

# O PAPEL DO FARMACÊUTICO NA FARMÁCIA COMUNITÁRIA NA EDUCAÇÃO DO PACIENTE PORTADOR DE DISLIPIDEMIAS

FERNANDO YUKIO ANABUKI<sup>1</sup>  
ELEANDRO APARECIDO TRONCHINI<sup>2</sup>  
SERGIO AGOSTINI FUNAYAMA<sup>1</sup>  
ROBERTO BARBOSA BAZOTTE<sup>3</sup>

1. Farmacêutico-bioquímico, Especialista em Farmacologia, UNIPAR, Praça Mascarenhas de Novaes s/n, Umuarama, PR.
  2. Mestrando em Ciências Farmacêuticas – UEM, Maringá, PR.
  3. Doutor em Ciências, Departamento de Farmácia e Farmacologia, UEM, Avenida Colombo 5790, Maringá, PR – CEP 87020-900
- Autor responsável (R.B. Bazotte)E-mail: [rbbazotte@uem.br](mailto:rbbazotte@uem.br)

## INTRODUÇÃO

O termo Atenção Farmacêutica vem da língua inglesa “Pharmaceutical Care”, na qual é definida como provisão responsável do tratamento farmacológico, com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente<sup>1,2</sup>. Atenção Farmacêutica significa o processo pelo qual o farmacêutico atua com outros profissionais e com o paciente na planificação, implementação e monitorização de uma farmacoterapêutica que produzirá resultados satisfatórios<sup>1,3</sup>.

O aconselhamento ao paciente é um dos instrumentos essenciais para a realização da Atenção Farmacêutica, sendo impres-

cindível o desenvolvimento das habilidades de comunicação, para assegurar um bom relacionamento farmacêutico/usuário<sup>1</sup>. O fato de participar efetivamente do processo de comunicação na orientação e adesão terapêutica é que torna indispensável seu papel social como profissional de saúde<sup>4,5,6</sup>.

Dentro do contexto da ampla gama de condições patológicas na qual a Atenção Farmacêutica se faz necessária, destacamos as dislipidemias, em função da alta prevalência deste distúrbio na população. Designam-se dislipidemias as alterações metabólicas lipídicas decorrentes de distúrbios em qualquer fase do metabolismo lipídico, que ocasionem principalmente um aumento na concentração sérica das lipoproteínas<sup>7</sup>.

Quando essas concentrações estão aumentadas, recebem a denominação de hiperlipidemias, que são classificadas em hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia. Etiologicamente, as dislipidemias podem ser classificadas em primárias (origem genética) ou secundárias (causadas por fatores extrínsecos como o hipotiroidismo, álcool, diabetes, doença hepática, doença renal, etc.)<sup>8</sup>.

Os objetivos do tratamento das dislipidemias incluem a prevenção da doença arterial coronariana (DAC) e da pancreatite aguda (nas hipertrigliceridemias graves)<sup>8</sup>. Desta forma, o tratamento encontra-se direcionado, através da utilização de medicamentos para combater a dislipidemia, dieta alimentar e também o tratamento de doenças de base, que também podem ser responsáveis pelo desenvolvimento da doença.

Assim, a Atenção Farmacêutica nas dislipidemias torna-se extremamente fundamental para uma terapêutica eficiente, não só através da orientação a respeito dos medicamentos utilizados pelo paciente, como também em relação à dieta alimentar atribuída e a repercussão que uma doença de base possa acarretar tanto no tratamento como no agravamento da doença dislipidêmica.

O ideal é que a dislipidemia seja tratada por uma equipe multiprofissional, porém a maioria dos serviços, em nosso País, não oferece o atendimento satisfatório. Diante disso, o papel do farmacêutico se torna ainda muito mais importante e abrangente. Além disso, a grande maioria dos indivíduos portadores de dislipidemias não apresentam sinais ou sintomas decorrentes diretamente da alteração lipídica, sendo o diagnóstico exclusivamente laboratorial<sup>9</sup>.

O farmacêutico, desta forma, torna-se muito importante, não somente em relação à orientação medicamentosa, mas podendo também orientar o paciente em relação a dieta, na triagem de pacientes de risco, bem como na prevenção do agravamento da doença.

Segundo o Consenso Brasileiro sobre Dislipidemia<sup>8</sup>, o tratamento inicial baseia-se sempre nas modificações do estilo de vida como: adequação da dieta, redução de peso e prática regular de exercícios físicos, além de interrupção do tabagismo, que devem ser mantidos por toda a vida. Merece ser enfatizado o estímulo a exercícios físicos aeróbicos, programados, como medida terapêutica adicional.

Na hipercolesterolemia uma dieta adequada deve incluir a redução de gorduras saturadas e colesterol (carnes vermelhas, gema de ovo, leite integral, queijos, manteiga de origem animal, frituras, frutos do mar, vísceras, torresmo e toucinho) e sua substituição por gorduras monoinsaturadas e poliinsaturadas (encontradas prin-

cipalmente nos óleos vegetais e peixes). Na hipertrigliceridemia, deve-se reduzir a ingestão de bebidas alcoólicas e de carboidratos (sacarose, batata e massas em geral), enquanto na dislipidemia mista deve-se restringir o anteriormente descrito para hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia isolada. Além disso, como regra geral deve se consumir maior quantidade de frutas, legumes e verduras.

O conceito de que no idoso (>65 anos), o controle dos fatores de risco, em particular as dislipidemias, não seria fundamental foi modificado. Sendo a DAC altamente freqüente no idoso, qualquer redução do risco tem importante repercussão na sua morbidade e mortalidade. Assim, deve-se considerar a idade do paciente, o perfil de longevidade familiar, a presença de outros fatores de risco comuns nessa faixa etária, a presença de DAC, o estado físico geral, as doenças crônicas associadas e as interações medicamentosas.

Estudos clínicos recentes de prevenção primária e secundária sugerem que a redução expressiva do LDL-c, em idosos reduz a morbidade e a mortalidade por DAC<sup>10</sup>. Nessa faixa etária, deve ser priorizada especial atenção ao afastamento de causas secundárias de dislipidemia, principalmente hipotireoidismo, diabetes e insuficiência renal crônica. Para a hipercolesterolemia, deve ser indicada inicialmente dieta e exercício físico aeróbico, praticado, regularmente, em particular as caminhadas, respeitando as limitações próprias da idade<sup>10</sup>.

Durante a gestação, preconiza-se somente dieta, que deve assegurar as necessidades básicas da gestante e, se necessário, utilizar resinas sequestrantes de ácidos biliares. Quando apenas as modificações no estilo de vida do paciente, não são suficientes para controlar a dislipidemia, o segundo passo é a terapia farmacológica<sup>11</sup>.

As estatinas são consideradas, hoje, como medicamento de primeira escolha, principalmente na hipercolesterolemia isolada<sup>11</sup>. São administradas por via oral e seus efeitos podem ser observados, após duas semanas de uso. Em geral, são bem toleradas, mas pode ocorrer efeito colateral em alguns pacientes, como, por exemplo: sintomas gastrointestinais, dores musculares e elevação das enzimas: AST, ALT e CPK. São contra indicadas para mulheres grávidas ou em fase de aleitamento e aquelas com possibilidade de engravidar, e nos casos de doença hepática.

No entanto, podem ser utilizadas em doentes renais crônicos. São comercializadas, no Brasil, a sinvastatina, lovastatina, pravastatina e fluvastatina (Tabela 1). Devem ser administradas, após o jantar, e, no caso de doses mais elevadas, podem ser divididas pela manhã e a noite.

Tabela 1 - Medicamentos hipolipemiantes comercializados no Brasil

| Substância Ativa | Nome Comercial (Fabricante), Forma Farmacêutica/doses      | Preço ao consumidor |
|------------------|--|---------------------|
| Atorvastatina    | CITALOR® (Pfizer), comprimidos/10 mg                       | (c/10) R\$ 32.20    |
|                  | CITALOR® (Pfizer), comprimidos/20 mg                       | (c/10) R\$ 52.62    |
|                  | LIPITOR® (Parke-Davis), comprimidos/10 mg                  | (c/10) R\$ 34.20    |
|                  | LIPITOR® (Parke-Davis), comprimidos/20 mg                  | (c/30) R\$167.54    |
| Lovastatina      | LOVASTATINA® (TeutoBrasileiro), comprimidos/20 mg          | (c/30) R\$ 39.89    |
|                  | MEVACOR® (Merck Sharp & Dome), capsulas/40 mg              | (c/30) R\$104.05    |
|                  | NEOLIPID® (Biobrás), comprimidos/20 mg                     | (c/30) R\$ 38.04    |
|                  | REDUCOL® (Prodome), comprimidos/20 mg                      | (c/10) R\$ 24.26    |
|                  | GENÉRICO® (apotex), comprimido/20mg                        | (c/30) R\$ 38.11    |
| Pravastatina     | MEVALOTIN® (Sankio), comprimidos/10 mg                     | (c/10) R\$ 14.72    |
|                  | MEVALOTIN® (Sankio), comprimidos/20 mg                     | (c/30) R\$ 58.60    |
|                  | MINOR® (Biosintética), comprimidos/20 mg                   | (c/30) R\$ 69.42    |
|                  | PRAVACOL® (Bristol Myers Squibb Brasil), comprimidos/10 mg | (c/10) R\$ 16.34    |
|                  | PRAVACOL® (Bristol Myers Squibb Brasil), comprimidos/20 mg | (c/30) R\$ 65.11    |
|                  | GENÉRICO® (Ranbaxy) 10mg                                   | (c/30) R\$ 27.27    |

| Substância Ativa | Nome Comercial (Fabricante), Forma Farmacêutica/doses   | Preço ao consumidor    |
|------------------|---|------------------------|
| Sinvastatina     | ANDROLIP® (Andrômaco), comprimidos/10 mg                | (c/10) R\$ 20.02       |
|                  | LOVACOR® (Farmasa), comprimidos/5 mg                    | (c/30) R\$ 39.16       |
|                  | LOVACOR® (Farmasa), comprimidos/10 mg                   | (c/10) R\$ 21.30       |
|                  | MIVALEN® (Ativus), comprimidos/10 mg                    | (c/10) R\$ 19.02       |
|                  | SINVASCOR® (Baldacci), comprimidos/10 mg                | (c/30) R\$ 53.58       |
|                  | SINVASCOR® (Baldacci), comprimidos/20 mg                | (c/30) R\$ 53.58       |
|                  | SINVASTACOR® (Hexal), comprimidos/10 mg                 | (c/30) R\$ 29.96       |
|                  | SINVASTACOR® (Hexal), comprimidos/20 mg                 | (c/30) R\$ 49.90       |
|                  | SINVATROX® (Legrand), comprimidos/10 mg                 | (c/10) R\$ 21.40       |
|                  | VASLIP® (Biolab Sanus), comprimidos/5 mg                | (c/30) R\$ 30.48       |
|                  | VASLIP® (Biolab Sanus), comprimidos/10 mg               | (c/30) R\$ 41.50       |
|                  | ZOCOR® (Merck harp&Dome), comprimidos/5,10,20, 40,80 mg | (c/30) R\$ 61.89 (5mg) |
|                  | GENÉRICO® (Medley) 5, 10, 20, 40, 80 mg                 | (c/30) R\$ 26.18 (5mg) |
| Fluvastatina     | LESCOL XL (Novartis), cápsulas/80 mg                    | (c/10) R\$ 32.97       |
| Bezafibrato      | CEDUR® (Asta médica), comprimidos. 200 mg               | (c/20) R\$ 22.37       |
|                  | CEDUR RETARD® (Asta médica), comprimidos. 400 mg        | (c/20) R\$ 46.72       |
| Ciprofibrato     | OROXADIN® (Sanofi- Synthelabo), comprimidos/100 mg      | (c/10) R\$ 23.47       |
| Clofibrato       | CLARIPEX AL® (Sanofi Synthelabo), comprimidos/360 mg    | (c/20) R\$ 3.54        |
|                  | LIPOFACTON® (Akzo Organon), cápsulas                    | (c/20) R\$ 10.52       |
| Etofibrato       | TRICEROL® (Searle), capsulas/500 mg                     | (c/20) R\$ 59.81       |
| Fenofibrato      | LIPANON® (Allergan), capsulas/250 mg                    | (c/30) R\$ 46.32       |
|                  | LIPIDIL® (Allergan), capsulas/200 mg                    | (c/30) R\$ 64.10       |
| Genfibrozila     | LOPID® (Ache), capsulas/600 mg                          | (c/24) R\$ 69.51       |
|                  | LOPID® (Ache), capsulas/900 mg                          | (c/12) R\$ 51.09       |
|                  | GENÉRICO® (biosintética), comprimido/20mg               | (c/30) R\$ 52.75       |
| Acipimox         | OLBETAM® (Searle), comprimidos/250 mg                   | (c/20) R\$ 56.58       |
| Colestiramina    | QUESTRAN-LIGHT® (Bristol Myers Squibb)                  | (c/10) R\$ 40.96       |
| Ezetimibe        | ZETIA® (Schering-Ploug), comprimidos/10 mg              | (c/30) R\$ 87,92       |
|                  | EZETROL® (Schering-Ploug), comprimidos/10 mg            | (c/10) R\$ 29,92       |

Fonte: INDITEC - Junho de 2004

A colestiramina é uma resina sequestrante de ácidos biliares que atua, ao se ligar aos ácidos biliares e bloquear seu ciclo entero-hepático, o que acarreta aumento do número de receptores hepáticos de LDL<sup>11</sup>. Podem provocar efeitos colaterais, como dores abdominais, náuseas, obstipação intestinal e esteatorréia. Podem diminuir a absorção de outros medicamentos como, por exemplo: ácido fólico, vitaminas lipossolúveis, digoxina, warfarina, probucol, fibratos, etc. A colestiramina possui apresentação na forma de pó, podendo ser ingerida diluída em água e sucos. Qualquer outro medicamento deve ser ingerido uma hora antes ou quatro horas após sua administração.

Em função dos efeitos gastrointestinais e interferência na absorção de outros medicamentos, recentemente, surgiu uma nova opção em substituição às resinas sequestrantes de ácidos biliares, a ezetimiba, que atua inibindo a absorção intestinal de colesterol. Este fármaco possui como desvantagem em relação às resinas sequestrante de ácidos biliares seu alto custo. Porém apresenta boas perspectivas, particularmente, em associação com as estatinas.

Os fibratos diminuem a síntese hepática das Apo-B e das VLDL. São absorvidos rapidamente pelo intestino e excretados na urina, com ação verificada, após o quinto dia de tratamento. Os fibratos, que devem ser administrados durante as refeições, são em geral bem tolerados. Porém podem causar efeitos colaterais, como: náuseas, vômitos, dores abdominais, diarreia, tontura, cefaléia, colestase, prurido, dores musculares, etc. Não podem ser utilizados em pacientes com alteração renal ou hepática, com litíase biliar e mulheres grávidas. Existe a necessidade de controle mais freqüente em usuários de anticoagulante e diabéticos. Os fibratos comercializados, no Brasil, são: benzofibrato, fenofibrato, genfibrozil, etofibrato<sup>11</sup>.

O Acipimox, apresentado na forma de comprimidos, é rapidamente absorvido, sendo excretado na urina. Pode provocar prurido, eritema, arritmia, rubor facial, dores abdominais, náuseas e ocasionalmente: aumento das transaminases hepáticas, ácido úrico e glicemia<sup>11</sup>.

Caso não ocorra nenhuma resposta satisfatória a um hipolipemiante isolado, pode-se empregar associação de medicamentos. Esse procedimento, além de melhorar os resultados, permite a utilização de doses menores de cada medicamento, diminuindo a possibilidade de efeitos colaterais. Contudo, há associações que merecem cuidados especiais, por provocarem eventuais efeitos colaterais potencialmente graves, como, por exemplo, estatinas e fibratos.

Apesar de existir vários métodos de tratamento da dislipidemia, como vimos anteriormente, um aspecto crucial no sucesso da terapia é a adesão do paciente ao tratamento seja ele farmacológico ou não. É neste ponto, como expomos anteriormente<sup>12</sup> que o farmacêutico passa a apresentar importância fundamental, auxiliando o paciente a melhorar a aderência. Deve ser enfatizado que muitos pacientes, após a instituição da terapêutica preconizada, serão avaliados novamente após muito tempo de tratamento. Assim, o farmacêutico pode também auxiliar o clínico na monitoração do paciente e certificar-se de que este está seguindo corretamente o tratamento preconizado.

Estas recomendações adquirem maior importância, se considerarmos que, mesmo em nossa população de baixa renda, como detectamos recentemente<sup>13</sup>, verifica-se alta prevalência de fatores de risco para doença cardiovascular.

## ESTRATÉGIAS DO FARMACÊUTICO NO ATENDIMENTO AO PACIENTE DISLIPIDEMICO

Há um número incontável de doenças e conseqüentemente de possibilidades de tratamentos farmacológicos, o que torna impossível ao farmacêutico que atua na farmácia comunitária possuir uma visão geral atualizada sobre todos os aspectos da fisiopatologia e tratamento das doenças presentes em nossa população.

Diante deste fato, o farmacêutico que atua na farmácia

comunitária deve investir no conhecimento de doenças com alta prevalência na população com ênfase aos processos patológicos crônicos cujo tratamento demanda a utilização de medicamentos em caráter contínuo ou por um período de tempo prolongado.

Dentre estas condições, destacamos, além das hiperlipidemias, o *diabetes mellitus*, obesidade, hipertensão, asma, epilepsias, depressão, contracepção hormonal, terapia de reposição hormonal na menopausa e no hipotireoidismo e mais cerca de duas dezenas de patologias e/ou emprego de medicamentos que no conjunto representam uma grande proporção da demanda de medicamentos/orientação na farmácia comunitária.

Assim, como um primeiro passo, cabe ao farmacêutico dispor de um conhecimento mínimo sobre dislipidemia (etiopatogenia, diagnóstico, classificação, formas de tratamento). Além destes conhecimentos, que podem ser obtidos via cursos de educação continuada, textos de farmacologia, artigos científicos de boa qualidade e outras modalidades de aquisição do conhecimento, apresentaremos a seguir algumas orientações que entendemos serem úteis ao profissional que atua em nível de farmácia comunitária.

1. Sendo a dislipidemia uma “doença assintomática” cabe ao farmacêutico estimular o PD a persistir no tratamento;
2. O farmacêutico será o profissional que estará em contato com PD, durante todo o período que separa o paciente entre cada consulta médica. Portanto, podemos concluir que qualquer estratégia de tratamento elaborada pelo médico dependerá em parte da atuação do farmacêutico como educador.
3. Não cabe ao farmacêutico diagnosticar a dislipidemia, mas, sim, estimular o paciente a procurar o médico para confirmar a existência ou não desta doença. Este papel, embora pareça secundário, é de fundamental importância, porque grande parte da população ainda não foi diagnosticada. Assim, o diagnóstico e o início imediato do tratamento é de grande relevância, considerando que a maior incidência de complicações ocorre em PD diagnosticados, tardiamente.
4. O papel do farmacêutico na detecção das dislipidemias poderá ser reforçado, se viabilizarmos em nossas farmácias a avaliação da colesterolemia, a partir do sangue capilar. Este exame, embora insuficiente para um diagnóstico definitivo é de grande relevância, no sentido de fazer uma triagem dos pacientes potencialmente dislipidêmicos.
5. O PD deve ser educado com ênfase no fato de que o tratamento restrito ao uso isolado de medicamentos hipolipemiantes pode não ser eficaz. Faz-se necessária a prática concomitante de dieta e exercícios.
6. O farmacêutico deve auxiliar o paciente a encontrar medicamentos com preços mais acessíveis, devendo lembrar como mostra o quadro 1 que alguns fabricantes disponibilizam seu produtos em caixas de dez e não de 30 comprimidos.
7. O farmacêutico deve estar consciente de que seu papel no tratamento do PD é no sentido de complementar a orientação médica.
8. O farmacêutico nunca deverá propor mudanças no curso do tratamento da doença. Caso esteja definitivamente convencido de que o paciente não está recebendo um tratamento satisfatório é seu dever orientá-lo a procurar outro médico.
9. Deverá existir por parte do farmacêutico “uma boa dose de bom senso” para lidar com as peculiaridades de cada situação. A começar pela linguagem a ser ado-

tada na entrevista que deverá adaptar-se às condições socioeconômicas do paciente. Por exemplo, alguns pacientes não entenderão a expressão: “É preciso monitorar a colesterolemia”, mas o entenderão razoavelmente, se você disser: “É preciso controlar melhor a gordura do sangue”.

10. O farmacêutico deve estar consciente de que o tratamento é individual, ou seja, para cada PD o tipo de hipolipemiente, dose, horário de administração pode ser diferente. Além disso, para um mesmo paciente a forma de tratamento não é fixa podendo existir modificações em função do agravamento ou abrandamento da doença.
11. Estas orientações devem ser transmitidas em especial aos atendentes que por não terem consciência da complexidade da doença, se sentem se à vontade para proporem modificações à orientação médica. Cabe ao farmacêutico “pôr ordem na casa”, educando seus auxiliares a prestarem um bom atendimento ao paciente dislipidêmico (PD).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RENOVATO, R.D. Implementação da atenção Farmacêutica para pacientes com hipertensão e distúrbios cardiovasculares. *Infarma*, v. 14, nº 7/8, 2002.
  2. LYRA, J.R. et al. Atenção Farmacêutica: Paradigma da globalização. *Infarma*, v.12 nº 11/12, 2000.
  3. HEPLER, C.D.; STRAND, L.M. Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical care. *Am. J. Hosp. Pharm.* v. 47, p. 533-543, 1990.
  4. COMMISSION to implement change in Pharmaceutical Education. A position Paper. Entry-Level Education Pharmacy: a commitment to Change. *Am. Assoc. of Coll Pharm. News Special Report*, Alexandria (Virginia), 1991.
  5. OMS-OPS. El Papel del Farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud. (OPS/HSS/HSE/95.01). Tokio, japon: informe de la reunión de la OMS; 1993.
  6. OLIVEIRA, A.B. et al. Uma Análise da Atenção Farmacêutica. *Infarma*, v.13 nº 9 /10, 2001.
  7. SANTOS, R.D. et al. Prevenção da Aterosclerose – dislipidemia. Projeto diretrizes, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2001.
  8. SOUZA, A.D. et al. Consenso Brasileiro sobre Dislipidemia: Avaliação; Detecção e tratamento. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia* 67 (2), 1996. disponível em : (<http://www.epub.org.br/abc/6702/consago.htm>). Acesso em 23/02/04.
  9. BERTOLINI, G.L.; BAZOTTE, R.B. Farmacos Hipolipemiantes. In: CURI, R.; POMPÉIA, C.; MIYASAKA, C. K.; PROCOPIO, J. Entendendo a Gordura – os ácidos graxos. 2. ed. Barueri, 2002, v. 1, p. 489-506.
  10. BATISTA, M.C; RIBEIRO, A. B. Dislipidemias: Diagnosis and management of lipoprotein abnormalities. *RBM-Revista Brasileira de Medicina*, v.60 nº 7, 2003.
  11. BAZOTTE, R.B.; TAKAHASHI, M. H. Hipolipemiantes. In: DELUCIA, R.; OLIVEIRA-FILHO, R.M de. *Farmacologia integrada*. 2. ed. Rio de Janeiro, 2004, v. 1, p. 397-406.
  12. BAZOTTE, R.B. O diabetes mellitus na farmácia comunitária. In: Zubioli, A. *A Farmácia Clínica na Farmácia Comunitária*. 1. ed. Salvador, 2001, p. 149-154.
- SILVA, G.E.C. et al. Investigation of risk factors to coronary heart disease in two countryside Paranaense villages, Brazil. *Braz. Arch. Biol. Technol.*, v.7 nº 3, 2004.