

Paulo Yuri Milen Firmino
 Bruna Cristina Cardoso Martins
 Sarah de Carvalho Freitas Alves
 Tainá Osterno Vasconcelos
 Lívia Falcão Lima
 Bruna Esmeraldo Oliveira
 Vanessa Maria de S. Fernandes Vieira
 Ângela Maria de Souza Ponciano
 Luiza Izabel Mesquita Moreira da Silva
 Marta Maria de França Fonteles

AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES HIPERTENSOS SOB ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CARDIOVASCULAR RISK EVALUATION IN PATIENTS WITH
 HYPERTENSION UNDER PHARMACOTHERAPEUTIC
 FOLLOW-UP IN PRIMARY HEALTH CARE

Universidade Federal do Ceará

EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES
 HIPERTENSOS BAJO SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO
 EN ATENCIÓN PRIMÁRIA DE SALUD

RESUMO

Objetivo: O estudo longitudinal, do tipo follow-up, objetivou investigar a influência da prestação da Atenção Farmacêutica sobre a taxa de risco cardiovascular de pacientes hipertensos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde do Ceará.

Métodos: Um acompanhamento farmacoterapêutico foi realizado, com duração de seis meses, seguindo o Método Dáder. No início e fim do acompanhamento foram registrados exames laboratoriais e níveis pressóricos dos pacientes, indicadores necessários para o cálculo da taxa de risco, feito através da Escala de Framingham. Os valores foram comparados, estatisticamente, utilizando o programa Sigma Plot, e teste t de Student e Wilcoxon, com nível de significância de 5%.

Resultados: Foi observada uma diferença significativa nos valores médios da taxa de risco cardiovascular, passando de 13,4% para 9,5% ao fim do estudo, e dos níveis de pressão arterial sistólica, valor inicial de 146,1mmHg e final de 128,7mmHg, equivalendo a uma redução de 29% e de 11,9% do valor inicial, respectivamente ($p < 0,05$). A redução tendeu a ser proporcional ao tempo de acompanhamento.

Conclusão: Nossos resultados sugerem que o acompanhamento farmacoterapêutico pode ser eficaz na redução da taxa de risco cardiovascular e níveis de pressão arterial sistólica. Enfatiza-se a importância da prestação da Atenção Farmacêutica para pacientes hipertensos em relação à melhora do quadro de saúde atual e da prevenção de complicações cardiovasculares futuras.

Palavras-chave: Atenção Farmacêutica; Risco Cardiovascular; Hipertensão Arterial Sistêmica.

ABSTRACT

Objective: This longitudinal follow-up study, aimed to investigate the influence of a Pharmaceutical Care service on the cardiovascular risk rate of patients with hypertension attending a Primary Care Unit located in Ceará.

Methods: A pharmacotherapeutic follow-up was carried out for 6 months according to the Dáder Method. At the beginning and end of the follow-up, the patients' laboratory investigations and blood pressure results were registered. These indicators are necessary to calculate the risk rate from the Framingham Scale. The results were analyzed with Sigma Plot software using the Student t and Wilcoxon tests, set at a significance level of 5%.

Results: Significant differences were observed on the mean values of cardiovascular risk rate, reducing from 13,4% to 9,5% at the end of the study, and systolic blood pressure, initial value of 146,1mmHg and final value of 128,7mmHg, representing reductions of 29% and 11,9% of the initial value, respectively. The reductions tended to be proportional to the length of the follow-up.

Conclusion: Our findings suggest that the pharmacotherapeutic follow-up can effectively reduce cardiovascular risk rate and systolic blood pressure. These findings emphasize the importance of the practice of Pharmaceutical Care in patients with hypertension as a good strategy to improve their current health status and the prevention of future complications.

Keywords: Pharmaceutical Care; Cardiovascular Risk; Arterial Systemic Hypertension.

Recebido em: 18/11/11

Aceito em: 03/01/12

Autor Correspondente:
 Marta Maria de França Fonteles
 Universidade Federal do Ceará
 martafonteles@yahoo.com.br

RESUMEN

Objetivo: El estudio longitudinal, del tipo prospectivo, tuvo por objetivo investigar la influencia de la prestación de la Atención Farmacéutica en la tasa de riesgo cardiovascular de los pacientes hipertensos

atendidos por uma Unidade Básica de Saúde do Ceará.

Metodologia: Um seguimento farmacoterapêutico se levou a cabo, al largo de seis meses, siguiendo la metodología Dáder. Al principio y al final del seguimiento los exámenes laboratoriais y los niveles de presión arterial de los pacientes fueron registrados, indicadores necesarios para calcular la tasa de riesgo, realizado a través de la escala de Framingham. Los valores fueron comparados estadísticamente, se utilizó el programa Sigma Plot e la prueba t de Student y de Wilcoxon, con un nivel de significancia de 5%.

Resultados: Se observó una diferencia significativa en los valores medios de la tasa de riesgo, variando entre 13,4% y 9,5% en el fin del estudio, y los niveles de presión arterial sistólica, valor inicial de 146,1 mmHg y final de 128,7 mmHg, lo que equivale a una reducción de 29% y de 11,9% respecto al valor inicial, respectivamente ($p < 0,05$). La reducción tendió a ser proporcional al tiempo del seguimiento.

Conclusión: Nuestros resultados sugieren que el seguimiento farmacoterapêutico parece ser eficaz en la reducción de la tasa de riesgo cardiovascular y en los niveles de presión arterial sistólica. Se enfatiza la importancia de la prestación de la Atención Farmacêutica a los pacientes hipertensos en relación a la mejora de la salud actual y la prevención de futuras complicaciones cardiovasculares.

Palabras claves: Atención Farmacêutica; Riesgo Cardiovascular; Hipertensión Arterial Sistêmica.

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25% e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente, sendo caracterizada como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos^(1,2).

No Brasil, de acordo com o DATASUS, estima-se que exista um total de 16.934.611 hipertensos dentre os brasileiros e que, pelo menos, 10% desse total apresentaram alguma complicação cardiovascular. Também, que no ano de 2011, até o mês de outubro, foram registradas 74.486 internações hospitalares com causa associada à hipertensão arterial sistêmica essencial⁽³⁾. Lotufo et al., 2005, referem que a principal causa de morte em todas as regiões do Brasil é o acidente vascular cerebral, acometendo as mulheres em maior proporção⁽⁴⁾.

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010)⁽⁵⁾, a estratégia terapêutica deverá ser individualizada conforme a estratificação de risco e a meta do nível de pressão arterial a ser alcançado. Para emprego isolado do tratamento não-medicamentoso, ou associado ao tratamento medicamentoso como estratégia terapêutica, deve-se considerar a meta da pressão arterial a ser atingida que, em geral, é determinada pelo grau de risco cardiovascular.

O estudo de Framingham desenvolveu uma estimativa, ou uma pontuação padrão, capaz de prever, numericamente, o risco total de desenvolvimento de doença arterial coronária (insuficiência coronariana), que é, dentre as doenças cardiovasculares, a de maior incidência. Assim, os escores de risco de Framingham calculam o risco absoluto de eventos coronarianos em 10 anos⁽⁶⁾. São atribuídos pontos para idade, pressão arterial sistólica e diastólica, colesterol total, HDL-colesterol, tabagismo (qualquer cigarro no último mês) e presença ou não de Diabetes mellitus. Após o cálculo dos pontos é consultada a tabela de risco para ambos os sexos⁽⁷⁾.

Como a HAS é uma síndrome clínica multifatorial, contar com a contribuição de uma equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso é conduta desejável, sempre que possível, tendo grau de recomendação I e nível de evidência A⁽⁸⁾. A atuação do farmacêutico, em específico, como provedor de cuidados em saúde para população em geral e para alguns tipos de pacientes-alvo, tem sido tema de pesquisas em todo o mundo⁽⁸⁾. Revisões sistemáticas demonstraram que a atuação do profissional farmacêutico em nível comunitário, inclusive através do acompanhamento farmacoterapêutico (um dos macrocomponentes da Atenção Farmacêutica), foi capaz de prover redução estatística dos níveis pressóricos, níveis de colesterol e de glicemia em pacientes hipertensos, gerando benefícios clínicos especialmente naqueles que apresentavam síndrome metabólica⁽⁸⁻¹⁰⁾. Desse modo, ao relacionar os indicadores clínicos determinantes do risco cardiovascular (níveis de colesterol e pressão arterial sistólica) com os resultados positivos de estudos científicos envolvendo Atenção Farmacêutica, pode-se inferir que essa prática pode exercer impacto importante no manejo do risco cardiovascular.

Nesse sentido, o presente estudo objetivou avaliar a influência do acompanhamento farmacoterapêutico, realizado durante a prestação da Atenção Farmacêutica, sobre os índices de risco cardiovascular em pacientes hipertensos cadastrados na Unidade de Cuidados Farmacêuticos de uma unidade básica de saúde do município de Fortaleza-Ceará.

2. MÉTODOS

2.1. Descrição do Estudo

O estudo ocorreu na Unidade de Cuidados Farmacêuticos (UCF) localizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Anastácio Magalhães (UBS-AM), pertencente à Regional III do SUS, no Município de Fortaleza, Ceará.

O modelo de investigação consistiu em um estudo descritivo, longitudinal, do tipo follow-up, onde cada paciente funcionou como seu próprio controle. O Acompanhamento Farmacoterapêutico (AFT) durou seis meses e seguiu o Método Dáder⁽¹¹⁾, como método clínico de acompanhamento de pacientes/usuários, abrangendo as seguintes etapas: 1. oferta do serviço/convite para participar da AFT; 2. entrevista inicial para registros na ficha clínica que incluiu dados pessoais, hábitos de vida, história clínica e perfil farmacoterapêutico; 3. estado de situação; 4. fase de estudo do estado situacional; 5. avaliação global; 6. intervenção farmacêutica e, 7. avaliação sistemática dos resultados, incluindo agendamento de retorno e entrevistas sucessivas.

A influência do AFT no manejo do risco cardiovascular foi avaliada a partir de indicadores de resultados clínicos, representados por exames laboratoriais (glicemia, colesterol total e suas frações, e triglicerídeos), realizados a pedido da equipe médica local durante o acompanhamento médico, e aferições da pressão arterial, feitas pela equipe da UCF ou pela equipe de enfermagem da UBS. Os referidos indicadores foram utilizados para calcular o risco cardiovascular de acordo com o Escore de Framingham, que foi realizado em dois momentos: no início do AFT e após seis meses de acompanhamento. Desse modo, os dois resultados puderam ser comparados a fim de avaliar a influência da prática da Atenção Farmacêutica quanto à redução do risco cardiovascular.

Durante o AFT, foram identificados Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM), a partir do auto-relato dos pacientes acompanhados e da análise do perfil farmacoterapêutico, e feitas intervenções farmacêuticas, quando cabíveis, junto ao próprio paciente/usuário ou ao médico responsável pelo mesmo, na tentativa de solucionar ou prevenir os PRM identificados.

Para o desenvolvimento do AFT, os profissionais presentes na UBS foram sensibilizados quanto à execução do estudo. Desse modo, os mesmos puderam colaborar na referência de pacientes e na efetivação das intervenções farmacêuticas sugeridas.

2.2. Seleção de Pacientes

Quanto aos critérios de inclusão e exclusão, foram incluídos:

- pacientes/usuários com diagnóstico de hipertensão referenciados por médicos e pela enfermeira responsável pela triagem de pacientes com hipertensão, bem como pelo farmacêutico, com auxílio de estagiários previamente treinados, da Farmácia de dispensação da UBS, segundo presença de, pelo menos, dois dos indicadores de referenciamento pré-estabelecidos: 1. pacientes em início de tratamento para hipertensão arterial (1ª consulta médica); 2. pacientes em uso de 2 ou mais antihipertensivos; 3. pacientes que demonstraram inefetividade do tratamento; 4. pacientes que não sabiam como ou quando administrar seus medicamentos; 5. pacientes que não entendiam o motivo do uso dos antihipertensivos.

- pacientes/usuários-alvo que não tinham participado de algum estudo envolvendo AFT.

- pacientes/usuários alvo que concordaram em participar do estudo e assinaram o termo de consentimento.

Foram excluídos aqueles pacientes que não tiveram condição de responder as questões da ficha farmacoterapêutica e que não estavam cadastrados na UBS ou em alguma unidade básica de Fortaleza.

A UCF foi responsável pela contra-referência, quando pertinente, encaminhando as intervenções farmacêuticas feitas aos atores envolvidos, certificando-se, posteriormente, se a intervenção foi aceita ou não pelo profissional de saúde envolvido ou pelo próprio paciente.

A seleção dos pacientes para o estudo ocorreu no período de dezembro de 2009 a fevereiro de 2010, sendo incluídos, também, para a análise final dos resultados, os pacientes previamente cadastrados e acompanhados na UCF desde o início de seu funcionamento. Vale ressaltar que, para manter a paridade dos resultados, foram considerados apenas os desfechos obtidos em seis meses, nos casos de pacientes com mais tempo de AFT.

2.3. Instrumentos Utilizados

Para a execução do AFT, foram utilizados os seguintes instrumentos, previamente elaborados pela equipe integrante do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (CEATENF), da Universidade Federal do Ceará: um questionário de entrevista, planilha de evolução, planilha de planejamento de intervenções, tabela de horários e instrumento de contra-referência. Além desses instrumentos, foi utilizada a Tabela de Escore de Framingham contida na IV Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose publicada em 2007⁽⁷⁾ a fim de realizar o cálculo do risco cardiovascular de cada paciente.

2.4. Entrevista

As entrevistas com os pacientes incluídos no estudo foram realizadas pelos integrantes da equipe da UCF local, tendo o método Dáder como base para a execução⁽¹¹⁾. Um intervalo de dois meses foi utilizado entre as entrevistas marcadas com os participantes, salvo exceções de acordo com as necessidades e limitações de cada indivíduo, havendo, portanto, quatro entrevistas programadas para o AFT.

2.5. Análise dos Dados e Aspectos Éticos

A análise dos resultados foi realizada após o processamento dos dados usando o programa Epi Info versão 3.5.1, para a elaboração do banco de dados, e do programa Sigma Plot versão 10, para a realização dos testes de hipótese, seguindo o método de análise Last Observation Carried Forward⁽¹²⁾. Os testes de hipóteses utilizados foram o teste t de Student para amostras pareadas, para as variáveis numéricas paramétricas, e o teste de Wilcoxon, para as variáveis não-paramétricas. O nível de significância considerado foi de 5%.

Com relação aos aspectos éticos, o estudo foi projetado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - COMEPE (número do protocolo de aprovação: 88/09).

3. RESULTADOS

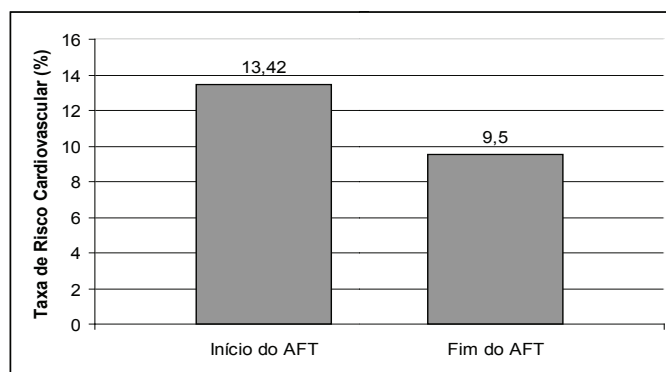
Até o final do período de captação de pacientes para o presente estudo, 40 pacientes/usuários atendidos pela farmácia de dispensação da UBS-AM foram abordados e incluídos no AFT. Dentre os 40 pacientes iniciais incluídos, 23 completaram o período de seis meses de AFT estabelecido no estudo, sendo essa amostra considerada para a análise da influência do AFT nos níveis pressóricos. Dentre esses 23 pacientes, 12 apresentaram os exames necessários para o cálculo da taxa de risco cardiovascular e 17 apresentaram resultados de exames de glicemia.

3.1. Risco Cardiovascular

Após a avaliação da taxa de risco cardiovascular dos 12 pacientes, observou-se que a média passou de 13,4% (desvio padrão: 9,2) para 9,5% (desvio padrão: 6,0) ao fim do AFT. A diferença de 3,92% da taxa média inicial para a final obtida representou redução estatisticamente significante, após realização de teste de hipótese adequado de, aproximadamente, 29%

do valor inicial ($p < 0,05$) (FIGURA 1).

Figura 1: Perfil Inicial e Final da Taxa de Risco Cardiovascular (RCV) em pacientes/usuários hipertensos da Unidade de Cuidados Farmacêuticos da UBS-AM, Fortaleza- Ceará (n=12)^{a,b}

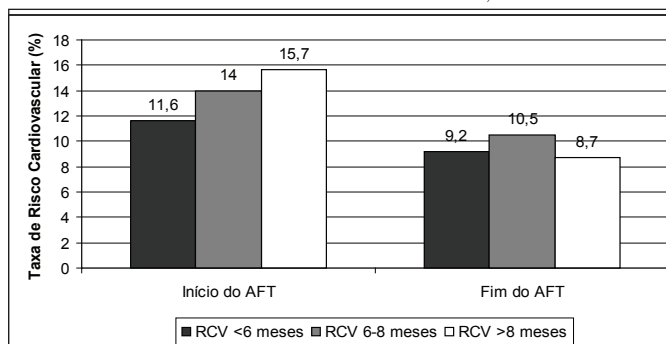


^a Um total de 23 pacientes foram acompanhados durante seis meses, mas somente 12 desses pacientes/usuários hipertensos apresentaram os exames necessários para o cálculo da taxa de risco cardiovascular. ^b $p < 0,05$ quando comparado os valores do início e fim do AFT (teste t de Student)

Na amostra analisada para a taxa de risco cardiovascular, os exames para o cálculo da taxa de RCV do perfil final foram apresentados em tempos de AFT diferentes pelos pacientes. Desse modo, foi possível estratificar a amostra em grupos de acordo com o tempo decorrido de AFT e estabelecer uma possível relação tempo-resultado.

O primeiro grupo estratificado demonstrou aqueles pacientes/usuários, totalizando cinco sujeitos da pesquisa, cujos exames foram apresentados antes dos seis meses de AFT. Neste subgrupo foi observada diferença de 2,4% entre o valor médio inicial e final para a taxa de risco cardiovascular, passando de $11,6\% \pm 10,4$ (início do AFT) para $9,2\% \pm 6,9$ (fim do AFT), o que representou redução de, aproximadamente 20,7% do valor inicial. O segundo grupo com estratificação feita em função do tempo equivaliu àqueles pacientes/usuários cujos exames foram obtidos em torno de seis a oito meses de AFT, totalizando quatro indivíduos. A diferença dos valores médios dos perfis inicial e final deste subgrupo foi de 3,5% (média inicial de $14\% \pm 8,8$ e final de $10,5\% \pm 7,1$), equivalendo a uma redução de 25% do valor inicial. O terceiro e último grupo, composto por três pacientes/usuários, representou aqueles com exames obtidos após oito meses de AFT. Neste caso, foi observada uma redução de, aproximadamente, 44,7% do valor médio inicial da taxa de risco cardiovascular, representada pela diferença de 7% entre a média do perfil inicial de $15,7\% \pm 10,9$ e do perfil final de $8,7\% \pm 5,0$. Após realização do teste estatístico de hipótese, nenhum dos subgrupos apresentou diferença significativa, mas uma tendência à redução com o tempo de AFT pode ser observada (FIGURA 2).

Figura 2: Perfil Inicial e Final da Taxa de RCV estratificado pelo tempo de acompanhamento dos pacientes/usuários hipertensos da Unidade de Cuidados Farmacêuticos da UBS-AM, Fortaleza-Ceará*



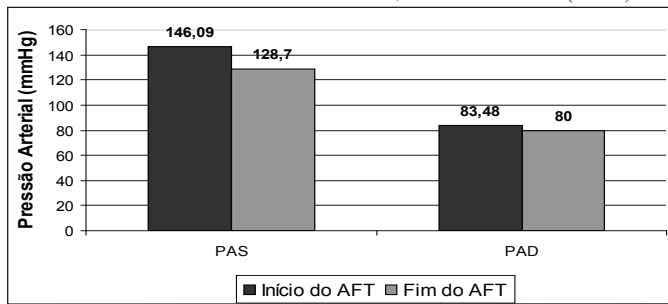
Um total de 12 pacientes/usuários hipertensos sob AFT apresentou os exames necessários para o cálculo da taxa de risco cardiovascular e foram estratificados quanto ao tempo de AFT e distribuídos como <6 meses (n=5), 6-8 meses (n=4) e >8 meses (n=3).

3.2. Pressão Arterial

Considerando-se, primeiramente, os dados dos níveis pressóricos sistólicos (PAS), foi obtido, ao fim do estudo, que o perfil inicial dos pacientes apresentou média de 146,09±21,3 mmHg e o final apresentou média de 128,70±12,5 mmHg. A diferença obtida foi de 17,39 mmHg, representando uma redução, estatisticamente significativa, de 11,9% do valor inicial ($p<0,05$) (FIGURA 3).

Ao considerar os valores coletados acerca dos níveis pressóricos diastólicos (PAD), foi identificado que no início do AFT, a pressão arterial diastólica dos participantes do estudo apresentou média de 83,48±11,1 mmHg; ao fim do AFT, a média foi de 80±7,4 mmHg. A diferença entre essas médias obtidas nos dois momentos distintos não foi significante estatisticamente.

Figura 3: Perfil Inicial e Final da PAS e PAD dos pacientes da Unidade de Cuidados Farmacêuticos da UBS-AM, Fortaleza-Ceará (n=23)



3.3. Colesterol total, frações HDL e LDL e triglicerídeos

O perfil dos níveis de colesterol total, colesterol-HDL, colesterol-LDL e de triglicerídeos foi obtido a partir dos exames laboratoriais disponibilizados por 12 pacientes/usuários acompanhados durante seis meses, e as médias dos níveis conseguidos foram comparados no início e final do AFT. Os valores médios dos níveis de colesterol total (início: 202,17±47,1 mg/dL; final: 215,92±55,5 mg/dL), colesterol-HDL (início: 48,42±19,1 mg/dL; final: 40,67±5,8 mg/dL) e, colesterol-LDL (início: 108,58±35,4 mg/dL; final: 109±33,9 mg/dL), comparados nos dois momentos, não foram estatisticamente significantes. Por sua vez, o perfil médio inicial dos níveis de triglicerídeos foi de 226,58±98,4 mg/dL e o final, 374,5±401,4 mg/dL. A diferença das médias observada foi de 147,92 mg/dL, representando uma tendência de aumento de, aproximadamente, 65,3% do valor inicial.

3.4. Glicemia

Quanto à glicemia, o perfil inicial médio de glicemia foi de 182,35±86,8 mg/dL, enquanto o perfil após o fim do acompanhamento apresentou uma média de 169,12±87,4 mg/dL (n=17 pacientes). A diferença das médias dos dois momentos foi de 13,23 mg/dL, o que representa uma tendência de redução de, aproximadamente, 7,2% do inicial, mas isso não apresentou significância estatística.

4. DISCUSSÃO

Nossos resultados demonstraram uma redução significativa da taxa de risco cardiovascular após os seis meses de AFT, tendo diminuído a média apresentada inicialmente em, aproximadamente, 4% (29,2% do valor inicial). Este resultado foi semelhante ao encontrado em outros estudos que avaliaram o efeito de uma intervenção farmacêutica sobre o risco cardiovascular⁽¹³⁻¹⁶⁾. Isto nos leva a acreditar que o serviço de Atenção Farmacêutica pode ser uma importante estratégia para diminuir o risco cardiovascular nos pacientes hipertensos sob AFT por pelo menos seis meses.

Em particular, a influência do AFT sobre a taxa de RCV pode ser considerada, no nosso trabalho, como tempo-dependente, uma vez que as diferenças das taxas de RCV, inicial e final, aumentaram com o aumento do tempo de AFT disponibilizado ao paciente, o que gera maior benefício clínico. Apesar dessa diferença, os testes estatísticos não foram capazes de comprovar a hipótese relatada, provavelmente, devido ao tamanho amostral, que inviabilizou a exclusão

da aleatoriedade dos resultados obtidos.

A pressão arterial sistólica apresentou uma diferença estatisticamente significativa entre os dois momentos temporais analisados, atingindo a meta terapêutica determinada⁽⁵⁾. Nesse contexto, pode-se inferir que o programa de Atenção Farmacêutica foi capaz de influenciar positivamente na redução dos valores pressóricos sistólicos dos pacientes/usuários incluídos no estudo. Outros estudos envolvendo a prestação da Atenção Farmacêutica a pacientes hipertensos com ou sem Diabetes Mellitus tipo 2 como co-morbidade, apresentaram resultados positivos em relação à redução dos valores de pressão sistólica, confirmando, nossos achados nesse aspecto^(8,9,16-22).

Considerando os resultados sobre a pressão arterial diastólica, observou-se que houve uma redução no valor médio inicial, porém os testes estatísticos não confirmaram a hipótese de que a redução foi relacionada à intervenção farmacêutica. Outros estudos mostraram resultados satisfatórios em período semelhante, relacionando a redução da pressão diastólica com a presença de um serviço de Atenção Farmacêutica^(8,9,17-22). Um outro estudo apresentou redução dos níveis pressóricos, porém sem diferença estatisticamente significativa, pois os níveis médios iniciais já se encontravam próximos ao valor definido como meta⁽¹⁶⁾. Esta situação foi semelhante ao que se observou no nosso estudo, cujo valor médio inicial da PAD apresentou-se como 83,478 mmHg, muito próximo à meta de 80 mmHg⁽⁵⁾, eliminando, deste modo, a possibilidade de haver diferença suficiente entre os perfis inicial e final, em uma amostra com número limitado, para que os testes indicassem relevância à hipótese.

Os resultados referentes às mudanças das médias dos níveis de colesterol total e das frações LDL e HDL não representaram um impacto positivo do serviço prestado. Portanto, a meta esperada não foi atingida, indo contra os resultados apresentados por Eizerik & Manfro⁽¹⁰⁾. Apesar dos resultados aparentemente negativos, os testes estatísticos empregados na análise dos dados não anularam a possibilidade da diferença entre as médias ter sido ocasionada pelo "acaso". Porém, pode-se ressaltar que os resultados desvantajosos apresentados ocorreram, possivelmente, devido ao fato de, algumas vezes, os pacientes/usuários acompanhados não terem acesso aos medicamentos hipolipemiantes necessários ou não aderirem, corretamente, à terapia medicamentosa e não-medicamentosa.

Os resultados obtidos da diferença dos níveis glicêmicos mostraram uma redução, mas sem ser considerada significativa. Além disso, o valor médio final não se encontrou dentro da meta terapêutica determinada⁽²³⁾. Desse modo, a influência do estudo sobre o indicador clínico 'glicemia' não foi comprovada, como foi visto em outros estudos previamente realizados^(14,16). Porém, os estudos referidos obtiveram seus resultados finais após um acompanhamento com profissional farmacêutico de 12 meses de duração, o dobro do tempo disponível para a coleta dos resultados do presente trabalho, sugerindo que, para que se haja um resultado relevante para esse indicador clínico, deve-se considerar um maior tempo de AFT e um maior tamanho amostral.

Estudos apresentando a participação do profissional farmacêutico em atividades clínicas e assistenciais realizadas em nível de atenção primária de saúde ainda são incipientes, mas devem ser estimulados de forma a analisar essa participação e propiciar uma maior integração do farmacêutico nos serviços clínicos. Particularmente, programas do SUS como o Hiperdia, com foco no paciente/usuário hipertenso e/ou diabético, viabilizam a participação da equipe multiprofissional e clínica integrada. Associado a isto, a estruturação de unidades de cuidados farmacêuticos nas unidades básicas podem colaborar com essa integração, auxiliando na atenção ao paciente de forma mais aprofundada dado ao acompanhamento sistemático que é proposto.

No nosso estudo, algumas limitações foram observadas e convém ressaltá-las. Observou-se uma perda de cerca de 40% dos participantes da amostra, ocasionada por incompatibilidade de horários entre a rotina pessoal do paciente acompanhado e do atendimento na Unidade de Cuidados Farmacêuticos. Também, pela perda de contato por telefone e desinteresse do paciente em vir aos retornos marcados uma vez que já teve o atendimento médico e estava de posse do medicamento prescrito. Isto sem dúvida pode ser um importante problema a ser enfrentado por quem deseja desenvolver pesquisas nesse nível de atenção à saúde, necessitando-se incluir, intensamente, a sensibilização dos pacientes/usuários no momento da captação e visibilidade do serviço a ser prestado em todo o processo.

Além dessa dificuldade, uma limitação observada foi em relação à coleta da maioria dos indicadores clínicos, principalmente os provenientes dos exames laboratoriais: colesterol total, colesterol-HDL, colesterol-LDL e triglicerídeos.

De fato, dos 23 pacientes que finalizaram o AFT, foram obtidos os dados, de maneira completa, de 12 indivíduos. Isto se deveu a existência de irregularidade das solicitações dos exames necessários feita pelos médicos, chegando a, em alguns casos, não haver solicitação de exames durante um longo período de tempo, o que impossibilitou a coleta dos dados necessários para o cálculo da taxa de RCV e a pontuação da escala de Framingham, prejudicando a análise dos desfechos clínicos.

A inclusão de pacientes com tempos diferentes de diagnóstico de hipertensão pode ter acarretado em uma heterogeneidade da amostra e, conseqüentemente, em um viés de resultado.

Por fim, o tempo de AFT utilizado no presente estudo foi de 6 meses, considerado pelos autores como um tempo mínimo para observação de resultados referentes à prestação da Atenção Farmacêutica, porém um tempo maior poderia ser mais vantajoso para a observação de dados mais conclusivos em relação a alguns indicadores e proporcionaria redução dos vieses.

Tendo como base os resultados obtidos e as limitações observadas, nosso grupo de pesquisa delineou uma nova investigação a ser feita nesse contexto, de forma a confirmar os dados encontrados e viabilizar de maneira aprofundada, a análise da influência do AFT sobre os riscos cardiovasculares. Uma das medidas adotadas foi aumentar o tempo de AFT e garantir a realização dos exames laboratoriais aos pacientes/usuários do novo estudo.

5. CONCLUSÃO

O AFT para pacientes hipertensos realizado na Unidade de Cuidados Farmacêuticos da Unidade Básica de Saúde da Regional III de Fortaleza foi eficaz na redução da taxa de risco cardiovascular e dos níveis de pressão arterial sistólica, que, inclusive, é o nível pressórico relevante para o cálculo da taxa de risco cardiovascular de acordo com as IV Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose.

A prestação da Atenção Farmacêutica consiste em uma forma de fortalecer a interação dentro da equipe multidisciplinar de saúde, inserindo o profissional farmacêutico nas atividades clínico-assistenciais providas aos pacientes hipertensos, em interação com a equipe multiprofissional envolvida, contribuindo para a melhoria da saúde, prevenção de complicações cardiovasculares. Ressalta-se a necessidade de mais estudos nesse contexto de forma a efetivar essa prática aos pacientes/usuários assistidos em nível de atenção básica e primária.

REFERÊNCIAS

1. Fuchs FD. Hipertensão arterial sistêmica. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. Porto Alegre. Artmed, 2004.
2. Passos VMA; Assis TD; Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Brasília. Epidemiol. Serv. Saúde, 2006, 15(1).
3. Consulta realizada no dia 22 de Dezembro de 2011 no endereço <www.datasus.gov.br>.
4. Lotufo PA, Aikawa VN, Bambirra AP, et al. Higher Burden of Hemorrhagic Stroke among Women. [S.l.] Neuroepidemiology, 2005, 24.
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão & Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo. 2010.
6. Wilson PWF, D'Agostino RB, Levy D, et al. Prediction of Coronary Heart Disease Using Risk Factor Categories. Circulation, 1998, 97: 1837-1847.
7. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose. [S.l.] Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2007, 88(1).
8. Simoni CR. Avaliação do impacto de métodos de Atenção Farmacêutica em pacientes hipertensos não-controlados. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2009.
9. Obreli Neto PR, Marusic S, Lyra Junior DP, et al. Effect of a 36-month Pharmaceutical Care program on coronary heart disease risk in elderly diabetics and hypertensive patients. [S.l.] Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences, 2011, 14(2): 249 – 263.
10. Eizerik DP, Manfroi WC. Eficácia da atenção farmacêutica em dislipidemia: revisão sistemática. [S.l.] Rev HCPA, 2008, 28(1): 37-40.
11. Machuca M, Fernandez L, Faus MJ. Metodo Dader. Guia de Seguimento Farmacoterapeutico. Granada. Universidad de Granada, 2003.
12. Streiner DL. The Case of the Missing Data: Methods of Dealing With Dropouts and Other Research Vagaries. [S.l.] Canadian Journal of Psychiatry, 2002, 47(1): 68-75.
13. Tsuyuki RT, Olson KL, Dubyk AM, et al. Effect of Community Pharmacist Intervention on Cholesterol Levels in Patients at High Risk of Cardiovascular Events: The Second Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists (SCRIP-plus). [S.l.] The American Journal of Medicine, 2004, 116.
14. Clifford RM, Davis WA, Batty KT, et al. Effect of a Pharmaceutical care Program on Vascular Risk Factors in Type 2 Diabetes. Diabetes Care, 2005, 28(4): 771-776.
15. Mazzolini TA, Irons BK, Schell, EC, et al. Lipid Levels and Use of Lipid-Lowering Drugs for Patients in Pharmacist-Managed Lipid Clinics Versus Usual Care in 2 VA Medical Centers. [S.l.] Journal of Managed Care Pharmacy, 2005, 11(9): 763-771.
16. Al Mazroui NR, Kamal MM, McElnay JC, et al. Influence of pharmaceutical care on health outcomes in patients with Type 2 diabetes mellitus. [S.l.] British Journal of Clinical Pharmacology, 2009, 67(5).
17. McKenney JM, Slining JM, Henderson HR, et al. The Effect of Clinical Pharmacy Services on Patients with Essential Hypertension. Virginia. Journal of the American Heart Association, 1973, 48: 1104-1111.
18. Park JJ, Kelly P, Carter BL, et al. Comprehensive pharmaceutical care in the chain setting. Chicago. Journal of the American Pharmaceutical Association, 1996.
19. Muenster SJV, Carter BL, Weber CA, et al. Description of pharmacist interventions during physician-pharmacist co-management of hypertension. [S.l.] Pharmacy World & Science, 2008, 30(1): 128-135.
20. Aires CCNF, Marchiorato L. Acompanhamento Farmacoterapêutico a hipertensos e diabéticos na Unidade de Saúde Tereza Barbosa: Análise de caso. São Paulo. Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde, 2010, 1(1): 26-31.
21. Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S. Educational and organisational interventions used to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. Dundee. British Journal of General Practice, 2005, 55.
22. McLean DL, McAlister FA, Johnson JA, et al. A Randomized Trial of the Effect of Community Pharmacist and Nurse Care on Improving Blood Pressure Management in Patients With Diabetes Mellitus. [S.l.] Archives of Internal Medicine, 2008, 168(21): 2355-2361.
23. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus. [S.l.] Diagraphic Editora. 2007.