

Título.

O papel do universitário farmacêutico frente às novas tendências e conceitos de saúde na Atenção Primária (SUS), na cidade de Alfenas-MG.

The role of the university pharmacist in the face of new trends and concepts of health on Primary Care (SUS), in Alfenas-MG.

Autor.

Acadêmico Leonardo Ferreira
e-mail: *leonardo.fe@hotmail.com*

Orientadora.

Profa. Dra. Walnéia Aparecida de Souza
Universidade Federal de Alfenas-MG

Colaboradoras.

Professora Doutora Márcia Helena Cardoso Miranda Podestá
Universidade Federal de Alfenas-MG

Professora Doutora Olinda Maria Gomes da Costa Vilas Boas
Universidade Federal de Alfenas-MG

Instituição de Vínculo.

Universidade Federal de Alfenas-MG (Unifal-MG)
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714. Alfenas/MG. CEP 37130-000
Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063

O papel do universitário farmacêutico frente às novas tendências e conceitos de saúde na Atenção Primária (SUS), na cidade de Alfenas-MG.

Leonardo Ferreira

Resumo

Este estudo aborda o papel do aluno do curso de farmácia na atenção básica à saúde e a importância deste profissional nas Unidades Básicas de Saúde, nas farmácias, oferecendo ao paciente uma atenção de qualidade na dispensação de medicamentos, com a atenção farmacêutica. O estudo foi realizado de março a dezembro de 2008, com 62 pacientes sendo 26% do sexo masculino e 74% femininos. Após o término do estágio, foi elaborado um relatório das atividades desenvolvidas nas visitas domiciliares, onde foram levantadas as características sociodemográficas, índice de massa corpórea (IMC) e circunferência da cintura; procura por pronto-socorro e internações nos últimos 12 meses; os medicamentos prescritos e, patologias associadas. Também foram analisadas a pressão arterial (PA) e adesão ao tratamento pelo método de Fodor (2005). Neste grupo 90% eram hipertensos sendo que destes, 66% estavam com a pressão arterial controlada. Os pacientes com controle de PA apresentaram IMC e circunferência da cintura menor que os não controlados; aqueles tiveram maior índice de visitas ao pronto-socorro e menor índice de internações e maior adesão ao tratamento. No geral houve uma média de 6 medicamentos por paciente com um número máximo de 18. Essa atividade constituiu-se numa estratégia para a prática adequada dos serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde.

Palavras-chave: *Atenção farmacêutica, visita domiciliar, hipertensão, pacientes.*

Abstract

This study stands out the role of the student of pharmacy on primary health care and his importance of training in basic health units, pharmacies, giving patients a better care in dispensing drugs, like pharmaceutical care. The study was conducted from March to December 2008, with 62 patients (26% male and 74% female). After completion of the internship, a report it was done. In this statement there are data about home visits, sociodemographic characteristics, Body Mass Index (BMI) and waist circumference; demand for emergency room and hospital admissions in the last 12 months, drugs prescribed and associated diseases. It was also analyzed blood pressure (BP) and join to treatment by the method of Fodor (2005). In this group 90% had hypertension (66% were controlled blood pressure and 34% uncontrolled). Patients with controlled BP had a BMI and waist circumference less than the uncontrolled Blood Pressure patients. Also they (controlled BP patients) had higher rates of visit to the emergency centre, lower rate of hospital admissions and better treatment adhesion. In general, there was an average of 6 medications per patient with a maximum of 18. This activity was part of a strategy for the proper practice of pharmaceutical services in primary health care.

Keywords: *Pharmaceutical care, home visits, hypertension, patients.*

Sumário

Introdução	03
Material e Método	06
<i>Caracterização da população estudada</i>	<i>06</i>
<i>Aferição da pressão arterial</i>	<i>06</i>
<i>Análise da pressão arterial</i>	<i>07</i>
<i>Adesão ao tratamento</i>	<i>07</i>
<i>Material educacional</i>	<i>08</i>
Resultados e Discussão	09
Conclusão	21
Referências Bibliográficas	22

Introdução

Os cursos de farmácia no Brasil, após recentes alterações regulatórias (BRASIL, 2002), têm por objetivo a formação de um farmacêutico generalista, apto para atuar em qualquer área da profissão farmacêutica, seja ela assistencial, de análises clínicas, de indústria ou de alimentos. As instituições de ensino superior devem pôr em prática o novo currículo para a formação do farmacêutico generalista a partir do ano de 2004. Essas novas diretrizes visam, ainda, a um novo perfil de profissional, mais voltado à relação com o usuário de medicamentos e menos tecnicista. Tais alterações já foram apontadas por outros autores (PETRIS, 1999) como necessárias à construção de uma prática farmacêutica socialmente mais responsável.

Durante sua formação, o aluno do curso de farmácia deve cumprir uma carga horária referente a atividades teóricas e práticas. As atividades práticas são desenvolvidas principalmente durante os estágios curriculares, que devem atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Farmácia (BRASIL, 2002). Esse estágio pode ser realizado na própria Instituição de Ensino Superior (IES) ou fora dela, em instituições/empresas conveniadas à IES, com orientação docente e supervisão local (ROSSIGNOLI *et al.*, 2003).

O estágio voltado à formação do farmacêutico comunitário pode ser desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde. Nestas Unidades, geralmente tem uma farmácia de dispensação de medicamentos do SUS, proporcionando aos estagiários de farmácia, vivência profissional, através da prestação de serviços farmacêuticos à comunidade externa à IES. As atividades desenvolvidas por essa farmácia podem estar restritas a uma área específica da prática farmacêutica (ex. dispensação de medicamentos) ou relacionadas, simultaneamente e de forma integrada, a diferentes áreas dessa prática, como a atenção farmacêutica com visita domiciliar. Tem-se a hipótese de que o período de estágio é determinante na opção do aluno por sua futura área de atuação profissional.

Em determinados países, cada vez mais os pacientes usam tratamentos complexos em centros de saúde ou em suas casas. Essa mudança ocorre por razões diversas, tais como o aumento do número de pessoas idosas e a tendência de encurtar o período de tratamento hospitalar. Por isso, acredita-se que a atenção farmacêutica se estenderá além do estabelecimento da farmácia e que os farmacêuticos tenderão a colaborar entre si para garantir a continuidade desta prestação de serviços (OMS, 1993).

A Visita Domiciliar é um dos instrumentos mais indicados à prestação de assistência à saúde, do indivíduo, família e comunidade e deve ser realizada mediante processo racional, com objetivos definidos e pautados nos princípios de eficiência. É uma prática antiga na área da saúde, e atualmente, está sendo resgatada em função das novas políticas públicas, que incentivam maior mobilidade do profissional (MATTOS, 1995).

Segundo Mattos (1995), evidencia-se a amplitude da Visita Domiciliar na área da saúde, permitindo avaliar, desde as condições ambientais e físicas em que vivem o indivíduo e sua família, até assistir os membros do grupo familiar, acompanhar o seu trabalho, levantar dados sobre condições de habitação e saneamento, além de aplicar medidas de controle nas doenças transmissíveis ou parasitárias.

Também deve ser considerada no contexto de educação em saúde por contribuir para a mudança de padrões de comportamento e, conseqüentemente, promover a qualidade de vida através da prevenção de doenças e promoção da saúde. Garante atendimento holístico por parte dos profissionais, sendo, portanto, importante a compreensão dos aspectos psicoafetivo-sociais e biológicos da clientela assistida (ROSSIGNOLI *et al.*, 2003)

Os serviços farmacêuticos implicam, igualmente, o envolvimento em atividade de promoção da saúde e prevenção de doenças nas populações. Quando o tratamento é necessário, o farmacêutico deve assegurar-se, em relação a cada paciente, da qualidade do processo de uso dos medicamentos, de modo a conseguir o máximo efeito terapêutico e evitar reações adversas indesejáveis. Isto pressupõe que tendo em vista os resultados terapêuticos, os

farmacêuticos aceitem partilhar responsabilidades com outros profissionais de saúde e com os próprios pacientes (OMS, 1993).

No âmbito de assistência a saúde cabe entre outras a atividade de atenção farmacêutica que é parte integrante e pertencente à profissão farmacêutica desenvolvido pelo profissional e por estudantes universitários sobre o paciente ou usuário de medicamentos.

Na prática, os farmacêuticos responsabilizam-se em resolver ou melhorar o problema de saúde do paciente, através do fornecimento de informação apropriada para assegurar o uso racional e não apenas pelo ato da dispensação (ROSSIGNOLI *et al.*, 2003).

O objetivo deste estudo foi evidenciar e caracterizar por meio de visitas domiciliares realizadas por universitários do curso de farmácia aos pacientes dos PSF da cidade de Alfenas-MG, o perfil da população atendida como: condições sócio-demográficas e estruturais, físicas e psicológicas que podem influenciar na obtenção de resultados no tratamento medicamentoso; os fármacos mais utilizados pelos pacientes, as condições clínicas associadas e análise da pressão arterial; avaliar a adesão do paciente às prescrições médicas com observação e estudo clínico de possíveis interações medicamentosas; atenção primária à saúde do paciente, objetivando melhora e a constatação de vários problemas, entre eles a existência de polifarmácia e não obtenção de melhora clínica dos pacientes e resultados negativos associados aos medicamentos.

Material e Método

▪ ***Caracterização da população estudada***

O estudo foi realizado pelos alunos do 6º período do curso de Farmácia da Universidade Federal de Alfenas-MG, nas Unidades de Atenção Primária de Saúde e nos PSF da cidade de Alfenas-MG, durante a realização do estágio obrigatório em farmácia ambulatorial no SUS, uma parceria entre a Prefeitura Municipal e a Universidade Federal de Alfenas-MG, firmada através de convênio.

Foram acompanhados 62 pacientes, sendo 26% do sexo masculino e 74% do sexo feminino, de março a dezembro de 2008. Os pacientes foram selecionados segundo a complexidade das patologias, polifarmácia e não adesão ao tratamento. Após o término do estágio, foi elaborado um relatório das atividades desenvolvidas nas visitas domiciliares, com levantamento dos seguintes dados: dificuldade de ir às consultas; dados sociodemográficos como escolaridade (menos de quatro anos ou quatro anos ou mais), raça (branca ou não branca), estado civil (casado ou não casado), sexo (masculino ou feminino), idade (< 18, 18 a < 30, 30 a < 45, 45 a < 65 e > 65 anos), renda familiar (até 2 salários mínimo ou ≥ 2) e ocupação (aposentado, do lar, autônomo, desempregado, afastado por doença e empregado).

Também foram coletados dados referentes ao índice de massa corpórea (IMC) obtidos pelo prontuário do paciente ou pela própria determinação direta no domicílio (medida de cintura com fita métrica), entrada em pronto atendimento e internações nos últimos 12 meses, medicamentos prescritos e utilizados pelos pacientes e as patologias associadas. Foram analisadas a pressão arterial (PA) e adesão ao tratamento determinada pelo método de Fodor (2005).

▪ ***Aferição da pressão arterial***

A aferição da PA foi padronizada e seguiu as recomendações das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006). Segundo Rocha (2001), durante o atendimento domiciliar, a PA registrada é a média das aferições

obtidas nos dois braços, com o paciente sentado com as costas apoiadas (após pelo menos 10 minutos de descanso) e com intervalo de dois minutos entre estas. Quando ocorreram pressões diferentes nos dois braços, estas foram registradas e serviram de parâmetro para outras medidas aquela do braço com PA mais elevada.

- ***Análise da pressão arterial***

A aferição da pressão arterial foi realizada durante a visita domiciliar pelos estagiários com utilização de esfigmomanômetro e monitor de pressão analógico com estetoscópio presente nas unidades de saúde para os pacientes classificando-os em hipertensos os que apresentaram pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg, sendo que esta constatação foi realizada pelos médicos nas unidades de saúde. Destes pacientes hipertensos, foram considerados pacientes com controle de PA aqueles em que a média foi $\leq 140/90$ mmHg e não controlados os com valores superiores a estes.

- ***Adesão ao tratamento pelo método de Fodor et al. (2005)***

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo foi avaliada pelo Teste de Fodor (2005) com as seguintes questões, com respostas de SIM ou NÃO:

1. Eu tomo meu remédio para a pressão arterial todos os dias. Nunca esqueço de tomá-lo.

2. Eu tomo meu remédio para a pressão arterial quase todos os dias. Às vezes eu esqueço de tomá-lo.

3. Às vezes eu esqueço ou decido não tomar meu remédio para a pressão arterial, por um curto período de tempo (dias).

4. Eu me esqueço frequentemente ou decido não tomar meu medicamento para a pressão por longos períodos (semanas ou meses).

Foram considerados de alta adesão, os pacientes que responderam SIM na primeira pergunta e NÃO nas três últimas.

▪ **Material educacional**

O material educacional em relação à orientação ao tratamento foi elaborado de acordo com recomendações padronizadas das IV Diretrizes da Pressão Arterial (2002) e modificado. Dentre esses materiais foram utilizados: cartão de anotação de medida de pressão arterial, fichas de orientação em relação aos medicamentos e adesivos com figuras lúdicas (manhã, almoço, tarde, noite) para serem colocados nos potes a fim de separar os medicamentos. Esse material foi utilizado também na orientação em relação ao tratamento não farmacológico. Os pacientes foram também orientados para monitorar sua PA nos postos de saúde e registrar num cartão de registro da PA (Fig.1).



Figura 1 - Materiais educacionais: adesivos, figuras lúdicas, fichas de orientação e cartão de PA.

Resultados e Discussão

A aproximação teórica dos alunos a temas relacionados a atividades de atenção farmacêutica nas Unidades de Atenção Primária em Saúde ocorre fundamentalmente no 6º período do curso de farmácia. Sendo poucas Universidades que possuem este tipo de estágio.

Neste estágio, todos os estagiários se prontificaram em levar adiante as propostas lançadas a cerca do estágio e complementá-las com ações próprias que levassem na obtenção de melhoras na saúde dos indivíduos da sociedade de Alfenas-MG, que estavam sendo atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Várias ferramentas foram utilizadas para caracterizar a saúde dos pacientes e conseqüentemente fazer delas uma atividade de expansão na sociedade.

Dos 62 pacientes, 26% homens e 74% mulheres, foram analisados primeiramente pelas condições sociodemográficas e estruturais, segundo Tabela 1, obtendo uma distribuição caracterizadora da população. 57% dos pacientes são aposentados, 33% têm como ocupação o seu lar e apenas dois pacientes entrevistados se encontram desempregados.

Tabela 1 - Distribuição segundo características sociodemográficas dos pacientes da Atenção Primária à Saúde de Alfenas-MG, 2009.

Características		n	%
Escolaridade	Menos de quatro anos	30	48,4
	Quatro anos ou mais	32	51,6
Raça	Branca	41	66
	Não branca	21	34
Estado Civil	Casado	42	67,7
	Não casado	20	32,3
Sexo	Masculino	16	26
	Feminino	46	74
Idade	12 a < 18 anos	01	1,6
	18 a < 30 anos	00	0,0
	30 a < 45 anos	02	3,2
	45 a < 65 anos	20	32,3
	> 65 anos	39	62,9
Renda Familiar	Até dois salários	60	96,8
	Mais de dois	02	3,2
Ocupação	Aposentado	35	56,5
	Do lar	20	32,3
	Autônomo	02	3,2
	Desempregado	02	3,2
	Afastado por doença	03	4,8

A maioria dos entrevistados é casado (68%), 66% é de raça branca e 52% apresenta escolaridade de quatro anos ou mais. 63% apresentam idade superior a 65 anos e outra parcela 32% têm idade entre 45 a 65 anos. Trabalhos anteriores relatam que devido à alta prevalência de doenças crônico-

degenerativas nos idosos, há uma tendência natural ao uso de vários medicamentos, fato que pode levar a problemas relacionados à farmacoterapia. Além disso, mais de 30% dos idosos utilizam medicamentos não-prescritos correspondendo a prática de automedicação (ROZENFELD, 2003; FLORES & MENGUE, 2005).

Devido à prevalência de pacientes idosos durante o seguimento farmacoterapêutico, a política de atenção farmacêutica deve vigorar ainda mais cedo e de melhor qualidade. Os problemas de saúde dos mais velhos, além de serem de longa duração, podendo prolongar-se por 15 anos ou mais, requerem pessoal qualificado, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames complementares, exigindo o máximo de recursos do sistema de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999). Os resultados mostraram um baixo nível socioeconômico da população atendida, 73% dos pacientes recebem até dois salários mínimos, sugerindo a necessidade de políticas de saúde efetivas, pois grande parte não tem recursos necessários para comprar os seus medicamentos.

Em relação aos hábitos de vida, verificou-se que o tabagismo foi relatado por 20% dos pacientes, o *stress* por 49% pacientes, a vida sedentária, por 67,4% e, o etilismo, por 6,5%.

De acordo com a internação e procura por pronto atendimento, 75% dos pacientes não foram internados e 65% não deram entrada ao pronto atendimento nos últimos 12 meses. Apesar de antiga, a visita domiciliar traz resultados inovadores, uma vez que possibilita conhecer a realidade do usuário e sua família *in loco*, contribuir para a redução de gastos hospitalares, além de fortalecer os vínculos cliente-terapêutica-profissional. (SOUZA, C. R., 2004).

A falta de serviços domiciliares e/ou ambulatoriais adequados faz, muitas vezes, com que o primeiro atendimento se dê em estágio avançado no hospital, aumentando os custos e diminuindo a possibilidade de um prognóstico favorável. Os serviços farmacêuticos de atenção primária contribuem para a diminuição da internação ou do tempo de permanência no hospital, à assistência aos portadores de doenças crônicas, à prática de educação em saúde e, para uma intervenção terapêutica mais custo-efetiva (MARÍN N, et al.,

2003). A maioria dos idosos utiliza mais de um medicamento periodicamente e quando hospitalizados recebem entre oito a quinze, representando um consumo de aproximadamente 30 a 35% de todos os medicamentos prescritos nos Estados Unidos. (BAUM, C, 1984; OSTROM, J. R, 1985). O acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes ao longo do tratamento deverá diminuir a oneração do sistema de saúde do município e porventura conseguir direcionar os gastos em saúde pública para outros setores da saúde prejudicados.

Vários são os recursos disponíveis na literatura para mensuração e avaliação antropométrica que indiquem fatores de risco à saúde. Destes, podemos citar o índice de massa corporal (IMC), que é largamente utilizado em avaliação do estado nutricional principalmente de adultos. Haja vista, a sua facilidade de aplicação, seu baixo custo e pequena variação intra ou intermedidor (ANJOS, L., 1992). A medição da circunferência da cintura é um procedimento fácil de efetuar e extremamente importante na promoção de saúde. Sabe-se que a acumulação de gordura na região abdominal (gordura visceral) está mais relacionada com o aparecimento de doenças como a hipertensão, diabetes mellitus, hipercolesterolemia e doença cardiovascular (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1998). Com relação ao sexo verificou-se que o grupo feminino (74%) obteve valores médios de IMC e cintura respectivamente 26 kg/m^2 e 95 cm. Cruzando o valor destes parâmetros, percebe-se que há excesso de peso pelo valor de referência (VR) de $25,0 - 29,9 \text{ kg/m}^2$ e risco alto de doença (VR > 88 cm). Já para os homens (26%), foram obtidos valores médios de 28 kg/m^2 e 95 cm mostrando também excesso de peso (VR $25,0 - 29,9 \text{ kg/m}^2$) e risco aumentado de doença cardiovascular (VR $\leq 102 \text{ cm}$).

Pela análise dos medicamentos prescritos e utilizados pelos pacientes, observou-se que no geral há uma média de 6 medicamentos por paciente com valores variando de 1 a 18. Das patologias prevalentes estavam principalmente a hipertensão arterial (90%) e a diabetes (40%). Os fármacos mais utilizados para o controle da pressão arterial foram os diuréticos (73%), inibidores de ECA (63%) e fármacos de ação central (36,5%). E os pacientes com diabetes

melittus, 96% faziam uso de glibenclamida e 56% metformina, sendo que 40% utilizavam os dois medicamentos associados.

A pressão arterial é a força ou a tensão que exerce o sangue contra a parede de seus vasos. Esta força é gerada pelo coração em sua função de bombeamento e pode ser modificada por diversos fatores, produzindo um aumento da tensão. A hipertensão arterial, clinicamente se define como a elevação persistente da pressão arterial por acima dos limites considerados como normais. Ainda considera que a hipertensão é um fator de risco que precisa ser controlado em diferentes enfermidades. Nestes casos, o não desenvolvimento dos objetivos terapêuticos poderá culminar no aparecimento a agravamento de outros problemas de saúde (GONZÁLEZ, M. M. et al, 2003).

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica com alta prevalência na população brasileira e mundial, com elevado custo econômico-social, principalmente em decorrência das suas complicações. Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) são considerados hipertensos, adultos (acima de 18 anos) que apresentem pressão arterial sistólica e diastólica $\geq 140/90$ mmHg. Logo, a população em estudo sofreu uma análise segundo a pressão arterial aferida ao longo das visitas domiciliares com constatação de pacientes hipertensos com controle ou não da pressão arterial e principalmente a adesão ao tratamento medicamentoso. Com relação a hipertensão, dos 62 pacientes, 10% não apresentaram hipertensão. Dos hipertensos (90%), 66% estavam com a pressão arterial controlada e 34% não controlaram a PA. Esses resultados são mostrados na Tabela 2.

Tabela 2 – Características dos pacientes hipertensos com e sem controle de pressão arterial de acordo com a PA e medidas antropométricas.

PA Características Antropométricas	Pacientes com PAS/PAD controladas Média \pm DPM	Pacientes com PAS/PAD não controladas Média \pm DPM
PA (mmHg)	125 \pm 6/81 \pm 5	149 \pm 11/91 \pm 9
IMC (Kg/m ²)	26 \pm 2	28 \pm 3
Cintura (cm)	96 \pm 12	98 \pm 8

PA- Pressão arterial

PAS – Pressão Arterial sistólica

PAD – Pressão arterial diastólica

IMC – Índice de Massa Corporal

DPM- Desvio padrão da média

Pela Tabela 2, verifica-se a média da pressão arterial, obtida dos pacientes hipertensos, durante as visitas domiciliares. Verificou-se que os pacientes controlados apresentaram IMC e circunferência da cintura menor que os não controlados, mas estes valores não apresentaram diferenças significativas entre controlados e não controlados ($p=0,538$ e $p=0,398$). Portanto, o grupo de hipertensos necessitam de maior cuidado, pois sabe-se que o acúmulo de gordura na região abdominal está mais relacionada com o aparecimento de doenças como a hipertensão, diabetes mellitus, hipercolesterolemia e doença cardiovascular.

Os pacientes com controle da PA apresentaram maiores índices de visitas ao pronto-socorro e menor índice de internações, como observado na figura 2. Entretanto, durante o estudo não conseguimos identificar os fatores responsáveis por esses resultados. Portanto, novos estudos serão necessários para investigar os verdadeiros motivos.

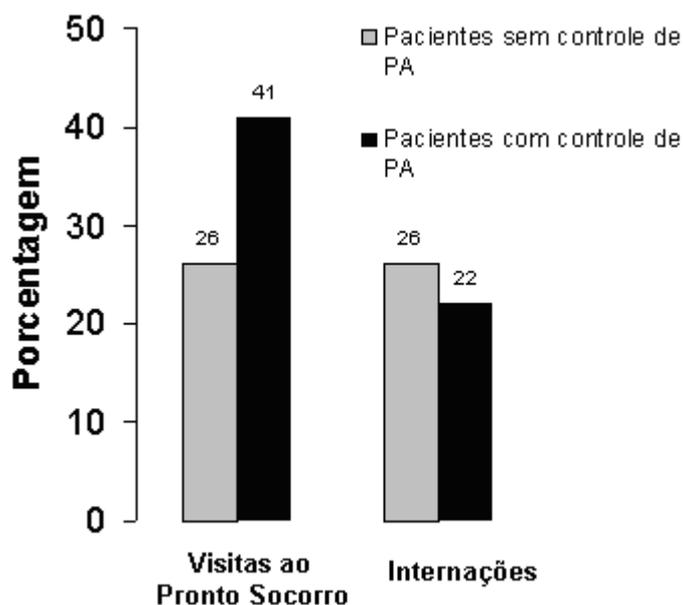


Figura 2 – Percentual dos pacientes hipertensos em relação a visitas ao pronto socorro e internações.

Durante o estudo, verificou-se que 63% dos pacientes faziam uso de 5 ou mais medicamentos. Isso significa uma polifarmácia. Nas visitas domiciliares, constatou-se que este pode ser um grande problema,

principalmente em casos de pacientes com doenças crônicas e/ou degenerativas, pois muitas vezes a utilização é desnecessária

Portanto, ao analisar os medicamentos mais prescritos e utilizados pelos indivíduos hipertensos, observou-se a presença no tratamento de seis principais classes de fármacos. Para os hipertensos, os diuréticos foram a classe de fármacos mais utilizadas. Em relação aos pacientes com controle de PA, 81% fazem uso de diuréticos sendo que os tiazídicos entre eles a hidroclorotiazida foram receitados para 70% e os não tiazídicos como a furosemida para 11%. Dos 81% dos pacientes, 7% fazem uso concomitante com outro diurético. Posteriormente, os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECAs), captopril e enalapril, foram prescritos e utilizados por 70% dos indivíduos e 35% fizeram uso de bloqueadores de canal de cálcio, como nifedipina e diltiazem. Em seguida, antaganositas β -adrenérgicos (propranolol e atenolol) com 27%; agente antiadrenérgico de ação central (14%) como a metildopa e antagonista de receptores de angiotensina II (5%) representado pela losartana. Os dados estão representados na figura 3.

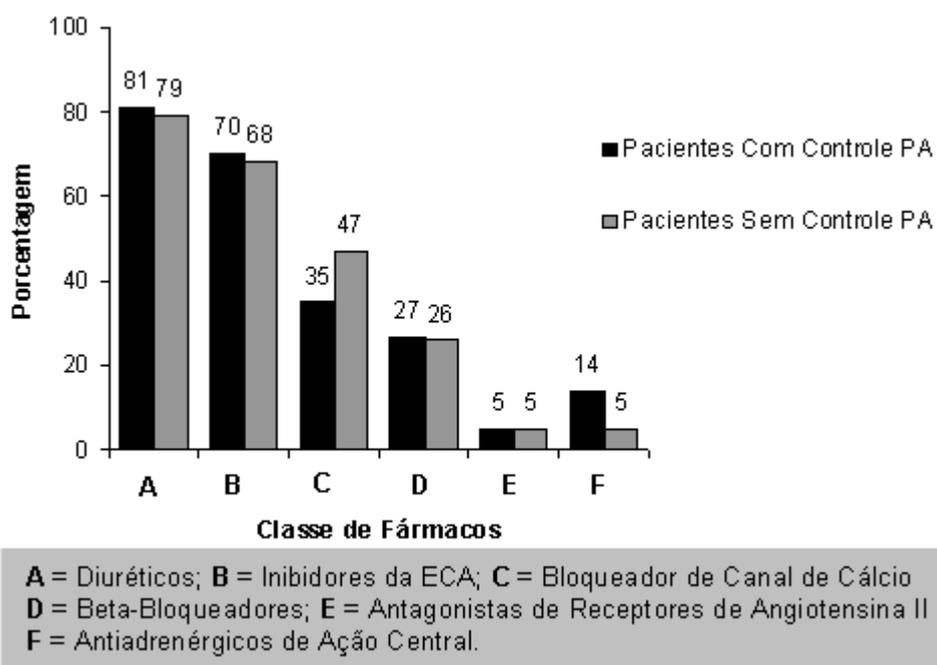


Figura 3 – Classe de fármacos mais utilizados pelos pacientes hipertensos.

Quando comparados pacientes controlados com não controlados, em relação a pressão arterial, verificou-se que não houve diferença estatística significativa entre os dois grupos com relação utilização dos medicamentos

como diuréticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina e beta bloqueadores. A diferença encontrada foi em relação aos bloqueadores de canais de cálcio e antiadrenérgicos de ação central.

Com relação à adesão ao tratamento pelo método de Fodor *et al.* (2005), melhor adesão foi verificada com o grupo que controlou a PA. Os resultados são apresentados.

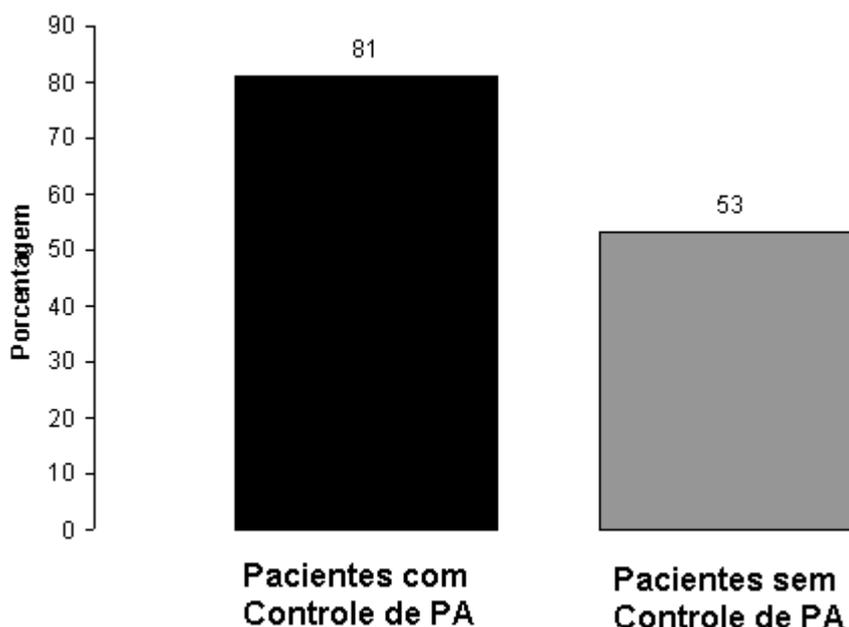


Figura 4 – Adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos.

Na figura acima verificou-se que os pacientes que apresentaram controle da PA foram os de maior adesão ao tratamento, pois 81% deles responderam sim à questão 1 do teste “Eu tomo meu remédio para a pressão arterial todos os dias. Já em relação as outras respostas, maiores porcentagens são vistas nas seguintes questões (84% disseram não à questão 2; 95% não à questão 3 e 100% à questão 4). Já em relação aos não controlados, somente 53% foram aderentes ao tratamento.

Apesar do grande desenvolvimento farmacológico, colocado à disposição da classe médica com drogas altamente eficazes e seguras, o controle da hipertensão arterial em termos epidemiológicos, ainda não é adequado, e a redução da morbidade e mortalidade de suas complicações não

atingiu os índices desejados. A não adesão ao tratamento é a principal causa desse insucesso (ROCHA, J.C, 2001).

Um dos grandes desafios para os profissionais de saúde têm sido a não adesão do hipertenso ao tratamento, sendo esse fato, possivelmente, responsável pelo aumento dos custos sociais com o absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento de saúde e aposentadorias por invalidez (SANTOS, Z.M.S.A, et al, 2005).

É necessária adesão dos profissionais de saúde, para que ações de melhora, resultantes de atividades com pacientes com patologias crônicas, tenham sucesso no tratamento. O medicamento não pode ser o foco central da Assistência Farmacêutica e nem as ações logísticas ocupar o esforço maior de sua organização; o foco principal deve ser o paciente.

Uma das causas que também podem influenciar no tratamento dos pacientes seria a dificuldade que estes têm em ir às consultas na unidade básica de saúde do seu bairro. Dos pacientes hipertensos com controle de PA, 22% responderam que têm dificuldades em ir às consultas contra 47% dos indivíduos sem controle. Os pacientes visitados não deixaram claro o porquê da dificuldade em ir ao PSF do seu bairro, mas muitos relatos permitiram concluir que a dificuldade estava relacionada com a própria condição da doença. As visitas domiciliares pelos agentes de saúde e por outros profissionais do programa de saúde da família podem contribuir em muito na mudança destes resultados e esclarecer cada vez mais as pessoas sobre a situação de sua saúde e os fatores responsáveis para melhora/piora.

O trabalho proposto aos estagiários buscou com que todos enxergassem a realidade da saúde dos brasileiros, principalmente das pessoas das camadas sociais mais prejudicadas, como é a maioria das pessoas atendidas e escolhidas para o acompanhamento fármaco-terapêutico, já que 73% dos pacientes recebem até dois salários mínimos. A dispensação responsável e acompanhada por um farmacêutico ou técnico nas unidades básicas de saúde promoveu uma humanização ainda mais acentuada com a escolha de um paciente, permitindo aos universitários uma dinâmica na formação profissional,

centrada em políticas próprias de melhorar e conscientizar os indivíduos sobre a importância de sua saúde.

O ponto fundamental das visitas domiciliares se baseou na conscientização das pessoas na utilização dos medicamentos de forma correta, verificando a realidade de cada família; suas necessidades; seus problemas com relação aos medicamentos, promovendo uma melhor eficácia e segurança terapêutica. Para isso, foram utilizados vários materiais de educação como figuras lúdicas, com desenhos simbolizando os horários; etiqueta adesiva com o nome dos medicamentos, posologia e horário; e embalagens de plástico, onde foram colocados os medicamentos e colados os adesivos de forma a dispor de forma organizada os medicamentos.



Figura 4 – Figuras lúdicas utilizadas na orientação dos pacientes.

Também foi disponibilizada uma ficha de orientação, para ser colocada na porta da geladeira. Essas fichas com o desenho das figuras lúdicas, foi utilizada com a finalidade orientar em relação ao horário dos medicamentos e com um calendário para permitir o usuário se orientar em relação às tomadas dos medicamentos. Com isso o paciente fazia um “X” no quadrado que relacionava o medicamento com o horário correto de utilizá-lo. Nos casos dos analfabetos, era ensinado para a família como seguir a orientação.



ORIENTAÇÃO AO PACIENTE
COMO TOMAR O SEU MEDICAMENTO



SUS
Saúde para todos

PACIENTE: _____

"Ao usar os medicamentos corretamente você estará contribuindo para sua própria recuperação."

Nº	MEDICAMENTOS	PERÍODO				
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

OBSERVAÇÕES: _____

RESPONSÁVEL PELA ORIENTAÇÃO: _____

RETORNO: _____/_____/_____/_____/_____/_____

MEDICAMENTO(S): _____

ALFENAS-MG _____/_____/_____

CONTROLE DO USO DOS MEDICAMENTOS

Data: ____/____/____

Medicamento: _____

Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab

Data: ____/____/____

Medicamento: _____

Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab

Data: ____/____/____

Medicamento: _____

Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab

Data: ____/____/____

Medicamento: _____

Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab

Data: ____/____/____

Medicamento: _____

Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab

Data: ____/____/____

Medicamento: _____

Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab

Figura 5 – Ficha de orientação ao paciente “Como tomar o seu medicamento” que era colocado na porta da geladeira para melhor seguimento farmacológico.

Para todos os pacientes eram disponibilizados uma carteira pra controle da pressão arterial e taxa de glicemia. Por meio disso, os jovens farmacêuticos e responsáveis conseguiam ter um maior controle sobre as atitudes de vida dos pacientes no seu dia-a-dia.

Uma das maiores dificuldades foi em relação à conscientização dos pacientes sobre sua alimentação, pois grande parte dos pacientes em seguimento tem patologias crônicas que piora devido ao mau hábito alimentar. Muitos destes hábitos irregulares de nutrição foram descritos, como ingestão de alimentos cujos padrões eram inaceitáveis para pessoas com diabetes e pressão alta; as refeições eram carregadas em temperos e muitos ainda utilizam gordura de porco, por achar que o sabor é bem melhor; relatam não fazer uso de frutas devido ao preço. Tudo isso, contribui para o aumento das complicações de doenças cardiovasculares, pois apenas o medicamento não é suficiente para o controle das patologias. Foram planejadas todas as prioridades que agora seriam mais essenciais do que nunca, esforçando-se em explicar que devia haver uma correta alimentação. Para isso, muitos

estudantes fizeram uma lista direcionada aos pacientes, do que era bom comer e do que poderia comer, mas com moderação. Logo, as mudanças de hábitos de vida são adjuvantes no tratamento das patologias

O termo Polifarmácia é entendido como o uso, prescrito ou não, de medicamentos por conta própria. Nas visitas domiciliares, constatou-se que este pode ser um grande problema, principalmente em casos de pacientes com doenças crônicas e/ou degenerativas que não apresentavam melhora clínica durante o seguimento das consultas nessa Unidade de Saúde. A aplicabilidade de estratégias resultantes desta observação pode ser norteadora de políticas municipais, regionais ou nacionais na minimização de custos para a aquisição de medicamentos.

Portanto, considerando todos os fatores relatados, o presente trabalho será de grande importância para as políticas públicas de medicamentos e para os universitários farmacêuticos ingressantes nas atividades de atenção primária e básica à saúde dos indivíduos usuários ou não de medicamentos.

Conclusão

O estágio permitiu aos acadêmicos conhecimentos da realidade da população atendida como o perfil sociodemográfico, as patologias prevalentes, os medicamentos mais utilizados, a pressão arterial e adesão ao tratamento pelos usuários do SUS na cidade de Alfenas-MG.

A questão primordial foi a relação que os estagiários desenvolveram em relação à saúde pública. Observa-se a necessidade de estimular a atuação profissional, principalmente de acadêmicos e egressos profissionais, o que pode ser um primeiro passo ao sucesso da Atenção Farmacêutica, uma vez que a sociedade começa a reconhecer a importância do atendimento realizado pelo farmacêutico, presença esta tão essencial e eficaz.

A satisfação dos pacientes usuários do SUS frente ao entendimento sobre a sua doença, seus riscos e o que poderia fazer para obter uma melhor qualidade de vida foi um dos resultados obtidos do acompanhamento farmacoterapêutico, conquista esta como uma das mais importantes da profissão farmacêutica. A correta exposição dos fatos permitiu com que se chegasse a uma correta medicação, mais eficaz, segura e simplificada. A partir disso, o paciente tornou-se co-responsável pelo seu tratamento uma vez que começou a entender que o sucesso depende em grande parte do seu comportamento frente a sua saúde, como o uso disciplinar da medicação.

Portanto, essa atividade prática constituiu-se numa estratégia para a prática adequada dos serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde. Esperamos que outras Universidades, seguindo esse exemplo, implantem estes estágios em outras Unidades de Atenção Primária à Saúde, para que a população tenha mais um diferencial de atendimento, o farmacêutico na visita domiciliar.

Referências Bibliográficas

ANJOS, L. A. Índice de massa corporal (massa corporal/ estatura²) como indicador de estado nutricional de adultos: revisão de literatura. *Rev. Saúde Pública*, p. 431-6, 1992.

BAUM, C.; KENNEDY, D. L. & FORBES, J. K. Drug use in the United States in 1981. *JAMA*, p.1293-1297, 1984.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº CNE/CES 2, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Diário Oficial da União, 2002.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL – V. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. Campos do Jordão, Brasil. 2006, p.48

FLORES, L.M & MENGE, S.S. Uso de medicamentos por idosos em Região do Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 39, p. 924-9, 2005.

FODOR G.J, KOTREC M., BACSKAI K., DORNER T., LIETAVA J., SONKODI S., RIEDER A., TURTON P. Is interview a reliable method to verify the compliance with antihypertensive therapy? An international central-European study. *J of Hypertens*, v. 6, n. 23, p.1261-1266, 2005.

GONZÁLEZ, M. M.; MARTIN, M.P. Guia de Seguimento Farmacoterapêutico sobre Hipertensão. Editora Maria José Faus. Universidade de Granada, 2003.

MARÍN N, et al., Organizadores. Assistência farmacêutica para gerentes municipais de saúde. *Rio de Janeiro: OPAS/OMS*; p. 239-286, 2003

MATTOS, T. M. Visita Domiciliária. In: *Enfermagem Comunitária*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1995. p.35-39

MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 1999. Programa de Saúde do Idoso. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/idoso/programa.htm>>. Acessado em: 18 de setembro de 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. El papel del farmacéutico en la atención a la salud: declaración de Tokio, Ginebra, 1993.

OSTROM, J. R.; HAMMARLUND, E. R.; CHRISTENSEN, D. B.; PLEIN, J. B. & KETHLEY, A. J. Medication usage in an elderly population. *Medical Care*, p.157-164, 1985

PETRIS A.J.. A prática farmacêutica e sua relação com o ensino: Um estudo sobre os farmacêuticos de Londrina/PR. Londrina, 1999. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Londrina / Centro de Ciências da Saúde.

ROCHA, J.C. Prefácio. In: NOBRE, F.; PIERIN, A.M.G.; MION J.D. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial; 2001.

ROSSIGNOLI, P, CORRER,C.J., FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F. Interés de los alumnos en las actividades de prácticas tuteladas en farmacia escuela en Curitiba-Brasil. **Seguim Farmacoter**; 1(2): 62-68, 2003.

ROZENFELD, S. Prevalence, associated factors, and misuse of medication in the elderly: a review. *Cad. Saúde Pública*, v.19, p.717-724.

SANTOS, Z.M.S.A.; FROTA, M.A; CRUZ, D.M.; HOLANDA, S.D.O. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto Contexto Enferm*, p. 332-40, 2005.

SOUZA, C. R.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A. A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. *Revista da UFG*, v. 6, No. Especial, dez 2004 on line.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Heart, Lung and Bood Institute, 1998.

IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTESÃO ARTERIAL [RELATÓRIO]. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. In: Campos do Jordão, Brasil, 2002.