



9º Seminário de Extensão

IMPACTO DE UM PROGRAMA DE ATENÇÃO FARMACEUTICA EM UMA POPULAÇÃO HIPERTENSA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor(es)

DANIELLE MARIA DE SOUZA SÉRIO DOS SANTOS

Co-Autor(es)

CLÁUDIA FAGADOLLI

Orientador(es)

Miriam Elias Cavallini

Apoio Financeiro

FAE

1. Introdução

A Atenção Farmacêutica (AtenFar) é definida por Hepler & Strand (1990) como “a provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes” (Brasil, 2002). Tal movimento veio em resposta aos grandes avanços tecnológicos, principalmente na área da saúde, aumentando a ocorrência de iatrogenias (Cordeiro, 2005). Para padronização dessa prática, foram elaboradas diferentes metodologias, sendo o Pharmaceutical Care (CIPOLLE e col, 1998) e a Metodologia Dader (ROMERO, 2003), as mais conhecidas e utilizadas como base de Atenção Farmacêutica.

No Brasil, a AtenFar é uma prática contextualizada na Assistência Farmacêutica, institucionalizada a partir da da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998) e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004), definida como um conjunto de ações que compreendem atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde (OPAS/OMS, 2002). Para sua estruturação, algumas etapas devem ser desenvolvidas: a primeira relacionada a preparação do serviço a ser oferecido, envolve a avaliação dos recursos humanos, materiais, metodologias, formas de comunicação e avaliação; e a fase de apresentação, onde se objetiva a divulgação do serviço tanto a população alvo como à profissionais de saúde.

Existem, algumas situações em que a escolha de pacientes podem ser priorizadas. Segundo PERETTA e CICCIA (1998,) este grupo está

relacionado a usuários que são especialmente vulneráveis aos efeitos adversos por estarem em estados fisiológicos especiais (ex.: crianças, gestantes e idosos), usuários cujo estado clínico exige a avaliação e alterações contínuas da farmacoterapia para obter resultados ótimos (ex.: diabetes melitus, hipertensão e insuficiência cardíaca congestiva), usuários submetidos a polimedicação e expostos, conseqüentemente, a um alto risco de interações complexas entre os medicamentos e entre estes e os alimentos, usuários que necessitam ser tratados com medicamentos com alto potencial tóxico (ex. quimioterápicos) e usuários com enfermidades graves. Dentre estes, o grupo hipertenso foi selecionado por ser uma doença que pode acarretar graves complicações, representar um fator de risco independente, linear e contínuo para problemas cardiovasculares (BRASIL, 2006) e afetar cerca de 50 milhões de pessoas no Brasil. Trata-se de uma das morbidades mais comuns e importantes da atualidade, apresentando coeficientes de prevalência que vão de 15 a 45% em média na população adulta. No município de Piracicaba, estudo relata uma prevalência de 33% em (AYRES, 1991). Entretanto, estima-se que apenas 50,8% dos indivíduos sabem ser portadores de hipertensão (LESSA, 2006). A magnitude e o impacto da baixa adesão e falta de conhecimento sobre a HA se refletem principalmente nos gastos às complicações da doença e também com o seu tratamento. A diferença é tão grande que, em países desenvolvidos o gasto com medicamentos anti-hipertensivos é de apenas 8% das verbas de saúde, enquanto nos países em desenvolvimento chega a uma cifra de 40% (BARBOSA, 2006). Devido ao paciente ser o objetivo da AtenFar e não mais o medicamento, as formas de avaliação de sua melhora em saúde são muitas. No caso de hipertensos, torna-se interessante avaliar além dos valores pressóricos também os parâmetros clínicos, uma vez que estes podem ser responsáveis pelo desfecho da atuação farmacêutica. Aliado ao contexto multiprofissional existente em uma USF, juntamente com o estímulo emancipatório que gera sobre a comunidade assistida (CORDEIRO, 2005), a AtenFar se insere neste meio principalmente por preconizar uma farmacoterapia racional, realizar ações de educação em saúde e promover um trabalho com a equipe de saúde e o paciente (OPAS/OMS, 2002; CIPOLLE et al, 2006). Neste contexto, espera-se com a implantação do serviço uma melhoria dos parâmetros clínicos associados ao controle da HA.

2. Objetivos

Avaliar o impacto de um Programa de AtenFar (PAF) sobre os parâmetros clínicos associados ao controle da HA em uma população adulta atendida em duas Unidades de Saúde da Família (USF) de Piracicaba.

3. Desenvolvimento

O trabalho foi desenvolvido em parceria com duas USF (Jardim Oriente e Serra Verde) da cidade de Piracicaba, entre os meses de agosto de 2006 a julho de 2007. Foi realizado estudo piloto a partir do sorteio de 20% da população de estudo, que possuía 138 usuários, aplicados os critérios de inclusão e exclusão.

Foram confeccionados fichas e instrumentos cadastrais que possibilitassem o registro e acompanhamento adequado de cada paciente no processo de AtenFar segundo a metodologia proposta pelo grupo de Minnesota (CIPOLLE et al, 2006). A definição por esta metodologia se deve principalmente por ela apresentar uma visão mais global do paciente e considerar como intervenções não apenas as relacionadas com medicamentos, mas também aquelas relacionadas a hábitos de vida.

Para análise de Problema Relacionado a Medicamento (PRM) o grupo propõe a existência de 7 categorias, relacionadas a indicações corretas para a terapêutica farmacológica, eficiência, segurança e adesão. A fim de promover uma maior interação com a equipe de saúde e conscientização sobre a importância do projeto, bolsistas e professores participavam de reuniões realizadas nas unidades. Do mesmo modo, mas de uma maneira mais específica, eram realizadas reuniões com a farmacêutica responsável pelas duas unidades, possibilitando um maior envolvimento desta e adequando-o a sua realidade, principalmente em relação a disponibilidade de tempo. O oferecimento do serviço inicialmente foi realizado apenas pelas bolsistas, no entanto, no decorrer do projeto passou a ser feito por todos integrantes da equipe.

4. Resultados

O serviço foi oferecido para 64 pacientes. Destes, 24 aceitaram participar do PAF. Contudo 7 destes não compareceram nem a primeira consulta, 1 paciente mudou de cidade, 6 pacientes abandonaram o projeto no decorrer das consultas, restando apenas 10 em acompanhamento. Assim, os dados se referem a 17 pacientes, os quais realizaram ao menos a ficha cadastral. A maior justificativa para não participação era falta de tempo (45%), item plausível já que a faixa etária que o Projeto abrangia diz respeito à população economicamente ativa da sociedade. Em relação à escolaridade, 13 pacientes estavam em um nível entre analfabetismo e primeiro grau incompleto. Este perfil reflete, sem dúvida, o baixo nível de informação em relação à saúde pelos pacientes. Modelos de estudo de risco para baixa adesão apontam o analfabetismo como um determinante para esta situação (JARDIM, 2006). Somado ao fato do nível de escolaridade, a característica assintomática também provocar uma baixa adesão potencializando ainda mais a morbi-mortalidade (Brasil; Gusmão; Jardim, 2006). No estudo, 7 pacientes eram assintomáticos, sendo que 1 deles, além de não possuir sintomas, não considerava a hipertensão como um problema de saúde, 3 relataram sintomas que não diziam respeito ao aumento de pressão e apenas 7 eram sintomáticos (figura 1). Estes dois fatores podem ser os causadores da maior prevalência, em nossa amostra, do PRM 7 sendo identificado 17 vezes, ao passo que o PRM 6 ocorreu 6 vezes; o PRM 5 foi identificado em 4 situações; 9 situações de PRM 4; 5 de PRM 3; 6 situações para PRM 2 e apenas 3 de PRM 1 (quadro 1). Este quadro foi encontrado em 59 consultas, tendo em média 3 consultas por paciente e também 4 meses de acompanhamento. A busca de solução para os PRM's foi realizada por meio de intervenções farmacêuticas educativas, encaminhamento para o monitoramento do controle pressórico como também intervenções junto aos médicos e equipe de saúde. Foram considerados intervenções: acompanhamento pressórico semanal, sendo indicada a 10 pacientes, orientação sobre uso correto da medicação (utilizada em 6 pacientes), comer alimentos saudáveis (utilizada em 10 pacientes), ingerir maior quantidade de líquidos (4 pacientes), praticar exercício físico (10 pacientes), orientação sobre a doença (4 pacientes), discussão do caso clínico com o médico e equipe de saúde (6 pacientes), encaminhamento para acompanhamento psicológico (1 paciente) e encaminhamento para agendamento de exames de rotina (2 pacientes), totalizando 62 intervenções quando analisados o número de vezes utilizadas (quadro 2). Durante todo o acompanhamento, foi notado pelas bolsistas um maior interesse dos pacientes pela sua saúde, evidenciado principalmente devido ao grau de efetividade das intervenções. Em relação às práticas de exercícios físicos, vale lembrar que no início do Projeto dos 17 usuários, 10 não praticavam exercícios físicos. Com as intervenções realizadas, ao final, apenas 4 destes ainda se mostravam resistentes. Ao final do projeto, dos 10 pacientes em acompanhamento, 5 indivíduos apresentam valores pressóricos dentro dos parâmetros de normalidade definidos pelas Diretrizes de Hipertensão Arterial, contra 3 no início do projeto. No entanto, na ficha de acompanhamento da equipe de enfermagem pôde ser observada em maior número de indivíduos diminuição dos valores pressóricos aferidos diariamente, embora nem todos tenham alcançado os níveis ideais.

5. Considerações Finais

A avaliação geral dos dados do Projeto permite concluir a importância da AtenFar para hipertensos, especialmente quanto ao aspecto educativo das intervenções farmacêuticas. As dificuldades de acompanhamento do tratamento dos usuários cadastrados ocorreram principalmente por falta de tempo disponível por parte deles e também pela resistência de valores culturais, os quais incluem hábitos sedentários e ingestão de alimentos inadequados. Outro fator importante é a característica assintomática da doença, cujos danos geralmente ocorrem a longo prazo. No entanto foram perceptíveis as melhorias nos pacientes que permaneceram no PAF. Embora estas não tenham sido reveladas, para todos os usuários, por meio da estabilização dos níveis pressóricos dentro dos parâmetros de normalidade, as profundas mudanças no aspecto do auto-cuidado, de maneira geral, foram favoráveis, um dos principais objetivos da Atenção Farmacêutica.

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.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria GM - 3916 de outubro de 1998**: aprova a Política Nacional de medicamentos. Disponível em :

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 338 de 06 de maio de 2004**: aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

CIPOLLE, R. J; STRAND, L. M; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical Care Practice**. New York: McGraw-Hill, 1998. 359 p.

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.

GUSMÃO, J. L. ; MION, Jr. D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.

JARDIM, P. C. B. V.; JARDIM, T. S. V. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v.13, n. 1, p. 26-29, 2006.

LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 39-46, 2006.

LOLIO, C. A. Prevalência de hipertensão arterial em Araraquara. **Arq Bras Cardiol**, 55: 167–73, 1990.

OPAS/ OMS, **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica**- Proposta. Brasília; 2002b.

PERETTA, M.; CICCIA, G. **Reingeniería de la práctica farmacéutica: guia para implementar Atención Farmacéutica en la farmacia**. Buenos Aires, Editora Medica Panamericana, 1998.

PICCINI R.; VICTORA, C. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**; 28: 261-267,1994.

ROMERO, M. Método Dáder. Manual de Acompanhamento Farmacoterapêutico, Granada, 2003

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

Anexos

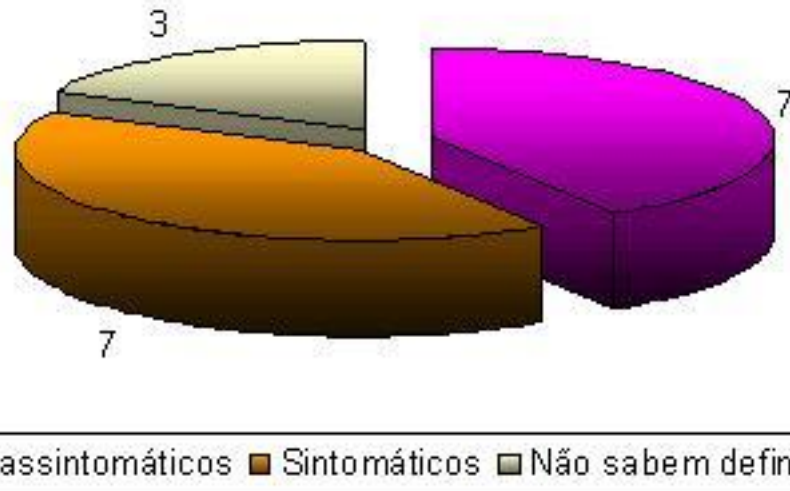


Figura 1 Características sintomáticas em relação ao aumento da pressão arterial

Quadro 1: Relação de Problemas Relacionados ao Medicamentos e sua incidência

Problemas relacionados ao medicamento	
PRM 1- O paciente apresenta uma condição clínica que requer o início de um novo tratamento farmacológico ou o emprego de um tratamento adicional	
PRM 2- O paciente está tomando um medicamento que é desnecessário, dado a sua situação atual.	
PRM 3- O paciente está tomando o medicamento errado para seu problema de saúde.	
PRM 4- O paciente usa o medicamento correto, mas em uma dose inferior para seu problema de saúde	
PRM 5- O paciente apresenta um problema de saúde resultante de uma reação adversa a medicamento.	
PRM 6- O paciente usa o medicamento correto, mas em uma dose superior para seu problema de saúde.	
PRM 7- O paciente apresenta um problema de saúde resultante do uso inapropriado do medicamento	

Quadro 2. Frequência e efetividade das intervenções farmacêuticas, natureza da intervenção

Classificação das intervenções realizadas	Número de vezes indicadas	Efetiv
Acompanhamento pressórico semanal	12	
<u>Orientação sobre uso correto</u> da medicação	10	
Comer alimentos saudáveis	8	
Ingerir maior quantidade de líquidos	4	
Praticar exercício físico	15	
Orientação sobre a doença	2	Não se
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	