

CUIDADO FARMACÊUTICO DOMICILIAR: ACOMPANHAMENTO DE IDOSOS HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS

Anna Júlia de Souza Freitas¹
Daiana Mendes Félix²
Dayverson Luan de Araújo Guimarães³
Lethycia da Silva Barros⁴
Maria do Socorro Ramos de Queiroz⁵

RESUMO

O presente estudo objetivou elucidar as práticas realizadas pelo Programa de Educação Tutorial de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, através de visitas domiciliares mensais com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes através da assistência humanizada e otimização da terapia medicamentosa dos usuários do Programa de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA). As atividades aconteceram no bairro Monte Santo em Campina Grande - PB com uma amostra de 27 pacientes, sendo esses idosos, com um ou mais tipos de Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), cadastrados no Programa de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) ligados a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Bonald Filho. Através de análises dos dados a amostra estudada é idosa, que em maior parte apresentam baixa escolaridade, baixa renda e que fazem o uso contínuo de fármacos. Observou-se que o acompanhamento farmacoterapêutico é de fundamental importância na garantia do tratamento desses pacientes. A dinâmica adotada na visita domiciliar proporcionou um incentivo para a educação em diabetes e hipertensão, valorizando as experiências individuais dos próprios participantes e permitindo aos pacientes um processo integrador, que visa o melhor controle terapêutico da doença.

Palavras-chave: Farmacêutico, Acompanhamento farmacoterapêutico, Visita domiciliar.

INTRODUÇÃO

Devido, principalmente, aos avanços médico-tecnológicos e ações de saúde pública, a parcela de idosos na população brasileira vem aumentando nas últimas décadas. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de população jovem, para outro caracterizado por enfermidades crônicas, próprias das idades mais avançadas, as quais demandam mais atenção e cuidados, exigindo assim, acompanhamento farmacoterapêutico constante. É notável a utilização de diversos medicamentos por idosos, que se configuram como indivíduos com 60 anos ou mais (GORDILHO et al., 2000)

¹ Graduanda do Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, annajuliasfreitas@hotmail.com;

² Graduanda do Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, daiana.m-f@hotmail.com;

³ Graduando do Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, dayversonluan@hotmail.com;

⁴ Graduanda do Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, lethyciabarross@hotmail.com;

⁵ Doutora em Biotecnologia em Saúde pela Rede Nordeste de Biotecnologia. Professora titular da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, queirozsocorroramos@yahoo.com.br.

A promoção de saúde está inserida na Assistência Farmacêutica, na etapa dos cuidados clínicos farmacêuticos. O farmacêutico, então, está apto a contribuir com intervenções farmacológicas e não farmacológicas, incluindo as práticas da promoção da saúde, sendo, na maioria das vezes, o profissional da saúde mais acessível ao paciente. A intervenção do farmacêutico é fundamental, pois é um profissional que, além das habilidades humanísticas como prática, detém os conhecimentos sobre medicamentos, e poderá orientar tanto o paciente quanto o familiar ou acompanhante em relação ao uso racional dos medicamentos, fazendo-os compreender desde a sua prescrição até as orientações quanto ao uso e possíveis interações. Por possuir visão ampla sobre os medicamentos e estar em uma posição que coopera para um contato constante com o usuário, a oferta do Cuidado Farmacêutico contribui para gestão clínica da farmacoterapia. Essa atenção potencializa resultados e diminui desvios, a partir de uma abordagem integral, abrangendo o grupo familiar e às relações sociais do paciente (CORRER; NOBLAT; CASTRO, 2011).

O envelhecimento populacional possui como principal consequência negativa o aparecimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que são as principais causas de mortalidade e incapacidade no mundo (SILVA et al., 2017).

De acordo com a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, a Hipertensão Arterial (HA) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes *mellitus* (DM) (SBC, 2016).

O DM é outra DCNT que atinge aproximadamente 415 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo um importante e crescente problema de saúde para todos os países. O DM é um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, devido a deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, que ocasiona complicações em longo prazo (SBD, 2017-2018).

Com a finalidade de levar assistência ao alcance dos idosos fisicamente limitados, a Política Nacional de Saúde do Idoso atribui à equipe de saúde a realização de visitas domiciliares, na qual é desenvolvida em um espaço extra unidade de saúde e representa uma oportunidade de promover o cuidado, 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. 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.

Nesse contexto, o presente estudo objetivou elucidar as práticas realizadas pelo Programa de Educação Tutorial de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, através de visitas domiciliares mensais com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes através da assistência humanizada e otimização da terapia medicamentosa dos usuários do Programa de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA).

METODOLOGIA

As atividades aconteceram no bairro Monte Santo em Campina Grande - PB com uma amostra de 27 pacientes, sendo esses idosos, com um ou mais tipo de Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), cadastrados no Programa de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) e atendidos por agentes comunitários de saúde (ACS) ligados a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Bonald Filho.

Os pacientes fazem uso contínuo de um ou mais medicamento (s) diariamente, predominando fármacos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e hipolipemiantes sendo essa a terapia farmacológica prescrita pelo profissional médico. Além disso, notou-se a prática de automedicação de Medicamentos Isentos de Prescrição (MIPs) e uso de plantas medicinais.

Os serviços de Cuidados Farmacêuticos foram realizados por 12 alunos e a professora supervisora do Programa de Educação Tutorial de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba (PET FARMÁCIA UEPB). Os idosos atendidos foram subdivididos em grupos de mais ou menos 27 pacientes, cada grupo é atendido por dois alunos, sob supervisão da professora e farmacêutica. Os serviços realizados em domicílio foram: aferição dos parâmetros antropométricos e biológicos, revisão dos medicamentos utilizados, a fim de se verificar a existência de interações medicamentosas e outros erros no processo de medicação. Também foi realizado o trabalho de educação em saúde com orientações mensais sobre temas pertinentes a prevenção e a promoção da saúde desses idosos. A partir do acompanhamento mensal e revisão constante da farmacoterapia, foi possível obter dados que comprovem a evolução da (s) morbidade (s).

Utilizou-se o intervalo de dados registrados entre Janeiro de 2019 a Janeiro de 2020 para produção deste artigo, sendo o critério de escolha usuários do HIPERDIA, o fator de inclusão do estudo será o usuário portador de doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). A avaliação ocorreu de forma quantitativa e qualitativa durante todo o período.

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética da UEPB sob o número 11497019.7.0000.5187, desta forma, este trabalho esteve de acordo com as diretrizes éticas da pesquisa com seres humanos, recomendadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), expressas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra estudada foi composta por um número maior de mulheres (74%), fato que diversos autores associam à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina (LYRA, 2005). A maioria apresentava idade de ≥ 70 anos (92%) devido a limitações existentes de condições de saúde e locomoção. Em relação à escolaridade dos idosos, em maior parte apresentam baixa escolaridade (33% não concluíram o ensino fundamental) e com baixa renda (48% recebiam apenas um salário mínimo) (TABELA 1).

Considerando que as pessoas idosas, em condições de fragilidade ou de maior vulnerabilidade, não comparecem com tanta frequência aos serviços de saúde, a modalidade de atenção domiciliar deve ser planejada, para garantir o vínculo delas com o sistema de saúde. Porém a participação da família ou do cuidador mostra-se importante para o cumprimento da terapêutica pelos idosos, uma vez que com o avançar da idade eles tendem a se tornar mais dependentes devido aos déficits cognitivo e fisiológico, característicos dessa fase da vida (CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2008). Nesse contexto, temos que 21 idosos (78%) afirmaram que moram com familiares e apenas 6 idosos (22%) moram sozinhos.

Sendo assim, a ausência do cuidador, e idosos morando ou permanecendo sozinhos a maior parte do tempo, foram apontados como fatores agravantes, visto que, as pessoas com quem os pacientes convivem constituem uma importante fonte de apoio social, colaborando assim para adesão ao tratamento e melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

TABELA 1: Caracterização dos entrevistados

Variáveis	N	%
Gênero		
Feminino	20	74
Masculino	7	26
Grupo etário		
50-59 anos	1	4
60-69 anos	1	4
≥ 70 anos	25	92
Renda Mensal		
1 salário	13	48
1-2 salários	9	33
2-3 salários	2	8
3-4 salários	3	11
Escolaridade		
Analfabeto	8	30
Fundamental Incompleto	9	33
Fundamental Completo	7	26
Médio Incompleto	2	7
Médio Completo	1	4
Faz uso contínuo de medicamento		
Sim	27	100
Não	0	0
Reside		
Familiares	21	78
Sozinhos	6	22
DCNT		
HAS	19	70
HAS/DM2	8	30

Fonte: Dados da pesquisa. **DCNT** = Doenças Crônicas Não-Transmissíveis; **HAS** = Hipertensão Arterial Sistêmica; **DM2** = Diabetes mellitus tipo 2.

No Brasil, como nos outros países, as doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011). Desta forma, 19 pacientes (70%) relataram o diagnóstico confirmado de HAS. Com relação a presença de DM2, 8 participantes (30%) informaram ter o diagnóstico associada a HAS. Por consequência, todos os pacientes do estudo fazem o uso contínuo de fármacos. As ações de cuidado envolveram entrevistas com o paciente para prevenir, identificar e resolver os resultados negativos relacionados à medicação (SILVA, 2015).

Dentre os medicamentos utilizados pelos participantes do estudo, o enalapril, a hidroclorotiazida e a losartana foram os medicamentos mais frequentes. Mediante os diferentes esquemas de prescrição para o tratamento que envolve no total 14 tipos de medicamentos. A grande maioria utilizava dois agentes anti-hipertensivos em associação (FIGURA 1).

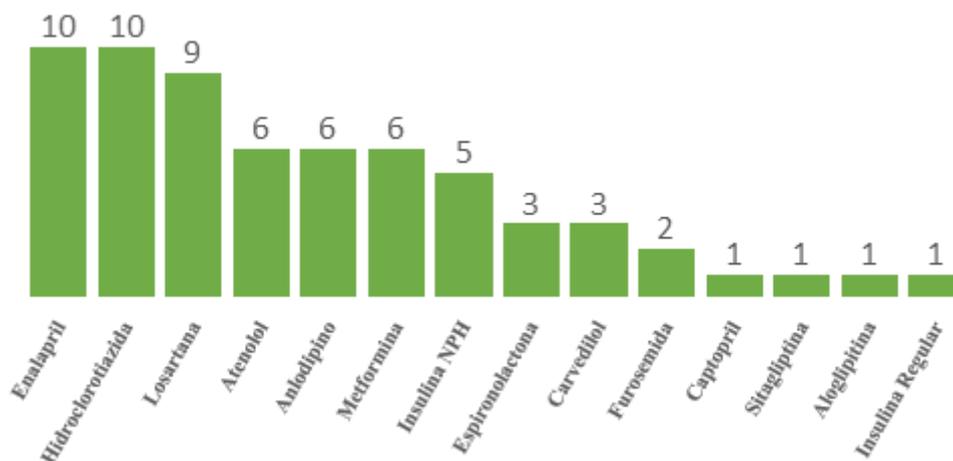


FIGURA 1: Medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos utilizados pelos pacientes.

Fonte: Dados da Pesquisa

Todos os medicamentos anti-hipertensivos podem ser utilizados para o tratamento da HAS, resguardando as indicações e contraindicações particulares. Evidências de alta qualidade apontam diminuição da morbimortalidade com diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina, antagonistas de receptores de angiotensina II e com bloqueadores de canais de cálcio (WALD et al., 2009; SBC, 2016; ACACIO, 2017). As classes farmacológicas mais frequentemente utilizadas pela população do estudo foram os inibidores da enzima conversora de angiotensina, diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida) e bloqueadores dos receptores de angiotensina II (losartana) para o tratamento da HAS. Para o tratamento de DM2 os mais utilizados foram as biguanidas (metformina), inibidores da Dpp-IV (sitagliptina e alogliptina) e insulinas.

Dos 27 idosos hipertensos presentes no estudo, notou-se com base na Tabela 2 que 17 (63%) obtiveram em sua última aferição a PA < 130/80 mmHg. E 10 idosos (37%) estavam igual/acima da meta pressórica recomendada, porém sempre com valores menores ou iguais aos iniciais.

TABELA 2: Dados comparativos referentes às aferições da pressão arterial dos pacientes.

Pacientes	Primeira PA (mmHg)	Última PA (mmHg)
1	100x70	110x60
2	120x80	110x60
3	120x80	110x60
4	120x80	120x60
5	120x80	120x80
6	120x80	120x80
7	120x80	120x80
8	120x80	120x80
9	130x60	120x80
10	130x70	120x70
11	130x80	110x70
12	130x80	120x70
13	130x80	120x80
14	130x80	130x90
15	130x90	120x80
16	140x80	140x80
17	140x90	130x80
18	140x90	130x80
19	140x100	110x70
20	150x80	120x80
21	150x80	150x80
22	150x100	140x60
23	150x100	120x60
24	150x110	140x110
25	160x90	140x100
26	160x110	150x100
27	170x100	150x90

Fonte: Dados da pesquisa.

Observou-se que o acompanhamento farmacoterapêutico é de fundamental importância na garantia do tratamento desses pacientes. A dinâmica adotada na visita domiciliar proporcionou um incentivo para a educação em diabetes e hipertensão, valorizando as experiências individuais dos próprios participantes e permitindo aos pacientes um processo integrador, que visa o melhor controle terapêutico da doença.

Nesse contexto, com a aferição mensal da pressão arterial (PA) foi possível definir se o tratamento estava sendo efetivo ou não. Foi importante salientar que embora alguns pacientes no momento do cadastro não apresentassem a primeira PA igual ou acima de 140x90 mmHg, como determina a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), todos possuíam o diagnóstico de hipertensão, visto que, esse é um critério para inserção do usuário no programa. Ainda segundo a SBC, as metas a serem atingidas em conformidade com as características individuais de cada paciente são: Hipertensos estágios 1 e 2, com risco

cardiovascular baixo e moderado e HA estágio 3, a meta é ter uma PA < 140/90 mmHg. Enquanto que, hipertensos estágios 1 e 2 com risco cardiovascular alto devem ter um PA < 130/80 mmHg (SBC, 2016).

A ineficácia pode ser oriunda de vários motivos, dentre eles o uso inadequado dos medicamentos pelo paciente, bem como a ausência de redução de peso (quando necessário), da redução do sódio da dieta e da prática regular de atividade física.

A conduta com os pacientes diabéticos foi semelhante, era realizada a glicemia capilar para monitoramento dos níveis glicêmicos, tendo em vista que 8 participantes do estudo (30%) informaram ter o diagnóstico de HAS associada a DM. Embora alguns pacientes apresentassem a primeira glicemia abaixo do esperado para DM2 no momento do cadastro no projeto, todos possuíam o diagnóstico de diabetes (TABELA 3).

TABELA 3: Dados comparativos referentes a glicemia dos pacientes.

Pacientes	Primeira glicemia	Última glicemia
1	250 mg/dL	155 mg/dL
2	241 mg/dL	100 mg/dL
3	161 mg/dL	88 mg/dL
4	84 mg/dL	65 mg/dL
5	358 mg/dL	190 mg/dL
6	203 mg/dL	203 mg/dL
7	363 mg/dL	308 mg/dL
8	474 mg/dL	407 mg/dL

Fonte: Dados da pesquisa.

O controle glicêmico está relacionado com a diminuição da mortalidade segundo estudos randomizados que avaliam terapia insulínica e terapia nutricional em pacientes, sendo considerados o nível e a variabilidade da glicemia como componentes importantes no controle glicêmico (BATISTA, RABITO, BUSNELLO, 2016).

Era esperado que, ao final, todos os idosos estivessem com um controle adequado da glicemia, ou seja, seguindo o Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2019) a meta terapêutica da glicemia pós-prandial para o tratamento de DM2 é <160 mg/dL e o nível tolerado é <180 mg/dL. Observou-se que 4 (50%) dos pacientes não

conseguiram manter um bom controle glicêmico. Para Silva (2013) a introdução de um protocolo de controle glicêmico não é de simples execução, pela complexidade e necessidade do envolvimento de uma equipe multidisciplinar. Variabilidades como a forma de coleta de sangue da glicemia, a fonte da coleta, a frequência da coleta, o tempo necessário para obter o controle glicêmico e a variação dos níveis glicêmicos podem influenciar no resultado final.

Verificou-se também que os participantes desta pesquisa que usam medicação regularmente apresentaram bom controle glicêmico. Este resultado aponta o uso de medicação sob a orientação adequada e levando em conta que a singularidade de cada paciente possibilita o bom controle dos níveis de glicemia. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes deve-se atentar que no paciente com DM2, caso o nível glicêmico desejado não tenha sido atingido com o emprego de medidas dietéticas, exercícios ou com o uso de medicamentos antidiabéticos, a combinação de diferentes medicações com diferentes mecanismos de ação é comprovadamente útil no tratamento e deve ser utilizada (SBD, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visita domiciliar como estratégia para implantar um serviço de Cuidados Farmacêuticos necessita da sensibilidade dos pacientes que estão sendo acompanhados, dos seus familiares ou cuidadores e das metas traçadas pela equipe que irá fazer o acompanhamento. Dessa forma, no acompanhamento a esses pacientes domiciliados foi aplicado o cuidado farmacêutico através da aferição dos parâmetros antropométricos (determinação da obesidade central e Índice de Massa Corpórea) e bioquímicos (determinação da glicemia capilar) e fisiológicos (determinação da PA) e revisão dos medicamentos utilizados. Pode-se assim verificar a importância do acompanhamento farmacoterapêutico, a qual é uma prática em que o farmacêutico se responsabiliza com as necessidades dos pacientes voltadas para os medicamentos, com a finalidade de alcançar resultados concretos que melhoram a qualidade de vida desses.

A população do estudo reflete a realidade dos brasileiros obesos, hipertensos, diabéticos, idosos, com baixa escolaridade, baixa renda e com baixa frequência de prática de atividades físicas. A farmacoterapia dos pacientes está de acordo com o preconizado pelas diretrizes vigentes para o tratamento de hipertensos e diabéticos, sendo desta forma obtido resultados positivos, havendo melhora na adesão dos pacientes à medicação e assim dos parâmetros que remetem a HAS como também a DM. Mas apesar desses resultados positivos, focar apenas na melhora da adesão ao tratamento farmacológico pode não ser o suficiente

para melhorar a percepção da qualidade de vida e da saúde desses pacientes. Sendo assim, o cuidado farmacêutico, aplicado na residência dos pacientes, é eficaz para melhorar a adesão dos pacientes com hipertensão e diabetes não controlada e impactar positivamente nos níveis pressóricos e também nos níveis glicêmicos dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ACACIO, B.R. Impacto do cuidado farmacêutico domiciliar em pacientes hipertensos. 120 f. Dissertação de Mestrado- Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2017.

BATISTA, M. S.; RABITO, E. I.; BUSNELLO, F. M. Relação entre o uso de terapia nutricional enteral e o controle glicêmico em pacientes críticos. **Nutr Clín Diet Hosp.** v. 36, n. 4, p.73-81, 2016.

BOTH, J. S.; KAUFFMANN, C.; ELY, L. S.; DALL'AGNOL, R.; RIGO, M. P. M.; TEIXEIRA, M. F. N.; CASTRO, L. C. Cuidado farmacêutico domiciliar ao idoso: análise de perfil e necessidades de promoção e educação em saúde. **Caderno pedagógico.** v. 12, n. 3, p. 66-84, 2015.

CINTRA, F. A.; GUARIENTO, M. E.; MIYASAKI, L. A. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3507-3515, São Paulo, 2008.

CORDEIRO, B. C.; LEITE, S. V. O Farmacêutico na atenção à Saúde. Itajaí. Univali editora. 2005.

CORRER, C. J.; NOBLAT, L. A. C. B.; CASTRO, M. S. **Gestão da Assistência Farmacêutica.** Florianópolis: Editora da UFSC, 2011.

DBD, Diretrizes Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Editora Clannad, p. 383, 2017.

GORDILHO, A.; NASCIMENTO, J. S.; RAMOS, L. R.; FREIRE, M. P. A.; ESPINDOLA, N.; MAIA, R.; VERAS, R.; KARSCH, U. **Desafios a serem enfrentados no Terceiro Milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso.** Rio de Janeiro: Universidade Aberta à Terceira Idade. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000.

LYRA, J. D. Comunicação paciente/farmacêutico: um instrumento libertário e essencial no trabalho do profissional e na promoção da saúde. Pharmacia Brasileira. Brasília, 2005.

MALTA, D.C; MORAIS NETO, O.L; SILVA JUNIOR, J.B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol Serv Saúde** v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011.

MACHADO, L. C. **A visita domiciliar na visão dos profissionais de saúde e dos usuários no Município de Aracaju-SE. 2010** [dissertação]. Aracaju (SE): Universidade Tiradentes. 2010.

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.** v. 107, n. 3, p. 1, setembro 2016.

SBD, Sociedade Brasileira de Diabetes. **Conduta terapêutica no diabetes tipo 2: Algoritmo SBD.** Posicionamento Oficial SBD n. 01/2019.

SILVA, W. O. Controle glicêmico em pacientes críticos na UTI. **Revista HUPE.** v. 12, n. 3, p.47-56, 2013.

SILVA, A. S. A importância da farmácia clínica no acompanhamento dos pacientes com hanseníase em uma unidade básica de saúde. **Hansen Int.** v. 40, n.1, p.9-16, 2015.

SILVA, A. R.; SGNAOLIN, V.; NOGUEIRA, E. L.; LOPES, E.; LOUREIRO, F.; ENGROFF, P.; GOMES, I. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **Jorn Bras de Psiq.** v. 66, n. 1, p. 45-51, 2017.

WALD, D. S.; LAW, M.; MORRIS, J. K.; BESTWICK, J. P.; WALD, N. J . Combination therapy versus monotherapy in reducing blood pressure: meta-analysis on 11,000 participants from 42 trials. **The American journal of medicine,** v. 122, n. 3, p. 290-300, 2009.