

Atenção farmacêutica domiciliar a hipertensos: experiência baseada no método DADER de acompanhamento farmacoterapêutico

Household pharmaceutical attention to hypertensive patients: experience based on DADER method for pharmacotherapeutic attendance

Cristina Poll BIGUELINI

UNIOESTE/Campus Francisco Beltrão Rua Rio Grande do Sul, 1221- Alvorada. Francisco Beltrao/PR. CEP: 85.601.050. E-mail: biguelini@gmail.com

ABSTRACT

The pharmacy industry is changing, taking on more responsibilities and conquering new areas. However, the main role of this professional is already not well recognized: the pharmacist role is directed to teach, guide and make pharmaceutical care as a daily practice, with a primary interest in the patient. It is in this context that the present work was carried on, aiming to classify drug-related problems (DRP) among a group of patients with hypertension, based on the Dader pharmacotherapeutic method, developed to emphasize the importance of professional performance in community health programs. We observed predominance of PRM 1 (the patient has a health problem by not using any medication you need), followed by PRM 4 (quantitative ineffectiveness of the drug). It means 53% of DRP found themselves on level of need, the level of 34.30% and 12.60% effectiveness in security. Therefore, drug therapy, when grounded over pharmaceutical care, can reduce risks and potential damage of pharmacotherapy.

RESUMO:

A profissão do farmacêutico encontra-se em um momento de grandes transformações, assumindo mais responsabilidades e conquistando novas áreas, porém, em meio a isso, volta à tona o questionamento do principal papel deste profissional, direcionado a ensinar, orientar e fazer da atenção farmacêutica uma prática diária, de forma inovadora e audaciosa, capaz de demonstrar a todos o verdadeiro papel do profissional farmacêutico, com um interesse primordial no paciente. É neste contexto que se desenvolveu tal pesquisa de campo, com formato qualitativo exploratório, que objetivou a classificação dos problemas relacionados aos medicamentos (PRM) de um grupo de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica, baseando-se no método DADER de acompanhamento farmacoterapêutico, para com isso ressaltar a importância e a necessidade da atuação do profissional nos programas de saúde comunitária. Como resultado observou-se a predominância do PRM 1 (o paciente apresenta um problema de saúde por não utilizar algum medicamento que necessita), seguido pelo PRM 4 (inefetividade quantitativa do medicamento). Ou seja, 53% dos PRM encontraram-se no nível de necessidade, 34.30% no nível de efetividade e 12.60% no de segurança. Concluindo-se que a terapia medicamentosa, quando alicerçada na atenção farmacêutica pode reduzir os riscos e danos possíveis da farmacoterapia, pois quando os medicamentos são dispensados por profissionais informados, para pacientes que entendem e compartilham a responsabilidade, o seu uso também o é.

KEYWORDS: Pharmaceutical Care; Method Dader; Hypertension.

PALAVRAS CHAVE: Atenção Farmacêutica; Método Dader; Hipertensão Arterial Sistêmica.

Atualmente, o estabelecimento farmacêutico não pode e nem deve mais ser visto apenas como um lugar de venda de medicamentos ou como um ambiente para a produção e entrega de produtos manipulados. O modelo da atenção farmacêutica exige que sejam cumpridas novas atividades visando à inserção da farmácia na sociedade. Onde se observa que é dever do farmacêutico esclarecer à população, através do atendimento pessoal, com ou sem folhetos explicativos; através do atendimento coletivo, com palestras inseridas em programações de comunidades organizadas ou ainda por meio de materiais dispostos no interior do estabelecimento e em áreas de acesso visual do público. A dimensão ética desta profissão está determinada em todos os seus atos em prol do ser humano, da coletividade e do meio ambiente, sem discriminação de qualquer natureza (1).

Neste contexto, observa-se que a profissão de farmácia vive um momento de grandes transformações, onde o profissional assume mais responsabilidades e conquista novas áreas de atuação, porém, em meio a tantas mudanças e novas conquistas, volta à tona o questionamento de seu principal papel, direcionado a ensinar, orientar e fazer da atenção farmacêutica uma prática diária, de forma inovadora e audaciosa, capaz de demonstrar a todos seu verdadeiro papel, tendo como interesse primordial o paciente (2).

Torna-se cada vez mais evidente a necessidade da atenção farmacêutica, já que o farmacêutico não é somente o profissional do paciente ou do medicamento e sim o elo entre paciente-médico e paciente-medicamento (2).

Para tanto, observa-se como a Organização Mundial da Saúde (3) descreve o que é a atenção farmacêutica, destacando ser o conjunto de atitudes, comportamentos, compromissos, inquietudes, valores éticos, funções, conhecimentos, responsabilidades e habilidades do farmacêutico na prestação da farmacoterapia, com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos para a saúde e qualidade de vida do paciente. Como bem descreve Alberton (2001) (4), ela baseia-se justamente na capacidade do farmacêutico de assumir novas responsabilidades relacionadas aos medicamentos e aos pacientes, através da realização de um acompanhamento sistemático e documentado, com o consentimento dos mesmos.

Inseridos neste contexto, retratam-se os programas de triagem da atenção básica em saúde que demonstram em sua publicação do ano de 2007, que aproximadamente 25% dos indivíduos da população em geral são hipertensos e a prevalência aumenta com

a idade. Já os indivíduos negros são afetados cerca de duas vezes mais frequentemente do que os brancos, parecendo serem mais vulneráveis também as suas complicações. Cerca de 90% a 95% dos casos de hipertensão são idiopáticos (primários), ou seja, hipertensão essencial. Para o restante (5 a 10%), a maior parte apresenta como causa secundária a doença renal ou ainda a estenose da artéria renal (menos comum), geralmente por uma placa ateromatosa (hipertensão renovascular) (5).

Na maioria dos casos, a hipertensão permanece num nível moderado e razoavelmente estável durante muitos anos e décadas, sendo plenamente compatível com uma vida longa, a não ser que ocorram interferentes como o infarto do miocárdio, a insuficiência cardíaca ou o acidente vascular cerebral; porém cerca de 5% dos hipertensos apresentam uma pressão arterial rapidamente crescente que, se não for tratada, leva a morte entre um ou dois anos. Essa forma é chamada de hipertensão acelerada ou maligna (6).

Por meio do uso do método Dader, desenvolvido pela Universidade de Granada (Espanha) e adaptado à realidade deste estudo para classificação dos problemas relacionados aos medicamentos, objetivou-se a realização de um trabalho de campo, de cunho qualitativo exploratório, para acompanhamento de determinado grupo de pacientes portadores de hipertensão arterial, em bairro periférico da cidade de Francisco/PR que conta com serviço público de estratégia de saúde da família.

A pesquisa se deu de forma aleatória inicialmente, através de visitas domiciliares, com intuito de demonstrar o quão importante se faz a inserção do profissional farmacêutico nas equipes multidisciplinares de trabalho em saúde pública. Tendo por objetivo maior a classificação dos possíveis problemas relacionados aos medicamentos (PRMs) e a importância do desenvolvimento da atenção farmacêutica focada na melhoria da qualidade de vida, por meio do levantamento dos problemas relacionados aos medicamentos.

Método DADER de acompanhamento farmacoterapêutico

O método DADER, segundo Fernandez & Faus (2003) (7), consiste resumidamente em desenvolver um trabalho seguindo uma metodologia específica, dividida em fases. A primeira fase retrata o *aceite do paciente*, na qual ocorre uma exposição geral do projeto, seus objetivos, métodos e resultados esperados, leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Posteriormente faz-se a *primeira visita*,

onde são obtidos os dados iniciais, como os medicamentos de uso (contínua ou esporadicamente), problemas de saúde, e mensuração da pressão arterial. Seguido da terceira etapa, que deriva do monitoramento da pressão arterial, com *agendamento de visitas ao paciente*, em intervalos de tempo pré-determinados e acompanhamento farmacoterápico.

Na sequência adentra-se na *fase de estudos*, onde a situação do paciente é avaliada em detalhes, detectando-se os possíveis PRMs (Problemas Relacionados aos Medicamentos) e propondo medidas para solucioná-los. Deriva da fase de estudos, a fase de *gerir informação ao paciente*, sendo que uma vez completado o estudo da situação do paciente, este é informado sobre seu estado, os PRMs detectados e as medidas necessárias para sua resolução, caso sejam apenas medidas não farmacológicas. Sendo necessária intervenção médica, faz-se a orientação ao paciente para agendamento de consulta, bem como a informação ao médico sobre os problemas detectados e as sugestões para resolução. Caso a resolução do PRM não necessite intervenção médica, o paciente recebe orientação e é acordado com ele um plano para resolução do problema, o qual é acompanhado, verificando-se a resposta (8).

Classificação dos problemas relacionados com os medicamentos (PRM)

Problema Relacionado com Medicamento (PRM) é todo problema de saúde que acontece (PRM manifestado) ou é provável que aconteça (PRM não manifestado), em determinado paciente, e relaciona-se com o uso de medicamentos (9).

Afirma-se que para a intervenção farmacêutica se efetua quando se atua para tentar solucionar um PRM detectado, levando até o fim a alternativa escolhida, como bem cita Alberton (2001) (4).

A classificação de PRM do Consenso de Granada de 1998 (adaptada) é a mais aceita, e fundamenta-se em que uma farmacoterapia deve atender a *três requisitos básicos*, como *ter indicação clínica*, *possuir efetividade* no tratamento da enfermidade diagnosticada e que *exista segurança em seu uso* pelo paciente. Os critérios que devem ser questionados frente a uma prescrição ou uso de um medicamento, são quanto a ser necessário (indicação,?), ser efetivo (efetividade,?), e ser seguro (segurança,?). A ausência de atendimento a esses quesitos resultam em seis categorias de PRM, que se identificam e classificam da seguinte maneira (7):

a) Os medicamentos devem ser necessários. Caso contrário, pode ser que:

-O paciente não use um medicamento que necessita.....PRM 1

ou

-O paciente usa um medicamento que não necessita.....PRM 2

Ou seja, PRM 1 e 2 se relacionam à necessidade do medicamento.

b) Se o medicamento é necessário, deve estar sendo Efetivo, caso contrário esta “não efetividade” pode ser devida a:

-Não estar relacionada com problema de dose.....PRM 3 (resposta individual)

ou

-Estar relacionada com problema de dose.....PRM 4 (dose baixa, intervalo grande)

Ou seja, PRM 3 e 4 se relacionam à efetividade do medicamento, pois enquanto 3 é uma resposta individual da pessoa ao medicamento, o 4 é relacionado a uma dose baixa (seja por interação, antagonismo...).

c) Se o medicamento é necessário, deve também estar sendo seguro para o paciente (não existe PRM), mas se não está sendo seguro, pode ser que:

-Não seja por problema de dose.....PRM 5

ou

-Seja por problema de dose.....PRM 6

Ou seja, os PRM 5 e 6 se relacionam à segurança no uso do medicamento, sendo que o 5 é relativo a reação adversa ao medicamento e independe da dose. E o 6 é relacionado à dose alta, tóxica e/ou sinérgico.

Assim, observa-se que só se pode afirmar a resolução de um PRM, quando a intervenção realizada deu lugar ao desaparecimento ou melhora visível do problema de saúde que o originou. Ainda que a intervenção tenha sido correta, mas não tenha desaparecido ou melhorado o problema de saúde, afirma-se que não se resolveu o PRM (8). A classificação dos problemas relacionados a Medicamentos, foi preconizada no Segundo Consenso de Granada em 2002 (Quadro 1):

Atenção Farmacêutica

Ao colocar em prática suas teorias é que o profissional fornece conhecimento e produtos a uma sociedade, assim a ação central da prática farmacêutica deve ser o uso racional de medicamentos, segundo a Organização Mundial da Saúde (3). Assim surge a atenção farmacêutica com seu novo modelo centrada no paciente, como a alternativa que busca melhorar a

qualidade do processo de utilização de medicamentos, alcançando resultados concretos; longe dos modelos tradicionais de tal prática que se mostram pouco

efetivos sobre a morbimortalidade relacionada a medicamentos (9).

Quadro 1. Problemas relacionados aos medicamentos, segundo o Consenso de Granada de 2002.

Necessidade:	Efetividade	Segurança:
PRM 1 - O paciente apresenta um problema de saúde por não utilizar um medicamento que necessita.	PRM 3 - O paciente apresenta um problema de saúde em consequência de uma inefetividade não quantitativa do medicamento.	PRM 5 - O paciente apresenta um problema de saúde em consequência de uma insegurança não quantitativa do medicamento.
PRM 2 - O paciente apresenta um problema de saúde por utilizar um medicamento que não necessita.	PRM 4 - O paciente tem um problema de saúde em consequência de uma inefetividade quantitativa do medicamento.	PRM 6 - O paciente apresenta um problema de saúde em consequência de uma insegurança quantitativa do medicamento.

Fonte: Fernandez & Fauz (2003)

Ao analisar as funções do farmacêutico na atenção em saúde, a Organização Mundial de Saúde (3) estende a atenção farmacêutica para toda a comunidade, reconhecendo a relevância da participação do farmacêutico junto à equipe de saúde, na prevenção de doenças e promoção da saúde, sendo conceituada em sua óptica como:

Um conceito de prática profissional na qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. A atenção farmacêutica é o compêndio das atitudes, os comportamentos, os compromissos, as inquietudes, os valores éticos, as funções, os conhecimentos, as responsabilidades e as habilidades dos farmacêuticos na prestação da farmacoterapia, com o objetivo de obter resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente (OMS, 1993.p.6) (3).

Os objetivos fundamentais, processos e relações da atenção farmacêutica existem independentemente do lugar em que seja praticada. Na Espanha, o Consenso de Granada (10) definiu atenção farmacêutica como:

A participação ativa do farmacêutico na assistência ao paciente na dispensação e seguimento do tratamento farmacoterápico, cooperando com o médico e outros profissionais de saúde, a fim de conseguir resultados que melhorem a qualidade de vida dos pacientes. Também prevê a participação do farmacêutico em atividades de promoção à

saúde e prevenção de doenças (Espanha, 2001. p.8) (10).

Analisando referências internacionais na promoção da prática da atenção e da assistência farmacêutica, permeado pela Política Nacional de Medicamentos, foi definido pelo Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (11) que:

Atenção farmacêutica é modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais sob a ótica da integralidade das ações de saúde (OPAS, 2002. p.16) (11).

O conceito brasileiro destaca a promoção da saúde, juntamente com a educação em saúde, como componente da atenção farmacêutica, o que constitui um diferencial marcante em relação às definições adotadas em outros países (11). Também é importante ressaltar que segundo o conceito brasileiro em assistência e atenção farmacêutica distingui-se bastante do primeiro, onde o último refere-se a um modelo de

práticas e atividades específicas do farmacêutico no âmbito da atenção à saúde, e o primeiro envolve um conjunto mais amplo de ações, com características multiprofissionais (11).

A proposta do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica é de elaborar um documento para a promoção e implantação deste novo modelo de prática profissional. O consenso é resultado do Grupo de Trabalho “Atenção Farmacêutica no Brasil” que esta inserida na Organização Pan-Americana de Saúde. É claramente visível a falta de uma definição universal de atenção farmacêutica, baseada na necessidade de na prática profissional, onde se deve aplicar a mesma uniformidade de definições, como nas terminologias clínico-farmacológicas (12).

O primeiro trabalho relatado sobre o impacto das ações de atenção farmacêutica foi realizado nos Estados Unidos, utilizando os dados do Projeto Minnesota de Atenção Farmacêutica. Ele demonstrou que após um ano aumentou o número de pacientes que alcançaram resultado terapêutico positivo. A resolução dos problemas relacionados a medicamentos reduziu a complexidade da demanda farmacoterápica. Em síntese, observou uma relação custo-benefício favorável (13).

Salvia et al. (1999) mostraram os resultados da implantação de um programa de atenção farmacêutica em um hospital espanhol, onde as ações foram desenvolvidas através da identificação, prevenção e resolução de problemas relacionados a medicamentos (14). As intervenções foram agrupadas em três classes, que vão da otimização da farmacoterapia, a ação farmacêutica preventiva, até a ação farmacêutica educativa, demonstrando uma valorização dos problemas relacionados a medicamentos, na qual se concluiu que a intervenção farmacêutica melhora os resultados clínicos dos tratamentos e exerce grande influência nos custos assistenciais.

Para Cid (2008), os estudos relatados demonstram um impacto favorável da atenção farmacêutica sobre a efetividade, qualidade de vida e custos assistenciais relacionados à farmacoterapia, destacando a importância de realização e publicação de pesquisas bem delineadas analisando a relevância da atenção farmacêutica para os sistemas de saúde (15).

Reações adversas aos medicamentos e a farmacoterapia

Na década de sessenta considerava-se reação adversa ou efeito indesejável como sendo a piora do estado clínico ou biológico de um indivíduo, ao qual o médico atribuía à tomada de um medicamento, em

doses habitualmente utilizadas, e que demandava uma terapêutica, uma diminuição da dose ou ainda a suspensão do tratamento; caso contrário, poderia gerar um risco incomum (16). Tratando-se de uma definição que leva a marca da sua época, com ênfase nos aspectos biológicos e no diagnóstico atribuído ao médico. Posteriormente, a Organização Mundial da Saúde (3) definiu reação adversa como sendo aquela que é nociva, involuntária e que ocorre nas doses normalmente usadas em seres humanos. A maioria delas é leve e não requer o uso de antídotos; outra parte é de gravidade moderada, podendo causar ou prolongar a internação hospitalar ou demandar o uso de antídotos; e num pequeno número, a reação é grave, pois ameaça a vida ou leva à morte.

MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa qualitativa exploratória, tratando-se de estudo de caso, direcionado ao levantamento dos problemas relacionados aos medicamentos (PRM), com base na metodologia DADER de acompanhamento farmacoterapêutico, com quinze (15) pacientes portadores de hipertensão arterial.

O estudo se deu por meio de visita domiciliar em bairro da cidade de Francisco Beltrão, Paraná, com usuários do sistema público de saúde (estratégia de saúde da família).

Priorizaram-se pacientes em situação de esquemas terapêuticos contínuos para hipertensão arterial e pacientes com baixa adesão a terapias prescritas, a fim de atuar no sentido de melhoraria na efetividade dos tratamentos; considerando-se todos os problemas de saúde que o paciente possuía e todos os medicamentos que o mesmo utilizava, para assim identificar os problemas relacionados com medicamentos (PRM).

A coleta de dados se deu por meio de fichas de acompanhamento estruturadas, contendo dados do paciente, registro de uso de medicamentos, hábitos de vida e histórico familiar, historia clínica, automedicação e conduta do farmacêutico, entre outras informações. Documentando-se assim as ações do farmacêutico e os resultados obtidos.

A metodologia baseou-se no Método DADER de seguimento farmacoterapêutico, desenvolvido pela Universidade de Granada – Espanha, e adaptado para a realidade do estudo, onde primeiramente realizou-se uma visita domiciliar com a oferta do serviço, posterior assinatura do termo de livre consentimento e realização da primeira entrevista.

A pesquisa teve andamento até o levantamento dos problemas relacionados aos medicamentos observados no caso e aprovado pelo Comitê de Ética da faculdade

UNISEP/Dois Vizinhos/PR, sob protocolo de número 001367/2007 e todos participantes tiveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao se analisar os dados obtidos na pesquisa de campo, para levantamento dos problemas relacionados aos medicamentos dos quinze pacientes estudados, observaram-se índices claros e bastante reflexivos sobre a importância do profissional farmacêutico na atenção básica em saúde.

Os resultados obtidos, em relação à prevalência de participação, separada por sexo, mostrou a predominância de pessoas do sexo feminino (80%) e apenas 20% do masculino, assim como Dall'Agnol (2003) que teve uma incidência de 65.7% do sexo feminino (17), e Renovato & Freitas (2004) que tiveram 83.3% de participação feminina em seu estudo de atenção farmacêutica a pacientes hipertensos (18). Assim como Alano et al. (2012), que através de uma análise documental dos prontuários farmacêuticos de 58 pacientes, observaram a maioria de mulheres (77.6%) com idade média de 54 anos (19).

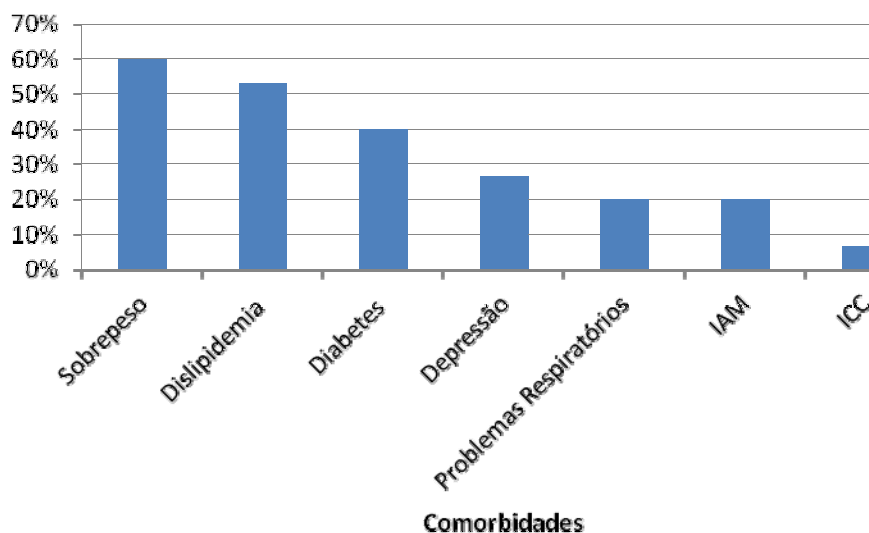
Ressaltando-se que tal pesquisa foi realizada de forma aleatória e os participantes foram convidados a participar através de visitas domiciliares, o que de certa

forma possa ter propiciado tal índice, pois segundo o Departamento de Atenção básica (DAB) (20) ainda há um predomínio do sexo feminino na permanência dos afazeres domésticos, sendo assim os mais facilmente encontrados em casa.

Quanto à idade dos participantes, a prevalência foi bastante característica e seguiu um padrão nacional para hipertensão arterial segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial (5), onde o grupo de faixa etária entre 50/60 anos obteve a maior incidência de participantes com 40% do total, seguido pelo grupo de faixa etária entre 61/70 anos com 26,7% das pessoas. O grupo dos de 71/80 anos alcançou 20% e os de 81 anos ou mais 13,3%.

Com relação às doenças correlacionadas à patologia de base (comorbidades), encontraram-se algumas com maior incidência (Figura 1), como no caso o índice de pacientes com sobrepeso, que alcançou 60% dos casos. A associação de HAS com idade, raça e sexo reflete a inter-relação entre os chamados fatores ambientais e os genéticos, assim como, por exemplo, a associação do sobrepeso com a elevação da pressão arterial, altamente documentada por inúmeros autores (6).

Figura 1. Comorbidades encontradas em pacientes apresentando hipertensão arterial, em Francisco Beltrão, Paraná



A dislipidemia ficou em segundo lugar com 53,3% de ocorrência. E o diabetes, que é amplamente encontrado associado à hipertensão arterial (21), ficou em terceiro lugar com 40% de ocorrência nos casos avaliados, assim como destacado por Cid (2008), onde

as comorbidades encontradas em seu grupo controle foram obesidade (30%), doenças cardiovasculares (27.2%), diabetes (26.2%) e 6.8% dos pacientes já passaram por um acidente vascular cerebral (AVC) (15).

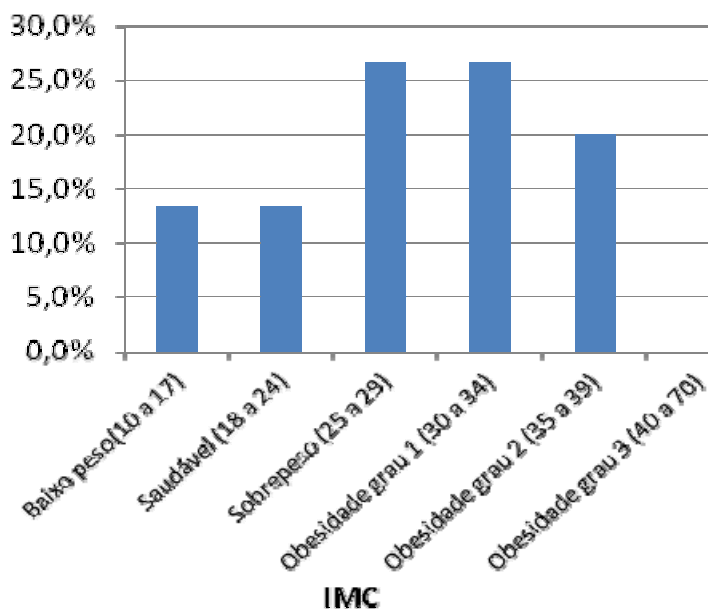
Outra problemática, não menos importante e bastante influente no controle e tratamento da pressão arterial, é a ocorrência de casos depressivos que, neste levantamento, ocupou a quarta colocação com 26,66% das ocorrências. Ou seja, aproximadamente 30% dos pacientes pesquisados apresentaram quadros depressivos, com ou sem tratamento medicamentoso.

Entre as demais comorbidades, obteve-se a informação de que 20% dos pesquisados apresentavam problemas respiratórios, 20% já tiveram quadros de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e 6,66% tinham Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC).

Reforçando os índices já descritos, demonstram-se os índices de massa corporal (IMC) da

população estudada (Figura 2), onde os resultados levam a uma conclusão preocupante, pois demonstram um alto número de pessoas com peso acima dos padrões de normalidade, o que associado à hipertensão arterial, vem a dobrar os riscos cardiovasculares (6), onde se observou uma predominância do IMC 25 a 29 (sobrepeso) e 30 a 34 (obesidade grau 1), que alcançaram 26,7% para cada um dos casos, e que se somados chegam a 53,3% do total. Conforme mostrado na Figura 2, a comorbidade sobrepeso destaca-se na população alvo desta pesquisa, confirmando-se pelo índice de 20% de ocorrência do IMC 35 a 39 (obesidade grau 2).

Figura 2. Índice de massa corporal (IMC) entre pacientes apresentando hipertensão arterial, em Francisco Beltrão, Paraná



O IMC de normalidade (entre 18 a 24) foi encontrado em somente 13,3% dos estudados, mas também se registrou a ocorrência do IMC 10 a 17 (abaixo do peso), que deve ser citado e destacado, por ser tão preocupante quanto os demais, pois também gera alterações no organismo humano, sendo caracterizado por um emagrecimento severo e intenso (20), o que deriva em perdas funcionais, debilidades vitamínicas, entre outros.

No trabalho de Cid (2008), a média geral obtida ficou entre 27 e 28,5 (sobrepeso), mas apresentou para o sexo masculino 35.1% dentro da normalidade, 34.5% de sobrepeso e 30.4 % de obesos (15). Para o sexo feminino 26.1% dos pesquisados ficaram dentro da normalidade, 40.8% com sobrepeso e 33.1% de obesos.

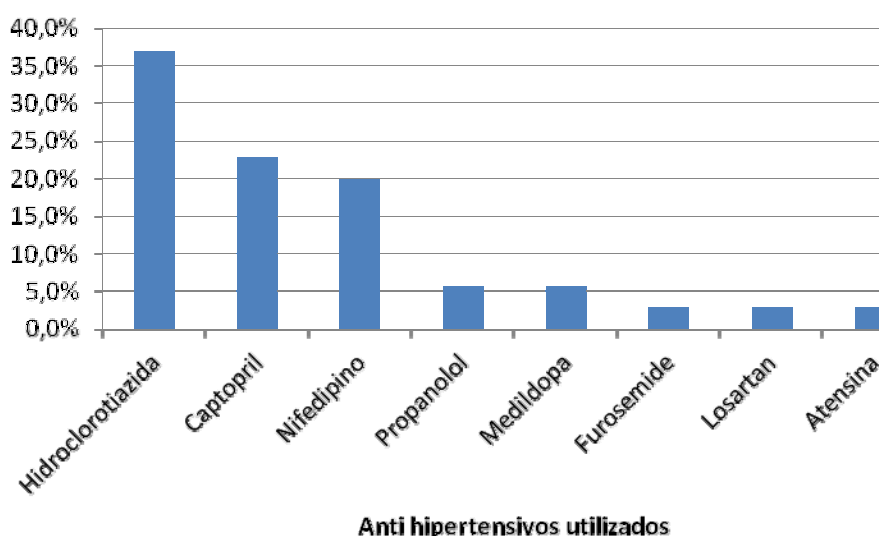
Direcionando-se mais ao foco da problemática da hipertensão arterial, destaca-se que cerca de 5% dos hipertensos apresentam uma pressão arterial rapidamente crescente e que se não for tratada, leva a morte entre um ou dois anos (5). Desta forma, analisaram-se os padrões de pressão arterial obtidos no grupo estudado, onde se observou que a pressão sistólica mais elevada foi a de valor de 160 mm Hg e a de menor valor foi a de 130 mm Hg. Já na diastólica, o valor máximo alcançou 110 mm Hg e o valor mínimo ficou 70 mm Hg. A média da pressão sistólica ficou entre 145 mm Hg e a sistólica 90 mm Hg, ou seja, o padrão que caracteriza de forma média a pressão arterial dos pesquisados ficou em 145/90 mm Hg. Demonstrando claramente em todos os pesquisados o diagnóstico de hipertensão arterial⁵.

Quanto ao quesito tratamento da patologia de base (hipertensão arterial sistêmica), estudaram-se os medicamentos utilizados pela população em questão (Figura 3). Obtiveram-se dados conclusivos de que o medicamento mais utilizado e prescrito como anti-hipertensivo de base, no sistema único de saúde de tal bairro, foi a hidroclorotiazida (37,14% das prescrições), que vem a ser um diurético tiazídico, com grande índice de aceitação pela maioria de seus usuários (22,23), seguido pelo captopril com 22,9%, que é um Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA), e conseqüentemente leva a não

formação da angiotensina II, derivando em menos destruição de bradicinina e diminuição da pressão. Assim como a diminuição da angiotensina diminui seus efeitos pressores no SNC, e suas ações sinérgicas com a noradrenalina. Também podem diminuir a produção de aldosterona pela falta de angotensina II e aumento de prostaglandinas (caso específico do captopril) (22,23).

O nifedipino aparece com 20% das ocorrências, sendo um potente vasodilatador periférico, que age reduzindo a resistência vascular periférica total em resultado da vasodilatação (22,23)

Figura 4. Anti-hipertensivos mais utilizados por pacientes apresentando hipertensão arterial, em Francisco Beltrão, Paraná



O propranolol, um bloqueador beta adrenérgico, ou seja, inibidor adrenérgico simpaticolítico de ação periférica obteve 5,7% das ocorrências, junto com a metildopa, que é também inibidor adrenérgico simpaticolítico, mas de ação central (agonistas α -2 de ação central) (22,23).

Os demais obtiveram apenas 2,9% das ocorrências, como o furosemida, o losartan e a atensina. Sendo o furosemida um diurético de alça, que age inibindo o transporte de cloreto de sódio na alça de Henle (existem contraindicações de seu uso para tratamento da HAS), e o losartan, que é um Bloqueador do receptor da Angiotensina II- (antagonistas), promovendo completo bloqueio dos receptores da angiotensina II (o AT1) sem, no entanto, se ligar no receptor AT2, fazendo os níveis circulantes de angiotensina II aumentarem sem poderem ser absorvidas. O bloqueio do AT1 se faz mais específico que o renina-angiotensina. A atensina ou clonidina é um agonista α 2 de ação central, semelhante à

metildopa. Seu efeito hipotensor resulta da queda da resistência periférica vascular e da ligeira redução da frequência cardíaca; também é usado como analgésico(22,23).

Ao se tratar de assuntos como uso de medicações no tratamento de patologias, chega-se a um dos maiores problemas da atualidade, que é a automedicação, pois além de gerar gastos desnecessários aos convênios e sistemas mantenedores da saúde no País, são um dos maiores índices de internações hospitalares. Neste contexto, observaram-se os casos de automedicação no estudo em questão, onde em apenas dois casos não foram detectados tal ocorrência e/ou a presença de medicamentos sem prescrição médica em suas “caixinhas de medicação”, evidenciando-se ser devido a suas condições de saúde (quadros graves e minuciosos), o que os levava a ter certo receio em utilizar qualquer medicação que não aquela prescrita pelo médico. Mesmo assim, a porcentagem de automedicação chegou a 86,66%,

retratando o quanto a população menospreza os efeitos nocivos de um medicamento, muitas vezes desnecessário (24).

Todos os dados levantados levam a reflexões sobre a atuação do profissional farmacêutica e sua conduta. Sendo que, segundo Brandão (2000), a farmácia clínica é uma prática que contribui no direcionamento da clínica médica para fazer boas decisões sobre medicamentos (25). Ao médico cabe a responsabilidade pelos resultados da farmacoterapia e ao farmacêutico fornecer serviços de suporte adequados e conhecimentos especializados sobre a utilização do medicamento (26; 27).

Na atenção farmacêutica o farmacêutico passa a agir de forma mais objetiva na assistência ao paciente. As habilidades, destrezas e referenciais técnico-científicos necessários para atuar na atenção farmacêutica são os mesmos requeridos pela farmácia clínica. Entretanto as atitudes profissionais e os valores morais são totalmente diferentes. O profissional que atua em atenção farmacêutica assume a responsabilidade pelos resultados da terapia medicamentosa e pela qualidade de vida do paciente. O medicamento como produto é um componente importante e necessário para a atenção farmacêutica, mas neste novo modelo o processo é o agente principal, o produto tem uma função secundária (26-28).

Mas é sabido que a unanimidade quanto a uma farmacoterapia, sem que existam problemas relacionados a ela, praticamente não existe, pois variam os organismos, as doses e as reações. Neste contexto, ao avaliar-se a incidência dos problemas relacionados aos medicamentos (PRM), observou-se um total de 143 PRM (100%), com média de $9,5 \pm 2,5$ PRM por caso clínico, com coeficiente de variação de 3,8, sendo observados casos com apenas cinco PRM e outros com 14. Valor bem acima do encontrado por Alano, Corrêa e Galato¹⁹, que detectaram 157 PRM, com média de $2,7 \pm 1,7$ PRM por caso clínico, com predominância dos relacionados à efetividade e segurança, sendo o mais incidente o PRM 4 (35%), seguido do 5 (22,9%) e do 1 (17,3%).

Dall'Agnol (2003), encontrou uma frequência de 31,6% de PRM, sendo os mais encontrados os de inefetividade quantitativa – PRM4 (30,9%), o de insegurança não quantitativa – PRM 5 (29,3%) e o de inefetividade não quantitativa- PRM 3(23,6%) (17).

A predominância ficou com o PRM 1 (O paciente apresenta um problema de saúde por não utilizar um medicamento que necessita), que se fez presente em 48,95% do total de PRMs, nos quinze casos analisados; seguido do PRM 4 (O paciente tem um problema de

saúde em consequência de uma inefetividade quantitativa do medicamento) que apresentou índice de 30,06%.

O terceiro mais prevalente foi do PRM 5 (O paciente apresenta um problema de saúde em consequência de uma insegurança não quantitativa do medicamento, ou seja, uma reação adversa) com 9,8%.

Os PRM 3 (O paciente apresenta um problema de saúde em consequência de uma inefetividade não quantitativa do medicamento) e 2 (O paciente toma um medicamento que não necessita) apresentaram incidência de 4,19%. O último e menos prevalente foi o PRM 6 (O paciente apresenta um problema de saúde em consequência de uma insegurança quantitativa do medicamento), com 3,45%.

Ressaltando-se que o custo anual relacionado a problemas relacionados a medicamentos fica entre 30 a 130 bilhões de dólares (29,30), sendo que para Johnson & Bootman (1997), através de um programa de atenção farmacêutica, as instituições podem economizar até 45.6 bilhões de dólares/ano com custos relacionados a cuidados médicos diretos (29).

Classificando-se os Problemas Relacionados a Medicamentos, conforme preconizado no Segundo Consenso de Granada (10), obteve-se uma divisão em níveis, como segurança, efetividade e segurança, onde o PRM 1 e o PRM 2, derivados do nível de necessidade, que retratam se o paciente toma um medicamento desnecessário ou se não toma um necessário, obteve índice de ocorrência de 53%, ou seja, mais da metade de todos os PRM.

No nível de efetividade, que se divide em PRM 3 e PRM 4 (dose insuficiente do medicamento ou reação individual de não resposta ao uso), obteve-se 34,30%. Tal taxa pode ser derivada de diversos fatores como a ingesta inadequada do medicamento, a não adaptação ao medicamento, ou ainda fatores derivados de outras fontes (31).

Os PRMs 5 e 6 dizem respeito à segurança, onde um é a reação adversa ao medicamento e o outro o uso de uma dose excessiva. Obteve-se a incidência de 12,60% dos casos, que embora de baixa incidência reporte a uma grave situação, pois as questões relativas à segurança no uso de medicamentos são primordiais a vida humana.

Destaca-se que todos os casos clínicos foram estudados minuciosamente, onde se compararam os sintomas descritos com a medicação em uso, fazendo assim uma breve síntese de problemas relacionados aos medicamentos (31). Classificaram-se os problemas dentro da proposta de metodologia Dáder de acompanhamento, para posterior discussão e solução

ou encaminhamento (um novo momento, em novo estudo).

Bicas Rocha et al. (2003) no estudo 14 pacientes, detectaram um total de 34 PRM, com média de 2,4 PRM por paciente. 14 PRM estavam relacionados com a segurança, 13 com a efetividade e 7 com a necessidade. Do total, 2 pacientes não apresentaram nenhum PRM. Dos 14 pacientes, 7 eram polimedicados (32).

Cid (2008), em seu trabalho relacionado à hipertensão arterial, encontrou 1,76 PRM por paciente do grupo controle e 1,86 PRM por paciente no grupo intervenção. Onde a maioria dos PRM encontrados no grupo intervenção relacionou-se a conveniência (53,7 %), seguida por segurança (21,0 %), indicação (13,1 %) e efetividade (12,2 %). No grupo controle, os PRM mais encontrados também se relacionavam com a conveniência (73,2 %), seguido por segurança (14,8 %), efetividade (8,7 %) e indicação (3,3 %) (15).

Em uma discussão final, observa-se a questão da grande predominância do PRM 1, onde os problemas ou sintomas não tratados aparecem em todos os casos clínicos estudados, podendo ser derivado da falta efetividade do sistema público de saúde, segundo a opinião de Perini¹⁶, ou ainda da falta de profissional capacitado para este acompanhamento; seguido do PRM 4, onde o problema é de ordem da eficácia do medicamento, ou seja, inefetividade quantitativa do medicamento, que adentra bastante na condição de conduta do paciente, que não segue integralmente as prescrições médicas, em sua maioria. O que, em uma análise inicial, já se destaca a importância de se ter um profissional direcionado exclusivamente aos medicamentos e seu uso pela população, evitando abusos, intoxicações e gastos desnecessários (7).

Salvia et al.(1999) mostram resultados da implantação de um programa de atenção farmacêutica em hospital espanhol, onde as ações foram desenvolvidas através da identificação, prevenção e resolução de problemas relacionados a medicamentos. As intervenções foram agrupadas em três classes, que vão desde a otimização da farmacoterapia, passam pela ação farmacêutica preventiva, até a ação farmacêutica educativa (14). Demonstrando uma valorização dos problemas relacionados a medicamentos, na qual se concluiu que a intervenção farmacêutica melhora os resultados clínicos dos tratamentos e exerce grande influência nos custos assistenciais.

Destaca-se também, que neste estudo se poderia ter avaliado o nível de escolaridade, que de uma forma informal acabou ficando implícito, como sendo bastante baixo, o que poderia ser um fator a contribuir para a

ocorrência de um grande número de PRM, bem como ser fator agregador na melhoria na qualidade do tratamento, caso fator inverso; mas tal item deverá ficar para um próximo estudo, mais aprofundado e com maiores atuações, pois a atenção farmacêutica na saúde pública tem uma enorme vertente, esperando ser explorada (33,34), pois, um farmacêutico atuante em equipes de saúde da família seria uma figura inovadora, inserindo-se na formulação de novas estratégias, redução de gastos quanto aos medicamentos desnecessários, bem como o uso correto e bem direcionado daqueles que são indicados, gerando assim uma maior resolutividade nos tratamentos, evitando reações adversas (ou as reduzindo), aumentando as adesões aos tratamentos, orientando os pacientes a fazerem uso correto, com doses adequadas e em horários prescritos (33,34).

O profissional farmacêutico é formado para cuidar de tudo que diga respeito à farmacoterapia humana, e quando os governantes valorizarem a existência de tais profissionais nas equipes multiprofissionais de saúde, e assim obterem e colherem os frutos de uma população bem assistida na atenção farmacêutica, ou seja, na farmacoterapia, compreenderão tal importância. Pois é sabido que com a ação do farmacêutico baseada na atenção farmacêutica, o risco de danos é menor, e quando os medicamentos são dispensados por profissionais de saúde informados e por pacientes que entendem e compartilham a responsabilidade do uso de seus medicamentos, também o é. Os farmacêuticos têm de admitir sua crescente responsabilidade quanto a informar os pacientes a cerca dos riscos e benefícios potenciais do tratamento. Devendo ainda, realizar a orientação quanto a reconhecer as reações adversas a medicamentos (RAM), incluindo as relacionadas aos produtos de venda livre (sem exigência de prescrição), tanto convencionais como medicamentos fitoterápicos (28,33,34).

A contextualização dos métodos, utilizados na prática da atenção farmacêutica, é de suma importância para o crescimento desta ação, ainda bastante obscura aos profissionais da área, identificando a documentação de registro, reconhecendo sua utilização no processo de investigação da atenção farmacêutica; como o PWDT (Pharmacist's Work-up of drug Therapy); o Método DADER; o TOM (Therapeutics Outcomes Monitoring); o TOD (Direct Observation Treatment); o SOAP (Subject Objective Assessment Plan); o FARM (Findings Assessment Resolution Monitoring and Follow-up) e o Método de MINNESOTA, ficando a critério do farmacêutico, avaliar e escolher o método que melhor se adapta a realidade em questão (35).

Ressalta-se que com a metodologia DADER, ao ouvir queixas dos pacientes, deve-se fazer a coleta sistemática e a seleção das informações, procedendo à notificação de suspeitas de RAM e desvios de qualidade. Com o estímulo das notificações de todos os profissionais envolvidos no cuidado dos pacientes, será possível identificar um amplo espectro de efeitos adversos relacionados aos medicamentos, contribuindo para o seu uso racional¹⁴.

CONCLUSÃO

Dos quinze participantes, 80% foram do sexo feminino. As idades variaram entre 50/60 anos (40% do total), 61/70 anos (26,7%), 71/80 anos (20%) e os de 81 anos ou mais (13,3%). As comorbidades mais incidentes encontradas foram o sobrepeso (60%), a dislipidemia (53,3%), o diabetes (40%), a depressão (26,66%), os problemas respiratórios (20%), a ocorrência de Infarto Agudo do Miocárdio (20%) e a Insuficiência Cardíaca Congestiva (66%).

Quanto aos problemas relacionados aos medicamentos (PRMs), encontraram-se 143 PRMs, com predominância do PRM 1(48,95%), seguido do PRM 4 (30,06%) e 5 (9,8%). Concluindo-se desta forma que, através de um bom trabalho de atenção farmacêutica, o farmacêutico se insere no contexto familiar facilmente, tendo um grande espaço nas equipes multidisciplinares de saúde e bastante importante para saúde pública. Sendo que essa prática não somente melhora a evolução real dos pacientes, como também se constitui de um investimento economicamente favorável.

REFERÊNCIAS

1. Hanhani HR. Farmácia da partilha. *Pharmácia Brasileira*. maio/jun. 2001, 3 (26).
2. Pereira LRL, Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas: Braz J Pharm Sci. out./dez., 2008, 44(4)*.
3. OMS - Organización Mundial de Salud. El papel del farmacéutico en la atención a la salud: declaración de Tokio. Ginebra, 1993.
4. Alberton LM. Atenção farmacêutica: um exemplo catarinense. *Pharmácia Brasileira*, 2001. 3(25).
5. SBH - Sociedade Brasileira de Hipertensão. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial [28 mai.2007]. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/documentos/index.asp>
6. Rakel RE. Tratado de Medicina de Família. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
7. Fernández MM., Faus LL. Método Dáder: Guia de Seguimento Farmacoterapêutico. Espanha: Universidad de Granada, 2003.
8. Bisson MP. Farmácia Clínica & Atenção Farmacêutica. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2007.
9. Cipolle DJ., Strand LM., Morley PC. El ejercicio de la atención farmacéutica. Madrid: McGraw Hill / Interamericana, 2000.
10. ESPANHA. Consenso Sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001. 26p.
11. OPAS - Organización Panamericana de Saúde. Consenso Brasileiro de Atención Farmacéutica: Proposta. Brasília: Organización Pan-americana de Saúde, 2002.
12. APHA – American Pharmaceutical Association. Critically examining pharmaceutical care. *J. Am. Pharm. Assoc.* 2002. 42 (05): 518-519.
13. Pharmaceutical Care: The Minnesota model. *Pharm. J.* 1997. 258: 899-904.
14. Salvia PL., Marí AA., Chust VS.et al. Actuación farmacoterapêutica en el marco de un programa de atención farmacéutica. *Rev.OFIL*, 1999. 9:40-59.
15. Cid AS. Avaliação da Efetividade da Atenção Farmacêutica no Controle da Hipertensão Arterial. Ouro Preto, 2008. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal De Ouro Preto. 167p.
16. Perini E, Modena CM, Rodrigues RN. et al. Consumo de Medicamentos e adesão às prescrições: objeto e problema de epidemiologia. *Rev. Ciênc. Farm.* 1999. 20: 471-488.
17. Andrezza Dall'Agnol RS. Identificação e Quantificação dos Problemas Relacionados com Medicamentos em Pacientes que Buscam Atendimento no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre, 2003. Dissertação (mestrado). UFRGS. 112 p.
18. Renovato RD, Freitas MT. Atenção Farmacêutica Na Hipertensão Arterial Em Uma Farmácia De Dourados, Mato Grosso Do Sul. *INFARMA*, 2004. 16(11-12):49-55.
19. Alano G M, Corrêa TS, Galato D. Indicadores do Serviço de Atenção Farmacêutica (SAF) da Universidade do Sul de Santa Catarina. *Rev.Ciência & Saúde Coletiva*, 2012. 17(3):757-764.
20. DAB – Departamento de Atenção Básica, Saúde da família. Hipertensão Arterial Sistêmica. [22 dez.2007]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>
21. Duncan BB. et al. Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas Em Atenção Primária. 2ªed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996.
22. Korolkovas A. Dicionário Terapêutico Guanabara. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006.

23. Prado FC, Ramos J, Valle, JR. Atualização Terapêutica. 23 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007.
24. SINITOX – Sistema Nacional de Informações Tóxico – Farmacológicas. Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento: Brasil, 2006. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/ Centro de Informação Científica e Tecnológica, 2007.
25. Brandão A. Filosofando um pouco sobre o farmacêutico. *Pharmácia Brasileira*, 2000. 3(19).
26. Faus MJ., Martinez F. La atención farmacéutica en farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. *Pharm. Care*. 1999. 1: 56-61.
27. Faus MJ. Atención farmacéutica como respuesta a una necesidad social. *Ars Pharm.* , 2000. 41(1): 137-143.
28. Dalla Costa EMO. O enfoque Familiar na Formação dos Profissionais Farmacêuticos. *Revista Olho Mágico*, 2000. 22:16-18.
29. Johnson, J. A.; Bootman, J. L. Drug-related morbidity and mortality and the economic impact of pharmaceutical care. *Am J Health-Syst Pharm*, 1997. 54 (5): 554-558,
30. Schneider, P. J.; Gift, M. G.; Lee, Y.; Rothermich, E. A.; Sill, B. E. Cost of medicationrelated problems at a university hospital. *Am J Health-Syst Pharm*, 1995. 52 (21):. 2415-2418.
31. Bachmann KA et al. Interações medicamentosas: o novo padrão de interações medicamentosas e fitoterápicas. São Paulo: Manole, 2006.
32. Bicas Rocha K; Campos Vieira N; Calleja MA; Faus MJ. Detección de problemas relacionados con los medicamentos en pacientes ambulatorios y desarrollo de instrumentos para el seguimiento farmacoterapéutico. *Seguim Farmacoter*, 2003. 1 (2): 49-57.
33. Perillo M. Farmácia só tem razão de existir se contar com o farmacêutico. *Pharmácia Brasileira*, 2002. 3(30): 23.
34. Peretta A M.; Ciccia GN. Reengenharia farmacêutica: guia para implementar a atenção farmacêutica. Brasília: Ethosfarma, 2000.
35. Simpson D. Pharmaceutical Care: The Minnesota model. *Pharm. J. V.* 1997. 258: 899-904