

# **Cuidado farmacêutico e Método Dáder aplicado a um Programa Multiprofissional de Reabilitação Cardíaca**

Kathleen Asturian<sup>1</sup>

## **Resumo**

Este texto relata a experiência do cuidado farmacêutico em um programa multiprofissional de reabilitação cardíaca, feito por meio da aplicação de seguimento farmacoterapêutico. Trata-se de um estudo descritivo e do tipo relato de experiência, desenvolvido no Centro de Reabilitação do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, durante um período de três meses. Para o seguimento farmacoterapêutico, foi utilizada a Metodologia Dáder, adaptada ao programa, ao tempo disponível e aos recursos, sendo elaborada nas seguintes fases: entrevista farmacêutica, estado de situação, fase de estudo, intervenção e avaliação dos resultados. Dois indivíduos preencheram os critérios de seleção e foram incluídos no programa. Ambos utilizavam mais de cinco medicamentos, acessavam o tratamento de forma total ou parcial pelo Sistema Único de Saúde e apresentavam problemas relacionados à farmacoterapia e à falta de controle da pressão arterial sistêmica. Os principais problemas identificados foram: uso inadequado de medicamentos; dificuldade na organização e aquisição dos medicamentos; indisponibilidade de exames laboratoriais para controle; e dificuldade na compreensão da terapia. As intervenções realizadas em acordo com o paciente, família e equipe multiprofissional se embasaram nos problemas identificados. Ao final do programa, ambos os pacientes apresentaram redução da pressão arterial sistêmica.

## **Palavras-chave**

Atenção Farmacêutica. Reabilitação Cardíaca. Cardiopatia.

---

<sup>1</sup> Mestranda em Assistência Farmacêutica na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: asturiank@gmail.com.

# Pharmaceutical care and the Dader Method applied to a Multiprofessional Cardiac Rehabilitation Program

Kathleen Asturian<sup>2</sup>

## Abstract

This text reports the experience of pharmaceutical care in a multiprofessional program of cardiac rehabilitation through the application of pharmacotherapeutic follow-up. This is a descriptive study, of the experience report type, developed at the Rehabilitation Center of the Hospital São Lucas of Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul, Brazil, during a period of three months. For the pharmacotherapeutic follow-up, the Dader Methodology was used, adapted to the program, the time available and the resources, being elaborated in the following phases: pharmaceutical interview, status, study phase, intervention and evaluation of results. Two subjects met the selection criteria and were included in the program. Both used more than five medications, accessed treatment fully or partially through the Unified Health System, had problems related to pharmacotherapy and lack of control of systemic blood pressure. The main problems identified were: inappropriate use of medication; difficulty in organizing and purchasing medications; unavailability of laboratory tests for control; and difficulty in understanding therapy. Interventions carried out in agreement with the patient, family and multidisciplinary team were based on the problems identified. At the end of the program, both patients had a reduction in systemic blood pressure.

## Keywords

Pharmaceutical Care. Cardiac Rehabilitation. Heart Diseases.

---

<sup>2</sup> Master degree student in Pharmaceutical Assistance, Federal University of Rio Grande do Sul, State of Rio Grande do Sul, Brazil. E-mail: asturiank@gmail.com.

## Introdução

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome complexa, na qual o coração é incapaz de bombear sangue de forma efetiva. Essa síndrome pode ser causada por alterações estruturais ou funcionais cardíacas e se caracteriza por sinais e sintomas típicos, resultantes do baixo débito cardíaco e das elevadas pressões de enchimento (DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, 2018, p. 442). A IC está associada a prognóstico reservado, frequentes morbidades, tratamentos complexos e polifarmácia, o que implica no comprometimento da qualidade de vida do paciente e da família. Programas de exercícios, como a reabilitação cardiovascular, são indicados na IC e são capazes de promover melhora progressiva da capacidade funcional. As atividades envolvem exercícios aeróbicos, respiratórios e de força, e devem ser realizadas de forma gradual (preferencialmente, com duração de 20 a 45 minutos), de três a cinco vezes na semana, por um período compreendido entre 8 e 12 semanas (CARVALHO *et al.*, 2020, p. 958).

A Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca de 2018 recomenda o cuidado multiprofissional para o tratamento de pacientes com IC e reforça que uma equipe com diferentes profissões causa um impacto positivo nos desfechos clínicos. Dentre esses profissionais, o farmacêutico é citado como um dos que devem ser agregados às equipes de saúde e que podem contribuir com a adesão terapêutica e com o seguimento do tratamento (ROHDE *et al.*, 2018, p. 452).

O cuidado farmacêutico, também conhecido como Atenção Farmacêutica<sup>3</sup>, é a ação integrada do profissional com a equipe de saúde, centrada no usuário para a promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos. O cuidado farmacêutico pode ser efetuado por meio dos serviços farmacêuticos clínicos e em diferentes níveis de atenção em saúde, que são divididos em: dispensação, seguimento/acompanhamento farmacoterapêutico, educação em saúde, orientação farmacêutica, conciliação medicamentosa, revisão da farmacoterapia, entre outros. Além disso, visa, prioritariamente, o Uso Racional de Medicamentos (URM) (MANZINI *et al.*, 2015). Em programas de reabilitação cardíaca, os principais benefícios observados com a inserção de um farmacêutico na equipe são minimização de problemas relacionados a medicamentos, segurança do paciente, maior

---

<sup>3</sup> O termo “atenção farmacêutica” é comumente utilizado desde os anos 2000, mas vem sendo substituído por “cuidado farmacêutico” em publicações mais recentes. No Brasil, os termos são sinônimos, porém em outros países não existe o termo atenção farmacêutica e sim *pharmaceutical care*, motivo pelo qual no Brasil estamos começando a usar a terminologia universal.

adesão terapêutica e educação em saúde, como mostram estudos internacionais (ALSABBAGH *et al.*, 2012, p. 396; CASPER *et al.*, 2019, p. 52).

No Brasil, há poucos relatos da presença do farmacêutico como parte integrante de equipes de reabilitação cardíaca. Porém, sua importância no atendimento de pacientes com doenças crônicas, especialmente as cardíacas, além dos melhores desfechos clínicos que ocorrem quando se realiza o acompanhamento farmacoterapêutico e a educação em saúde, são reconhecidos na literatura e preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pelas Associações Médicas Internacionais e pelo Conselho Nacional de Saúde do Brasil (IVAMA *et al.*, 2002, p. 13). Diante do exposto, este estudo tem como objetivo relatar a experiência do cuidado farmacêutico em um Programa Multiprofissional de Reabilitação Cardíaca, por meio da utilização de um seguimento farmacoterapêutico (SF).

## **Métodos**

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo e do tipo relato de experiência, que discute acerca do cuidado farmacêutico em um Programa Multiprofissional de Reabilitação Cardíaca.

Para a seleção dos indivíduos, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: pacientes provenientes do Ambulatório de Insuficiência Cardíaca do Sistema Único de Saúde (SUS), com indicação de reabilitação cardiovascular pelo médico cardiologista, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, habitantes do município de Porto Alegre ou região metropolitana e com disponibilidade de participação no programa duas vezes na semana durante três meses. Foram considerados inelegíveis os indivíduos com: descompensação da doença de base; indisponibilidade de participar de, no mínimo, 70% dos encontros; e com contraindicação de treinamento físico.

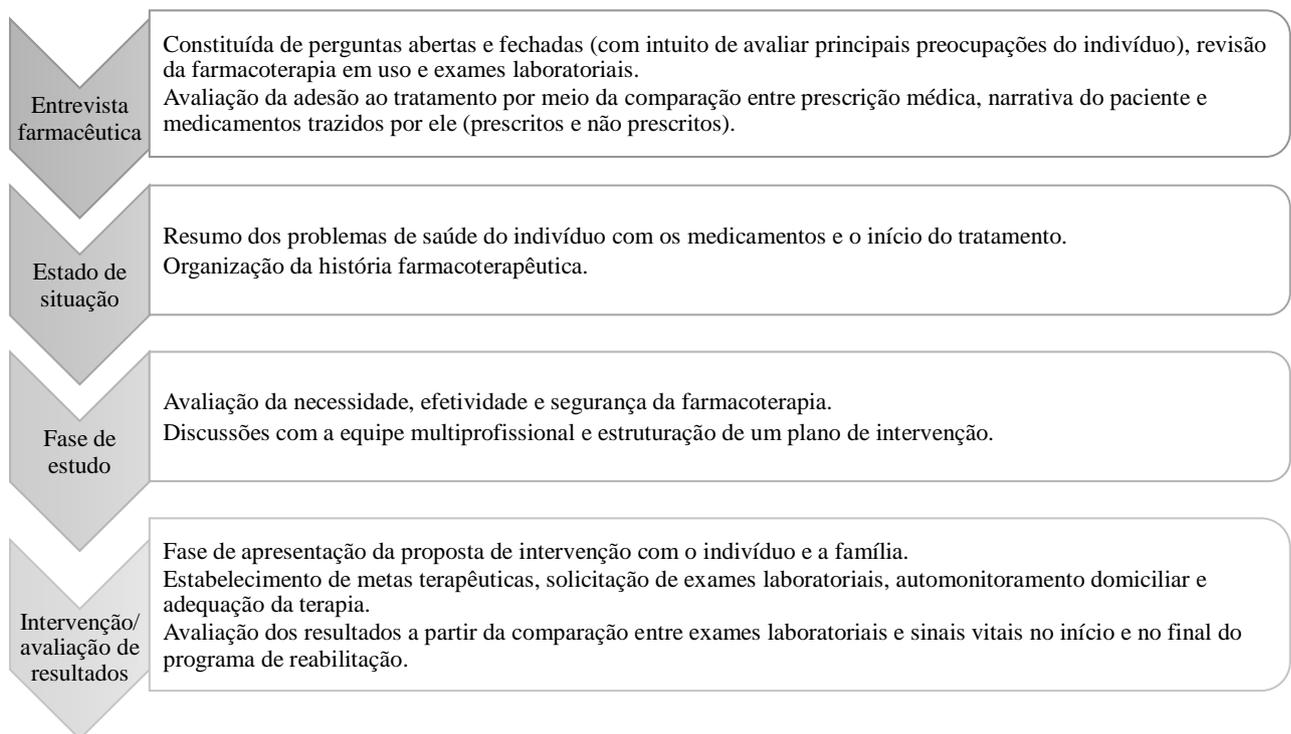
A reabilitação cardíaca foi conduzida por uma equipe multiprofissional – enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico e psicólogo – e, pela primeira vez, contou com a presença integral do farmacêutico durante todo o período de reabilitação. Os encontros foram realizados às segundas e quintas-feiras, no Centro de Reabilitação do Hospital São Lucas da PUCRS.

Todos os profissionais trabalharam dentro da especificidade da sua área, em conjunto entre si e com os indivíduos. Cada encontro foi dividido em dois momentos: o primeiro foi destinado ao treinamento de força e testes de caminhada funcional, enquanto o segundo foi destinado ao acompanhamento nutricional, farmacêutico ou psicológico (que ora eram

coletivos, ora individuais, dependendo do assunto a ser abordado), além de palestras educativas e rodas de conversa, a partir de uma agenda pré-estabelecida do programa.

Para o acompanhamento farmacoterapêutico, foi utilizado o Método Dáder (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2009), um modelo estruturado e documentado de seguimento farmacoterapêutico (SF), que pode ser aplicado a todos os tipos de situações e doenças, especialmente as crônicas, sendo o principal objetivo identificar e resolver problemas relacionados a medicamentos (PRM) e contribuir com o URM. A metodologia foi adaptada ao programa, ao tempo e aos recursos disponíveis, sendo elaborada nas seguintes fases: entrevista farmacêutica, estado de situação, fase de estudo, intervenção e avaliação dos resultados, como mostra a figura 1.

**Figura 1** – Fases do seguimento farmacoterapêutico pelo Método Dáder



Fonte: A autora (2022).

Os problemas identificados e as intervenções realizadas foram expressos qualitativamente, com base nos registros feitos em cada encontro – como fichas de atendimento e de automonitoramento domiciliar, entrevista farmacêutica e controle dos sinais vitais. O principal desfecho analisado foi o controle da pressão arterial após três meses de programa. Os participantes concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (nº: 12831119.4.0000.5336).

## Resultados

A partir dos critérios de elegibilidade, foram selecionados dois pacientes para a participação no programa. Ambos eram homens, em tratamento farmacológico com mais de cinco medicamentos, apresentavam Hipertensão Arterial Sistêmica e Insuficiência Cardíaca como comorbidades em comum, acessavam o tratamento (de forma total ou parcial) pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) e realizavam consultas ambulatoriais a cada semestre com o médico cardiologista. Os dois indivíduos apresentavam controle inadequado da pressão arterial sistêmica (PAS) no início do programa. O quadro 1 apresenta as características clínicas e farmacológicas extraídas a partir da história médica progressiva e da entrevista farmacêutica.

**Quadro 1** – Características clínicas e farmacológicas dos indivíduos em reabilitação cardíaca

Dados	Indivíduo A	Indivíduo B
Comorbidades	HAS, DM II, DAOP, DAC, IC	HAS, FA, IC
Número de medicamentos prescritos	10	6
Esquema terapêutico (conforme prescrição médica)	Clopidogrel 75 mg: 1 cp ao dia Enalapril 5 mg: 1 cp 12/12 horas Anlodipino 5 mg: 1 cp ao dia Furosemida 40 mg: 1 cp ao dia Carvedilol 6,25 mg: 4 cp 12/12 horas Trimetazidina 35 mg: 1 cp 12/12 horas Metformina 500 mg: 1 cp 12/12 horas Sinvastatina 20 mg: 2 cp à noite Varfarina 5 mg: conforme INR Amitriptilina 25 mg: 1cp à noite	Sacubitril/Valsartana 97 mg+103 mg: 1 cp 12/12 horas Furosemida 40 mg: 1 cp ao dia Espironolactona 25 mg: 1 cp ao dia Carvedilol 25 mg: 1,5 cp 12/12 horas Varfarina 5 mg: conforme INR Sinvastatina 20 mg: 1cp à noite
Medicamentos que não fazia uso, mesmo estando prescrito	3	0
Medicamentos com discrepância de uso em relação à prescrição	2	2

Legenda: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus do tipo 2 (DM II), doença arterial obstrutiva periférica (DAOP), doença arterial coronariana (DAC), fibrilação atrial (FA), insuficiência cardíaca (IC), comprimido (cp), *international normalized ratio* (INR), unidade de saúde (US).

O **indivíduo A** (55 anos, casado, aposentado, rede familiar atuante e morador da região metropolitana) apresentava dificuldades na aquisição de medicamentos indisponíveis no CBAF, e, por conta disso, não utilizava medicamentos não contemplados no componente (clopidogrel e trimetazidina). Também não utilizava amitriptilina por sentir cansaço excessivo ao longo do dia, após utilização na noite anterior. Os medicamentos utilizados com discrepância foram sinvastatina, com uso de dose menor, e varfarina, sem controle do INR (*International Normalized Ratio* – parâmetro de monitorização de anticoagulação).

O **indivíduo B** (67 anos, casado, aposentado, rede familiar atuante e morador da região metropolitana) adquiria os medicamentos por meio do CBAF ou de forma particular, e utilizava dois medicamentos com discrepância. Um deles era o anti-hipertensivo carvedilol, com dose três vezes menor do que a prescrita, e o outro, varfarina, sem controle do INR e em diferentes horários ao longo dos dias.

Durante o primeiro mês de programa, para o **indivíduo A**, foi ajustada a dose de sinvastatina para dois comprimidos de 20 mg à noite. Alguns ajustes de horários foram realizados, como a utilização de furosemida e varfarina pela manhã, a fim de evitar o despertar à noite para micções frequentes e para monitoramento de possíveis sinais de sangramento durante o dia. Já para o **indivíduo B**, foi realizada correção da dose do anti-hipertensivo e orientou-se o uso da varfarina pela manhã. Para ambos os pacientes, foi transcrita a prescrição para uma folha A4, com letra legível e com os horários de administração ao longo do dia.

Durante o programa, palestras educativas e rodas de conversa foram utilizadas como estratégias de educação em saúde. A importância da terapia medicamentosa, com foco na função e motivo de utilização de cada fármaco, foi abordada pelo farmacêutico e enfermeiro. Da mesma forma, palestras educativas sobre alimentação equilibrada e rotina regular de exercícios físicos foram realizadas pelo fisioterapeuta, nutricionista e educador físico. As palestras contaram com o benefício de recursos multimídias e rodas de conversa com o grupo.

A fim de aumentar a autonomia em relação ao tratamento e melhorar a compreensão do estado saúde-doença, foi utilizada, como estratégia, a ficha de automonitoramento domiciliar, que incluía controle diário de peso e medição da PAS. O automonitoramento

contribuiu para que o paciente pudesse visualizar melhor e entender as variações de PAS e peso ao longo do período. Essa foi uma estratégia de educação em saúde que visou maior controle, por parte do paciente, sobre as ações que afetam a sua saúde.

A partir do segundo mês de programa, foi realizado o referenciamento dos pacientes – por meio de contato telefônico e cartas de encaminhamento – para a atenção primária em saúde (APS), tendo como principal objetivo a garantia do acesso ao tratamento, o monitoramento laboratorial e o vínculo com a unidade de saúde (US). O **indivíduo A** passou por reavaliação médica e houve substituição temporária dos medicamentos que não estavam sendo utilizados por medicamentos disponíveis na US, além da solicitação de exames laboratoriais de controle e monitoramento quinzenal do INR. Também foi encaminhada a solicitação do medicamento clopidogrel ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). O **indivíduo B** passou por reavaliação médica na US de referência, e exames laboratoriais de rotina e monitoramento quinzenal do INR foram solicitados. O quadro 2 mostra as principais dificuldades relatadas pelos pacientes e identificadas pelo farmacêutico, em relação ao tratamento e às situações passíveis de intervenção.

**Quadro 2** – Descrição dos problemas relacionados à adesão ao tratamento e intervenções

<b>Problemas relacionados à adesão</b>	<b>Intervenções</b>
Uso inadequado de medicamentos (dose, horário e frequência).	Ajustes da posologia e horários, conforme adequação.
Dificuldade na organização dos medicamentos.	Organização da prescrição em folha A4, com letra legível e com todos os horários de tomada dos medicamentos.
Dificuldade na aquisição dos medicamentos.	Ajuste da prescrição com o médico da US e solicitação dos medicamentos do CEAF pelo farmacêutico da US.
Falta de controle laboratorial para uso de anticoagulante.	Coletas de sangue quinzenal na US para monitoramento do INR.
Dificuldade na compreensão do motivo de uso de cada medicamento.	Explicação com palavras simples sobre o funcionamento de cada medicamento no organismo e o impacto na saúde.

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Legenda: Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF); *international normalized ratio* (INR); unidade de saúde (US).

Para ambos os pacientes foram realizadas duas avaliações, sendo essas inicial e final, de medidas de peso, pressão arterial sistêmica e frequência cardíaca, como mostrado na tabela 3. Não foi possível realizar a avaliação dos parâmetros laboratoriais pré e pós-intervenções realizadas, visto a morosidade na solicitação, coleta e liberação dos exames. Porém, mesmo com recursos escassos, foi possível notar um melhor controle da PAS e diminuição do peso corporal.

**Tabela 1** – Avaliação inicial e final dos indivíduos

	Avaliação inicial (primeira semana do mês 1)	Avaliação final (última semana do mês 3)
<b>Indivíduo A</b>		
Peso (kg)	86,6	84,5
Média da PAS (mmHg)	137 X 83	123 X 86
FC (bmp)	65	66
<b>Indivíduo B</b>		
Peso (kg)	123,1	118,5
Média da PAS (mmHg)	146 X 36	123X 80
FC (bmp)	83,3	75,6

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Legenda: pressão arterial sistêmica (PAS), frequência cardíaca (FC), batimentos por minuto (bpm)

## Discussão

Conforme preconizado pelo Método Dáder (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2009), as propostas de intervenção foram realizadas por meio de acordo entre a equipe multiprofissional, paciente e família. Nessa metodologia de SF, a autonomia do indivíduo é um expoente claro da dignidade pessoal, de acordo com os seus próprios interesses e preferências. Ao longo do programa, o profissional farmacêutico priorizou uma relação de cuidado horizontal, sem julgamentos, imposições ou cobranças, tendo como foco principal a educação em saúde e a possibilidade de o indivíduo participar da tomada de decisões e adquirir um maior controle sobre as ações que afetam a sua saúde.

As dificuldades apontadas em relação ao tratamento e intervenções realizadas ao longo de três meses do programa mostraram as fragilidades que permeiam o URM e a adesão farmacoterapêutica. Vários são os motivos de má adesão ao tratamento e suas classificações, sendo observados, durante o período de reabilitação, os seguintes tipos: não-adesão não intencional (ou seja, um processo passivo, no qual o paciente tem pouco controle por motivos alheios à sua vontade, como descuido, desorganização, nível de entendimento e fatores socioeconômicos) e não-adesão secundária (relacionada ao uso de medicamentos com discrepância à prescrição depois que o indivíduo já iniciou o tratamento, como esquecimento, uso de dose maior ou menor e uso intermitente do medicamento).

No entanto, muito além das classificações de não adesão, há várias outras barreiras que influenciam no processo do URM e na persistência ao tratamento, como complexidade do esquema terapêutico, ocorrência de efeitos adversos, entendimento da prescrição, falta de informação, conhecimento sobre a terapia, crenças da pessoa, fatores socioeconômicos, gravidade da doença, relação profissional-paciente, falta de acolhimento, dificuldade na marcação de consultas, dificuldade de aquisição, entre outras (OLIBONI; CASTRO, 2018, p. 187).

Para o paciente A, uma das intervenções foi em relação à garantia de acesso ao tratamento, já que ele não fazia uso de dois medicamentos por não conseguir adquiri-los de forma particular. Essa intervenção é uma das principais formas que o farmacêutico pode contribuir em diferentes equipes de saúde e níveis de atenção (MOREIRA DA COSTA *et al.*, 2014, p. 40). Isso porque o farmacêutico é o profissional com maior qualificação para orientar equipes e pacientes quanto à disponibilidade de insumos e organização da assistência farmacêutica no país, além das formas de acesso ao tratamento (MELO; CASTRO, 2017, p. 238; CFF, 2015).

Nos primeiros dias após realizar o ajuste de dose do anti-hipertensivo, o indivíduo B se sentiu excessivamente cansado, com tonturas e dores de cabeça. Esses são sintomas comuns, passageiros e que ocorrem no início do tratamento ou quando é realizado o aumento da dose habitual. Porém, muitas vezes, essas reações indesejáveis levam o paciente a descontinuar o tratamento ou mudar a posologia por conta própria (CASTRO *et al.*, 2006, p. 528; CASTRO *et al.*, 2006, p. 198). A descontinuação do tratamento neste caso não ocorreu, pois, diariamente (por meio de mensagens em aplicativos de conversa) houve o monitoramento das reações e o esclarecimento de que aqueles se tratavam de efeitos transitórios. Após uma semana do ajuste de dose, o paciente já se sentia melhor e manteve-se utilizando o medicamento conforme o que fora prescrito.

O referenciamento dos indivíduos para suas respectivas US foi uma intervenção pautada no princípio de que a APS é capaz de proporcionar ações emancipadoras de autocuidado, educação e promoção da saúde, URM e prevenção de agravos, além da criação de vínculo com a equipe de saúde do território (BRASIL, 2014, 2017). Esse é um importante ponto de discussão, pois pessoas com multicomorbidades, que passaram por internações hospitalares prévias ou que já realizaram procedimentos médicos complexos, aumentam o vínculo com os níveis de atenção secundário e terciário, o que pode resultar em múltiplas prescrições de distintas especialidades médicas e polifarmácia, que, conseqüentemente, podem levar à maior dificuldade em aderir ao tratamento (MUTH *et al.*, 2019, p. 272).

A atuação do farmacêutico com equipes multiprofissionais no contexto hospitalar, por exemplo, também pode gerar benefícios ao paciente, visto que o profissional pode contribuir realizando orientações farmacêuticas pré-alta hospitalar – norteando, assim, os cuidados terapêuticos e o modo de utilização dos medicamentos em domicílio – e conciliação medicamentosa, bem como pode avaliar prescrição de alta junto à equipe médica, referenciar o usuário à atenção primária, orientar quanto ao acesso dos medicamentos e realizar o encaminhamento da terapia aos diferentes componentes da assistência farmacêutica (JOURDAN *et al.*, 2018, p. 1477; MOREIRA DA COSTA *et al.*, 2014, p. 40).

### **Reflexões sobre a experiência**

A experiência em participar de um programa de reabilitação foi bastante inovadora e desafiadora para a autora, visto ser a primeira vez que pôde acompanhar, por longo período, um grupo de pacientes em seguimento ambulatorial. A experiência como equipe multiprofissional e o acompanhamento a partir de um seguimento farmacoterapêutico reafirmaram as perspectivas e projeções da autora, referentes ao cuidado farmacêutico e ao uso racional de medicamentos. Embora sejam reconhecidas as barreiras relacionadas à adesão à terapia, fica ainda mais evidente a necessidade de vínculo entre farmacêutico, equipe de saúde e indivíduo em tratamento, para melhores resultados e segurança na terapia medicamentosa.

Observou-se que, durante a prática, muitas vezes, são necessários vários encontros ou diferentes abordagens para conseguir ter maior conhecimento sobre o quadro clínico ou das dificuldades do paciente e da família. Por exemplo, um dos indivíduos em reabilitação apresentava a PAS controlada em domicílio, porém, na maioria dos encontros, estava com a pressão arterial elevada. Somente após vários dias de reabilitação, ele disse não tomar o

fármaco diurético nos dias de programa, já que sentia urgência urinária durante o transporte até o centro de reabilitação. Da mesma forma, não tomava o medicamento quando precisava ir a outros locais públicos, nos quais poderia ser difícil acessar um banheiro. O paciente relatou que pôde observar as variações da PAS a partir da utilização da ficha de automonitoramento domiciliar, a principal estratégia ativa de educação em saúde empregada no programa. Essa informação para o profissional de saúde é extremamente importante e norteia o tratamento, já que, muitas vezes, a terapia é ajustada e fatos como esse não são levados em consideração por desconhecimento.

A autora faz uma reflexão sobre os motivos que levam uma pessoa a tomar ou não um comprimido. Seria muito simplório orientar um paciente a tomar todos os dias e continuamente os seus medicamentos, pensando que o mesmo o fará. Porém, há barreiras que não podem ser visualizadas em uma simples consulta médica de rotina ou em apenas um encontro com o farmacêutico. Do ponto de vista biológico, farmacocinético e farmacodinâmico do medicamento, é necessária a utilização do fármaco de forma contínua. Isso se explica pela necessidade de manutenção de níveis plasmáticos da droga na corrente sanguínea e, conseqüentemente, pelo efeito terapêutico. Mas o tratamento é constituído por pessoas, variáveis, emoções, bem-estar e sazonalidades. O profissional deve orientar o paciente da melhor forma quanto ao manejo da doença, mas, quando a melhor forma não é sempre possível, é preferível realizar acordos com o indivíduo executor do seu próprio tratamento e prezar pela qualidade de vida e bem-estar. Pessoas com Insuficiência Cardíaca podem apresentar isolamento social em decorrência da doença. Impor a utilização de um medicamento, sem levar em conta situações como essa, pode contribuir para o insucesso do tratamento e piora da relação profissional de saúde e paciente. O foco não deve estar no medicamento ou na doença, mas na pessoa.

Na opinião da autora, os ajustes e as adequações relacionados ao tratamento, no geral (levando em conta os saberes e intervenções de todos os profissionais), foram motivos de satisfação dos participantes e de suas famílias, especialmente pela melhora dos desfechos clínicos e do bem-estar físico, social e mental dos indivíduos. Um paciente, por meio de troca de mensagens, após o término do programa, escreveu:

Estou bem aqui, só sinto saudades de vocês, mas é natural, é a vida. Gostaria muito de ficar mais tempo. Vocês foram muito importantes para mim, me abriu um leque de conhecimentos, aprendi bastante. Ontem fui à academia para poder continuar os exercícios e tudo mais, está fazendo diferença. (Indivíduo A, relato escrito, 2020).

Sobre a socialização, é importante refletir os aspectos psicossociais e coletivos que impactam no processo saúde-doença dos indivíduos. No caso dos pacientes em reabilitação, ambos eram aposentados e suas esposas ainda trabalhavam. No início do programa, relataram que se sentiam, muitas vezes, desanimados, e que a condição de saúde impactava em atividades de vida diária, além de provocar estresse e isolamento social. Esses são fatores psicossociais reconhecidos em literatura e que podem estar associados com a doença cardíaca (KNEBEL; MARIN, 2018, p. 124). A interação social dos participantes entre si e com a equipe foi primordial para o resultado do tratamento, na perspectiva da autora. Os pacientes formaram uma dupla e os encontros semanais eram vistos como um escape nas suas rotinas, além de ser um momento de descontração, risadas e, às vezes, até de competição, já que ficavam disputando o melhor desempenho nos exercícios físicos.

Em relação à equipe multiprofissional, nota-se que foi uma experiência exitosa para o grupo no geral. A presença do profissional farmacêutico pode resolver problemas relacionados a medicamentos, tornar mais seguro o processo de reabilitação cardíaca e solucionar problemas complexos junto com a equipe de saúde e os indivíduos. A seguir, tem-se o relato de alguns profissionais que trabalharam no grupo:

A participação do farmacêutico no grupo foi inovadora. Os pacientes traziam muitas dúvidas sobre os medicamentos e durante o período podiam ter a análise clínica da prescrição. Em relação à nutrição, foi possível orientar uma dieta levando em conta as interações medicamentosas, sendo isso possível pela troca interprofissional. (Nutricionista, relato escrito, 2022).

Contar com a presença de forma integral do profissional farmacêutico enriqueceu e contribuiu de forma positiva a atenção e o cuidado com os pacientes. Pacientes com Insuficiência Cardíaca usam diversos medicamentos e muitas vezes não sabem ao certo qual o objetivo da medicação, como deve ser administrada, quais são os efeitos adversos e desta forma a farmacêutica pôde auxiliar tanto os pacientes como a equipe multiprofissional, com rodas de conversa e atenção individual para cada um. (Fisioterapeuta, relato escrito, 2022).

Por fim, é importante pensar sobre a acessibilidade e continuidade das ações de reabilitação após o término do programa. Programas de reabilitação têm um período pré-definido para as atividades, mas o paciente necessita de acompanhamento durante todo o curso da doença cardíaca. Vale ressaltar que a Insuficiência Cardíaca é uma das doenças citadas na Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) (BRASIL, 2008), sendo que internações relacionadas às CSAP são aquelas que poderiam ter sido evitadas por meio da utilização de recursos básicos dispostos no primeiro

nível de atenção à saúde. Muitas das intervenções realizadas durante o período de reabilitação, principalmente as relacionadas à prescrição, podem ser realizadas na esfera da atenção primária da saúde, garantindo a integralidade do cuidado.

### **Considerações finais**

Pela primeira vez, o programa de reabilitação cardíaca contou com a presença integral do farmacêutico durante todo o período, e várias foram as intervenções realizadas do ponto de vista farmacoterapêutico e multiprofissional, a partir da avaliação de PRM e dificuldade na adesão à terapia. Embora com recursos escassos, pôde-se observar uma melhora significativa no controle da pressão arterial sistêmica, resultante do seguimento farmacoterapêutico aplicado e da educação em saúde. A atuação farmacêutica, integrada a ações multiprofissionais, otimiza a farmacoterapia e aumenta a adesão ao tratamento, refletindo em melhora na segurança do uso dos medicamentos e, conseqüentemente, melhores desfechos clínicos.

### **Agradecimentos**

Agradeço à Residência Multiprofissional do Hospital São Lucas da PUCRS, por ter oportunizado a participação integral do profissional farmacêutico, e à equipe multiprofissional, pela acolhida e pelo trabalho em conjunto. Agradeço, também, aos pacientes e suas famílias, pelos momentos de trocas e aprendizados mútuos ao longo de três meses.

### **Referências**

ALSABBAGH, M. W. *et al.* Pharmacist intervention in cardiac rehabilitation: a randomized controlled trial. **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention**, Philadelphia, v. 32, n. 6, p. 394-399, 2012. Doi: 10.1097/HCR.0b013e318272bbf2. Disponível em: [https://journals.lww.com/jcrjournal/Fulltext/2012/11000/Pharmacist\\_Intervention\\_in\\_Cardiac\\_Rehabilitation\\_.7.aspx](https://journals.lww.com/jcrjournal/Fulltext/2012/11000/Pharmacist_Intervention_in_Cardiac_Rehabilitation_.7.aspx). Acesso em: 26 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031>. Acesso em: 26 ago. 2022.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 221, de 17 de abril de 2008**. Publica, na forma do anexo desta portaria, a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Brasília, 2008. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221\\_17\\_04\\_2008.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html). Acesso em: 26 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos\\_farmaceuticos\\_atencao\\_basica\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf). Acesso em: 26 ago. 2022.

CASPER, E. A. *et al.* Management of pharmacotherapy-related problems in acute coronary syndrome: role of clinical pharmacist in cardiac rehabilitation unit. **Basic and Clinical Pharmacology and Toxicology**, Copenhagen, v. 125, n. 1, p. 44-53, 2019. Doi: 10.1111/bcpt.13210. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bcpt.13210>. Acesso em: 26 ago. 2022.

CASTRO, M. S. *et al.* Contribuição da atenção farmacêutica no tratamento de pacientes hipertensos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 198-202, 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-3/08-contribuicao.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2022.

CASTRO, M. S. *et al.* Pharmaceutical care program for patients with uncontrolled hypertension: report of a double-blind clinical trial with ambulatory blood pressure monitoring. **American Journal of Hypertension**, Oxford, v. 19, n. 5, p. 528-533, 2006. Doi: 10.1016/j.amjhyper.2005.11.009. Disponível em: <https://academic.oup.com/ajh/article/19/5/528/198412>. Acesso em: 26 ago. 2022.

CARVALHO, T. *et al.* **Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular 2020**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2020. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2020/v11405/pdf/11405022.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2022.

COSTA, J. M. *et al.* Otimização dos cuidados farmacêuticos na alta hospitalar: implantação de um serviço de orientação e referenciamento farmacoterapêutico. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 38-41, 2014. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/v1/public/artigos/2014050106000483BR.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2022.

HERNÁNDEZ, D. S.; CASTRO, M. M. S.; DÁDER, M. J. F. **Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico**. 3. ed. Tradução de Luciene Alves Moreira Marques e Ricardo Radighieri Rascado. Alfenas: Editora da UNIFAL, 2014. Disponível em: [https://www.unifal-mg.edu.br/gpaf/wp-content/uploads/sites/74/2018/09/Guia-dader-interior-brasil-v4\\_.pdf](https://www.unifal-mg.edu.br/gpaf/wp-content/uploads/sites/74/2018/09/Guia-dader-interior-brasil-v4_.pdf). Acesso em: 26 ago. 2022.

IVAMA, A. M. *et al.* **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica no Brasil: “Trilhando Caminhos”**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2022.

JOURDAN, J. P. *et al.* Impact of pharmacist interventions on clinical outcome and cost avoidance in a university teaching hospital. **International Journal of Clinical Pharmacy**, Dordrecht, n. 40, p. 1.474-1.481, 2018. Doi: 10.1007/s11096-018-0733-6. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11096-018-0733-6>. Acesso em: 26 ago. 2022.

KNEBEL, I. L.; MARIN, A. H. Fatores psicossociais associados à doença cardíaca e manejo clínico psicológico: percepção de psicólogos e paciente. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 112-131, 2018. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582018000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000100007). Acesso em: 11 nov. 2022.

MANZINI, F. *et al.* **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/livro.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2022.

MELO, D. O.; CASTRO, L. L. C. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 235-244, 2017. Doi: 10.1590/1413-81232017221.16202015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HFMqZG99cH8p7rQYTZJX45S/?lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2022.

MUTH, C. *et al.* Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy: a systematic guideline review and expert consensus. **Journal of Internal Medicine**, Oxford, v. 285, n. 3, p. 272-288, 2019. Doi: 10.1111/joim.12842. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joim.12842>. Acesso em: 26 ago. 2022.

OLIBONI, L. S.; CASTRO, M. S. Adesão à farmacoterapia, que universo é esse? Uma revisão narrativa. **Clinical & Biomedical Research**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, 2018. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/80552>. Acesso em: 26 ago. 2022.

ROHDE, L. E. P. *et al.* **Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2018. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2018/v11103/pdf/11103021.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2022.

Submetido em 25 de agosto de 2022.  
Aprovado em 16 de outubro de 2022.