

PERFIL E TERAPÊUTICA DE PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ASSISTIDOS POR UMA EQUIPE DE PROFISSIONAIS DO PSF DE BLUMENAU

NEVONI GORETTI DAMO¹
FELIPE DURIGON²
ALESSANDRO GUEDES¹
MÁRCIA AZEVEDO BASTIAN MANFREDI¹

1. Docentes, Curso de Farmácia, FURB, Rua Iguaçú, 2171, 89.030-000, Blumenau, SC.
2. Acadêmico do curso de Farmácia, FURB.

Autor responsável: N.G. Damo. E-mail: nevoni@furb.br

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é um dos maiores problemas de saúde pública na atualidade que confrontam as nações industrializadas e continua a ser um fator contribuinte importante no desenvolvimento e na morte por doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência renal. Pelo fato de a hipertensão não-complicada ser uma condição assintomática, muitas pessoas ignoram que são hipertensas (CECIL, 2005).

Conforme é definida, a hipertensão sistêmica está presente em um adulto (idade maior ou igual a 18 anos) se a pressão arterial sistólica for maior ou igual a 140 mmHg, ou se a pressão arterial diastólica for maior ou igual a 90 mmHg (CECIL, 2005).

Segundo Porth (2004, p. 445), “a hipertensão é mais comum em homens jovens, quando comparadas com mulheres jovens; em negros, quando comparados com brancos; em pessoas de grupos socioeconômicos mais baixos; em pessoas mais velhas.”

A intervenção por grupo de risco pode ser um instrumento importante quando acompanhada por intervenção de profissionais da saúde.

A hipertensão habitualmente é dividida em duas categorias:

a) Primária ou essencial, de origem desconhecida, que se verifica em 95% dos casos e ocorre sem evidência de outra patologia;

b) Secundária, que resulta da doença, ou de algum outro distúrbio (PORTH, 2004).

No entanto, apenas 50% dos pacientes, adultos com hipertensão estão em terapia, e somente 30% tem a sua pressão arterial controlada a níveis ideais (120mmHg x 80mmHg) (CECIL, 2005).

Segundo Porth (2004, p. 902), “diabetes *mellitus* é um distúrbio do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas, ocasionado pela alteração da síntese ou da liberação de insulina pelas células beta, ou, ainda, pela incapacidade dos tecidos em usar glicose.”

O diabetes tipo 1 é ocasionado pela destruição das células beta do pâncreas de indivíduos geneticamente susceptíveis. Elas não absorvem glicose do sangue, levando a deficiência de insulina. A solução é injetar insulina para diminuir os altos níveis de açúcar no sangue. Afeta geralmente crianças e jovens. Corresponde cerca de 5% do total de casos de DM (BISSON, 2003; PORTH, 2004; SBD, 2007).

O diabetes tipo 2 se caracteriza por uma condição de resistência a insulina acompanhado por difusão progressiva da célula beta. Sabe-se que o diabetes tipo 2 possui um fator hereditário maior que no tipo 1. Além disso, há uma grande relação com a obesidade e o sedentarismo. Uma de suas peculiaridades é a contínua produção de insulina pelo pâncreas. Por muitas razões suas células não conseguem metabolizar a glicose suficiente da corrente sanguínea. Esta é uma anomalia chamada de “resistência insulínica” (BISSON, 2003; PORTH, 2004; SBD, 2007).

Os custos anuais do não-tratamento direto e indireto do diabetes são elevados, principalmente para os países em desenvolvimento, entre os quais o Brasil. Sua prevalência está aumentada, como resultado do envelhecimento da população e das alterações negativas no estilo de vida moderno (NEGRATO, 2001; SBD, 2007).

O diabetes pode ser controlado, porém não é facilmente conseguido. Para o ajuste excelente, os diabéticos e seus familiares (que ajudam em 99% do manuseio diário) devem ser educados por profissionais de saúde, de modo

que passem a entender a doença e a necessidade do tratamento adequado, ficando aptos à nova disciplina de vida que lhes é sugerida dentro de suas novas necessidades (OLIVEIRA; SANTOS, 2000).

Nesse contexto a assistência farmacêutica que se caracteriza como um conjunto de ações relacionadas à dispensação de medicamentos, enfatizando a orientação, certamente poderá contribuir para o sucesso da terapêutica. Por meio da assistência farmacêutica, o farmacêutico torna-se co-responsável pela qualidade de vida do paciente e, por conseguinte reúne condições para garantir o uso racional e correto de medicamentos (BISSON, 2003).

Em 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF), cujo principal propósito é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (SORATTO, 2005).

Desta forma o presente trabalho objetivou conhecer o perfil e os medicamentos utilizados por pacientes portadores de hipertensão e diabetes assistidos por profissionais da ESF Rubens Belisário Vedes na cidade de Blumenau/SC.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada durante as atividades do projeto de Extensão "Atenção Farmacêutica Domiciliar", junto aos prontuários de pacientes assistidos por uma equipe de profissionais da ESF denominado, Rubens Belisário Vedes, no Município de Blumenau/SC. A área de abrangência é de aproximadamente 2000 famílias, divididas em 5 microáreas, apresentando três agentes de saúde responsáveis pelas cinco microáreas. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos.

Os dados do estudo foram coletados junto aos prontuários, 100 deles foram utilizados, de pacientes de ambos os sexos e de diferentes idades que estavam fazendo uso de medicamentos para o tratamento de hipertensão e diabetes *mellitus*, no período de fevereiro a maio de 2008. O instrumento de coleta/levantamento de dados consistiu-se de uma planilha pré elaborada pelo pesquisador.

Foram analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, ocupação e medicamentos utilizados para hipertensão e diabetes.

As informações obtidas da planilha de levantamento de dados foram discutidas de forma global e a interpretação dos resultados foi apresentada na forma de tabelas e gráficos, a fim de melhor visualizar e compreender os resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população estudada corresponde a 100 prontuários analisados, composta por sete indivíduos com diabetes *mellitus*, setenta e três com hipertensão arterial e vinte portadores das duas patologias. A maior concentração encontra-se no sexo feminino (73%), e na faixa etária de 31 a 60 anos (53%). Em 1995 foi estimado que o diabetes *mellitus* atingisse 4% da população adulta mundial e que, em 2025, atingirá 5,4% da população, o que equivalerá a aproximadamente 300 milhões de diabéticos. A maior parte desse aumento se dará em países em desenvolvimento, e neles se acentuará o atual padrão de concentração de casos na faixa etária de 45-64 anos (KING, 1998 *apud* TOSCANO, 2004). A hipertensão arterial também é um problema crônico, sua prevalência é alta e aumenta em faixas etárias maiores. Estudos epidemiológicos brasileiros estimam prevalências de 40% a 50% da população adulta com mais de 40 anos, a partir da medida casual da pressão (FUCHS *et al.*, 1998). Também em estudo realizado por Paiva *et al.* (2006), na cidade de Francisco Morato-SP mostrou que 65,2% dos diabéticos e 69% dos hipertensos cadastrados em Francisco Morato eram mulheres.

O predomínio nesse estudo de mulheres pode estar relacionado ao fato de que a população assistida pela equipe de profissionais é a maioria do sexo feminino. Uma explicação para isso pode estar no fato de que as mulheres procuram com maior frequência os serviços de saúde, em relação aos homens. No entanto, estudos que discutem a prevalência relativa do Diabetes e da Hipertensão Arterial relacionado ao gênero têm-se mostrado similares (GOLDENBERG *et al.*, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.*, 2007).

A figura 1 fornece a escolaridade da população estudada, sendo que a grande maioria, 93%, possui escolaridade e 7% não é alfabetizada, porém, devemos destacar que dentre o número de pessoas consideradas alfabetizadas pode-se incluir pessoas com limitação ou barreiras de linguagem uma vez que foi considerado alfabetizado o paciente que assinava o próprio nome, não tendo informações no prontuário sobre a escolaridade do paciente.

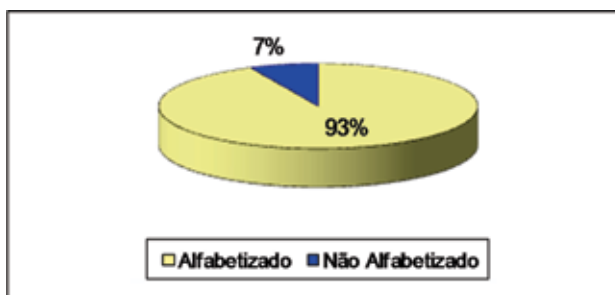


Figura 1. Índice de escolaridade

Em estudo realizado por Goldenberg *et al.* (1996), com relação aos níveis de instrução, os analfabetos estiveram presentes em 12,0% da amostra, e 17,6% haviam cursado entre um a três anos de estudos, totalizando 29,6% na faixa de menores níveis de instrução; 30,2% dos integrantes da amostra concentraram-se na faixa de quatro a sete anos de estudo; e 28,9%, na faixa de 11 anos e mais. Os homens apresentaram maiores níveis de instrução do que as mulheres, ressaltando-se que o padrão educacional da amostra também coincidiu com o da população da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP).

Estes dados revelam a realidade do nosso país, de modo que ainda temos pessoas analfabetas, o que, certamente, dificulta o cumprimento das prescrições médicas, conseqüentemente a adesão ao tratamento medicamentoso. Este fato limita a autonomia dos pacientes e exige maior cuidado na prescrição e orientação do profissional de saúde.

De acordo com a figura 2, entre os medicamentos utilizados para hipertensão o mais freqüente foi o diurético hidroclorotiazida com 32%, seguido do maleato de enalapril com 29%, e o menos freqüente foi o atenolol com 9%.

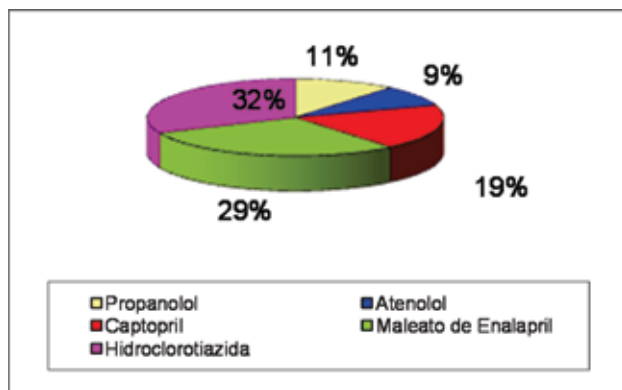


Figura 2. Medicamentos utilizados na hipertensão

Os diuréticos têm sido utilizados no tratamento de pacientes hipertensos durante as últimas quatro décadas. São tão eficazes quanto a maioria de outros agentes anti-hipertensivos. Administrados como monoterapia ou em associação com outros agentes, formam a base terapêutica para a maioria dos pacientes hipertensos.

Os diuréticos são prescritos para pacientes hipertensos principalmente por:

- sua eficácia, baixo custo e poucos efeitos colaterais;
- seu efeito sinérgico, quando em associação com outros agentes anti-hipertensivos;
- impedir a retenção de sal e fluido causada por outros agentes anti-hipertensivos e;
- sua utilidade em pacientes com falência cardíaca (NIGRO; FORTES, 2005).

Estes medicamentos constam na lista da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME).

Uma lista de medicamentos essenciais é uma das prioridades para a obtenção de cobertura da população. Ela deve conter medicamentos de eficácia comprovada e riscos aceitáveis, para atender às necessidades de prevenção e tratamento das doenças mais freqüentes. Devem ser selecionados produtos farmacêuticos que tenham dados científicos obtidos por ensaios clínicos controlados, que satisfaçam as normas de qualidade, incluindo a biodisponibilidade, com informação objetiva, exata e completa sobre os medicamentos de acordo com fontes imparciais (DUPIM; RIGHI, 1997).

A Política Municipal de Medicamentos é abrangente, que, se colocada em prática, poderá trazer ao setor de saúde, no município, melhorias na qualidade de vida da população.

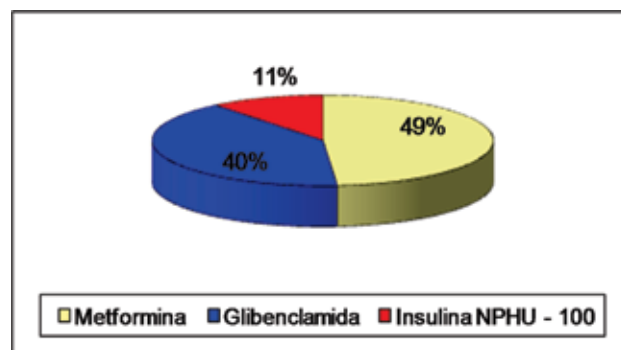


Figura 3. Medicamentos utilizados na diabetes

Como nos mostra a figura 3, dentre os medicamentos utilizados para diabetes *mellitus* o mais usado foi a metformina com 48% e o menos utilizado foi a insulina com 11%.

Isso se deve ao fato de além do custo elevado da insulinoterapia para o país, temos a alta complexidade em relação ao seu uso e a rejeição das pacientes pelo tratamento. Uma opção mais barata, simples e de fácil aceitação, como o uso de terapêutica oral, torna-se de grande interesse, não só para a saúde pública como para o paciente. Com isso, estudos como os de Silva *et al.* (2007), sobre o uso dos hipoglicemiantes orais são importantes.

Cabe destacar que a prescrição de insulina, para pacientes portadores de diabetes tipo 2 somente é recomendada quando o controle com hipoglicemiantes orais não é alcançado (FUCHS *et al.*, 1998).

A metformina é uma biguanida que tem sido usada no manejo do DM2 há mais de 40 anos. Melhora o controle glicêmico, aumentando principalmente a sensibilidade hepática (por meio da supressão da glicogenólise e inibição da gluconeogenese no fígado) e em menor extensão melhora a sensibilidade do músculo à insulina (maior captação periférica de glicose e armazenamento no músculo). Também

Tabela 1. Distribuição de pacientes segundo patologia e faixa etária

Faixa etária	Número de casos (Prevalência)						Total
	Patologias						
	HAS		DM		HAS + DM		
20 – 40	5	(7%)	1	(14%)	1	(5%)	7
41-60	36	(49%)	4	(57%)	8	(40%)	48
61 – 80	27	(37%)	2	(29%)	11	(55%)	40
81-100	5	(7%)	0	(0%)	0	(0%)	5
Total	73		7		20		100

tem ação diminuindo a oxidação dos ácidos gordurosos e a absorção de glicose intestinal, mas a contribuição desses efeitos na ação anti-hiperglicemiante é considerada pequena. Além disso, colabora na redução do colesterol, dos triglicérides e do peso corporal (GABBAY, 2008).

A tabela 1 nos mostra a distribuição de pacientes segundo a faixa etária, sendo que, o maior número de casos tanto para HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) e DM (Diabetes Mellitus) ficou na faixa etária de 41 a 60 anos e a faixa etária que obteve um menor número foi a de 81 a 100 anos, porém a menor prevalência desta faixa etária em relação aos mais jovens, pode ser explicada pela sua menor concentração demográfica e a morbi/mortalidade das doenças, principalmente a associação entre diabetes e hipertensão.

Já que diversos estudos têm demonstrado que a idade é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento da diabetes e hipertensão (CRUZ, 2004; LOURENÇO, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.*, 2007).

A tabela 1 nos mostra uma maior distribuição de pacientes com hipertensão e diabetes associadas na faixa etária dos 61 – 80 anos, com 11 (55%) dos casos, sugere-se que este fato pode estar associado ao desenvolvimento de alterações morfológicas nas membranas basais de pequenos vasos, nas artérias e nos rins, quando o diabetes *mellitus* esta presente por 10 a 15 anos (PORTH, 2004).

Podemos observar na tabela 2 que o maior índice de ocupação ficou entre as profissões de baixa ou nenhuma renda, o que pode explicar esses dados é que uma redução no nível sócio econômico esta associada a um aumento dos outros fatores de risco para elevar a pressão arterial e o diabetes. A maior prevalência de trabalhadoras do lar com 35 casos deve-se ao fato de haver um número maior de mulheres no grupo estudado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.*, 2007).

A partir do conhecimento das características e das especificidades do grupo de pacientes atendidos pela equipe de profissionais do ESF estudado é possível buscar

Tabela 2. Distribuição ocupacional

Ocupação	Número de pacientes
Aposentado	24
Artesão	2
Auxiliar de enfermagem	1
Costureira	10
Desempregado	3
Diarista	13
Do lar	35
Guarda noturno	1
Latoeiro	1
Microempresário	3
Pedreiro	4
Vendedor	3
Total	100

estratégias para melhor desenvolver a assistências farmacêutica, principalmente no que se refere a adesão ao tratamento.

Durante a realização deste trabalho verificou-se que os pacientes com baixo nível socioeconômico tem normalmente maiores dificuldades de buscar a prevenção através do controle alimentar, exercícios físicos e outras formas de compensar fatores de risco da vida moderna, bem como de compreender e aderir ao tratamento. Diante disso o projeto de extensão Atenção Farmacêutica Domiciliar tem utilizado estratégias de acompanhamento farmacêutico e organização dos medicamentos, como exemplo, a confecção de caixas artesanais (figura 1) para o armazenamento de medicamentos de uso contínuo no domicílio, com auxílio de pictogramas de forma a auxiliar os pacientes com dificuldade ou barreiras para a leitura. Além disso, realiza diversas ações educativas (folders, palestras, cartazes e oficinas) para colaborar junto a equipe multiprofissional de saúde para melhorar a compreensão e adesão ao tratamento buscando a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados analisados e discutidos, observou-se que os pacientes assistidos pela equipe de profissionais da ESF Rubens Belisário Vedes, que sofrem de hipertensão e diabetes, tinham disponibilizados uma série de medicamentos para tais patologias. Dentre os medicamentos usados para hipertensão o mais utilizado foi o diurético hidroclorotiazida com 32% e para diabetes foi a metformina com 48%.

Obtivemos 7% dos pacientes considerados analfabetos. A distribuição ocupacional de maior número é a do lar, seguidos de aposentados, diaristas e costureiras. O maior número de pacientes foi do sexo feminino 73%.

Também se pode observar que o número de hipertensos foi maior do que os diabéticos e dos pacientes com associação das duas patologias. Quanto à faixa etária, de maior prevalência entre os hipertensos e diabéticos foi na faixa de 41 a 60 anos, já em pacientes que possuem as patologias associadas ficou entre 61 a 80 anos com prevalência de 55%.

Neste sentido torna-se evidente a necessidade de intervenção dos profissionais da área da saúde, em especial os farmacêuticos, sobre a orientação e acompanhamento em relação à medicação, podendo contribuir dessa forma para a melhoria da qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BISSON, M. P. *Farmácia clínica e atenção farmacêutica*. São Paulo: Medfarma, 2003. p.60-72.
- CORDEIRO, R. et al. Ocupação e hipertensão. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 380-7, oct. 1993.
- CECIL, R. L. *Medicina interna básica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 1225 p.
- CRUZ, I B M. et al. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 172-7, abr./jun. 2004.
- DUPIM, J. A. A.; RIGHI, R. E. Medicamentos essenciais nos sistemas locais de saúde. In: BONFIM, R. A. B.; MERCUCCHI, V. L. (Org). *A construção da política de medicamentos*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 138-154.
- FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. *Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- GABBAY, M. A. L. Adjuvantes no tratamento da hiperglicemia do diabetes melito tipo 1. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 279-87, mar. 2008.
- GOLDENBERG, P. et al. Diabetes mellitus auto-referido no Município de São Paulo: prevalência e desigualdade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, 37-45, jan./mar. 1996.
- GOLDENBERG, P.; SCHEKMAN, S.; FRANCO, J.L. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 18-28, abr. 2003.
- LOURENÇO, R. A. Diabetes no idoso. In: OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, A. (Org.). *Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico e tratamento multidisciplinar*. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 339-44.
- MOSEGUI, G. B. G. et al. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 437-44, oct. 1999.
- NEGRATO, C. A. *Diabetes: educação em saúde*. Bauru: EDUSC, 2001. 84 p.
- NIGRO, D.; FORTES, Z. B. Efeitos farmacológicos dos diuréticos e dos bloqueadores dos canais de cálcio. *Rev. Bras. Hipertens.*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 103-7, abr./jun. 2005.
- OLIVEIRA, R. F.; SANTOS, A. C. M. A educação dos diabéticos. *Diabetes Clín.*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 307-10, mar./abr. 2000.
- PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-85, fev. 2006.
- PORTH, C. *Fisiopatologia*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 1451 p.
- ROBBINS, S. L.; COTRAN, R. S.; KUMAR, V. *Patologia estrutural e funcional*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 1251.
- SABRY, M. O. D.; SAMPAIO, H. A. C.; SILVA, M. G. C. Hipertensão e obesidade em um grupo populacional no Nordeste do Brasil. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 15, n. 2, p.132-47, mai./ago. 2002.
- SBD (Sociedade Brasileira de Diabetes). *Diabetes tipo 2*. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/diabetes/tipos/dm2.php>>. Acesso em: 11 set. 2007.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 89, n. 3, p. e24-e79, set. 2007.
- SILVA, J. C. et al. Glibenclamida no tratamento do diabetes melito gestacional em estudo comparado à insulina. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, São Paulo, v. 51, n. 4, p. 541-6, jun. 2007.
- SORATTO, E. *O que é PSF?* Florianópolis, 17 jan. 2005. Disponível em: <http://www.calenf.ufsc.br/index.php?option=com_content&task=view&id=72&Itemid=2> Acesso em: 17 set. 2007.
- SOUZA, L. J. et al. Prevalência de diabetes mellitus e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 69-74, fev. 2003.
- TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 885-95, out./dez. 2004.