

ATENÇÃO FARMACÊUTICA PARA PACIENTES HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS – A IMPORTÂNCIA DESSA PRÁTICA NO ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR

Isabela Motta Felício¹; Débora Santos Dantas¹; Renata Oliveira N. da Silva¹; Sabrina Laís Alves Garcia¹; Maria do Socorro Ramos de Queiroz²

¹Graduanda em Farmácia Generalista pela Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: isabelamfelicio@gmail.com; ¹Graduanda em Farmácia Generalista pela Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: debora_np@hotmail.com; ¹Graduanda em Farmácia Generalista pela Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: rntn0brega@gmail.com ¹Graduanda em Farmácia Generalista pela Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: sabrinalag13@gmail.com; ²Docente do Departamento de Farmácia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual da Paraíba. (*Autor para correspondência: queirozsocorroramos@yahoo.com.br)

RESUMO

O objetivo do estudo foi desenvolver Atenção Farmacêutica no âmbito da visita domiciliar de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) na atenção básica. Trata-se de um estudo descritivo abordando a educação em saúde, na visita domiciliar, mediante a observação sistematizada e a intervenção orientada/participativa, realizada nas áreas de abrangência de domicílios de usuários cadastrados no Programa HIPERDIA e acompanhados pelos alunos do Programa de Educação Tutorial PET - Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba período de novembro de 2014 a junho de 2015. Contou com a participação de 32 pacientes hipertensos e/ou diabéticos. Os resultados da pesquisa demonstram que dentre os pacientes, 75% pertencem ao gênero feminino, 81% eram portadores de HAS, 3% de DM e 16% apresentavam associados HAS e DM. Os principais medicamentos consumidos pelos pacientes e distribuídos pelo Programa HIPERDIA: Atenolol (2%), Isossorbida: (2%), Glibenclâmida (2%); Espironolactona (3%), Propranolol (4%), Losartana: (6%), Digoxina (6%), Ácido acetilsalicílico (7%), Anlodipino (7%), Furosemida: (7%), Enalapril (7%), Metformina (7%), Captopril (9%) e Hidroclorotiazida (31%). A visita domiciliar nesse contexto possibilitou aos usuários um atendimento realizado por um profissional com a missão de avaliar suas necessidades no ambiente onde vivem.

Palavras-chave: Atenção Farmacêutica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Diabetes Mellitus. Educação em saúde.

ABSTRACT

The aim of the study was to show the development of the Pharmaceutical Care within the home visit patients with Systemic Arterial Hypertension (SAH) and/or Diabetes Mellitus (DM) in the primary care. This is a descriptive study addressing health education, in the home visit, through the systematic observation and oriented/participatory intervention, accomplished in

the coverage areas of registered users' homes, who are registered in HIPERDIA Program and accompanied by the students of Tutorial Education Program PET – Pharmacy of the State University of Paraíba, in a period of November 2014 to June 2015. Thirty-two patients with hypertension and/or diabetes participated in this study. The data show that between the patients, and 75% are female, there is a prevalence of patients with (SAH) (81%), patients who have DM (3%) and those that have both pathologies (16%). The drugs most consumed by the patients and distributed by the HIPERDIA Program were: Atenolol (2%), Isosorbide (2%) Glibenclamide (2%); Spironolactone (3%), Propranolol (4%), Losartan (6%), Digoxin (6%), Acetylsalicylic acid (7%) Amlodipine (7%) Furosemide: (7%), Enalapril (7%) Metformin (7%), Captopril (9%) and Hydrochlorothiazide (31%). The home visit in this context enabled users with the service provided by a professional with the mission to assess needs in the place where they live.

Key-words: Pharmaceutical Care. Systemic Arterial Hypertension. Diabetes Mellitus. Health Education.

INTRODUÇÃO

A transição demográfica encontra-se em diferentes fases ao redor do mundo e, em conjunto com a transição epidemiológica, resulta no principal fenômeno demográfico do século XX, evento este conhecido como envelhecimento populacional (NASRI, 2008).

No Brasil, aproximadamente 65% dos idosos são portadores de HAS, sendo que, entre as mulheres com mais de 65 anos, a prevalência pode chegar a 80% (SBHA, 2002). A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC, 2010).

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros. Configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se

em grande desafio para os sistemas de saúde. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025 (BRASIL, 2006).

As doenças crônicas e as manifestações clínicas decorrentes do envelhecimento apresentam-se como os principais elementos que levam ao uso concomitante de mais de um tipo de medicamento. Nesse sentido, o profissional farmacêutico, o medicamento e o usuário estão inseridos no processo que sempre permeou as práticas assistenciais, fundamentadas na concepção da medicalização de qualquer queixa, sinal, sintoma de tristeza e decepção tendo o medicamento como legítimo representante e com repercussões danosas a saúde humana. Em função da presença frequente de múltiplas patologias, requerendo terapias diferentes, as quais podem resultar no uso concomitante de vários medicamentos, torna-se necessária uma estratégia de administração que diminua os riscos de efeitos colaterais ou adversos e de interações medicamentosas (ANDRADE; SILVA; FREITAS, 2004).

Com a finalidade de levar essa assistência ao alcance dos idosos fisicamente limitados, a Política Nacional de Saúde do Idoso atribui a equipe de saúde, como mais uma atividade, a realização de visitas domiciliares, na qual é desenvolvida em um espaço extraunidade de saúde e representa uma oportunidade de promover o cuidado, além de promoção da saúde da comunidade com suporte técnico- científico a fim de intervir ou minimizar o processo saúde-doença (MACHADO, 2010).

A Atenção Farmacêutica Domiciliar tem como diferencial a realização de um plano de adesão totalmente adaptado aos fatores sociais e familiares em que o usuário está inserido. Assim, o farmacêutico assume papel fundamental na equipe multiprofissional de saúde: a prevenção, identificação e resolução de Resultados Negativos Associados aos Medicamentos, além de ser responsável pelo desenvolvimento de atividades de orientação dos usuários quanto ao uso de medicamentos, o que possibilita otimizar a adesão à terapia (COMITÉ DEL CONSENSO, 2007).

Nesse contexto, o Programa de Educação Tutorial PET - Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba UEPB, realiza visitas domiciliares mensais com o objetivo de melhorar a qualidade de vidas dos pacientes através da assistência humanizada e otimização da terapia medicamentosa dos usuários do HIPERDIA (Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica) que possuem problemas de locomoção e que, portanto, não participam das reuniões mensais realizadas na Unidade Mista de Galante.

METODOLOGIA

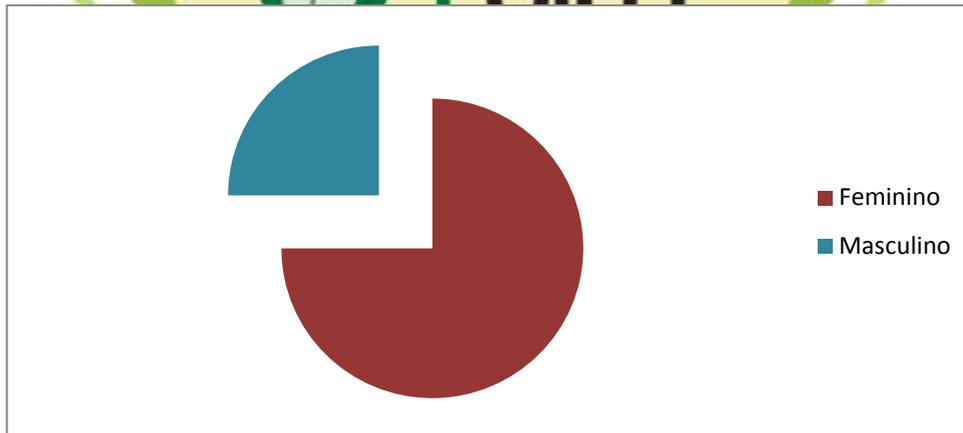
Trata-se de um estudo descritivo abordando a Atenção Farmacêutica e a educação em saúde, na visita domiciliar, mediante a observação sistematizada e a intervenção orientada/participativa. O estudo foi desenvolvido com trinta e dois usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no HIPERDIA, nas (ESF) Galante I e II, a qual está vinculado o Programa de Educação Tutorial (PET), do município de Campina Grande, Paraíba. Utilizou-se como critério de inclusão os idosos portadores de HAS e/ou Diabetes Mellitus (DM) que possuem dificuldade de locomoção. A visita domiciliar ocorreu em três etapas: (1) caracterização preliminar dos sujeitos do estudo, (2) intervenção educativa sobre o DM e HAS e a (3) realização dos Serviços Farmacêuticos como: aferição da pressão arterial, glicemia capilar e avaliação antropométrica seguido da dispensação individualizada.

As informações foram obtidas por meio de uma entrevista semi-estruturada individual realizada pelo pesquisador norteado por um instrumento em apêndice e através de um levantamento, junto aos prontuários, dos participantes da pesquisa, no período de Novembro de 2014 a Junho de 2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A saúde no Brasil apresentou mudanças expressivas nas últimas décadas, com relação à expectativa de vida, dessa forma, o presente estudo aponta parte dessa mudança no que se diz ao cuidado integral das doenças crônicas, como a DM e HAS. Os resultados da pesquisa demonstram que dentre os pacientes, 75% eram do gênero.

Figura 1: Perfil dos pacientes de acordo com o gênero.



Segundo Miranzi et al. (2008) na área de abrangência estudada, o perfil epidemiológico dos indivíduos com DM e HAS caracteriza-se pelo predomínio do gênero feminino, pois segundo dados mundiais na população brasileira a predominância é de mulheres. Este fato explica, em parte, a maior proporção de mulheres acometidas, e ainda que são diagnosticadas por procurarem mais frequentemente os serviços de saúde.

A Figura 2 apresenta o percentual dos pacientes por patologia, confirmando uma maior prevalência de pacientes com HAS (81%). Deve-se levar em consideração, também, o significativo percentual de pessoas que possuem ambas as patologias (16%), corroborando assim que o indivíduo que apresenta uma das referidas patologias tem uma probabilidade maior de desenvolver a outra. A regularidade do acompanhamento ao paciente pela equipe de saúde da família é de suma importância, mas devem seguir uma ordem quanto à gravidade da patologia. Segundo Turrini (2001), “a resolutividade dos serviços e a satisfação do cliente são maneiras de se avaliar os serviços de saúde, a partir dos resultados obtidos no atendimento ao usuário”.

Figura 2: Prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis



Segundo Rocha (2009) deve-se levar em consideração a relação entre este envelhecimento e a associação com a presença de doenças crônicas não transmissíveis, em especial o diabetes, mais prevalentes entre as mulheres e as pessoas de maior idade. Os resultados apresentados no presente estudo requerem uma atenção diferenciada dos profissionais de saúde para que a visita domiciliar seja adequada às características sociodemográficas do usuário para favorecer adesão ao tratamento e promover o controle metabólico (KERBER, 2010).

A visita domiciliar objetiva atribuir uma melhor assistência ao usuário, realizando-se além da monitorização da doença, uma investigação de forma cuidadosa sobre os hábitos e estilo de vida destes pacientes, avaliando suas reais necessidades. Todas as visitas foram realizadas com agendamento prévio do dia e horário. Os serviços farmacêuticos utilizados são representados na (Figura 3), a dinâmica adotada na visita domiciliar proporcionou um incentivo para a educação em diabetes e hipertensão, uma vez que foram interativas, valorizando as experiências individuais dos próprios participantes e permitindo aos pacientes um processo integrador, que visa ao melhor controle terapêutico da doença. Realizamos dispensação diferenciada, distribuindo os medicamentos em bolsas de cores diferentes, no intuito de facilitar a administração, visto que alguns fazem uso de diversos medicamentos, essas bolsas são identificadas pelas cores branca, azul e preta, em consonância com os horários da manhã, tarde e noite, respectivamente.

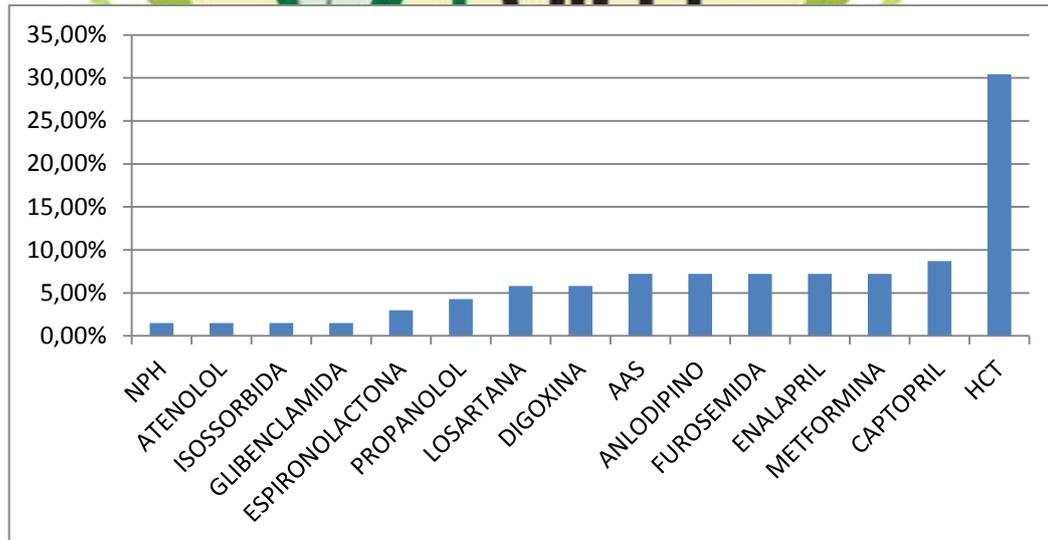
Figura 3: Serviços farmacêuticos: aferição da pressão arterial, glicemia capilar e dispensação individualizada.



O tratamento do DM e da HAS inclui orientação e educação em saúde, modificações no estilo de vida e, se necessário, o uso de medicamentos. As orientações são necessárias, tanto no que se refere ao tratamento medicamentoso quanto ao não medicamentoso. A educação em saúde é imprescindível, pois não é possível o controle adequado da glicemia e da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamentam seu tratamento. A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle das doenças e na prevenção de suas complicações (BRASIL, 2002).

A Figura 4 representa a diversidade de medicamentos utilizados por esses idosos, o estudo aponta os principais medicamentos consumidos pelos pacientes e distribuídos pelo Programa HIPERDIA: Atenolol (2%), Isossorbida: (2%), Glibenclamida (2%); Espironolactona (3%), Propanolol (4%), Losartana: (6%), Digoxina (6%), Ácido acetilsalicílico (7%), Anlodipino (7%), Furosemida: (7%), Enalapril (7%), Metformina (7%), Captopril (9%) e Hidroclorotiazida (31%).

Figura 4: Distribuição dos medicamentos distribuídos pelo Programa HIPERDIA



O consumo de um grande número de medicamentos pode ocasionar as interações medicamentosas, onde as respostas decorrentes da interação podem acarretar potencialização do efeito terapêutico, redução da eficácia, aparecimento de reações adversas com distintos graus de gravidade ou ainda, não causar nenhuma modificação no efeito desejado do medicamento, portanto, a interação entre medicamentos pode ser útil (benéfica), causar respostas desfavoráveis não previstas no regime terapêutico (adversa), ou apresentar pequeno significado clínico (GRINBERG, 1998).

É da competência do farmacêutico a monitorização clínica da terapia de acordo com o que foi estabelecida no plano de cuidado, a responsabilidade pela documentação de todos os aspectos da farmacoterapia clínica, a liderança no desenvolvimento de um programa que monitore e documente possíveis reações adversas e erros de prescrição. O acompanhamento farmacoterapêutico é responsável por garantir a utilização adequada, efetiva e segura dos medicamentos pelos pacientes, seja em âmbito hospitalar, ambulatorial ou Home Care, maximizando os resultados da farmacoterapia e minimizando riscos e erros, eventos adversos e custos (NUNES, 2010).

CONCLUSÃO

A ferramentas de otimização da farmacoterapia empregadas nas visitas domiciliares se mostraram fundamentais para controle da HAS e do DM, uma vez que a administração e posologia corretas bem como acompanhamento profissional, são fundamentais para uma terapia adequada.

As visitas domiciliares possibilitam uma maior interação entre o paciente e os profissionais envolvidos, aumentando a adesão ao tratamento e agilizando o processo de recuperação, permitindo assim a garantia da promoção à saúde, onde diversos fatores trabalham interligados e tem fundamental relevância, dentre estes o acesso ao medicamento e a informação de como deve ser utilizado.

REFERÊNCIAS

Andrade M A, Silva MVS, Freitas O. Assistência Farmacêutica como Estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em Idosos. Revista Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. 2004; (1): 55-66.

Comité del Consenso. Segundo consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos. Ars Pharm. 2002; 43(¾): 175-184.

Grinberg M, Rossi EG. Cardiologia. In: Cordas TA, Barretto OCO. Interações medicamentosas. São Paulo: Lemos Editorial; 1998. p. 289-302.

Kerber NPC, Kirchhof ALC, Cezar-Vaz MR. Atenção domiciliária e direito à saúde: uma experiência na rede pública brasileira. Acta Paul Enferm. 2010; 23(2): 244-50.

Machado LC. A visita domiciliar na visão dos profissionais de saúde e dos usuários no Município de Aracaju-SE. 2010 [dissertação]. Aracaju (SE): Universidade Tiradentes; 2010.

Ministério da Saúde (BR). Hipertensão – Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Manual de Operação. Rio de Janeiro; 2002.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2006; 64(16).

Miranzi SSC. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. Texto contexto - enferm. Florianópolis, 2008; 17(4): 672-679.

Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. Einstein. 2008; 6(1): 4-6.

Nunes PHC. Papel do farmacêutico no Home Care. Semana da Farmácia. Faculdade de Farmácia, Universidade Federal Fluminense; 2010.

Rocha MV, San Juan BMA. A visita domiciliar como forma de ensino em cuidados de saúde primários em Cuba. Aten Primaria. 2009; 41: 521-522.

SBC - VI DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. Arq Bras Cardiol, n. 95, n. supl.1, p. 1-51, 2010.

Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. São Paulo (SP): SBH/SBC/SBN; 2002.

Urrini RNT. Percepção dos usuários sobre a resolutividade e a satisfação pelos serviços de saúde na região sudoeste da Grande São Paulo. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.