

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Experience report

Relato de experiencia

Acompanhamento farmacoterapêutico na dor crônica geriátrica: relato de caso

*Pharmacotherapeutic follow up in the geriatric chronic
pain: a case report*

*Seguimiento farmacoterapéutico en dolor geriátrico
crónico: relato de caso*

Luciana Vismari
Viviane Cristina Palma
Maristela Ferreira Catão Carvalho
Graziela Luppi

RESUMO: O presente trabalho relata o caso de uma paciente idosa que sofre de dor crônica, destacando-se os principais diagnósticos farmacêuticos encontrados, e as intervenções realizadas. Os resultados obtidos permitem concluir que o acompanhamento farmacoterapêutico pode contribuir de forma direta com a melhora na qualidade de vida de um/a paciente. No caso de doenças crônicas, como a dor, o acompanhamento deve ser contínuo, no sentido de garantir a adesão do paciente ao tratamento.

Palavra-chave: Adesão à Medicação, Idoso, Atenção Farmacêutica.

ABSTRACT: *The present study aims to report the case of an elderly patient with chronic pain, highlighting main pharmaceutical diagnostics and interventions. The obtained results allow us to conclude that the pharmaco therapeutic monitoring can contribute directly to improving the quality of life of the patient. In the case of chronic diseases, such as pain, monitoring should be continuous in order to ensure adherence to treatment.*

Keywords: *Medication Adherence; Elderly; Pharmaceutical Care.*

RESUMEN: *El presente trabajo informa el caso de un paciente anciano con dolor crónico, destacando los principales diagnósticos farmacéuticos encontrados e intervenciones realizadas. Los resultados obtenidos nos permiten concluir que el seguimiento farmacoterapéutico puede contribuir directamente a mejorar la calidad de vida del paciente. En el caso de enfermedades crónicas, como el dolor, la monitorización debe ser continua para garantizar el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente.*

Palabras clave: *Adherencia a la medicación; Ancianos; Atención farmacéutica.*

Introdução

O aumento na expectativa de vida é um fenômeno mundial. As projeções globais apontam para um aumento progressivo na proporção de idosos (com 60 anos ou mais), passando de 841 milhões de pessoas em 2013, para mais de 2 bilhões em 2050.

Este fenômeno é resultante da melhora nas condições de saúde, com declínio na mortalidade, e da queda na taxa de natalidade (United Nations, 2013). No entanto, este envelhecimento nem sempre acontece com qualidade de vida. É comum verificar entre idosos um aumento na morbidade associado a um quadro de incapacidade e dependência para realização das atividades diárias, além de um aumento da demanda por serviços de saúde e um maior gasto com aposentadorias e pensões (Nunes, 2004; Alves, & Bruno, 2005; United Nations, 2013).

Nesse contexto, surge o problema da dor crônica. Até hoje subestimada e considerada como parte do envelhecimento, recentemente tem recebido estudos que apontam sua crescente prevalência em idosos, problema este associado a uma piora da qualidade de vida e um aumento na dependência social desses idoso (Abdulla, *et al.*, 2013).

A dor também é uma das responsáveis pela automedicação do idoso, estando os analgésicos entre as principais classes de medicamentos isentos de prescrição e muito utilizados por esta parcela da população, segundo Goh, *et al.* (2009), além dos anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs). Estes últimos por serem considerados inapropriados a idosos, devem ter seu uso crônico evitado (*By The American Geriatrics Society, 2015, Beers Criteria Update Expert Panel*). Assim, de acordo com o Guia para o Manejo da Dor em Idosos, publicado pela Sociedade Geriátrica Britânica, o paracetamol, pela sua segurança e eficácia, deveria ser considerado o fármaco de primeira escolha no tratamento da dor, tanto aguda quanto crônica, particularmente nas dores de origem musculoesquelética. Os demais anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs), devido aos efeitos colaterais gastrintestinais, cardiovasculares e renais, deveriam ser usados com precaução em idosos, e na menor dose possível (Abdulla, *et al.*, 2013).

No entanto, sabe-se que os idosos consomem, proporcionalmente, cerca de três vezes mais medicamentos que os indivíduos mais jovens, a maioria de uso crônico, devido à coexistência de várias doenças. Este uso simultâneo de múltiplos fármacos (polifarmácia) é a regra, ao invés de exceção, o que predispõe à ocorrência de interações medicamentosas. Este fato é agravado pelas alterações fisiológicas típicas da idade, com mudanças, por exemplo, na taxa de metabolização e excreção, e fármacos. Estudos demonstram que cerca de 40% a 75% dos idosos não tomam seus medicamentos nos horários e quantidades certas. Além disso, aproximadamente 19% das admissões hospitalares entre pacientes idosos devem-se a reações adversas a fármacos (Pereira, & Freitas, 2008; SUS, 2003).

Grande parte desses problemas relacionados a medicamentos poderia ser prevenida se houvesse um acompanhamento adequado da terapia farmacológica proposta. É nesse ponto que a Atenção Farmacêutica se mostra uma ferramenta eficaz e necessária, já que o farmacêutico é o profissional de saúde mais próximo da população, com conhecimento técnico suficiente para avaliar eventuais problemas associados à farmacoterapia.

Obreli-Neto e colaboradores (2011) selecionaram 200 idosos, que foram divididos em um grupo-controle, que recebiam a orientação usual da atenção primária com médicos e enfermeiros; e um grupo-intervenção farmacêutica que, além do cuidado usual, recebiam o acompanhamento farmacêutico ao longo de 36 meses. No final desse período, o grupo-intervenção havia obtido um aumento significativo na adesão à farmacoterapia, confirmada pela aplicação do teste de Morisky-Green, ao longo do estudo. A consequência dessa maior adesão foi uma melhora significativa no controle pressórico, glicêmico, além de redução da dislipidemia.

Sendo assim, o objetivo do presente trabalho é o de relatar o caso de uma paciente idosa com sente dor crônica e outras comorbidades, destacando-se os principais diagnósticos farmacêuticos encontrados, as intervenções realizadas, assim como os resultados obtidos no sentido de melhora da qualidade de vida dessa paciente.

Casuística e aspectos éticos

Trata-se de um estudo do tipo relato de caso com intervenção. A paciente foi selecionada por meio de busca ativa entre os prontuários de idosos atendidos no Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia (IPGG), dentro da Disciplina de Prática Clínica Monitorada, do curso de Atenção Farmacêutica e Farmácia Clínica do Instituto Racine, que teve início em maio de 2015. Dentre os critérios de inclusão, estavam a presença de dor crônica, independentemente do gênero e das comorbidades. Foi convidada, para o estudo, a paciente que, além de atender aos critérios de inclusão, mostrou-se aderente às consultas farmacêuticas agendadas nos últimos meses. Diante do aceite, a paciente assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com base na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, no qual ficou claro que também seriam utilizados os dados coletados no período de maio de 2015 a fevereiro de 2016.

Metodologia de Acompanhamento Farmacoterapêutico

O seguimento farmacoterapêutico, iniciado já nas primeiras entrevistas da Prática Profissionalizante, foi realizado pelo Método Dáder. O foco desta metodologia está em avaliar, de forma sistemática, a necessidade, efetividade e segurança de todos os medicamentos em uso pelo paciente, a fim de identificar e resolver os possíveis Resultados Negativos associados ao uso de Medicamentos (RNM). Após esta identificação e a compreensão das possíveis causas (Problemas Relacionados a Medicamentos, PRMs), realizaram-se as intervenções farmacêuticas necessárias para resolver os RNM e, posteriormente, avaliaram-se os resultados obtidos. As intervenções farmacêuticas situaram-se em três esferas: Intervenção sobre a quantidade de medicamentos; sobre a estratégia farmacológica; e sobre a educação do paciente. Vale destacar que a retirada ou inserção de medicamentos, assim como possíveis alterações na dose, são apenas sugeridas ao prescritor, que é o responsável por aceitar, ou não, tais intervenções (Hernández, *et al.*, 2014; Comitê de Consenso, 2007).

Outros Instrumentos

Também foram empregados alguns instrumentos para avaliação geriátrica, validados na literatura. Para a avaliação da adesão do paciente ao tratamento, foi empregada a versão validada para o português da Escala de Morisky-Green, composta por quatro perguntas, que avaliam o comportamento do paciente quanto ao uso habitual do medicamento (Morisky, *et al.*, 1982; Morisky, Green, & Lavine, 1986; Bem, *et al.*, 2012). Para a avaliação do estado físico e psicológico geral do paciente, utilizaram-se: o Índice de Katz, de independência das atividades diárias (Apóstolo, 2012) e a Escala para avaliação das incapacidades nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), desenvolvida por Lawton e Brody e adaptada ao contexto brasileiro (Santos, & Virtuso Júnior, 2008).

Análise dos Resultados

Os resultados das Intervenções Farmacêuticas foram avaliados, tendo em vista uma melhora das principais queixas do paciente, e a resolução dos Resultados Negativos, associados ao uso de Medicamentos encontrados.

Resultados e discussão

Caracterização da paciente

LFM, 83 anos, sexo feminino, aposentada, viúva, três filhos (duas mulheres e um homem), mora sozinha, tendo como acompanhante em todas as consultas uma das filhas (T.R.S), a qual se mostra bastante preocupada com a mãe, visitando-a diariamente.

O quadro clínico da paciente caracteriza-se por poliartralgia, osteoartrose de ambos os joelhos, insuficiência venosa de membros inferiores, com histórico de trombose venosa e dislipidemia, além de hipertensão arterial sistêmica e hipotireoidismo. Relata que adquire uma parte dos medicamentos e que a outra parte é obtida na rede pública (Unidade Básica de Saúde (UBS) e IPGG, e que mantém boa relação com a equipe de saúde que a acompanha.

Primeira consulta farmacêutica

Na primeira consulta farmacêutica, realizada em 23/07/2015, sua principal queixa era a dor crônica (10 na escala analógica de dor de 0-10), que limita seus movimentos e compromete sua qualidade de vida. Não trouxe exames mais recentes, além de não ter sido possível aferir sua pressão arterial, devido à inexistência de manguito adequado para pacientes obesos. Na aplicação do Índice de Katz, ela mostrou independência em todas as funções de atividades diárias. No entanto, a Escala para avaliação das incapacidades relativas às Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) a idosa mostrou dependência parcial, particularmente nas atividades que exigem locomoção e períodos em pé, tais como fazer compras e preparo de refeições.

a) Medicamentos utilizados

A tabela 1 ilustra os medicamentos prescritos para a paciente LFM, e a forma como eles têm sido utilizados.

Tabela 1: Medicamentos prescritos e forma de utilização, identificados na primeira consulta farmacêutica

	Prescrito	Utilizado
*AAS 100mg	Uma vez ao dia (0-1-0)	2 pela manhã (2-0-0)
*Paracetamol 500mg	A cada 8 horas (1-1-1)	Sem horário fixo
*Codeína 30 mg	Uma vez pela manhã (1-0-1)	Duas vezes pela manhã (2-0-0)
*Dipirona 500mg/mL	A cada 6 horas (1-1-1-1)	Se dor
Hidroclorotiazida 25mg	Uma vez ao dia (1-0-0)	Adequado (1-0-0)
*Enalapril 5 mg	Duas vezes ao dia (1-0-1)	Uma vez ao dia (1-0-0)
Levotiroxina 100+25µg	Uma vez ao dia (1-0-0)	Adequado (1-0-0)
Condroitina glicosamina 1,5g	1,2g+ Uma vez ao dia (0-1-0)	Adequado (0-1-0)
Cumarina troxerrutina 90mg	15mg+ Uma vez ao dia (1-0-0)	Adequado (1-0-0)
Gel de polissulfato de mucopolissacarídeo	Uma vez ao dia (0-0-1)	Adequado (0-0-1)
Dexametasona tópico	Duas vezes ao dia (1-0-1)	Adequado (1-0-1)

* medicamentos com uso inadequado

A Sra L.F.M. relatou que utilizava AAS por volta das 10h da manhã, em horário distante das refeições. Além disso, ao invés dos 100mg prescritos, utilizava 200mg por acreditar que esta dose seria útil para “melhorar” suas câimbras. Paralelamente, reclamou de desconforto gástrico. Considerando-se que doses a partir de 50mg de AAS são eficazes para reduzir a produção de prostaglandinas, diminuindo a proteção da mucosa gástrica (Lorga-Filho, *et al.*, 2013), é fundamental que esse medicamento seja administrado próximo às refeições.

Quanto ao uso de analgésicos (dipirona, paracetamol e codeína), é possível observar uma administração inadequada, com uso principalmente de acordo com a demanda. Além disso, a paciente automedica-se com tramadol em dias com muita dor, particularmente quando sai de casa.

Em relação ao controle da pressão arterial, a paciente intencionalmente não adere ao enalapril, pois relata pressão arterial de 100x60mmHg, mesmo sem aderir completamente aos anti-hipertensivos prescritos. Ela relata que teme “passar mal”, com risco de queda, caso os utilize.

b) Hipótese Diagnóstica

1- RNM (Resultado Negativo associado ao uso de Medicamentos): Desconforto gástrico – Uso de medicamento desnecessário ou insegurança qualitativa.

PRM (problema relacionado ao medicamento ou “causa”) e medicamento implicado: paciente automedica-se com 2 x 100 mg de AAS para “melhorar” câimbras/uso do AAS distante do horário de refeições.

2- RNM: Dor crônica não controlada – inefetividade quantitativa.

PRM e medicamento implicado: não adesão/irregularidade de horário dos analgésicos dipirona, paracetamol e codeína;

3-RNM: Possível hipotensão com risco de queda – Medicamentos desnecessários ou insegurança quantitativa;

PRM e medicamento implicado: Possível sobredose de anti-hipertensivos (enalapril e hidroclorotiazida).

4-RNM: Possíveis problemas de saúde não-tratados

PRM: ausência de resultados recentes de exames para acompanhamento de perfil lipídico, função tireoideana e outros.

c) Conduta

1-Educação da paciente – fornecida planilha com medicamentos/horário para controle diário (nesta planilha apresentam-se os medicamentos por horário, com a possibilidade de a paciente assinalar aqueles que já foram administrados);

2-Ajuste de dose e horário-AAS 100mg (prescrito) após o almoço;

3- Solicitada automedida da pressão arterial (AMPA), uma vez ao dia, até a consulta de retorno. A AMPA foi definida pela *World Hypertension League* (1988) como aquela realizada por pacientes ou familiares, não-profissionais de saúde, fora do consultório, geralmente no domicílio, com qualquer equipamento (inclusive não-validado), e não obedece a nenhum protocolo pré-estabelecido.

4-Foram solicitados resultados de exames prévios no retorno.

Evolução dos RNMs nas demais consultas

Foram realizadas mais seis consultas nos dias 21/08, 25/09, 21/10, 08/12/2015, 29/01 e 27/02/2016, a fim de acompanhar a resolução dos RNMs identificados, além do surgimento de outros Resultados Negativos. A tabela 2 resume os principais achados do presente estudo.

Tabela 2: Resumo das RNMs e PRMs, intervenções e resultados obtidos

RNM	I RNM: Desconforto gástrico: medicamento desnecessário ou insegurança qualitativa	II RNM: Possível hipotensão com risco de queda: insegurança quantitativa ou medicamentos desnecessários	III RNM: Dor crônica não controlada: inefetividade quantitativa (escala de dor 10/10)	IV RNM: Possíveis problemas de saúde não-tratados
PRM	-Paciente automedica-se com 2 x 100 mg de AAS para “melhorar” câimbras/ -Uso do AAS distante do horário de refeições	-Possível sobredose (enalapril e hidroclorotiazida)	Não-adesão/horários irregulares dos analgésicos <i>1º Teste de Morisky-Green:3 (baixa adesão)</i> <i>Último teste (fev/2016): 1 (adesão moderada)</i>	Ausência de resultados recentes de exames para acompanhamento de perfil lipídico, função tireoideana e outros

1ª Intervenção Farmacêutica (IF)	Ajuste de dose e horário-AAS 100mg (prescrito) após o almoço;	Solicitada automeçada da pressão arterial (AMPA);	Educação da paciente: fornecida planilha com medicamentos/horário para controle diário;	Foram solicitados resultados de exames prévios
Resultados	I RNM 2ª consulta: IF aceita; RNM resolvido	II RNM AMPA: PA normal, confirmada posteriormente com aparelho calibrado e adequado para obeso (obs: sem uso dos anti-hipertensivos);	III RNM Houve oscilação no grau de adesão (preenchimento parcial das planilhas), assim como no controle da dor ao longo das consultas (7-10/10) Última consulta: 7/10	IV RNM 2ª. Consulta: novos pedidos de exames 3ª. Consulta: Resultados: Dislipidemia, baixos níveis de vitamina D e TSH elevado
Novos RNM			Insegurança qualitativa (automedicação com orfenadrina + dipirona + cafeína e tramadol)	-Baixos níveis de vitamina D e Dislipidemia - Possíveis problemas de saúde não tratados Hipotireoidismo subclínico - Possível inefetividade quantitativa
Novas IFs/ Resultados		Relatório para médico da UBS solicitando reavaliação do quadro; IF aceita (suspensão dos anti-hipertensivos) RNM resolvido	Fornecimento de novas planilhas com medicamentos/ horário; Educação em saúde	Relatório para médico da UBS solicitando reavaliação -Baixos níveis de vitamina D: suplementação RNM resolvido Médico da UBS solicitou novos exames em jan/2016 Março/2016: confirmação da dislipidemia; alteração em Urina I e uremia; plaquetopenia.

RNM: Resultado Negativo associado ao uso de Medicamentos; PRM: Problemas Relacionados a Medicamentos; IF: Intervenção Farmacêutica

1-RNM: Desconforto gástrico – medicamento desnecessário ou insegurança qualitativa

Em atendimento realizado em 21/08/15, a paciente apresentou planilha preenchida de medicamentos/horário, com boa adesão ao tratamento proposto.

A paciente relatou ter usado apenas um comprimido de 100mg de AAS, após o almoço, conforme recomendado, e que o desconforto gástrico desapareceu. Pode-se afirmar que a Intervenção Farmacêutica foi aceita e o RNM resolvido.

2-RNM: Possível hipotensão com risco de queda – Insegurança quantitativa ou medicamentos desnecessários (enalapril e hidroclorotiazida)

Na segunda consulta farmacêutica (agosto/2015), a paciente apresentou AMPA realizado em casa com aparelho de pulso digital (adquirido há mais de 5 anos e sem calibração periódica) com resultados pressóricos, variando de 80x60 mmHg e 110x70 mmHg. Vale ressaltar que tais valores decorrem de uma adesão incompleta aos medicamentos anti-hipertensivos (paciente relata usar a hidroclorotiazida, mas não o enalapril, pois “*não precisa*”). Neste dia, a Sra L.M.F trouxe seu próprio aparelho para aferição da PA, pois no IPGG e na UBS do bairro “*não existem aparelhos que caibam em seu braço*”. A aferição realizada durante consulta com aparelho da paciente indicou 120x60mmHg, sendo orientada a continuar a AMPA até a próxima consulta. Neste intervalo, passou em consulta com médico da UBS, que suspendeu a hidroclorotiazida 25mg, devido a episódios recorrentes de hipotensão. Foi mantida a prescrição do enalapril 5mg. No entanto, nas consultas realizadas em setembro e outubro, a PA aferida com aparelho calibrado, adequado para obesos, manteve-se em 100x60mmHg, indo ao encontro do observado na AMPA, com predominância de PA 100X80 mmHg; com tais valores, a Sra L.M.F relata não usar o enalapril 5 mg, pois “*a pressão fica muito baixa e sente-se mal*”. Continuaria o risco de insegurança quantitativa (hipotensão com risco de queda), caso a paciente aderisse ao tratamento prescrito. Em dezembro de 2015, com a continuidade de valores pressóricos baixos (com um único episódio de PA sistólica 150mmHg após consumo excessivo de sal), foi entregue à paciente um relatório para o médico da UBS, ressaltando a não adesão e os riscos envolvidos. Em janeiro, após entrega do relatório ao médico, a paciente comparece ao IPGG, já sem prescrição de anti-hipertensivos. Portanto, a Intervenção Farmacêutica foi aceita e o risco de RNM, resolvido.

O conceito de adesão é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como “A extensão em que cada comportamento pessoal - administração dos medicamentos, acompanhamento de uma dieta, e/ou execução de mudanças no estilo de vida - correspondem com as recomendações acordadas com um provedor de atenção à saúde”. Sendo considerada um fenômeno multidimensional, a adesão pode ser influenciada por cinco fatores principais (ou cinco dimensões) (WHO, 2003): fatores relacionados ao paciente; fatores relacionados ao tratamento; fatores relacionados à doença; fatores econômicos; fatores relacionados ao Sistema e à Equipe de Saúde.

A não-adesão, que pode ser intencional ou não-intencional, pode trazer graves consequências ao paciente, que vão desde a falta de resposta terapêutica até a toxicidade (Gabarró, 1999). Em relação à não-adesão intencional, a alteração ou interrupção do tratamento prescrito pode ser uma escolha fundamentada, tanto em razão de os idosos se sentirem melhor ou mesmo por temerem os efeitos colaterais decorrentes do uso (WHO, 2003).

No relato acima descrito, é possível observar um caso clássico de não-adesão intencional (inteligente), pois a paciente, ao se perceber “normotensa”, optou pela suspensão do tratamento. No entanto, uma falha na comunicação médico-paciente prolongou o período de prescrição de anti-hipertensivos, resultando na continuidade da dispensação dos mesmos pela rede pública e, portanto, custos desnecessários. A intervenção farmacêutica, neste contexto, não apenas preveniu um risco de hipotensão como também promoveu uma diminuição de custos.

3-RNM: Dor crônica não controlada – inefetividade quantitativa

Na segunda consulta farmacêutica a paciente relatou diminuição da dor, apesar de continuar referindo valor 10 na escala analógica. No entanto, na terceira consulta, realizada um mês depois, sua dor foi relatada como significativamente menor (escala analógica 8/10). Tal redução foi acompanhada de um preenchimento mais adequado da planilha de medicamentos/horário. Contudo, nas próximas duas consultas (realizadas em outubro e dezembro/2015), a Sra L.M.F. descreveu dores fortes nos joelhos e coluna. Em consulta com seu médico ortopedista do IPGG, em 19/10/2015, recebeu a prescrição da associação de vitaminas B1, B6 e B12 e dexametasona (I.M., 1 a cada 3 dias – 3 doses) e alendronato 70 mg – 01 comprimido/semana. Entretanto, na consulta de dezembro, a paciente contou que tem cozinhado com grande frequência, ficando muito tempo em pé, o que pode ser um dos fatores para o aumento da dor. Neste dia, a aplicação do teste de Morisky-Green mostrou baixa adesão (score 3) à terapêutica farmacológica (Inefetividade quantitativa dos analgésicos) agravada

pela ausência de prescrição de codeína, levando a um aumento da dor. Todo este quadro levou ao surgimento de um outro risco de RNM, o de insegurança qualitativa: devido à dor; a Sra. L.M.F. tem se automedicado com medicamento composto por orfenadrina, dipirona e cafeína. De acordo com o Critério de Beers, deve-se evitar o uso da orfenadrina em idosos, devido aos seus efeitos anticolinérgicos, de sedação e de risco de fraturas (qualidade da evidência: moderada; força da recomendação: forte) (*By The American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel*).

Na consulta realizada em 29/janeiro/2016, a paciente relatou melhor controle da dor, tendo retornado o uso da codeína. Segundo ela, seu médico cirurgião vascular, em 21/01/16, também havia prescrito nimesulida 100 mg para usar a cada 12h durante 3 dias. A planilha de medicamentos/horário está parcialmente preenchida e, dentre os fatores que influenciaram a adesão incompleta ao tratamento estão:

- A paciente relata dificuldade para movimentar-se e, considerando-se a frequência com que tem que tomar os medicamentos, muitos horários ela opta por não os utilizar; a orientação para que os deixe próximos ao local onde fica sentada não foi eficaz;
- Segundo a Sra. L.M.F., o uso de dipirona após as 22h leva a um aumento da sua diurese. Nada foi encontrado na literatura que reforçasse tal observação;
- Nos dias em que ela recebe visita ou que tem que sair de casa, ela não utiliza os medicamentos como deveria.

Na consulta de 27/02/16, a paciente referiu dor 7/10, com resultado “Moderada Adesão”, na Escala de Morisky-Green, o que sugere um efeito direto da melhora da adesão no controle da dor.

São muitos os fatores que interferem na sua adesão à terapia analgésica, o que leva aos inúmeros episódios de piora da dor. Em cada consulta, a reformulação da planilha de medicamentos/horário e o reforço para utilizar os medicamentos de forma correta têm sido estratégias parcialmente eficazes.

Em estudo realizado por Lima-Silva e Yassuda (2012), 64 idosos hipertensos foram selecionados e divididos em dois grupos: controle e experimental. Neste último, foi realizada uma intervenção psicoeducativa, aliada a um treino cognitivo de oito sessões. Verificou-se que, após as intervenções, os idosos apresentaram ganhos nos conhecimentos acerca da doença e nas atitudes referentes ao manejo de medicamentos, quando comparados ao grupo-controle.

De fato, no acompanhamento de doentes crônicos, as intervenções educacionais são importantes na promoção de comportamentos, atitudes e habilidades que favoreçam a adesão à terapia prescrita.

4-RNM: Possíveis problemas de saúde não-tratados

Na segunda consulta farmacêutica, diante da inexistência de exames laboratoriais recentes, foi feita solicitação junto à enfermagem de pedidos de exames laboratoriais, sendo eles: TSH, T4, Colesterol total + frações, sódio, potássio, glicemia de jejum, hemograma completo, CK, triglicérides, cálcio, Vitamina D.

Na próxima consulta (25/09/15), a análise dos resultados (apresentados na tabela 3) permitiu evidenciar o perfil lipídico com padrão alterado (colesterol total, VLDL, não-HDL, LDL e triglicérides aumentados), TSH aumentado e 25-OH vitamina D3 diminuído. Sugeriu-se, portanto, uma hipótese diagnóstica de possíveis problemas de saúde não tratados: hipovitaminose, hipotireoidismo subclínico e dislipidemia a esclarecer.

Em outubro, o médico ortopedista do IPGG prescreveu suplementação com vitamina D3 (colecalfiferol) e, no mês de janeiro/2016, a paciente levou um relatório de atenção farmacêutica ao médico da UBS, no qual se solicitava investigação dos achados acima. A conduta do médico em questão foi a de repetir os exames. Em março de 2016, a paciente retornou ao IPGG, trazendo os resultados, os quais também estão apresentados na Tabela 3:

Tabela 3-Resultados dos exames laboratoriais realizados em setembro/2015 e março/2016

Parâmetros	Valores Setembro/2015	Valores Março/2016	Referência
Colesterol total*	262 mg/dL	241 mg/dL	Alto: maior ou igual a 240 mg/dL
HDL	61 mg/dL	54 mg/dL*	Desejável: maior 60 mg/dL
Não-HDL*	201 mg/dL	187 mg/dL	Alto: 160-189 mg/dL Muito alto: maior ou igual a 190 mg/dL
LDL*	163 mg/dL	159	Limítrofe: 130-159 mg/dL Alto: de 160 a 189 mg/dL
VLDL	38 mg/dL*	28mg/dL	Desejável: <30mg/dL
Triglicérides	190 mg/dL*	142 mg/dL	Desejável < 150 mg/dL Limítrofe: de 150 a 200 mg/dL
Ureia		63 mg/dL*	Até 40 mg/dL
Creatinofosfoquinase (CK)	42 U/L	25 U/L	Até 145 U/L

TSH	16,79 uIU/mL*	2,7 uIU/mL	0,34-5,6 uIU/mL
T3		95,8 ng/dL	Adultos: 87-178 ng/dL
T4	0,87 ng/dL	1,14 ng/dL	0,34-1,60 ng/dL
25-OH vitamina D3*	4 ng/mL	14,1 ng/mL	Deficiente: inferior a 20 ng/mL
Creatinina		0,75mg/dL	0,50-1,10 mg/dL
Hemoglobina glicada		5,3%	4,8-5,9%
Glicemia de jejum		97 mg/dL	60-100 mg/dL

* Valores alterados

Outros exames também foram realizados (enzimas hepáticas, Proteína C Reativa, hemograma completo, velocidade de hemossedimentação, CKMB, amilase, ferro, ferritina, fosfatase alcalina, ácido úrico, sódio, potássio e cálcio), que se mostraram dentro da normalidade (não demonstrados na tabela). Foi observada plaquetopenia leve (140 mil/mm^3 - referência: $150\text{-}400 \text{ mil/mm}^3$), além de seu exame de Urina I apresentar leucocitúria ($29.800/\text{mL}$ - referência até $10.000/\text{mL}$) e bacteriúria.

Nota-se uma melhora nos níveis de 25-OH-vitamina D3 (o que decorre da suplementação diária prescrita), e a não-confirmação do hipotireoidismo subclínico. Também houve melhora nos níveis de triglicérides, apesar de persistir a hipercolesterolemia. Surge como novidade, nestes exames, a uremia aumentada.

De acordo com a literatura, a concentração sanguínea de ureia pode variar com a ingestão proteica, sangramento gastrointestinal e o uso de alguns medicamentos, como, por exemplo, os corticosteroides. Não é considerado um bom marcador de função renal.

A principal utilidade clínica da ureia está na determinação em conjunto com a creatinina em que a razão ureia sérica/creatinina sérica pode indicar estados patológicos diferentes (Abensur, 2011).

Levando-se em consideração que a desidratação também pode levar a um aumento na ureia plasmática, e que a Sra. L.F.M. diz fazer baixa ingestão de água, devido à mobilidade reduzida, pode-se ter aí a explicação para os seus níveis elevados.

Na consulta seguinte, houve introdução da sinvastatina para tratamento da dislipidemia, assim como a prescrição de antimicrobiano para a infecção de urina. Conduta expectante no tocante à plaquetopenia e aos níveis de ureia.

A última planilha de medicamentos/horário, fornecida à paciente em janeiro de 2016, encontra-se descrita na Tabela 4, a seguir. Soma-se a estes medicamentos, a administração

semanal de alendronato, pela manhã em jejum, e da sinvastatina, que foi prescrita em data posterior à entrega desta planilha.

Tabela 4: Planilha de medicamentos por horário–jan/2016

	segunda	terça	quarta	quinta	sexta	sábado	domingo	segunda	terça
8h Dipirona 500mg									
9h Levotiroxina 100 + 25mcg									
10h paracetamol 500mg Cumarina 15mg+ troxerrutina 90mg									
12h Codeína (se dor)									
Antes do almoço-vitamina D									
Após almoço AAS- 2x100mg									
14h Dipirona 500mg									
16h paracetamol 500mg									
20h –dipirona 500mg									
21h									
22h- paracetamol 500mg									

Vale a explicação de que tanto a dipirona como o paracetamol foram prescritos a cada 8h. No entanto, a paciente se recusa a tomar medicamentos ao longo da noite, assim como iniciá-los antes das 7h, devido à sua dificuldade de deambulação. A dipirona também não poderia ser colocada após as 21h, pois a Sra. L.M.F se recusa a administrá-la próxima ao horário de dormir, por acreditar que aumente sua diurese. Tudo isso resultou na planilha acima, na qual estes dois medicamentos foram administrados a cada 6h. Esta estratégia se fez necessária, a fim de garantir maior adesão da paciente à terapia prescrita e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, com menos dor.

Considerações Finais

Os Resultados Negativos associados ao uso de Medicamentos encontrados no presente estudo foram:

- 1-Medicamento desnecessário ou insegurança qualitativa;
- 2-Insegurança quantitativa ou medicamentos desnecessários;
- 3-Inefetividade quantitativa;

4- Possíveis problemas de saúde não-tratados.

Ou seja, houve um predomínio de RNM relacionado à necessidade/segurança e a uma situação de inefetividade, o que corrobora dados da literatura. Silveira e colaboradores (2015) realizaram estudo multicêntrico com pacientes idosos hospitalizados e institucionalizados e verificaram que um padrão de ocorrência de RNM similar ao da literatura para pacientes com características semelhantes: predomínio de RNM relacionados à segurança e necessidade.

Dentre os PRMs encontrados, vale destacar a não-adesão. Foram realizadas diversas intervenções farmacêuticas, as quais foram parcialmente aceitas. Pode-se afirmar que houve a resolução plena de 50% dos RNM diagnosticados (I RNM e II RNM), e parcial dos demais. Dentre os de resolução parcial, vale destacar que:

- Houve melhora no controle da dor, a qual fica condicionada à adesão ao tratamento prescrito. A não resolução completa deve-se ao perfil crônico da doença;
- Dentre os possíveis problemas de saúde não tratados: a paciente está em tratamento para a deficiência de vitamina D, já com melhoras observadas no último exame; descartou-se o possível hipotireoidismo subclínico; dislipidemia em tratamento.
- A realização dos exames apontou para possíveis novos problemas (Uremia, urina 1 (já resolvido), plaquetopenia) em fase atual de acompanhamento.

Os resultados do presente trabalho permitem concluir que o acompanhamento farmacoterapêutico pode contribuir de forma direta com a melhora na qualidade de vida do paciente.

Em idosos, a presença de comorbidades deve ser monitorada de perto, pois quanto maior o número de medicamentos, maior a probabilidade de não-adesão e de interações clinicamente significativas. No caso de doenças crônicas, como a dor, o acompanhamento deve ser contínuo, no sentido de garantir a adesão do paciente ao tratamento.

Cada situação deve ser avaliada de forma particular, reforçando-se a importância de uma relação de confiança entre paciente e farmacêutico.

Referências

Abdulla, A., Adams, N., Bone, M., Elliott, A. M., Gaffin, J., Jones, D., Knaggs, R., Martin, D., Sampson, L., & Schofield, P. (2013). Guidance on the management of pain in older people. *Age and Ageing*, 42(Suppl 1), i01-57. Recuperado em 10 setembro, 2015, de: DOI: 10.1093/ageing/afs200.

Abensur, H. (2011). *Biomarcadores na Nefrologia. E-Book*. Recuperado em 14 março, 2015, de: <http://arquivos.sbn.org.br/pdf/biomarcadores.pdf>.

Alves, J. E. D., & Bruno, M. A. P. (2005). *População e crescimento econômico de longo prazo no Brasil: Como aproveitar a janela de oportunidade demográfica?* Recuperado em 10 de setembro, 2015, de: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_302.pdf.

Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Recuperado em 16 de setembro, 2015, de: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QQpxsb4mHhMJ:www.esenfc.pt/v02/include/download.php%3Fid_ficheiro%3D20538%26codigo%3D688697509+&cd=11&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br.

Ben, A. J., Neumann, C. R., & Mengue, S. S. (2012). Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev. Saúde Pública*, 46(2), 279-289. Recuperado em 10 setembro, 2015, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000013>.

By The American Geriatrics Society (2015). Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society. Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.*, 63(11), 2227-2246. Recuperado em 10 setembro, 2015, de: DOI: 10.1111/jgs.13702.

Comitê de Consenso (2007). Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos Asociados a la Medicación (RNM). Granada, Esp.: *Ars Pharm.*, 48(1), 5-17. Recuperado em 10 setembro, 2015, de: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ipgg/assistencia-farmaceutica/tercerconsensodegranada_sobreproblemasrelacionadosconmedicamentosprmyresultadosnegativosasociadosalamedicacionrnm.pdf.

Obrelli-Neto, P. R., Guidoni, C. M., De Oliveira Baldoni, A., Pilger, D., Cruciol-Souza, J. M., Gaeti-Franco, W. P., & Cuman, R. K. (2011). Effect of a 36-month pharmaceutical care program on pharmacotherapy adherence in elderly diabetic and hypertensive patients. *Int J Clin Pharm.*, 33(4), 642-649. Recuperado em 10 setembro, 2015, de: <http://www.rbfarma.org.br/files/RBFarma---N98---V1---2017.pdf>.

Hernández, D. S., Castro, M. M. S., & Dáder, M. J. F. (2009). *Método Dáder. Manual de Seguimento Farmacoterapêutico*. (3ª ed.). Recuperado em 17 de setembro, 2015, de: http://pharmcare.pt/wp-content/uploads/file/Guia_dader.pdf.

Gabarró, M. B. (1999). El cumplimiento terapéutico. *Pharm Care Esp.*, 1, 97-106. Recuperado em 10 setembro, 2015, de: <https://pharmaceutical-care.org/revista/doccontenidos/articulos/97-106.pdf>.

Goh, L.Y., Vitry, A., Semple, S.J., Esterman, A., Luszcz, M.A. (2009). Self-medication with over-the-counter drugs and complementary medications in South Australia's elderly population. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 9, 42. Recuperado em 07 de março, 2016, de <http://bmccomplementalmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6882-9-42>.

Lima-Silva, T. B., & Yassuda, M. S. (2012). Psicoeducação para idosos hipertensos: exemplo de metodologia aplicada. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Temática Kairós-Gerontologia*, 15(6), 373-392. Print ISSN 1516-2567. ISSN e 2176-901X. Recuperado em 10 setembro, 2015, de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/17312/12858>.

Lorga Filho, A.M., Azmus, A., Soeiro, A., Quadros, A., Avezum Júnior, A., Marques, A., et al. (2013). Diretrizes brasileiras de antiagregantes plaquetários e anticoagulantes em cardiologia. *Arq. Bras. Cardiol.*, 101(3), 01-95. Recuperado em 10 setembro, 2015, de: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Antiagregantes_Anticoagulantes.pdf.

Morisky, D. E., Levine, M., Green, L. W., & Smith, C. R. (1982). Health education program effects on the management of hypertension in the elderly. *Arch. Intern. Med.*, 142(10), 1835-1838. Recuperado em 10 setembro, 2015, de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7125768-health-education-program-effects-on-the-management-of-hypertension-in-the-elderly/>.

Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medication adherence. *Med. Care*, 24(1), 67-74. Recuperado em 10 setembro, 2015, de: DOI: 10.1097/00005650-198601000-00007.

Nunes, A. (2004). O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: Camarano, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro, RJ: Ipea, 427-450. Recuperado em 10 setembro, 2015, de: http://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=5476.

Pereira, L. R. L., & Freitas, O. de (2008). A evolução da Atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. São Paulo: *Rev. Bras. Ciênc. Farm.*, 44(4), 601-612. Recuperado em 16 setembro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n4/v44n4a06.pdf>.

Santos, R. L., & Virtuoso Júnior, J. S. (2008). Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *RBPS*. 21(4), 290-296. Recuperado em 16 setembro, 2015, de: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/viewFile/575/2239>.

Silveira, E. D., Fernández-Villalba, E. M., García-Mina Freire, M., Pérez, M. S. A., Lagranja, M. P. C., & Martí, J. F. P. (2015). The impact of Pharmacy Intervention on the treatment of elderly multi-pathological patients. *Farm Hosp*, 39(4), 192-202. Recuperado em 16 setembro, 2015, de: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/reposip/201627>.

SUS. (2003). Sistema Único de Saúde. *Uso de medicamentos pelo idoso*. CIM Informa, n.º 01, ano I, fev/mar, 2003. Recuperado em 16 setembro, 2015, de: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/assistenciafarmaceutica/cim-informa0101.pdf>.

United Nations. (2013). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Ageing 2013*. ST/ESA/SER.A/348. Recuperado em 23 agosto, 2015, de: http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAahUKEwjwM_-mojIAhWDFZAKHSOrBIE&url=http%3A%2F%2Fwww.un.org%2Fen%2Fdevelopment%2Fdesa%2Fpopulation%2Fpublications%2Fpdf%2Fageing%2FWorldPopulationAgeing2013.pdf&usg=AFQjCNHGMi7zRRI7ygtPpyZHB0VJQ0Ot6Q&sig2=amIJfIC2_rdXw7XbXzY5Rg&bvm=bv.103073922,d.Y2I.

WHO. (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Recuperado em 21 setembro, 2015, de: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4883e/>.

World Hypertension League. (1988). Self-measurement of blood pressure. *Bulletin of the World Health Organization (WHO)*, 66(2), 155-159. Recuperado em 06 julho, 2017, de: <http://europepmc.org/articles/PMC2491052>.

Recebido em 06/07/2017

Aceito em 30/10/2017

Luciana Vismari - Farmacêutica Clínica e Professora de Farmacologia. Faculdade de Farmácia e Faculdade de Medicina. Departamento de Saúde. Universidade Nove de Julho, UNINOVE.

E-mail: luvismari@gmail.com

Viviane Cristina Palma - Farmacêutica Clínica.

E-mail: vivicpalma@gmail.com

Maristela Ferreira Catão Carvalho - Farmacêutica Clínica do IPGG, Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia; Docente do Instituto Racine.

E-mail: marifcc@ig.com.br

Graziela Luppi - Farmacêutica Clínica e Docente do Instituto Racine.

E-mail: ipgg-mccarvalho@saude.sp.gov.br