C.A.B.;LAGE,L.V;MARQUES,A.P.
Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Paulo,2006.

SBH. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. São Paulo, 2006.