

IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO DÁDER EM ATENÇÃO FARMACÊUTICA EM DROGARIA NO MUNICÍPIO DE MONTEIRO LOBATO - SP

XIV INIC / X EPG - UNIVAP 2010

Carrilho, Ronaldo F., Ribeiro, Wellington

Universidade do Vale do Paraíba - UNIVAP/Faculdade de Ciências da Saúde, Av.: Shishima Hifume 2911
Urbanova- São José dos Campos- SP, gton@univap.br

Resumo- A hipertensão arterial é uma das doenças com maior prevalência no mundo moderno e é caracterizado pelo aumento da pressão arterial, tendo como causas a hereditariedade, a obesidade, o sedentarismo, o alcoolismo, o estresse e outras. Este trabalho visa auxiliar o acompanhamento dos pacientes hipertensos através das diferentes práticas adotadas em atenção farmacêutica com monitoração da pressão arterial e frequência cardíaca, que objetivam: Promover uma melhor aderência ao tratamento por meio de orientações em relação ao uso dos medicamentos corretos; Adotar medidas preventivas e esclarecedoras em relação ao risco à saúde ocasionado pela automedicação. Será utilizado o método Dáder de Seguimento do Tratamento Farmacológico (STF), com as devidas adequações à realidade da população atendida. Sendo assim, formulou-se um questionário com perguntas abertas e fechadas, visando à necessidade, efetividade e segurança dos pacientes sobre os medicamentos prescritos aos mesmos evitando assim um possível problema relacionado ao medicamento (PRM).

Palavras-chave: Hipertensão, Atenção Farmacêutica e Problemas relacionados a Medicamentos.

Área do Conhecimento: Farmácia.

Introdução

A hipertensão arterial (HTA) ou hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das doenças com maior prevalência no mundo moderno e é caracterizado pelo aumento da pressão arterial, tendo como causas a hereditariedade, a obesidade, o sedentarismo, o alcoolismo, o estresse e outras. A sua incidência aumenta com a idade. (MANCIA G et. al. 2007).

O termo prevalência indica o número de doentes em um determinado momento. A prevalência da hipertensão arterial no Brasil foi levantada por amostras em algumas cidades. Estes estudos mostraram uma variação de 22,3% a 43,9% de indivíduos hipertensos conforme a cidade considerada. Pode estimar assim que entre uma a duas pessoas a cada cinco são hipertensas. (MANCIA G et. al. 2007).

A proporção de óbitos por doença cardiovascular no Brasil em 2003, segundo dados de preenchimento de atestados de óbito, foi de 27,4%. Atribui-se um risco decorrente da presença de hipertensão arterial na origem de certos grupos de doença. Cerca de 40% da mortalidade devida a Acidente vascular encefálico é atribuída à hipertensão. Para a Doença arterial coronariana este risco está na faixa de 25%. (MANCIA G et. al. 2007).

Fatores de riscos

A pressão arterial aumenta gradativamente com a idade. Em indivíduos jovens, a hipertensão decorre mais frequentemente apenas da elevação na pressão diastólica, enquanto a partir dos cinquenta anos o principal componente é a elevação da pressão arterial. (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL ET. AL 2006).

Até os 50 anos, mais homens que mulheres desenvolvem hipertensão. Após os 50 anos, mais mulheres que homens desenvolvem a doença. Mulheres afrodescendentes têm risco maior de hipertensão que mulheres caucasianas. (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL ET. AL 2006).

Classes de menor nível sócio-econômico têm maior chance de desenvolver hipertensão além de maior risco de lesão em órgão-alvo e eventos cardiovasculares. (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL ET. AL 2006).

Quanto maior o consumo de sal, maior o risco da doença. A relação entre aumento da pressão arterial e avanço da idade é maior em populações com alta ingestão de sal. Pessoas que consomem alimentos com reduzido conteúdo deste têm menor prevalência da hipertensão. (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL ET. AL 2006).

O consumo elevado de bebidas alcoólicas como cerveja, vinho e destilados aumenta a pressão arterial. O efeito varia com o gênero, e a magnitude esta associada à quantidade de etanol e a frequência de ingestão. O efeito do consumo leve a moderado de etanol não esta definitivamente estabelecida. Verifica-se redução média de 3,3 MMHG (2,5 a 4,1 MMHG) na pressão sistólica e 2,0 MMHG (1,5 a 2,6 MMHG) na pressão diastólica com a redução no consumo de etanol. Estudo observacional indica que o consumo de bebida alcoólica fora de refeições aumenta o risco de hipertensão, independentemente da quantidade de álcool ingerida. O consumo elevado está associado a aumento de risco. O consumo moderado e leve tem efeito controverso, não homogêneo para todas as pessoas. (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL ET. AL 2006).

O sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos. O exercício aeróbio apresenta efeito hipotensor maior em indivíduos hipertensos que normotensos. O exercício resistido possui efeito hipotensor semelhante, mas menos consistente. A presença de obesidade aumenta o risco de hipertensão. (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL ET. AL 2006).

A hipertensão ocorre quando os níveis da pressão arterial encontram-se acima dos valores de referência para a população em geral. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) os valores admitidos são 120x80 mmHg, em que a pressão arterial é considerada ótima e 130x85mmHg sendo considerada limítrofe. Valores pressóricos superiores a 140x90 mmHg denotam Hipertensão. Conforme a IV Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia, compreende em estágios: 1 (leve - 140x90mmHg e 159x99mmHg), 2 (moderada - 160x100mmHg e 179x109mmHg) e 3 (grave - acima de 180x110mmHg). Qualquer indivíduo pode apresentar pressão arterial acima de 140x90 mmHg sem que seja considerado hipertenso. Apenas a manutenção de níveis permanentemente elevados, em múltiplas medições, em diferentes horários e posições e condições (repouso, sentado ou deitado) caracteriza a hipertensão arterial. Esta situação aumenta o risco de problemas cardiovasculares futuros, como Infarto agudo do miocárdio e Acidente vascular do tipo encefálico, por exemplo. A possibilidade destes problemas é *log-linear*, ou seja, cresce de maneira contínua em uma escala logarítmica. Um esfigmomanômetro e um estetoscópio, equipamentos utilizados para aferir a

pressão arterial. (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL ET. AL 2006).

A medida da pressão arterial deve ser realizada apenas com aparelhos confiáveis. Para medi-la, o profissional envolve um dos braços do paciente com o esfigmomanômetro, que nada mais é do que uma cinta larga com um pneumático interno acoplado a uma bomba de insuflação manual e um medidor desta pressão. Ao insuflar a bomba, o pneumático se enche de ar e causa uma pressão no braço do paciente, pressão esta monitorada no medidor. Um estetoscópio é colocado sobre a artéria braquial (que passa na face interna medial do cotovelo). Estando o manguito bem insuflado, a artéria estará colabada pela pressão exercida e não passará sangue na artéria braquial. Não haverá ruído algum ao estetoscópio se, então, a saída do ar pela bomba, bem devagar e observando-se a queda da coluna de mercúrio no medidor. Quando a artéria deixa de estar totalmente colabada um pequeno fluxo de sangue inicia sua passagem pela artéria provocando em ruído de esguicho (fluxo turbilionario). Neste momento anota-se a pressão máxima (sistólica). O ruído persistirá até que o sangue passe livremente pela artéria, sem nenhum tipo de garroteamento (fluxo laminar). Verifica-se no medidor este momento e teremos a pressão mínima (pressão diastólica). Em geral, medimos a pressão em milímetros de mercúrio (mmHg). (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL ET. AL 2006).

A hipertensão arterial é considerada uma doença silenciosa, pois na maioria dos casos não são observados quaisquer sintomas no paciente. Quando estes ocorrem, são vagos e comuns a outras doenças, tais como dor de cabeça, tonturas, cansaço, enjôos, falta de ar e sangramentos nasais. Esta falta de sintomas pode fazer com que o paciente esqueça de tomar o seu medicamento ou até mesmo questione a sua necessidade, o que leva a grande número de complicações. (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL ET. AL 2006).

O conceito de Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM) encontra-se definido no Segundo Consenso de Granada como: problemas de saúde, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados do tratamento farmacológico que, produzidos por diversas causas tem como consequência, o não alcance do objetivo terapêutico desejado ou o aparecimento de efeitos indesejáveis. (SEGUNDO CONSENSO DE GRANADA et. AL. 2002).

Assim, Problema Relacionado a Medicamento (PRM) é uma variável de resultado clínico, uma falha do tratamento farmacológico que conduz ao aparecimento de um problema de saúde, a um mau controle da doença ou a algum efeito

indesejado. Estes PRM's podem ser de três tipos: relacionados com a necessidade de medicamentos por parte do paciente, com sua efetividade ou segurança. (SEGUNDO CONSENSO DE GRANADO et. AL. 2002).

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa na forma de um questionário descritivo de caráter exploratório com abordagem qualitativa e quantitativa, com o objetivo de esclarecer realizada na Drogaria Casa Saúde na Praça Deputado A.S. Cunha 100, Centro na cidade de Monteiro Lobato interior de São Paulo, através da Metodologia Dáder de Atenção Farmacêutica. Este Método foi desenvolvido pelo Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada em 1999, e atualmente, centenas de farmacêuticos de diversos países vêm utilizando este método em milhares de pacientes.

A pesquisa foi realizada a partir de um termo de consentimento de livre e esclarecido onde o comitê de ética da Universidade do Vale do Paraíba sancionou sem questionamento. Os pacientes alvos deste estudo são portadores de doenças hipertensivas, visando a investigação e correção de problemas relacionados ao uso incorreto dos antihipertensivos.

A partir do que foi exposto acima, obtiveram-se históricos Farmacoterapêuticos dos pacientes, onde, os problemas de saúde apresentados juntamente com os seus medicamentos utilizados e a avaliação de seu estado de situação fisiológica foi obtida por um período de duas semanas entre 1 a 15 de Maio de 2010, através da aferição da pressão arterial com objetivo de identificar e resolver os possíveis Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM) apresentados pelos pacientes. Após estas identificações, foram cumpridas as intervenções farmacêuticas necessárias com a profissional médica do sistema único de saúde oferecido pela cidade de Monteiro Lobato, participante deste projeto, os pacientes foram encaminhados para consultas, juntamente com as intervenções e os dados coletados com relação à pressão arterial, após discussão destes dados foram realizadas palestras onde ocorreram orientações em relação ao uso dos medicamentos corretos, foram adotadas medidas preventivas e esclarecedoras em relação ao risco à saúde ocasionado pela automedicação, foi abordada a importância da prática de atividades físicas, o uso correto das medicações alertando quanto ao risco de se fazer uso da automedicação e estimulando os pacientes à realização de dietas, através de consulta com um nutricionista.

Durante este período de trabalho foram acompanhados 20 pacientes com faixa etária entre 30 a 100 anos de ambos os sexos.

Os pacientes foram monitorados através das diferentes práticas adotadas em atenção farmacêutica com monitoração da pressão arterial duas vezes ao dia por 15 dias, onde objetivou a promoção de uma melhor aderência ao tratamento.

Resultados

Devida as adequações à realidade da população atendida, o acompanhamento da pressão arterial e farmacoterapêutico basearam-se nas seguintes etapas: 1- Entrevista inicial; 2- Aferição da pressão arterial; 3- Avaliação das informações; 4- Detecção do Problema relacionado ao Medicamento; 5- Ciclo de resolução do PRM; 6- Plano de intervenção. Após estas etapas obtivemos: na avaliação da tabela 1, foi constatado que 11 dos 20 pacientes são do sexo masculino (55 %) e 9 são do sexo feminino (45 %). A média de idade entre ambos os sexos é de (70,55 anos), todos apresentaram hipertensão arterial (100%), em média tomam-se 5,25 medicamentos por pacientes por um tempo de 1

Tabela 1 – A entrevista inicial: sexo, faixa etária (%) patologia apresentada, média de medicamento tomado por paciente e tempo de utilização dos medicamentos.

Sexo	Idade	Patologia	% Fármacos	(t) anos
55% H	70,55	Todos H.A	5,25	5,17
45% M				

H = Homem / M = Mulher

Tabela 2 – Média da Pressão Arterial em duas semanas de aferição.

Sexo	1ª semana	2ª semana
8 Homens	150 x 90 mmHg	140 x 90 mmHg
7 Mulheres	160 x 90 mmHg	150 x 80 mmHg

A tabela 2 apresentou uma média de 8 homens com pressão arterial acima de 150 x 90 mmHg na primeira semana das aferições e 140 x 90 mmHg na segunda semana. Das mulheres foram 7 com pressão arterial acima de 160 x 90 mmHg na primeira semana e 150 x 80 mmHg na segunda semana. Diante das informações coletadas, a classificação de Problemas relacionados ao

medicamento foi detectada podendo ser visualizado na tabela 3, onde PRM 1 é quando o paciente apresenta um problema de saúde por não utilizar a farmacoterapia que necessita; PRM 2 é quando o paciente apresenta um problema de saúde por utilizar um medicamento que não necessita; PRM 3 é quando o paciente apresenta um problema de saúde por uma inefetividade não quantitativa da farmacoterapia; PRM 4 é quando o paciente apresenta um problema de saúde por uma inefetividade quantitativa da farmacoterapia; PRM 5 é quando o paciente apresenta um problema de saúde por uma insegurança não quantitativa de um medicamento; PRM 6 é quando o paciente apresenta um problema de saúde por uma insegurança quantitativa de um medicamento. (SEGUNDO CONSENSO DE GRANADO et. AL. 2002).

Tabela 3 – Detecção dos PRMs

Sexo	PRM 1	PRM 2	PRM 3	PRM 4	PRM 5	PRM 6
H	1	0	3	0	4	1
M	2	2	3	0	0	0

H = Homem / M = Mulher

Relacionados à tabela 3, todos os pacientes fazem seus acompanhamentos no Sistema único de saúde (SUS), onde obtivemos uma quantidade maior de PRMs 1, 2, 3 e 5. Justificando sua ocorrência devido à demora de marcação das consultas de retorno para se ter uma maior idéia da adesão ao tratamento pelo paciente.

Da maioria dos PRMs apresentados, todos os pacientes obtinham diabetes mellitus, problemas cardiovasculares, aterosclerose e sobrepeso.

Dos medicamentos utilizados, 50% são anti-hipertensivos (Losartana com hidroclorotiazida), 30% são hipoglicemiantes (Metilformina), 10% são antiarrítmicos (Diltiazem) e 10% são antilipêmicos (Sinvastatina). Diante dos fatos acima, as intervenções farmacêuticas fora feitas com base médica descritas de uma forma didática, onde as intervenções foram sob via de comunicação: 1. Verbal farmacêutico – paciente, 2. Escrito farmacêutico – paciente, 3. Verbal farmacêutico – paciente – médico, 4. Escrito farmacêutico – paciente – médico. Nestas condições obtivemos os seguintes resultados: todos os pacientes tiveram intervenções (via de comunicação) 3. Verbal farmacêutico – paciente - médico e 4. Escrito farmacêutico – paciente – médico, onde os valores das pressões arteriais de cada paciente foram notáveis uma melhora a partir de novas aferições e reajuste dos medicamentos nas dosagens e horários, a solicitação de uma bateria de exames pela médica apoiadora deste projeto e

junto o acompanhamento dos valores glicêmicos no posto de saúde do SUS e na Drogaria.

Discussão

Os resultados sugerem que as maiorias dos pacientes avaliados sofrem de Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM) por uso irracional de medicamentos tal como a automedicação. Inclusive, este trabalho fornece indicação de que a orientação correta dos pacientes com relação aos riscos de possíveis interações medicamentosas no prognóstico do paciente e da forma adequada de farmacoterapia. Este trabalho serve para mostrar uma tendência quanto ao comportamento de pacientes e cuidadores. Nesse sentido, a análise dos dados mostra que todos os pacientes fazem uso de medicações diversas sem o conhecimento necessário a respeito de interações medicamentosas e suas conseqüências. Todos os pacientes pesquisados, fazem uso de medicação contra cefaléia como paracetamol, AAS, dipirona, entre outros.

Segundo dados do Ministério da Saúde, as doenças cardiovasculares constituem a maior causa de óbito no Brasil, correspondendo a 34,7% na região Sudeste do país, chegando a 38,8 % na faixa etária situada entre 50 e 64 anos e 47,1 % naquela acima de 64 anos. Dentre as doenças cardiovasculares, as que mais se correlacionam com esses dados de mortalidade é a doença coronariana, representada pela angina do peito e infarto do miocárdio (com 52,2 % do total de óbitos por doença cardiovascular) e acidente vascular encefálico (32,9 %).

Os esforços para a readequação de atividades e práticas farmacêuticas objetivando o uso racional dos medicamentos são essenciais numa sociedade que os fármacos constituem o arsenal terapêutico mais utilizado.

Embora o número de pacientes estudados seja relativamente pequeno para esse tipo de pesquisa, este trabalho serve para mostrar uma tendência crescente quanto ao comportamento de pacientes na automedicação. Nesse sentido, a análise dos dados mostra que todos os pacientes fazem em algum momento uso de medicações diversas sem o conhecimento necessário a respeito de interações medicamentosas e suas conseqüências, atenuando alguns PRMs

No Brasil, além da garantia do acesso aos serviços de saúde e a medicamentos de qualidade, é necessária a implantação de práticas assistenciais que promovam o uso racional de medicamentos propiciando resultados que influenciam diretamente os indicadores sanitários

(OPAS et. al. 2002a). Para o tratamento da hipertensão, assim como para as outras doenças, o prognóstico é dependente do hábito dos pacientes.

Ao farmacêutico moderno é essencial. Conhecimentos, atitudes e habilidades que permitam ao mesmo integrar-se à equipe de saúde e interagir mais com o paciente e a comunidade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, em especial, no que se refere à otimização da farmacoterapia e o uso racional de medicamentos.

O envolvimento do farmacêutico no processo de atenção à saúde é fundamental para a prevenção dos danos causados pelo uso irracional de medicamentos.

As ações do farmacêutico, no modelo de atenção farmacêutica, na maioria das vezes, são atos clínicos individuais. Mas as sistematizações das intervenções farmacêuticas e a troca de informações dentro de um sistema de informação composto por outros profissionais de saúde podem contribuir para um impacto no nível coletivo e na promoção do uso seguro e racional de medicamentos.

Conclusão

A busca de informações sobre a terapia medicamentosa do paciente é feita, muitas das vezes, sem ter um grau de especificidade, eficiência e garantia que a terapia está sendo aderida.

Para Hipertensão Arterial, assim como para as outras, o prognóstico é dependente do hábito dos pacientes.

Entretanto, todo comportamento do paciente, pode ser incluído, a automedicação e conseqüentemente as interações medicamentosas, agravando ou não a recuperação do indivíduo. Portanto, a proposta da assistência farmacêutica proposta neste trabalho, sugeriu um planejamento tal como: palestras e orientação quanto ao acompanhamento médico, contribuiu para obtenção de ganhos terapêuticos e econômicos com finalidade de melhoramento ao tratamento dos pacientes pesquisados.

Referências

- DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL Disponível em: http://www.SAUDE.GOV.BR/dab/docs/geral/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf Acessado em: 12 de Março de 2010.

- MANCIA G. **Guidelines for the Management of Arterial Hypertension - The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology.** ". *Eur Heart J* 28 2007.(12): 1462–1536.

- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos. Relatório 2001-2002.** Brasília, Organização Pan-americana De Saúde, 46 p, 2002a.

- PAINEL DE CONSENSO. **Segundo consenso de granada sobre problemas relacionados com medicamentos.** *Pharmaceutica* 2002; 43(3-4): 175-184.