

**17º Congresso de Iniciação Científica****SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
ACOMPANHADOS EM ATENÇÃO FARMACÊUTICA****Autor(es)**

MARIANA DIAS DUZZI

Orientador(es)

FÁTIMA CRISTIANE LOPES GOULARTE FARHAT

Apoio Financeiro

FAPIC/UNIMEP

1. Introdução

Hipertensão arterial sistêmica - HAS é uma doença de caráter crônico de alta prevalência na população com custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente de suas complicações(1). Considera-se que os baixos níveis de controle da doença tenham relação direta com a pouca adesão ao tratamento. Promover adesão ao tratamento da hipertensão arterial, por meio de estratégias que elevem o controle da doença traz benefícios não só para as instituições de saúde, bem como melhoram o tratamento(2). Assim, a Atenção Farmacêutica estabelece-se como uma estratégia importante, a qual visa uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida(3). A qualidade de vida relacionada à saúde - QVRS pode ser avaliada por instrumentos específicos ou genéricos. Os instrumentos genéricos têm a vantagem de poder avaliar diferentes aspectos da QV que são afetados pelas condições de saúde ou de doença ou seu tratamento em qualquer população. São exemplos dessa categoria: Nottingham Health Profile – NHP, Sickness Impact Profile – SIP e o Medical Outcomes Short-Form Health Survey – SF- 36 (4).

2. Objetivos

Avaliar o impacto do Serviço de Atenção Farmacêutica sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de portadores de Hipertensão Arterial.

3. Desenvolvimento

Estudo prospectivo em portadores de Hipertensão Arterial, acompanhados no serviço de Atenção Farmacêutica da Farmácia UNIMEP durante o período de agosto/08 a julho/09. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unimep, as informações dos usuários foram coletadas na entrevista de cadastramento (entrevista zero) e atualizadas nas fichas de acompanhamento nas entrevistas sucessivas, realizadas mensalmente. A classificação dos Problemas Relacionados aos Medicamentos - PRMs seguiu a metodologia proposta por Cipolle (5).

Para a avaliação da adesão foram aplicados os testes indiretos de Batalla e de Morisky-Green. Para o teste de Morisky-Green (2)

adotou-se o critério de definição como “mais aderente” os que obtiveram quatro pontos no teste e como “menos aderente” os que obtiveram de zero a três pontos. A pontuação foi tabulada como quatro se todas as respostas ao teste foram negativas e como zero se todas foram positivas. Além disso, o comportamento de não adesão foi classificado como comportamento não intencional (resposta sim às duas primeiras questões do teste de Morisky-Green) e intencional (resposta sim às duas últimas questões do teste de Morisky-Green). Já no teste de Batalla (6), foi classificado como aderente o paciente que conseguiu responder corretamente todas as perguntas. Estes testes foram aplicados na entrevista zero e a reavaliação foi feita a cada três meses.

Para a avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde – QVRS, o questionário SF-36, também foi aplicado na entrevista zero e sofreu reavaliação após três meses. Em relação à análise dos resultados de QVRS, as respostas aos questionários foram analisadas no programa Bioestat 5.0 e aplicado o teste estatístico não-paramétrico Wilcoxon para amostras pareadas, considerando-se significativo valores de $p < 0,05$.

Durante este período foram cadastrados 12 usuários, para os quais apresenta-se o perfil socio-econômico, medicamentoso e de intervenções farmacêuticas. Já para os resultados de comparação do perfil de adesão ao tratamento, parâmetros clínicos e a qualidade de vida antes e após três meses de acompanhamento, apresenta-se o obtido em oito usuários que sofreram pelo menos uma reavaliação dos testes

4. Resultado e Discussão

Observou-se maior prevalência do sexo feminino (92%), idade superior a 60 anos (42%), com até o 1º grau de escolaridade (50%), renda familiar até cinco salários mínimos (59%), proveniência tanto da rede privada como do SUS. Quanto às características familiares, 92% dos usuários relataram antecedentes de HAS na família, já 50% praticavam alguma atividade física regularmente, 83% nunca fumaram e dois usuários (25%) tinham o hábito de ingerir bebida alcoólica.

Aos 12 usuários inicialmente cadastrados foram prescritos 78 fármacos diferentes, dispostos em 64 medicamentos. Dessa forma, foram prescritos em média 6,5 fármacos diferentes a cada usuário, correspondendo à média de 5,3 medicamentos em 6,6 doses diárias administradas. Foram identificados 18 PRMs, sendo o PRM7 (“o paciente apresenta um problema de saúde por não aderir a farmacoterapia proposta”) o mais prevalente (56%), e durante o período de acompanhamento foram realizadas 148 intervenções farmacêuticas, sendo as mais frequentes: orientação sobre medicamentos (32%), orientações sobre alimentos (18%), explicação sobre a doença (20%) e orientações sobre atividade física (13%). Tal perfil de orientação é condizente com as principais expectativas apresentadas pelos usuários na entrevista inicial, os quais gostariam de obter mais informações sobre como administrar seus medicamentos e melhorar o controle de sua patologia.

A medida da pressão arterial é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão arterial e a avaliação da eficácia do tratamento (1). Na seqüência são apresentados os resultados de pressão arterial obtidos em oito usuários, os quais foram acompanhados em Atenção Farmacêutica por ao menos três meses e sofreram a reavaliação dos testes de adesão ao tratamento e de QVRS. Os parâmetros clínicos desses usuários revelam que na entrevista zero cinco indivíduos apresentavam níveis de pressão arterial normal (62,5%), um hipertensão fase 1 (12,5%), um hipertensão fase 2 (12,5%) e um hipertensão fase 3 (12,5%). Já, após três meses de acompanhamento, seis usuários apresentaram-se com pressão arterial normal (75%), um usuário com pressão arterial normal-alta (12,5%) e apenas um usuário com hipertensão fase 1 (12,5%), revelando melhora neste parâmetro clínico (Figura 1). No trabalho de Knorst e Araujo (7) também observa-se melhora clínica, com um aumento de normotensos após o acompanhamento em um serviço de atenção farmacêutica.

Em relação ao IMC, seis (75%) apresentavam sobrepeso a obesidade grau 1, enquanto pela circunferência abdominal, cinco (63%) foram identificados como de maior risco para doenças cardiovasculares. Não houve alteração nesses parâmetros após três meses de acompanhamento. Apesar desses resultados, os usuários manifestaram consciência de que a alimentação está diretamente relacionada à hipertensão (responderam corretamente a segunda questão do teste de Batalla) e houve melhora dos parâmetros da pressão arterial. Além disso, dois usuários inicialmente sedentários informaram ter iniciado a prática regular de atividade física. Assim, é importante ressaltar que o sucesso nas alterações no estilo de vida é o item mais difícil de ser alcançado, pois requer um maior empenho por parte dos pacientes e o tempo de três meses pode ser considerado relativamente curto para a melhoria desses aspectos e a obtenção de resultados concretos no peso, circunferência abdominal e, por consequência no IMC. Para tanto, os profissionais de saúde devem atuar de forma enfática e prover os pacientes com informações que facilitem o cumprimento destas tarefas (8), além da necessidade de maior tempo de seguimento para aferição desses parâmetros..

Quanto aos testes de adesão, desde a entrevista zero, sete usuários demonstravam conhecimento que a hipertensão era uma doença para toda a vida, que podia ser controlada por dieta e medicamentos e citaram ao menos dois órgãos lesados pela mesma (teste de Batalla). Assim, a reavaliação deste teste ocorreu apenas a um usuário considerado com comportamento propício à não adesão, e após três meses de acompanhamento e orientação este demonstrou ter assimilado informações a cerca do caráter crônico de sua patologia, passando a responder corretamente todas as questões do teste.

Já no teste de Morisky-Green, foi possível perceber a ocorrência de esquecimento de doses, descuido com horários dos medicamentos, parar de tomá-los quando se sente bem ou mal, confirmando problemas com adesão ao tratamento e a maior prevalência do PRM 7 acima mencionada. Por este teste, apenas um usuário foi considerado “mais aderente” no início do acompanhamento, mantendo-se tal resultado após três meses (Tabela 1). Por outro lado, embora na avaliação geral o resultado de adesão não tenha modificado, foi

possível verificar modificação no comportamento não intencional relacionado à adesão. Na consulta zero seis usuários (75%) revelavam esquecimento de doses e sete (88%), descuido com o horário dos medicamentos. Este comportamento não intencional foi influenciado positivamente durante os três meses de acompanhamento, fazendo com que após este período o número fosse reduzido para quatro (50%) e cinco (63%) usuários, respectivamente, que mantiveram este comportamento.

As questões que abordam o esquecimento de tomar os medicamentos e o descuido com a hora de tomá-los são os maiores problemas diagnosticados pelo teste (9). A dificuldade encontrada em mensurar a adesão ao tratamento deve-se ao fato da adesão ser um processo complexo, envolvendo fatores emocionais e barreiras concretas, de ordem prática e logística(10). Por outro lado, a melhoria observada na adesão confirma que o Farmacêutico pode aumentar o grau de adesão e correção do tratamento anti-hipertensivo, por meio da atenção farmacêutica (11).

Quanto à QVRS, houve melhora em todos os domínios, embora o número de indivíduos analisados não tenha permitido a obtenção de significância estatística (Tabela 2).

A análise da QVRS revela o caráter multidimensional do portador de doença crônica e pode também ter sido influenciada pela idade mais avançada dos usuários analisados. Assim, seria necessária a continuidade do trabalho com maior número de usuários, permitindo a estratificação dos grupos com características mais homogêneas.

Pode-se dizer que o serviço de atenção farmacêutica é efetivo ao melhorar a compreensão do usuário a respeito de sua patologia, contribuir para a adesão ao tratamento e com o auto-cuidado, além de atender às expectativas do usuário pelo serviço. Da mesma forma, a qualidade de vida, coletiva ou individual, é relativa a sentimentos do homem sobre sua própria saúde ou sobre outros aspectos de sua vida; e que para avaliar a qualidade de vida de alguém, considera-se que a mesma pode ser influenciada pela percepção que este indivíduo tem do seu estado de saúde, pois sua satisfação é influenciada pela bagagem de crenças e valores (12).

5. Considerações Finais

Os resultados obtidos sugerem a possibilidade de melhora da QVRS, dos parâmetros clínicos e da diminuição do esquecimento de doses e horários dos medicamentos. Este conjunto de achados revela a importância da prática de atendimento farmacêutica, mais voltada para as necessidades individuais dos usuários de medicamentos.

Diante da prevalência de Hipertensão arterial na população, do perigo das complicações decorrentes do mau controle dos níveis pressóricos, do número elevado de mortes e da dificuldade de mudanças de hábitos de vida, mesmo em relação ao comportamento frente ao tratamento medicamentoso, o serviço de atenção farmacêutica mostra-se como um caminho eficaz para a prática de educação em saúde e confirma sua importância para o acompanhamento farmacoterapêutico de portadores de patologias crônicas, tal como a hipertensão arterial.

Referências Bibliográficas

- 1-SBH - Sociedade Brasileira De Hipertensão. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2006. Campos do Jordão, SP, 2006.
- 2-UNGARI, A. Q., Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos núcleos de saúde família do município de Ribeirão Preto – SP.Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2007
- 3-OPAS / OMS. Organização Panamericana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica – Proposta: “Atenção Farmacêutica no Brasil: Trilhando Caminhos”. Brasília: 2002
- 4- SILQUEIRA, S. M. F. O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionado a saúde de pacientes hipertensos. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005
- 5-CIPOLLE R.J.; STRAND L.M.; MORLEY P.C. O exercício do cuidado farmacêutico. Brasília: Conselho Federal de Farmácia. 2006
- 6- MELCHORS, A. C. Hipertensão arterial: análise dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida, 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Programa de pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.
- 7- KNORST, D.; ARAÚJO, B. V., Atenção Farmacêutica em pacientes idosos hipertensos: uma experiência em Tucunduva – RS, Rev. Bras. Farm, Santo Ângelo, v. 89, n.4, p290-293, 2008
- 8- NETO, J. A.; RODRIGUES, E. L.; SANTOS, D. B. Avaliação da Adesão ao Tratamento e Perfil dos Pacientes Atendidos pelo Programa Hipertensão em Santa Bárbara de Goiás. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 55 p., Santa Bárbara de Goiás, 2006.
- 9- BARROS, F. U. N. Avaliação de adesão ao tratamento medicamentoso em portadores de doenças crônicas atendidos em um serviço de atenção farmacêutica, 2008. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Ciências de Saúde, Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2008
- 10- STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION, Jr. D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à

tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. São Paulo, Arq. Bras. Cardiol., v.81, n.4, p343-8, 2003

11- CASTRO, M. S.; FUCHS, F. D. Abordagens para aumentar a adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. Porto Alegre, Rev. Bras. Hipertens., v.15, n.1, p. 25-27, 2008

12- REIS, M. G.; GALASHAN, R. Q. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. São Paulo. Rev. Latino-am Enfermagem, v. 9, n.3, p51-7, 2001

Anexos

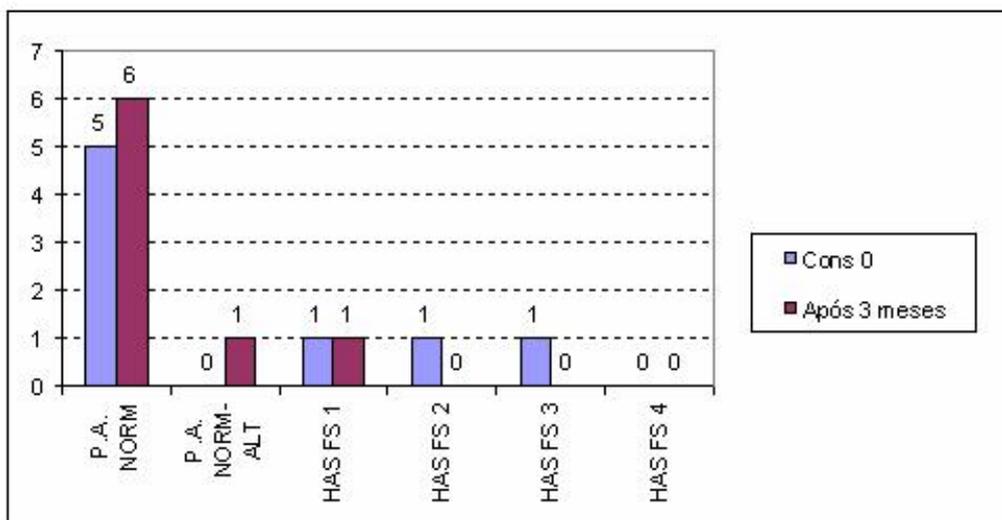


Figura 1 - Classificação da PA dos usuários do SÁf na consulta 0 e após três meses

Tabela 1: Respostas ao teste de Morisky-Green - Entrevista Inicial e após três meses

Teste Morisky-Green	Consulta 0		Reaplicação	
	Sim	Não	Sim	Não
Você alguma vez esquece de tomar seu remédio?	6	2	4	4
Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?	7	1	5	3
Quando se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar remédio?	2	6	2	6
Quando se sente mal, como o remédio, às vezes, deixa de tomar?	1	7	1	7

Tabela 2: Valores das medianas padronizadas obtidas a partir dos escores resultantes das respostas do SF36 na entrevista inicial para acompanhamento em Atenção farmacêutica (n= 8)

Domínios	Mediana linha de base (0-100%) inicial	Mediana linha de base (0-100%) após três meses	Diferença	p ^a
Capacidade funcional	85	87,5	2,5	0,2807
Aspectos físicos	50	87,5	37,5	0,0679
Dor	51	72	21	0,1508
Estado Geral de Saúde	84,5	87	2,5	0,0747
Saúde mental	68	78	10	0,2936
Aspectos emocionais	50	100	50,0	0,4469
Vitalidade	52,5	55	2,5	0,7263
Aspectos sociais	81,3	100	18,8	0,091