

Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes com hipertensão arterial atendidos em uma drogaria em Guarani das Missões – RS

Pharmaceutical surveillance of patients with arterial hypertension at a drug in Guarani das Missões - RS

Jurema Jablonski¹, Susana Andréia Griebeler¹

¹Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Santo Ângelo, RS, Brasil.

RESUMO

O presente estudo teve como principal objetivo o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes hipertensos. Foram acompanhados 10 pacientes, no período de março a maio de 2018, sendo 5 homens e 5 mulheres. Para o acompanhamento dos pacientes utilizou-se o Protocolo SOAP, um método clássico de seguimento farmacoterapêutico. Dos pacientes em estudo diagnosticados hipertensos, 40% estavam com a pressão arterial elevada ou em limítrofe, 30% apresentavam glicemia descompensada não diagnosticada, e 90% estavam com sobrepeso ou obesidade. Com a aplicação dos Cuidados Farmacêuticos, houve redução da pressão arterial e da glicemia à níveis desejáveis em todos os pacientes e leve redução do peso em 70% deles, ocorrendo mudança no nível do Índice de Massa Corporal em apenas 50% dos pacientes, devido ao espaço de tempo do acompanhamento. A aplicação da Cuidados Farmacêuticos mostrou-se benéfica e efetiva no acompanhamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Descritores: Cuidados Farmacêuticos, Hipertensão Arterial, Pacientes

ABSTRACT

The present study had as main objective the pharmacotherapeutic monitoring of hypertensive patients. Ten patients were followed in the period from March to May 2018, with 5 males and 5 females. Patient follow-up was used the SOAP Protocol, a classic method of pharmacotherapeutic follow-up. Of the study patients diagnosed with hypertension, 40% had high or borderline blood pressure, 30% had undiagnosed decompensated glycemia, and 90% were overweight or obese. With the application of Pharmaceutical Care, there was a reduction in blood pressure and blood glucose at desirable levels in all patients and a slight weight reduction in 70% of them, with a change in the Body Mass Index in only 50% of the patients, due to the tracking time frame. The application of Pharmaceutical Care has been shown to be beneficial and effective in the follow-up of Systemic Arterial Hypertension.

Descriptors: Pharmaceutical Care, Arterial Hypertension, Patient

INTRODUÇÃO

Conceituada como a prática profissional na qual o paciente é o principal beneficiado das ações do farmacêutico, os Cuidados Farmacêuticos, ou Atenção Farmacêutica (AF) tem como principal objetivo au-

mentar a efetividade do tratamento medicamentoso¹. Estudos realizados, tanto no Brasil quanto em países europeus onde a prática é mais difundida, demonstram a eficácia da AF ao trazer resultados satisfatórios no que diz respeito a custos, qualidade e adesão ao tratamento².

No Brasil, existem experiências de atenção farmacêutica em farmácias comunitárias com atendimentos a pacientes de acordo com a demanda de cada local, não necessariamente em pacientes com condições crônicas³. Na AF deve-se assegurar ao paciente não somente a provisão de medicamentos requeridos, mas também serviços necessários antes, durante e depois, para assegurar uma terapia efetiva e segura.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma patologia que representa um problema de saúde pública em nosso meio, existindo ainda, a perspectiva de que um número alarmante de pessoas venha a desenvolvê-la. Está diretamente relacionada ao aumento da expectativa de vida, sexo e idade, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, álcool, sedentarismo, genética e fatores socioeconômicos⁴. Essa patologia pode causar complicações de saúde como doenças vasculares, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica, doença renal crônica e morte súbita⁴.

Atenção farmacêutica é uma estratégia relevante para a promoção da saúde nos pacientes com hipertensão arterial sistêmica. Dessa forma, o presente estudo teve como principal objetivo o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes hipertensos em uma drogaria de Guarani das Missões, município situado na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

METODOLOGIA

O estudo teve caráter observacional, descritivo, qualitativo e quantitativo. A amostra foi composta por pacientes voluntários adultos, de ambos os gêneros, residentes e domiciliados do município de Guarani das Missões/RS, que aceitaram participar do estudo, comparecendo aos encon-

tros com a regularidade requerida. Os critérios de Inclusão foram: pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. Os critérios de exclusão foram: pacientes com mais de duas comorbidades, ou doença neurodegenerativa que compromettesse a compreensão das questões trabalhadas. Também foram excluídas gestantes, nutrízes, e pacientes que não compareceram a todos os encontros, ou que não forneceram informações necessárias para a realização desta pesquisa.

Os atendimentos foram agendados e realizados na sala de atendimento exclusivo da drogaria participante do estudo, e, em algumas situações, na residência dos pacientes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o nº 2.500.398. Os pacientes foram convidados a participar do estudo, sendo esclarecidos os objetivos do mesmo. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE, contendo duas vias, garantindo sigilo e preservação da identidade.

Para o acompanhamento dos pacientes utilizou-se o Método SOAP, um método clássico de seguimento farmacoterapêutico, empregado para a realização do estudo de Atenção Farmacêutica, o qual é composto de várias etapas (Subjective, Objective, Assessment, Plan), proposto por Weed na década de 70. A primeira etapa refere-se à relação das queixas subjetivas do paciente; a segunda, a verificação dos sinais e parâmetros fisiológicos; a terceira refere-se a avaliação realizada pelo farmacêutico, a partir dos sinais e sintomas, a quarta etapa corresponde ao plano de cuidado e a partir desta, a verificação da evolução clínica do paciente³.

O acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes seguiu o fluxograma da Figura 1.

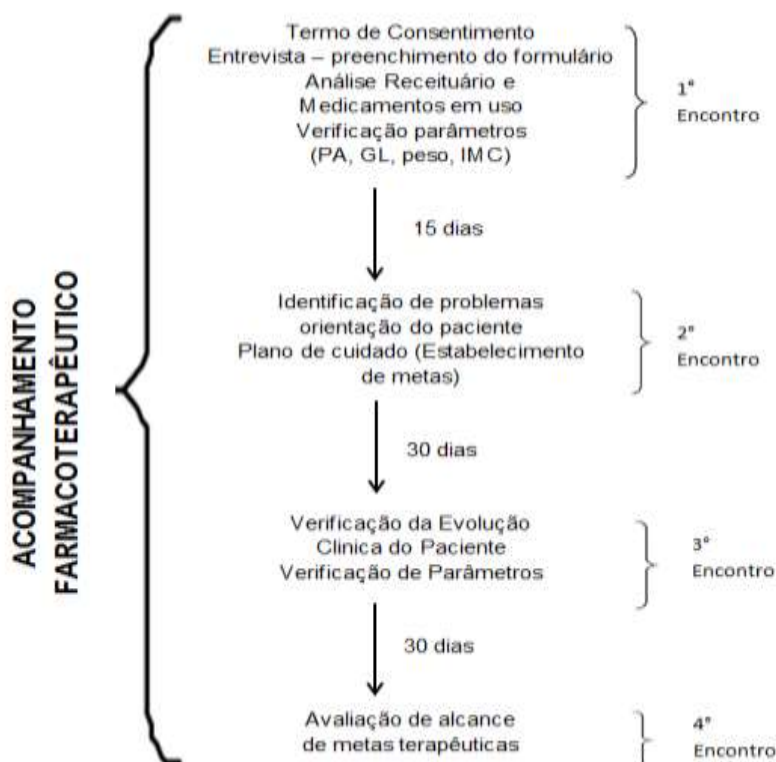


Figura 1 – Fluxograma de Acompanhamento Farmacoterapêutico

No primeiro atendimento os pacientes foram convidados a responder o formulário onde constam informações da história clínica. Todas as perguntas foram explicadas de uma forma que o paciente pudesse entender. Todo atendimento foi registrado e arquivado, para os demais esclarecimentos diante do estudo e avaliação da terapia medicamentosa que foi observada nas prescrições médicas e relatadas pelos pacientes.

Em todos os atendimentos foi aferida a pressão arterial dos pacientes por método indireto de medida em aparelho da marca BIC, fabricante CBEMED / Brasil, realizado o teste de glicemia capilar por método fotométrico, em glicosímetro da marca G-TECH free / Coréia do Sul, e a verificação das medidas antropométricas (peso, altura e índice de massa corporal) em balança da marca FILIZOLA / Brasil. Todos os aparelhos com selo do INMETRO. Durante os atendi-

mentos individualizados, os pacientes mostravam todas as receitas médicas e os medicamentos em uso. A análise de dados foi realizada de forma descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram acompanhados 10 pacientes adultos, no período de março a maio de 2018, sendo 5 homens e 5 mulheres. Na amostra 10% dos participantes tinham entre 20 e 39 anos, 20% entre 40 e 59 anos e 70% dos pacientes acompanhados no estudo tinham mais de 60 anos de idade.

Existe uma ligação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de hipertensão arterial, estando relacionada ao aumento da expectativa de vida da população brasileira, atualmente 74,9 anos; e ao aumento na população de idosos ≥ 60 anos na última década (2000 a 2010), de 6,7% para 10,8%. Estudos realizados no Brasil incluindo 13.978 indivíduos idosos mostrou 68% de prevalência de HAS⁴.

O nível de instrução prevalente nesta amostra foi o ensino fundamental incompleto, com 4 pacientes. Verificou-se que 1 paciente relatou ter o ensino médio incompleto, 3 pacientes tinham o ensino médio completo e 2 pacientes possuíam ensino superior completo. O nível de escolaridade em relação ao controle da hipertensão arterial sistêmica pode ter influência favorável ou desfavorável. No estudo de Gomes⁵ a metade dos pacientes que não controlavam a pressão eram analfabetos, e em relação aos pacientes com a PA controlada, a taxa de analfabetos era mais baixa, demonstrando assim que o controle da pressão arterial elevou-se em proporção ao nível de escolaridade⁵. A adesão à terapêutica medicamentosa é influenciada pelo nível de escolaridade⁶.

Cenatti⁷ constatou que em relação ao nível de instrução, os pacientes sem es-

colaridade e com ensino fundamental incompleto foram a maioria dos portadores de hipertensão, com 19,6% e 75,2%, respectivamente.

A respeito dos principais medicamentos anti-hipertensivos utilizados pelos pacientes, observou-se que a Hidroclorotiazida – isolada ou em associações – possui maior prevalência, sendo utilizada por 4 pacientes, sendo seguida pela Losartana Potássica e o Atenolol, conforme demonstrado na figura 2. Pode-se observar também que 60% dos pacientes utilizam algum tipo de diurético, seja isolado ou em associação com outro diurético ou anti-hipertensivo (Quadro 1). Em estudo semelhante⁸, observou-se que a hidroclorotiazida foi utilizada por 73% dos idosos, sendo o medicamento de primeira escolha para a HAS.

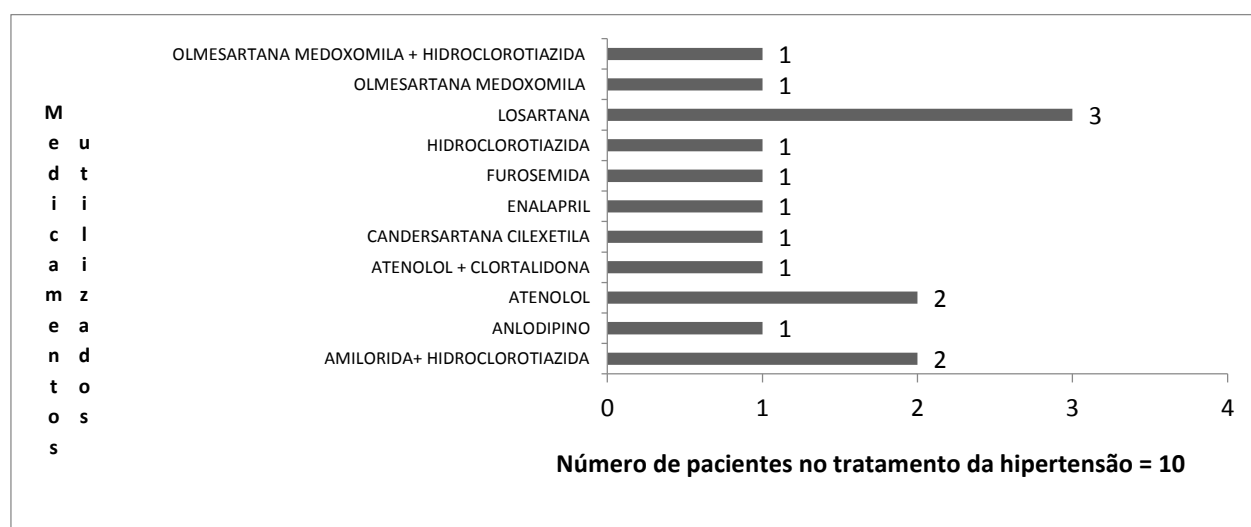


Figura 2 – Medicamentos utilizados por números de pacientes em acompanhamento farmacoterapêutico numa drogaria em Guarani das Missões

Na maioria dos estudos de atenção farmacêutica realizados sobre hipertensão arterial^{8,9,10,11,12,13}, foi utilizado o método de acompanhamento farmacoterapêutico DADER, que estuda os problemas relacionados com medicamentos (PRM), e com isso as reações adversas, as quais nem sempre são

vistas clinicamente. Este fator limita o trabalho em termos de comparação, no entanto, o foco principal é analisar a eficácia da utilização da AF na otimização da farmacoterapia e do quadro de saúde do paciente.

Dos pacientes em estudo diagnosticados hipertensos, 4 (pacientes 1, 6, 8 e

10), estavam com a pressão arterial elevada ou em limítrofe, portanto 60% mantêm a pressão arterial (PA) dentro dos níveis considerados desejáveis (Tabela 1). Conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia⁴, a P.A. é considerada normal quando a pressão arterial sistólica (PAS) é ≤ 120 mmHg e a pressão arterial diastólica (PAD) é ≤ 80 mmHg. Pré-hipertensão é classificada quando a PAS está entre 121-139 mmHg e PAD entre 81-89 mmHg. De acordo com essa classificação, a hipertensão arterial é estágio 1 quando a PAS entre 140-159 mmHg e PAD 90-99 mmHg, e hipertensão arterial estágio 2 se dá quando a PAS está entre 160-179 mmHg e a PAD entre 100-109 mmHg. E ainda, hipertensão arterial estágio 3, quando a PAS é ≥ 180 mmHg e a PAD é ≥ 110 mmHg.

Pela avaliação dos índices glicêmicos, verificou-se que 30% dos pacientes (2, 5 e 6) apresentam glicemia descompensada não diagnosticada. De acordo com a Sociedade Brasileira de *Diabetes mellitus*¹⁴, os níveis considerados normais para a taxa de glicose sanguínea em jejum é de < 100 mg/dL e pós prandial é de < 140 mg/dL.

Pela avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC) pode-se verificar que a maioria dos pacientes (90%) estava acima do peso considerado ideal e destes, 2 pacientes estavam efetivamente obesos. De acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia¹⁵, o índice de IMC de 18,5 até 24,9 corresponde a peso normal, IMC de ≥ 25 a 29,90 corresponde a sobrepeso e IMC de 25 a 29,90, corresponde a pré-obeso e IMC ≥ 30 , caracteriza obesidade.

Outras pesquisas evidenciam o sobrepeso e obesidade na população de indivíduos hipertensos. Silva e Freitas¹¹ demonstraram, em acompanhamento farmacoterapêutico com hipertensos, sobrepeso

entre os participantes, com IMC médio de 26,3 Kg/m². Da mesma forma Petruzzellis¹², verificou que a maior parte da população da amostra (57,7%), encontrava-se com sobrepeso. Atenção Farmacêutica⁸ realizada com 15 idosos demonstrou que a maioria deles se apresentavam acima do peso e 6 deles estavam efetivamente obesos.

A avaliação da pesquisa pelo Método SOAP, tem por função considerar o paciente, seus problemas de saúde e suas queixas na farmacoterapia. No quadro 1 estão descritos os medicamentos usados para cada um dos pacientes que compõe a amostra, bem como os sinais e sintomas apresentados, as orientações e o plano de cuidado estabelecido para cada um.

As alterações pressóricas, mesmo com o devido tratamento, podem estar relacionadas aos mais diversos fatores, desde falta de adesão ao tratamento, hábitos de vida, a influências emocionais. Quanto ao quadro emocional, muitas vezes torna-se necessário intervenção medicamentosa para controle do estresse e ansiedade.

No caso do paciente nº 1, foi orientado acompanhamento médico, e neste, foi prescrito um ansiolítico, cloridrato de Buspirona 5 mg. Com o uso do medicamento, o IMC passou de 28,84 para 27,70 e a pressão arterial estabilizou, evidenciando a influência da ansiedade nos níveis pressóricos do paciente, e assim, alcançando a resolução do caso. Um estudo realizado por Muriel e colaboradores¹⁶, concluiu que estados emocionais como felicidade, raiva e ansiedade elevam a pressão arterial, encontrando-se forte ligação entre a intensidade da ansiedade e a pressão arterial diastólica.

Tabela 1 – Medida dos parâmetros avaliados

Pacientes	Medida de P.A. (mmHg)				Medida Glicemia (mg/dL)				Peso Corporal (Kg)				Altura (m)	IMC (Kg/m ²)			
	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª		1	2	3	4
1	150/90	140/80	130/80	120/80	98	96	95	95	75	74,7	73,4	72	1,61	28,84	28,73	28,23	27,70
2	120/80	120/80	120/80	110/80	117	120	102	100	88	87,5	87	86	1,57	35,63	35,43	35,22	34,82
3	120/80	140/80	120/80	120/80	142*	140*	95	90	72,7	72,1	71,3	70	1,64	27,03	26,80	26,50	26,02
4	110/60	100/60	90/60	100/60	98	95	96	94	95	95	95	95	1,72	32,09	32,09	32,09	32,09
5	120/80	120/80	120/70	120/80	146	117	107	98	107	105	104,2	103	1,72	36,15	35,47	35,20	34,80
6	140/80	140/80	130/80	130/80	189*	142*	100	96	76	76	76	76	1,65	27,94	27,94	27,94	27,94
7	120/80	120/80	110/70	120/80	75	85	90	85	85	84,3	84	84	1,70	29,41	29,17	29,06	29,06
8	180/100	170/100	160/90	130/80	90	90	89	87	84	83,7	82,8	82	1,65	30,88	30,77	30,44	30,15
9	120/80	120/80	120/80	120/80	95	93	90	90	63,3	63	63	63	1,60	24,73	24,61	24,61	24,61
10	140/80	130/80	140/80	130/80	116	110	100	99	99,8	99	98,8	97	1,67	35,77	35,48	35,41	34,77

(*) Glicemia pós-prandial

Quadro 1 – Acompanhamento Farmacoterapêutico Pelo Método SOAP

Nº	Medicamentos utilizados	S	O	A	P
1	- Paroxetina 15mg - Atenolol 25mg + clortalidona 12,5mg - Amitriptilina 25mg - Drospirenona 3mg + etinilestradiol 0,02mg	- Nervosismo - Ansiedade - Cefaleia esporádica - Dor no estômago	- PA alterada - Glicemia jejum normal - IMC: pré-obesidade	Alterações emocionais perceptíveis. A alteração da PA pode estar relacionada à ansiedade relatada	Encaminhamento ao médico para reavaliação da medicação, e avaliação do quadro emocional.
2	- Atenolol 25mg - Amilorida 5mg + Hidroclorotiazida 50mg	- Dores na coluna cervical e nos membros inferiores - Insônia esporádica	- PA em níveis normais - Glicemia de jejum alterada IMC: obesidade grau II	- Provável resistência à insulina - Maus hábitos alimentares - Sedentarismo	Orientações sobre cuidados não farmacológicos e hábitos alimentares.
3	- Losartana 50 mg - Pantoprazol 40mg - Escitalopram 10 mg - Zolpidem 10mg - Dutasterida 0,5 mg + tamsulosina 0,4mg	- Dores na coluna cervical - Ansiedade - Depressão - Dificuldade em adormecer	- PA em níveis normais - Glicemia pós-prandial levemente alterada - IMC: pré-obesidade	- Não adesão ao tratamento para hiperplasia prostática benigna, pois o medicamento provoca azia	- Prescrição de antiácido e orientações voltadas a adesão ao tratamento. - Orientações relacionadas aos hábitos alimentares.
4	-Amiodarona 200mg -Rivaroxabana 20mg -Carvedilol 3,125mg -Paroxetina 12,5mg -Candesartana 8mg -Clonazepam 0,25mg -Sinvastatina 40mg -Doxazosina 2mg	- Dor no peito quando faz esforço físico - Vertigens frequentes	- PA em níveis normais - Glicemia de jejum normal - IMC: obesidade grau I	- Angina de esforço - Arritmia cardíaca diagnosticada - A tontura pode estar relacionada com a PA baixa - Interações medicamentosas	- Encaminhamento ao médico para avaliação da medicação e PA.
5	- Acido acetil salicílico 100mg - Rosuvastatina cálcica 10mg - Olmesartana medoxomila 40mg + hidroclorotiazida 25mg - Fluoxetina 20mg - Alopurinol 300mg	- Dor articular (joelhos) - Edema nas articulações dos membros inferiores (esporádica, rotativa) - Insuficiência respiratória (esporádica) - Dor no ombro direito (esporádica)	- PA em níveis normais - Glicemia em jejum alterada - IMC: obesidade grau II	- Maus hábitos alimentares - Ingesta diária de bebidas alcólicas - Sedentarismo	- Orientações sobre cuidados não farmacológicos: Alimentação Peso corporal Sedentarismo - Indicação de suplementação com cloreto de magnésio
6	- Losartana 50mg - Furosemida 40 mg - Rosuvastatina cálcica 10mg	- Cansaço fácil - Insônia	- Glicemia descompensada, não diagnosticada - PA em níveis normais	- Alimentação rica em carboidratos - Sedentarismo	- Orientações sobre cuidados não farmacológicos

	- Flunitrazepam 1mg		IMC: pré-obesidade		- Prescrição de cloreto de magnésio
7	- Olmesartana medoxomila 40mg - Duloxetina 30mg - Clomipramina 75mg	- Dificuldade de inspiração - Cansaço fácil - Dor nas pernas de ma- drugada - Leve incontinência uriná- ria - Boca seca	- PA em níveis normais - Glicemia de jejum normal IMC: pré-obesidade	- Medicamento clomipra- mina causa xerostomia - Apresenta alguns sintomas que sugerem início de de- pressão - Possibilidade de interação medicamentosa	- Orientação em relação ao horário da medicação - Encaminhamento ao médico para avaliação da medicação
8	- Paroxetina 20mg - Losartana 50mg - Hidroclorotiazida 25mg - Atenolol 25mg - Anlodipino 5 mg	- Dores nos membros infe- riores - Vertigens - Angústia	- PA elevada - Glicemia de jejum normal - IMC: obesidade grau I	- Não adesão ao tratamento - Sedentarismo - Maus hábitos alimentares	- Orientação em relação ao tratamento farmacológico e não farmacológico
9	- Amilorida 5mg + hidroclorotiazida 25mg - Escitalopram 20mg - Atenolol 25mg - Sinvastatina 20mg - Alprazolam 0,5mg- Colecalciferol 7000 UI	- Dor no ombro (tendão rompido) - Insônia - Dor nos membros inferio- res	- PA em níveis normais - Glicemia de jejum normal - IMC: normal	- Dor nos membros inferio- res pode estar relacionada a reações adversas de medica- mentos	- Solicitação de exames reali- zados
10	- Clomipramina 75mg - Acido acetilsalicílico 81mg - Sinvastatina 20mg - Enalapril 10mg - Ciprofibrato 100mg - Metformina 500mg - Omeprazol 20mg	- Dificuldade de locomoção rápida - Dor nos membros inferio- res - Formigamento no braço esquerdo - Perda da sensibilidade do membro inferior direito	- PA elevada - Glicemia alterada - IMC obesidade grau II	- Provável resistência a insu- lina - Sedentarismo - Maus hábitos alimentares - Uso de dois medicamentos da mesma classe terapêu- tica para dislipidemias	- Solicitação de exames de co- lesterol total, triglicerídeos e glicemia - Encaminhamento ao médico - Orientação sobre cuidados não farmacológicos

Quanto ao paciente nº 8, o maior problema encontrado foi a falta de adesão ao tratamento, possivelmente a causa da elevação dos níveis pressóricos. Neste caso, juntamente com o paciente, foi feita uma reorganização dos medicamentos em um porta-comprimidos com identificação de horários e dias da semana, com orientação sobre os horários de tomada e o modo correto de utilização dos medicamentos. No estudo de Fontana¹⁰, também foram confeccionadas caixas para a guarda de medicamentos para dois pacientes, conseguindo dessa forma a adesão ao tratamento e segurança em relação a organização dos fármacos.

A adesão ao tratamento tem sido definida como a extensão na qual o comportamento do paciente coincide com o plano de cuidado acordado com os profissionais de saúde, incluindo médicos e outros profissionais¹⁷. A redução da PA para níveis normais foi bastante evidente, demonstrando que o cuidado tem um impacto muito significativo na adesão ao tratamento. Quanto ao peso corporal, não houve uma redução significativa, sendo necessário mais tempo de trabalho com o paciente e medidas não farmacológicas para alcançar um melhor resultado.

Os cuidados não farmacológicos são medidas preventivas que visam à manutenção do peso ideal, prática regular de atividade física, redução da ingestão de sal e aumento de potássio. Ainda, se busca evitar a ingestão de bebidas alcoólicas e a adoção de uma dieta saudável, que deve conter baixo teor de gordura (principalmente saturadas), baixo teor de colesterol, elevado teor de potássio e fibras, com baixo teor de sódio. A observância da dieta é mais importante do que o seguimento de medidas isoladas¹⁸.

Em relação aos pacientes que controlam a pressão arterial (2,3,5,7,9) outros problemas de saúde foram encontrados como glicemia descompensada não-diagnosticada (2,5,6) peso corporal acima do normal (2,3,5,7), e hábitos de vida que favorecem o desenvolvimento de doenças. O aumento da glicemia em pacientes está relacionado com a urbanização, transição epidemiológica e nutricional, estilo de vida sedentário, maior

frequência de excesso de peso, envelhecimento e sobrevida dos pacientes¹⁴, além de representar um agravo ou fator de risco para a HAS⁴.

Para alcançar as metas terapêuticas com o paciente 2, foi realizada uma orientação ativa em relação aos cuidados não farmacológicos, conseguindo assim uma redução dos níveis glicêmicos, além da diminuição do IMC de 35,63 para 34,82. A redução da massa corporal não foi de apenas 2 Kg, mas deve-se considerar o intervalo de tempo para avaliação deste parâmetro.

A falta de adesão ao tratamento do paciente 3 relacionava-se ao medicamento para o tratamento de hiperplasia prostática benigna (dutasterida 0,5 mg + tamsulosina 0,4 mg), sendo a hiperacidez estomacal causada por este, sua principal queixa. Neste caso foi indicado o uso de um antiácido para ser ingerido meia hora antes do fármaco que causava o mal-estar. Os medicamentos devem possuir elevada eficácia e o mínimo de reações adversas, possibilitando ao paciente a adesão ao medicamento¹⁹. Em alguns casos há necessidade de equilibrar os riscos e benefícios de múltiplas terapêuticas medicamentosas, para o bem-estar e segurança do paciente²⁰.

O paciente nº 4, usuário do maior número de medicamentos no presente estudo, sendo oito fármacos, relatava vertigens frequentes e apresentava valores pressóricos baixos. Ao avaliar seu receituário médico pôde-se perceber interações medicamentosas sérias ou de alto risco, entre amiodarona e paroxetina, sendo que esta associação aumenta o intervalo QCT²¹; amiodarona e sinvastatina, onde a primeira aumenta a toxicidade da segunda e, nesse caso, deve ser usada droga alternativa, ou não exceder a dose 20mg dia. Em relação aos riscos a serem avaliados, Jacomini e Silva²², relata as reações entre carvedilol e paroxetina, as quais causam aumento dos níveis plasmáticos de carvedilol, com aparecimento de bradicardia. Em relação as queixas do paciente, o mesmo foi orientado a retornar ao médico de sua confiança para nova avaliação, o qual não alterou o esquema posológico utilizado. Assim, o paciente optou

por trocar o profissional, buscando outro cardiologista. A partir desta nova consulta, houve redução do número de medicamentos (de oito para cinco) e, mudança na posologia destes. Os medicamentos retirados foram: amiodarona e clonazepam. A sinvastatina foi reduzida de 40 mg para 20 mg. Quanto ao carvedilol, foi aumentada a dosagem de 3,125 mg para 12,5 mg, nos mesmos horários de administração. O médico orientou o paciente a retornar em 30 dias, pois faria mais mudanças, de acordo com a avaliação do quadro de saúde do paciente.

A atenção farmacêutica aplicada ao paciente 5, com orientações de medidas não farmacológicas, resultou na redução do peso e da glicemia, que se encontrava fora dos parâmetros. Quanto as dores articulares, a prescrição de cloreto de magnésio dentro dos Índices Diários Recomendados (IDR), foi efetiva para o quadro da paciente.

Normalmente, atividade física, redução do peso corporal e dieta com restrição de sal são suficientes para o controle da hipertensão leve. Entretanto, é mais fácil o paciente aderir a um tratamento medicamentoso do que renunciar ao antigo estilo de vida e promover mudanças em seus hábitos higiênico-dietéticos¹⁹.

Quanto ao paciente nº 6, não houve redução do peso corporal, mas a PA, que se encontrava em limítrofe, foi reduzida para 130/80 mmHg nas últimas aferições. A redução da glicemia foi significativa, sendo que no início do estudo encontrava-se em 189 mg/dL (pós-prandial), e foi reduzida para 96 mg/dL em jejum, evidenciando novamente a importância dos hábitos diários no controle das doenças crônicas.

A ingestão de maior volume de água foi a solução encontrada para a xerostomia referida pelo paciente nº 7, a fim de garantir a adesão ao tratamento do medicamento por ele utilizado. Quanto as interações medicamentosas, é possível a ocorrência entre clomipramina e duloxetina, já que ambas aumentam o nível de serotonina, e a duloxetina aumenta o efeito da clomipramina, afetando o metabolismo da enzima hepática CYP2D6²¹. O paciente foi orientado a retor-

nar ao médico, para análise dos medicamentos. Como não havia possibilidade de retorno imediato, o paciente foi orientado a tomar os medicamentos que apresentavam interações em horários diferentes. O paciente não conseguiu realizar essa troca de horário devido ao esquecimento de administração da medicação, mas se prontificou a procurar um médico, pois relata não estar se sentindo bem. A maior dificuldade encontrada é a distância, pois seu médico é de uma cidade mais distante, e não quer ir consultar com outro profissional devido ao convênio de saúde.

Quanto a evolução clínica do paciente nº 9, foram solicitados exames laboratoriais, pois o mesmo não referenciava problema para resolução, a não ser rompimento de tendão (o que necessita de intervenção médica) e dores nos membros inferiores. Os parâmetros apresentavam-se em níveis normais, os quais confirmaram-se com os resultados apresentados nos exames. Nesse caso, não foi realizada nenhuma intervenção farmacêutica, apenas orientações ativas em relação aos cuidados da dor.

Em relação ao paciente nº 10, a glicemia foi normalizada com cuidados não farmacológicos, pois, apesar do uso de metformina 500 mg 2 x dia, esta estava descompensada. Percebeu-se a utilização de 2 medicamentos da mesma classe terapêutica (sinvastatina e ciprofibrato), ambos receitados por 2 profissionais diferentes. O paciente foi orientado em relação aos cuidados não-farmacológicos e repetição dos exames de rotina (colesterol total, glicemia e triglicérides), para posterior retorno ao médico de sua confiança. Na consulta, o profissional recomendou a retirada de um dos hipocolesterolêmiantes. Recomendou-se também o acompanhamento da dieta deste paciente por uma nutricionista, a fim da redução do peso corporal.

Percebe-se, na evolução dos casos, que os pacientes de forma geral possuem outros problemas de saúde, devendo-se considerar no contexto do acompanhamento farmacoterapêutico, o quadro psicossocial ao qual está relacionado. Desta forma, é possível auxiliar o paciente em seu estado

de saúde total, e não apenas no que se refere ao quadro hipertensivo.

CONCLUSÃO

A hipertensão arterial como foco do trabalho, possibilitou a descoberta de outros problemas associados, como glicemia alterada, índice de massa corporal acima do normal e a falta de adesão ao tratamento. Com a aplicação da Atenção Farmacêutica, houve redução da pressão arterial e da glicemia à níveis desejáveis em todos os pacientes, e leve redução do peso em 70% deles, mostrando ser benéfica e efetiva no acompanhamento da hipertensão arterial sistêmica.

O resultado foi positivo pela modificação de comportamento através das medidas educativas e da conscientização, com consequente normalização de alguns parâmetros avaliados. O seguimento farmacoterapêutico e medidas educativas atuam de forma benéfica nas dificuldades dos pacientes, permitindo a resolução dos problemas relacionados à farmacoterapia e manutenção dos objetivos terapêuticos do paciente, além de proporcionar o reconhecimento profissional do farmacêutico junto a equipe de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – Merola YL, El-Khatib S, Granjeiro PA. Atenção farmacêutica como instrumento de ensino. *Infarma* [Internet]. 2005;17(7/9):2005. Acesso em: 15 maio 2018. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/19/inf006.pdf>
- 2 – Silvia DD, Prando LE. As dificuldades do profissional farmacêutico para implementação da atenção farmacêutica e da farmacovigilância nas farmácias hospitalares e comunitárias. *Infarma*. 2004;16(11/12): 85-88.
- 3 – Correr CJ, Otuki MF. Método clínico de atenção farmacêutica [Internet]. *ResearchGate*, 2011 Mar. Acesso em: 5 jun. 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/267978101>
- 4 – SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [Internet]. 2016 Set; 107(3). Acesso em: 02 jun. 2018. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
- 5 – Gomez YEB. Relação entre o nível de escolaridade e o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS Morada de Bethânia [trabalho de conclusão de curso]. Viana – Espírito Santo: Universidade do Estado do Rio de Janeiro- Universidade Aberta do Sus. Especialização em Saúde da Família, 2015.
- 6 – Dias AM, Cunha M, Santos A, Neves A, Pinto A, Silva A. et al. Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crônica: Revisão da Literatura. *Millenium*. 2011;40:201-219.
- 7 – Cenatti JL, Lentsck MH, Prezotto KH, Pilger C. Caracterização de usuários hipertensos de uma unidade básica de saúde da família. *REAS* [Internet]. 2013; 2(1):21-31. Acesso em: 14 jul. 2018. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaetro-nica/index.php/enfer/article/view/346/385>
- 8 – Citrângulo AR, Rangel NS. Atenção Farmacêutica em idosos hipertensos da Igreja Assembléia de Deus Missão Taubaté. Pindamonhangaba-SP FUNVIC Fundação Universitária Vida Cristã; 2016.
- 9 – Ferreira VL, Lima MA, Melo MLS, Santos CMG, Souza SFMC. Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes hipertensos na farmácia escola – UFPB [Internet]. 2013. Acesso em: 20 maio 2018. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/enex/trabalhos/6CCSDCFPROBEX2013130.pdf>
- 10 – Fontana RM, Souza J, Simonetti E, Rigo MPM, Ely LS, Castro LC, et al. Atenção farmacêutica a pacientes hipertensos e/ou Diabéticos usuários de farmácias públicas do município de Lajeado – Rs. *Revista Destaques Acadêmicos*. 2015;7(3):67-78.
- 11 – Silva RC, Freitas JGA. Acompanhamento farmacoterapêutico de hipertenso no PSF de Santa Vitória (MG). *Estudos*. 2013 Abr-jun;40(2):139-149.
- 12 – Petruzzellis EA, Rodrigues FM, Bock PM. Perfil de pacientes hipertensos em uma drogaria de Porto Alegre-RS. *Infarma*. 2013;25(4):170-177.
- 13 – Modé CL, Lima MM, Carnavalli F, Trindade AB, Almeida AE, Chin CM, et al. Atenção

- ção Farmacêutica em pacientes hipertensos: estudo piloto. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2015;36(1):35-41.
- 14 – Oliveira JEP, Montenegro Junior RM, Vencio S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 [Internet]. São Paulo: Editora Clannad; 2017. Acesso em: 13 jun. 2018. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/imagens/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>
- 15 – ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 [Internet]. 3ª ed. Itapevi, SP: AC Farmacêutica; 2009. Acesso em: 23 maio 2018. Disponível em: http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf
- 16 – Muriel DMA, Campos JLB, Duque OB, Cuadros VPZ, Echeverri DRP, Ibáñez LG, et al. Estudio comparativo del nivel de ansiedad, personalidad tipo A y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en pacientes hipertensos y no hipertensos. *Arch Med.* 2006;6(13):51-6.
- 17 – WHO - World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
- 18 – Bisson MP. *Fármacia Clínica & atenção farmacêutica.* 3ª ed. Barueri, SP: Manole; 2016.
- 19 – Marques LAM. *Atenção farmacêutica em distúrbios maiores.* 2ª ed. São Paulo: Editora Medfarma; 2013.
- 20 – Rodrigues MCS, Oliveira C. Interações medicamentosas e reações adversas a medicamentos em polifarmácia em idosos: uma revisão integrativa. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2016;24:e2800. Acesso em: 18 maio 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02800.pdf
- 21 – Medscape. Drug Interaction Checker. [Internet]. 2018. Acesso em: 14 jun. 2018. Disponível em: <https://reference.medscape.com/drug-interactionchecker>
- 22 – Jacomini LCL, Silva TM. *Interação Medicamentosa.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011

Autor Correspondente: Jurema Jablonski
E-mail: farmavidafarmacia@gmail.com
Recebido em 10 de outubro de 2018
Aprovado em 10 de julho de 2019