



9º Seminário de Extensão

A IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA PARA HIPERTENSOS DE UMA UNIDADE DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor(es)

CLAUDIA FEGADOLLI

Co-Autor(es)

THAÍS ADRIANA DO CARMO
MIRIAM ELIAS CAVALINI

Apoio Financeiro

FAE

1. Introdução

A Extensão Universitária na UNIMEP é compreendida como uma atividade com dimensões investigativas e intervencionistas, que articula o Ensino e a Pesquisa e que apresenta três objetivos fundamentais: formação do discente para o exercício da profissão, capacitação do docente na sua área de conhecimento e a socialização do conhecimento científico e acadêmico com a sociedade. Deve ser orientada pelas demandas da população alvo e da universidade (UNIMEP, 1990).

Baseados nestes pressupostos, elaborou-se um projeto em parceria entre docentes do Curso de Farmácia e profissionais de duas equipes de Saúde da Família de Piracicaba, visando a implantação de um Programa de Atenção Farmacêutica (PAF) para hipertensos. As unidades foram escolhidas entre aquelas onde têm sido desenvolvido parte do estágio curricular do curso.

Segundo HEPLER & STRAND (1999), a Atenção Farmacêutica (AtenFar) é a provisão responsável da terapia farmacológica com a finalidade de obter resultados definidos na saúde que melhorem a qualidade de vida do paciente. Trata-se de uma prática desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica (OPAS/OMS, 2002), que têm três eixos fundamentais: a necessidade social em relação ao uso racional de medicamentos, o processo de atenção à saúde e o usuário como fim (CASERO, 1999)

Para padronização dessa prática, duas metodologias têm sido mais frequentemente utilizadas: Pharmaceutical Care (CIPOLLE et al, 1988) e a Metodologia Dader (ROMERO, 2003).

Segundo PERETTA & CICCIA (1998), podem ser alvo da AtenFar pessoas especialmente vulneráveis aos efeitos adversos de medicamentos, cujos estados fisiológico e/ou clínico requeiram a avaliação contínua da farmacoterapia para obtenção de resultados ótimos.

Dentre estes, o grupo hipertenso foi selecionado por ser a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) uma

doença que pode acarretar graves complicações, sendo um fator de risco independente, linear e contínuo para problemas cardiovasculares. Os coeficientes de prevalência da HAS variam entre 15 a 45% na população adulta, tendo sido descrita em Piracicaba, no ano de 1991, prevalência de 33% (AYRES, 1991).

A não adesão ao tratamento da HAS é bastante comum, como mostram os dados da Organização Mundial de Saúde (2003) segundo os quais, nos Estados Unidos, 51% dos hipertensos tratados apresentavam adesão satisfatória ao tratamento prescrito, enquanto que na China, Gâmbia e Seicheles, apenas 43%, 27% e 26%, respectivamente.

A presença de HAS pode, também, afetar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) dos indivíduos (BARDAGE & ISACCON, 2001). No entanto o bom controle da hipertensão pode melhorar esse parâmetro. (MAGNABOSCO, 2007).

Para Gianchello (1996) a QVRS é o “valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos”. Para a avaliação quantitativa desse parâmetro em hipertensos tem sido utilizado o instrumento genérico Medical Outcomes Study 36-item short-form Health Survey – SF-36 (SF-36), traduzido e no Brasil por CICONELLI (1997) e validado para uso na população hipertensa por SILQUEIRA (2005).

A melhoria na QVRS e o avanço no conhecimento acerca de estratégias capazes de melhorar a adesão ao tratamento e otimizar os benefícios da farmacoterapia em hipertensos são esperados em nosso trabalho.

2. Objetivos

Geral: Implantar um Programa de Atenção Farmacêutica (PAF) direcionado a adultos hipertensos nas Unidade de Saúde da Família “Jardim Oriente” e “Serra Verde”, avaliando o processo de implantação e seus resultados terapêuticos e humanísticos, incluindo o impacto sobre a qualidade de vida dos usuários do serviço.

Específicos:

- Descrever perfil demográfico, sócio-econômico e antropométrico da população do estudo;
- Identificar o perfil farmacoterapêutico dos pacientes acompanhados;
- Realizar orientação farmacêutica;
- Avaliar o processo de implantação de um PAF integrado ao SUS;
- Avaliar os resultados terapêuticos e humanísticos da intervenção;
- Capacitação da equipe de saúde da Unidade de Saúde da Família do Jardim Oriente em relação à Atenção Farmacêutica;
- Fornecer subsídios para a consolidação da Atenção Farmacêutica no SUS;
- Discutir a importância e a viabilidade da prática da Atenção Farmacêutica no Programa de Saúde da Família.

3. Desenvolvimento

O projeto foi desenvolvido em duas Unidades de Saúde da Família 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.

Sorteou-se 20% dos hipertensos com idade entre 18 a 59 anos para realização de projeto piloto, visando aferição do instrumento e simulação das condições de realização do projeto. Tais usuários foram incluídos na amostra final, que foi completada por conveniência a partir de listagem organizada por ordem alfabética.

O PAF foi ofertado a todos os cadastrados que puderam ser encontrados em suas residências, até o número de 64 usuários, devido ao tempo de execução do projeto.

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 QVRS, SF-36, que foi reaplicado após quatro

meses de acompanhamento no PAF para avaliação de mudanças. Os pacientes foram acompanhados periodicamente, através de consultas agendadas.

4. Resultados

Atenderam aos critérios de inclusão e exclusão do PAF 138 usuários, dos quais 124 foram visitados, embora 60 não tenham sido encontrados nos domicílios. Dos 24 que aceitaram participar, seis não chegaram comparecer, oito abandonaram as consultas ao longo do projeto e dez finalizaram o processo de acompanhamento.

Dos 17 usuários em acompanhamento, 13 eram mulheres, o que está de acordo com outros estudos, os quais identificaram que o sexo feminino busca mais pelos serviços de saúde. (ROCHA, 2006). Quanto ao Índice de Massa Corpórea (IMC) 6 apresentavam IMC maior ou igual a 30 (obesidade), 7 pacientes tinham IMC entre 25 a 29,9, (sobrepeso), e 4 estavam com IMC entre 18,5 a 24,9 (normal).

A renda familiar apresentou variação entre 1 salário mínimo até os que e 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 pelos pacientes, o que influi negativamente à adesão ao tratamento (JARDIM, 2006).

O número total de consultas farmacêuticas foi de 59 (média de 3,4/ usuário). Foram identificados, entre os 28 tipos de medicamentos prescritos, 7 tipos para hipertensão, dos quais o Captopril foi o mais utilizado foi (33%).

Foram identificados 40 PRMs, dos quais 27,5% eram o PRM 7, indicando problemas de saúde relacionados ao uso inapropriado do medicamento, decorrente da não adesão ao tratamento (CIPOLLE e col, 1998).

A partir dos PRMs, foram realizadas um total de 62 intervenções farmacêuticas, de acordo com a necessidade detectada.

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

Natureza das intervenções realizadas	Frequência
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	62

No quadro 1, observa-se que não houve alteração no IMC dos usuários acompanhados, embora 10 deles tenham apresentado redução de peso. Os valores de PA constantes na tabela, obtidos em consulta farmacêutica, mostram que, ao final do projeto, 5 indivíduos estavam dentro dos parâmetros de normalidade (SOCIEDADE... 2006), contra 3 no início do projeto. No entanto, na ficha de acompanhamento da equipe de enfermagem pôde ser observada diminuição dos valores pressóricos em maior número de indivíduos.

Quadro 1- Índice de Massa Corporal (IMC), peso corporal, pressão arterial: valores obtidos durante o seguimento farmacoterapêutico

Indivíduo	IMC	Peso	Início	Fim	Pressão Arterial	Início	Fim
-----------	-----	------	--------	-----	------------------	--------	-----

1	27,47	73,00	72,80	140X90	130X90
2	42,18	92,40	92,30	170X100	150X110
3	26,37	65,00	66,20	150X80	135X78
4	25,95	58,40	58,50	140X70	160X100
5	22,64	53,00	53,00	130X90	160X60
6	34,21	85,40	84,90	150X100	130X90
7	29,90	70,00	69,80	100X80	120X80
8	33,04	87,80	85,20	120X70	180X100
9	35,00	89,40	88,30	140X80	140X80
10	48,50	116,50	116,50	120X70	140X72
11	22,18	56,80	55,00	150X100	110X80
12	23,096	46,90	46,90	120X90	130X80
13	28,40	90,00	90,00	120X90	130X80
14	30,00	72,10	70,00	120X80	140X90
15	30,66	78,50	78,500	150X110	140X100

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, utilizados para amostras pareadas, mostrou que as diferenças encontradas não apresentam significância estatística, com $p > 0,05$, o que pode ser explicado pelo tamanho reduzido de nossa amostra, com pareamento de apenas 10 sujeitos.

Pôde-se observar que houve maior impacto positivo 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”.

Figura 1 – Medianas da primeira (P1) e segunda observação (P2), segundo os domínios do SF-36

5. Considerações Finais

Os cuidados na HAS incluem tratamento medicamentoso e mudanças no estilo de vida relacionados à prática de exercícios físicos e adoção de alimentação equilibrada. Acreditamos em que a prática da AtenFar, ao estabelecer uma relação terapêutica mais humanizada entre o farmacêutico e a pessoa com hipertensão, contribui para uma aproximação desses indivíduos com os serviços de saúde e, ao mesmo tempo, os capacita para o auto-cuidado.

Em pouco tempo de acompanhamento dos usuários no PAF mudanças importantes como redução do peso e dos valores pressóricos foram observados.

Em relação à QVRS, a falta de significância estatística dos resultados indica que estudos com maior número de pessoas devam ser realizados para que se conheça a real importância da AtenFar sobre esse aspecto da vida de hipertensos. No entanto, foram evidentes, de forma geral, as contribuições positivas do PAF nos aspectos clínicos, humanísticos e comportamentais dos indivíduos que participaram

Referências Bibliográficas

AYRES, J.E.M. Prevalência da hipertensão arterial na cidade de Piracicaba. Arquivos Brasileiros de

Cardiologia, São Paulo, v.57, n.1, p.33-36, 1991.

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

Casero, M del CV El desarrollo y planificación de la atención farmacéutica en España. La Revista O.F.I.L., 9 (3): 22 – 32, 1999.

CICONELLI, R.M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36- Item Short-Form Health Survey (SF-36)” [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, 1997.

CIPOLLE, RJ; STRAND, LM & MORLEY, PC Pharmaceutical care practice. USA, McGraw-Hill, 1998.

GIANCHELLO, A. I. Health outcomes research in Hispanics/Latinos. Journal of Medical Systems, 21 (5): 235-54, 1996.

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.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Oportunidades y responsabilidades en la atención farmacéutica. Traducción de la Fundación Pharmaceutical Care España. Pharmaceutical Care España, Granada, v.1, p. 35-47, 1999.

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.

OPAS/ OMS, Consenso brasileiro de atenção farmacêutica- Proposta. Brasília; 2002 POLÍTICA DE EXTENSÃO DA UNIMEP, 1990, disponível em <http://www.unimep.br>

OPAS / OMS- Organização Panamericana de Saúde / Organização Mundial da Saúde. Reconstruir a unidade da Assistência Farmacêutica como um dos pilares essenciais das políticas em saúde. Termo de referência. Brasília: OPAS / OMS, 2003.

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

POLÍTICA DE EXTENSÃO DA UNIMEP, 1990, disponível em <http://www.unimep.br>

ROCHA, C. E., TRINDADE, M. C. Identificação de problemas relacionados aos medicamentos (PRMs) na primeira entrevista farmacêutica. Anais, 2006.

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

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

SILQUEIRA, S.M.F. O questionário genérico Sf-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes hipertensos. [tese] - EERP/USP. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2005.

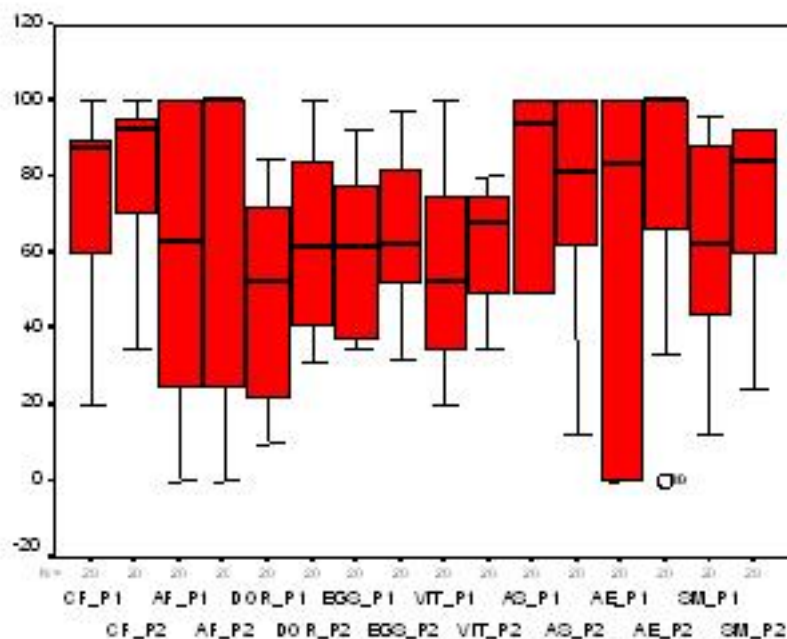


Figura 1 – Medianas da primeira (P1) e segunda observação (P2), segundo os domínios do SF-36

Quadro 1- Índice de Massa Corporal (IMC), peso corporal, pressão arterial: valores obtidos durante o seguimento farmacoterapêutico

Indivíduo	IMC	Peso		Pressão Arterial	
		Início	Fim	Início	Fim
1	27,47	73,00	72,80	140X90	130X90
2	42,18	92,40	92,30	170X100	150X110
3	26,37	65,00	66,20	150X80	135X78
4	25,95	58,40	58,50	140X70	160X100
5	22,64	53,00	53,00	130X90	160X60
6	34,21	85,40	84,90	150X100	130X90
7	29,90	70,00	69,80	100X80	120X80
8	33,04	87,80	85,20	120X70	180X100
9	35,00	89,40	88,30	140X80	140X80
10	48,50	116,50	116,50	120X70	140X72
11	22,18	56,80	55,00	150X100	110X80
12	23,096	46,90	46,90	120X90	130X80
13	28,40	90,00	90,00	120X90	130X80
14	30,00	72,10	70,00	120X80	140X90
15	30,66	78,50	78,500	150X110	140X100

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

Natureza das intervenções realizadas	Frequência
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	62