



Curso de cuidado à pessoa com multimorbidade e polimedicamentos

Daniel Knupp Augusto

Curso de cuidado à pessoa com multimorbidade e polimedicamentos

Daniel Knupp Augusto

Belo Horizonte
NESCON - UFMG
2018

ATUALIZE-SE

Novos protocolos editados por autoridades sanitárias, pesquisas e experiências clínicas indicam que atualizações e revisões nas condutas clínicas são necessárias. Os autores e os editores desse curso fundamentaram-se em fontes seguras no sentido de apresentar evidências científicas atualizadas para o momento dessa publicação. Leitores são, desde já, convidados à atualização. Essas recomendações são especialmente importantes para medicamentos e protocolos de atenção à saúde.

Conheça outras publicações disponíveis em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/>>

A923c Augusto, Daniel Knupp
Curso de cuidado à pessoa com multimorbidade e polimedicamentos / Daniel Knupp Augusto. -- Belo Horizonte : Nescon/UFMG, 2018.
57 p. : il.

ISBN: 978-85-60914-47-0 Curso Morbidade

1. Multimorbidade. 2. Assistência centrada no paciente. 3. Polimedição. 4. Atenção primária à saúde. I. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva.
III. Título.

NLM: W 84
CDU : 614

CRÉDITOS

Ministério da Saúde - MS

Gilberto Magalhães Occhi
Ministro

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES

Rogério Luiz Zeraik Abdalla
Secretário

Secretaria de Atenção à Saúde - SAS

Francisco de Assis Figueiredo
Secretário

Secretaria-executiva da Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS

Manoel Barral-Netto
Secretário-executivo

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

Nísia Trindade
Presidente

Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Sandra Regina Goulart Almeida
Reitora

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – Nescon/UFMG

Francisco Eduardo de Campos
Diretor

Edison José Correa
Vice-diretor

Coordenação Geral

Edison José Correa
Alysson Feliciano Lemos

Coordenação Administrativo-Financeira

Mariana Aparecida Lélis

Coordenador Acadêmico

Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Gestora Acadêmica

Roberta de Paula Santos

Gerente de Tecnologia da Informação (TI)

Gustavo Storck

Coordenadora de Design Educacional

Sara Shirley Belo Lança

Coordenação técnico-científica

Edison José Corrêa
José Maurício Carvalho Lemos

Autor: Daniel Knupp Augusto

Validação Técnica - Ministério da Saúde

Juliana Oliveira Soares

Designer Educacional

Angela Moreira

Desenvolvimento Web e Administração Moodle

Daniel Lopes Miranda Junior
Leonardo Freitas da Silva Pereira
Simone Myrrha

Apoio Técnico

Leonardo Aquim de Queiroz
Michel Bruno Pereira Guimarães

Ilustrador

André Persechini

Web designer

Juliana Pereira Papa Furst

Produção audiovisual

Edgard Antônio Alves de Paiva

Diagramação

João Paulo Santos da Silva

Universidade Aberta do SUS da Universidade

Federal de Minas Gerais

NESCON / UNASUS / UFMG:

(www.nescon.medicina.ufmg.br). Faculdade de Medicina / Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Av. Alfredo Balena, 190 - 7º andar

CEP 30.130-100

Belo Horizonte - MG - Brasil

Telefone: (55 31) 3409-9673. Fax: (55 31) 3409-9675

E-mail: comunicacao@nescon.medicina.ufmg.br

Sumário

Apresentação do autor	6
Apresentação	7
Unidade 1 Trabalho em equipe e coordenação de cuidados para pessoas com multimorbidade	10
Introdução	11
Caso clínico 1 <i>Dona Margarida estava precisando apenas de uma nova receita</i>	13
Conclusão	20
Unidade 2 Manejo clínico: cuidado à pessoa com multimorbidade	22
Introdução	23
Caso clínico 2 <i>Sr. Joaquim: O pigarro não me larga</i>	26
Caso clínico 3 <i>Jennifer: Minha pressão nunca subiu, nem agora na gravidez</i>	33
Conclusão	40
Unidade 3 Cuidado à pessoa com polifarmácia	42
Introdução	43
Caso clínico 4 <i>Sr. Wilson: Eu gasto mais de 600 reais só de remédio</i>	45
Caso clínico 5 <i>Sr. Juvenal: Acho que a comida não está me fazendo bem.</i> <i>Pode ser o fígado?</i>	48
Conclusão	54
Referências	55

Apresentação do autor

Daniel Knupp Augusto

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (2002). Possui residência em Medicina de Família e Comunidade (2006) pelo Hospital Municipal Odilon Behrens e Mestrado em Epidemiologia pela Fundação Oswaldo Cruz em Minas Gerais (Fiocruz/MG). É secretário geral da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, diretor acadêmico do Programa de Educação Médica Continuada em Medicina de Família e Comunidade (PROMEFC) da Editora Artmed e médico da Unimed BH. Tem experiência em Atenção Básica à Saúde e na formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade, com ênfase na área de Residência Médica. Atuou como coordenador e preceptor do programa de residência de Medicina de Família e Comunidade do Hospital Municipal Odilon Behrens e como médico em serviço de Atenção Básica à Saúde da rede municipal de saúde de Belo Horizonte.

Apresentação

Os serviços de saúde historicamente se organizaram para o cuidado de pacientes com morbidades isoladas. Entretanto, em razão das mudanças demográficas ocorridas nas últimas décadas, há uma forte tendência ao aumento da prevalência de pacientes com multimorbidade.

A multimorbidade está frequentemente acompanhada de polimedicação, ou polifarmácia. Neste curso será adotado majoritariamente o segundo termo, polifarmácia, pois é o mais encontrado nas referências utilizadas e é o único termo que possui um descritor no MeSH - *Medical Subject Headings*, da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, base do PUBMED. No DeCS - Descritores em Ciências da Saúde, da BIREME, é encontrado o termo polimedicação.

VEJA EM:

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Descritores em Ciências da Saúde.
Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>.

National Center for Biotechnology Information (NCBI)
Medical Subject Headings (MeSH)
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>>.

Os profissionais de saúde, em particular aqueles na Atenção Básica à Saúde (APS), responsáveis pelo acesso de primeiro contato, pelo cuidado longitudinal, pela integralidade em suas ações e pela coordenação de cuidados, precisam desenvolver as competências necessárias para o cuidado dessa população.

Assim, o objetivo do curso é qualificar os profissionais médicos da Atenção Básica à Saúde, preferencialmente atuantes em programa de provimento de profissionais para áreas remotas ou periféricas, no formato a distância, para identificação, avaliação, cuidado e organização do serviço de saúde para pacientes com multimorbidade.

Espera-se que, ao final do curso, os profissionais possam:

- a) desenvolver habilidades clínicas ligadas à identificação, avaliação e definição de planos de cuidados adequados para pacientes com multimorbidade;
- b) estar preparados, nas características dos serviços de Atenção Básica à Saúde, para incorporar as ações das equipes de saúde que são mais apropriadas para o cuidado dos pacientes com multimorbidade;
- c) estar mais instrumentalizados com recursos que auxiliem na avaliação da polifarmácia, no risco de interações medicamentosas e que sirvam de parâmetro no processo de desprescrição.

Este curso está dividido em três unidades:

- **Unidade 1** - Trabalho em equipe e coordenação de cuidados para pessoas com multimorbidade: 10 horas
- **Unidade 2** - Manejo clínico: cuidado à pessoa com multimorbidade: 20 horas
- **Unidade 3** - Cuidado à pessoa com polifarmácia: 15 horas

que somam 45 horas.

Em cada unidade, serão apresentadas bases conceituais e recursos sob a forma de discussão de casos clínicos.

Um processo de autoavaliação, por meio de atividades, acompanhará cada unidade.

Ao final do curso, o aluno que quiser obter o certificado de conclusão poderá submeter-se a uma avaliação somativa, cujo valor total é 100 pontos, assim distribuídos:

- **Unidade 1** - Trabalho em equipe e coordenação de cuidados para pessoas com multimorbidade: 25 pontos
- **Unidade 2** - Manejo clínico: cuidado à pessoa com multimorbidade: 40 pontos
- **Unidade 3** - Cuidado à pessoa com polifarmácia: 35 pontos.

São necessários **60 pontos** para a aprovação.

Esperamos que, ao final deste curso, seus estudos tenham-lhe atualizado conceitos e indicado recursos e futuras referências para o cuidado de pessoa com multimorbidade e polimedicamentos.

Bom trabalho!

Unidade 1

Trabalho em equipe e coordenação de cuidados para pessoas com multimorbidade

Unidade 1

Introdução

Neste curso, para definição de multimorbidade, optou-se por adotar o critério de duas ou mais doenças crônicas como definidor de multimorbidade. Essa opção se faz pela facilidade de se utilizar essa definição na prática clínica e por sua elevada sensibilidade, permitindo que ações voltadas ao cuidado de pessoas com multimorbidade possam ser oferecidas a um maior número de pacientes.

As pessoas com multimorbidade, em decorrência da complexidade de seus problemas de saúde, de sua fragilidade e do caráter multicausal de suas doenças, impõe um desafio aos serviços de saúde. Exige-se dos serviços de saúde um padrão de resposta à situação que não é o que estão habituados a oferecer.

O cuidado a essas pessoas precisa adotar um caráter eminentemente multiprofissional. Diferentes competências e saberes precisam integrar-se para fazer frente à complexidade dos problemas de saúde dessas pessoas. A noção de que um serviço de saúde pode centrar-se meramente no saber médico é completamente inadequada nesse cenário.

Além disso, é necessário levar em consideração os recursos de que a pessoa dispõe para o cuidado à sua condição de saúde.

Deve-se entender por recursos o conceito mais abrangente possível, que inclui recursos financeiros e materiais, familiares e sociais, cognitivos ou físicos, estilo de vida e motivação para se cuidar, entre outros.

Como será visto nesta primeira unidade, são fundamentais o trabalho multiprofissional, a ênfase na coordenação de cuidados e o desenvolvimento de planos de cuidados que integrem competências de diferentes profissionais, bem como os valores e as preferências da pessoa com multimorbidade.

O enfoque sempre buscará contextualizar o saber técnico e científico dos profissionais de saúde ao contexto do paciente.

Assim, esta unidade tem como objetivos:

- a) descrever a importância do trabalho em equipe para o cuidado das pessoas com multimorbidade;
- b) enfatizar a importância da coordenação de cuidados como um dos atributos da Atenção Básica à Saúde mais relevante na multimorbidade;
- c) destacar a importância de um plano de cuidados centrado na pessoa.

Espera-se que, ao concluir a unidade, o profissional seja capaz de:

- a) em conjunto com outros profissionais que atuam na Atenção Básica à Saúde e levando em consideração os valores e preferência dos pacientes, elaborar plano de cuidados para uma pessoa com multimorbidade;
- b) compreender o papel da coordenação de cuidados no acompanhamento de pessoas com multimorbidade.

Caso clínico 1

Dona Margarida estava precisando apenas de uma nova receita



Síntese

Paciente portadora de diversas doenças crônicas, entre elas doença renal crônica com necessidade de terapia renal substitutiva, o que consequentemente a leva a frequentar, em caráter regular, outros serviços de saúde, além do serviço de Atenção Básica à Saúde. O caso evidencia como um paciente que faz acompanhamento em diferentes serviços de saúde, em razão de suas doenças, frequentemente estará mais suscetível a riscos relacionados à polifarmácia e descontinuidade, com exames desnecessários e repetidos, entre outras formas de iatrogenia.

Margarida tem 72 anos de idade, nasceu e morou, até há alguns anos atrás, em Curirango, povoado pertencente ao município de Almenara, na região do Vale do Jequitinhonha, no nordeste do estado de Minas Gerais. Faz sete anos que Margarida mora em Belo Horizonte. Veio para a capital morar com a filha, Marlene, quando ficou viúva. Mas o óbito do esposo não foi a única razão para a mudança.

Pouco após completar 60 anos de idade, Margarida descobriu que havia desenvolvido doença renal crônica e precisaria submeter-se a hemodiálise daí em diante. O diagnóstico foi impactante para toda a família, mas o maior ônus vinha sendo o tratamento. Para realizar seu tratamento, Margarida precisava se deslocar três vezes por semana até o município de Teófilo Otoni, trajeto que fazia em cerca de 5 horas, no micro-ônibus da prefeitura de Almenara.

Com o óbito do esposo, a família entendeu que seria melhor que Margarida se mudasse para Belo Horizonte, onde conseguiria fazer seu tratamento mais facilmente. Desde que se mudou para a capital, Margarida é acompanhada no serviço de hemodiálise da Santa Casa de Misericórdia.

Mas além das idas à hemodiálise, onde se consulta periodicamente com nefrologista, nutricionista e tem o acompanhamento da enfermagem, também vai ao Centro de Saúde (CS Jardim Europa) próximo de sua casa, pois precisa “pegar receitas”. Além da doença renal crônica, Margarida tem hipertensão arterial e diabetes tipo 2 há mais de duas décadas. Tem ainda osteoartrose avançada em ambos os joelhos, que por anos foi motivo de uso quase contínuo de anti-inflamatórios não hormonais. Hoje em dia não usa mais os anti-inflamatórios, mas por causa da artrose conseguiu ser acompanhada no serviço de ortopedia da própria Santa Casa. Nesse mesmo serviço tem feito sessões de fisioterapia, que a ajudam a controlar as dores articulares. Não obstante seu controle na hemodiálise e na ortopedia, é com certa frequência que Margarida vai ao pronto-socorro da Santa Casa quando não está se sentindo bem e também tem acesso a outras clínicas no hospital (nos últimos meses, teve consultas eletivas com dermatologia, endocrinologia, ginecologia e cardiologia).

Atividade de apoio para o manejo do caso

Diante desse cenário, descreva o papel que cabe, conjuntamente, a todos da equipe de saúde da família do Centro de Saúde Jardim Europa no cuidado de Margarida.

Comentários: Cada pessoa adscrita a uma equipe de Saúde da Família sempre terá uma necessidade particular, única, de cuidado à sua saúde. Essas particularidades exigem respostas individualizadas da equipe. Algumas pessoas podem demandar muito da equipe, com necessidade de, por exemplo, muitas consultas ou visitas domiciliares, enquanto outras podem demandar menos. Além disso, algumas pessoas podem ter suas necessidades integralmente atendidas por ações de competência dos membros da equipe de Saúde da Família enquanto outras podem demandar ações de outros serviços de saúde que compõem a rede de atenção do sistema de saúde. É também interessante lembrar que a necessidade por ações de outros serviços de saúde pode ser temporária, por exemplo, uma breve internação para tratamento cirúrgico em razão de uma apendicite aguda, ou pode ser mais duradoura.

No caso de Margarida, há uma necessidade permanente por ações específicas, como a hemodiálise, que extrapolam a competência e os recursos do serviço de Atenção Básica à Saúde (ABS) e das equipes de saúde da família. Mas mesmo em uma situação como essa, em que a demanda do indivíduo é majoritariamente por ações de outros serviços de saúde que não a ABS, a equipe de Saúde da Família ainda tem um papel fundamental, que é o de desenvolver ações que visem à coordenação de cuidados (ver mais adiante). Portanto, em nenhuma situação, cabe à equipe de Saúde da Família deixar de manter um vínculo de cuidado longitudinal com uma pessoa quem lhe é adscrita.

Quais poderiam ser as ações específicas de cada profissional da equipe?

Comentários: Mesmo em situações como a de Margarida, em que a demanda por ações em saúde se concentra mais em serviços de atenção secundária, há uma diversidade de ações possíveis para os membros da equipe de Saúde da Família. Os agentes comunitários de saúde podem, por exemplo, em suas visitas periódicas aos domicílios, verificar se as idas ao serviço de hemodiálise estão ocorrendo a contento e na periodicidade determinada, além de saber se há alguma nova demanda que possa ser avaliada pela própria equipe de Saúde da Família. Os técnicos de enfermagem podem verificar o controle pressórico e o aspecto da fístula arteriovenosa que está sendo utilizada na hemodiálise. O enfermeiro pode orientar para o cuidado com os pés a fim de se evitarem complicações do diabetes e prescrever cuidados de enfermagem para essa e outras finalidades. Já o médico, tanto em consultas no Centro de Saúde como em visitas domiciliares, que em determinados momentos podem não demandar muita frequência, pode avaliar se há algum efeito adverso de medicações em uso, verificar se pode haver interações medicamentosas não desejáveis entre prescrições de diferentes serviços (como na nefrologia e na ortopedia, no caso de Margarida), estar atento a novas demandas e às cascatas terapêuticas que podem ser iatrogênicas, entre outras ações.

O trabalho das equipes de Saúde da Família

O trabalho em equipe muito profissional, pressuposto da Estratégia de Saúde da Família, é também um importante elemento no cuidado às pessoas com multimorbidade. A complexidade inerente ao cuidado à saúde dessas pessoas exige um padrão de respostas que um médico ou outro profissional de saúde não será capaz de oferecer se estiver atuando isoladamente.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) - no âmbito da PNAB, os termos Atenção Básica e Atenção Básica à Saúde são considerados sinônimos - o processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde tem por base a atuação das equipes de Saúde da Família. Essas equipes multiprofissionais podem ser compostas, de acordo com sua modalidade, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliares em saúde bucal ou técnicos em saúde bucal, auxiliares de enfermagem ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Outros profissionais podem ainda ser incorporados à equipe em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população.

Entre as atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de Saúde da Família que remetem ao caráter multiprofissional de suas ações, podemos citar:

- realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações.

A PNAB elenca ainda extensamente as atribuições específicas de cada profissional da equipe. Veja mais detalhes no próprio documento (BRASIL, 2012, disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf).

Recentemente, por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), foi estabelecida uma revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, disponível em:

<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>.

Essa nova versão da PNAB, que já está vigente, traz algumas mudanças em relação à versão anterior da política, de 2012. Em particular, há algumas mudanças nos mecanismos de financiamento das ações na Atenção Primária, alguma flexibilização no formato das equipes visando contemplar a diversidade de contexto dos municípios, entre outras. Tendo em vista que, dado o curto espaço de tempo desde sua publicação, a implementação da nova PNAB ainda está sendo debatida, optou-se por adotar a versão da PNAB de 2012 como referência para o curso.

Continuação do caso (Dona Margarida estava precisando apenas de uma nova receita)

De acordo com seu prontuário no Centro de Saúde, Margarida está em uso dos seguintes medicamentos: metformina 850 mg, 1 comp. de 8 em 8 horas; glibenclamida 5 mg, 1 comp. por dia; losartana 50 mg, 1 comp. de 12 em 12 horas; furosemida 40 mg, 1 comp. pela manhã; sinvastatina 20 mg, 1 comp. à noite; ácido acetilsalicílico 100 mg, 1 comp. após o almoço; glucosamina 500 mg, 1 comp. de 12 em 12 horas; amitriptilina 25 mg, 1 comp. à noite; paracetamol 500 mg, 1 comp. até de 6 em 6 horas, sob demanda. Porém, em suas consultas fora do Centro de Saúde, não é raro que esses medicamentos sejam substituídos ou que outros medicamentos sejam incluídos nessa relação. Situação assim ocorreu recentemente, quando Margarida procurou o Centro de Saúde para conseguir renovar sua receita.

Margarida chega à recepção do Centro de Saúde e é recebida por Vera, recepcionista da unidade.

Vera: Bom dia, Dona Margarida! Em que podemos ajudá-la hoje?

Margarida: Bom dia, Vera! Estava precisando de uma nova receita, pois fui à farmácia comprar meus medicamentos e me disseram que a minha receita está “vencida”.

Vera: Certo! Vou conversar com a Rosa (enfermeira da equipe que acompanha Margarida). Pode aguardar aqui na recepção, por favor.

Após alguns minutos, Rosa vem conversar com Margarida na recepção.

Rosa: Bom dia, Dona Margarida! Como vai?

Margarida: Bom dia, Rosa! Hoje estou bem. Estava precisando apenas de uma nova receita, pois fui na farmácia e não consegui comprar meu remédio (retira a receita da bolsa e entrega para a enfermeira).

Rosa: Deixe-me ver, Margarida! Realmente a receita é mais antiga (é uma receita emitida há cerca de 9 meses, em um receituário com o timbre da Santa Casa). A agenda do Dr. Juliano já está bem cheia hoje, mas ele já está quase terminando. Vou conversar com ele e veremos o que pode ser feito.

Assim que um paciente sai do consultório do Dr. Juliano, Rosa entra na sala com a receita.

Rosa: Juliano, Dona Margarida, aquela paciente que faz acompanhamento na Santa Casa, está precisando de uma receita nova.

Juliano: Nossa! Faz um bom tempo que não a vejo (verifica no prontuário eletrônico que a última consulta foi há quase 1 ano atrás). É a receita dos medicamentos que ela já usa? Posso emitir uma cópia aqui...

Rosa: A receita é essa aqui (mostra a receita a Juliano):

enalapril 10 mg, 1 comp. de 12 em 12 horas
anlodipino 5 mg, 1 comp. pela manhã
hidroclorotiazida 25 mg, 1 comp. pela manhã
sinvastatina 20 mg, 1 comp. à noite
ácido acetilsalicílico 100 mg, 1 comp. após o almoço

Percebendo o problema, Juliano prefere atender Margarida e procurar entender qual foi a razão da mudança na prescrição. Assim, Rosa volta à recepção e avisa Dona Margarida que Dr. Juliano vai atender as duas últimas consultas que estão agendadas e, em seguida, irá chamá-la. E, dessa forma, algum tempo depois, Margarida está no consultório de Juliano.

Juliano: Bom dia, Margarida! Rosa me disse que a senhora estava precisando de uma receita. Vi aqui a receita que ela me trouxe e notei que não são os mesmos medicamentos que a senhora vinha usando na última vez que nos vimos.

Margarida: Não são não, doutor? Achei que eram os mesmos. Foi o senhor mesmo que os receitou, não?

Juliano: Não fui eu não, Margarida. Essa receita é da Santa Casa. Na última vez que nos vimos, há cerca de 1 ano, os medicamentos que a senhora usava eram outros.

Margarida: Ah, é verdade, Dr. Juliano! Agora me lembrei! Essa receita aqui foi do cardiologista da Santa Casa.

Juliano: Entendo, Margarida! Que bom que a senhora se lembrou. Sabe dizer por que foi que ele trocou os medicamentos que a senhora vinha usando?

Margarida: Não sei não, Dr. Juliano. Foi a primeira vez que me consultei com esse médico. Me disseram que o Dr. João Carlos (cardiologista que havia atendido Margarida na Santa Casa em outras ocasiões) se aposentou. Então, agendaram com esse rapaz. Ele me perguntou quais eram os medicamentos que eu estava usando. Mas eu tinha deixado minha receita em casa e não soube dizer. Disse a ele que eram uns remédios de pressão, colesterol e o AAS.

Juliano então se lembra que Margarida teve poucos anos de estudo e tem bastante dificuldade para compreender a linguagem escrita.

Juliano: Ah, agora entendi o que houve, Margarida. Acontece que esses medicamentos são diferentes dos que a senhora vinha usando.

Margarida: São, Dr. Juliano? Nossa!

Juliano: Sim, Margarida! Por acaso a senhora está com os remédios na bolsa para me mostrar como está usando?

Margarida: Estou com eles aqui sim, Dr. Juliano.

Então, Margarida retira de sua bolsa uma sacola plástica com embalagens de medicamentos e as coloca sobre a mesa. Juliano nota que não são os medicamentos que estão na receita da Santa Casa, mas sim os que estão registrados no prontuário eletrônico da paciente. Fica ainda mais aliviado quando pede que ela explique como está usando aqueles medicamentos e ela descreve a posologia correta.

Juliano: Que bom, Margarida! Os medicamentos que a senhora está usando são os mesmos que lhe receitei na última vez que nos vimos.

Margarida: Ah sim, Dr. Juliano! Faço questão de usar meus remédios direitinho. Lá na hemodiálise, o Doutor sempre me pergunta se estou usando os remédios. Foi por isso que fui à farmácia hoje. Esses aqui (referindo-se aos medicamentos que estavam na bolsa) são os últimos que tenho. Não queria ficar sem remédios. Então, peguei essa receita que encontrei na escrivadinha e fui à farmácia.

Juliano, então, faz uma nova prescrição para Margarida e orienta novamente sobre o uso das medicações. Ao final do expediente, Juliano explica a situação para Rosa. Ambos concordam que é preciso conversar sobre isso com a equipe.

A coordenação de cuidados

A Atenção Básica à Saúde tem como atributos essenciais:

- **acesso:** é preferencialmente o primeiro ponto de contato das pessoas com o sistema de saúde;
- **integralidade:** é capaz de resolver a vasta maioria dos problemas de saúde das pessoas;
- **longitudinalidade:** é normalmente responsável pelo cuidado à saúde das pessoas por longos períodos de suas vidas;
- **coordenação de cuidados:** é responsável pelo gerenciamento das ações e dos recursos utilizados pelas pessoas no sistema de saúde.

A multimorbidade está associada com um aumento na necessidade de utilização de outros serviços de saúde além da Atenção Básica à Saúde, em particular mais consultas com médicos especialistas focais (STARFIELD, 2011). Tanto o número de consultas com especialistas focais quanto a proporção de pessoas que se consultam com especialistas focais aumentam com a multimorbidade.

Também é sabido que a prevalência da multimorbidade vem aumentando (STARFIELD, 2011). Esse aumento pode ser atribuído a diversos fatores, entre eles: as mudanças nos critérios que definem determinadas doenças crônicas, com redução do limiar para os diagnósticos; a inclusão de novos diagnósticos; e mudanças sociodemográficas que levam ao envelhecimento populacional e ao aumento de alguns fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis.

Nesse contexto, a coordenação de cuidados passa a ter ainda mais importância no escopo das ações dos serviços de Atenção Básica à Saúde. Como visto no caso de Margarida, o acompanhamento de pessoas com necessidade de utilização de recursos de saúde em serviços de atenção secundária será uma realidade cada vez mais presente para os profissionais das equipes de Saúde da Família. Assim, é importante que esses profissionais estejam aptos a compreender e desenvolver seu papel nesse cenário.

Continuação do caso (Dona Margarida estava precisando apenas de uma nova receita)

No dia seguinte pela manhã, logo no início do expediente, quando os agentes comunitários vêm à unidade, Rosa reúne a equipe na sala de reuniões. Ela e Juliano explicam a situação ocorrida no dia anterior com Margarida. A equipe conversa sobre a situação, de forma que todos possam expressar seu ponto de vista e sugerir uma ação, dentro do escopo de atuação de cada um, para melhorar o acompanhamento da paciente. O plano de cuidados estabelecidos envolve visitas periódicas dos agentes comunitários para verificar as receitas que Margarida tem guardadas em casa, consultas médicas periódicas, a princípio trimestrais, e consultas de enfermagem também periódicas, nas quais Rosa poderá ajudar Margarida a desenvolver sua capacidade de autocuidado.

Atividade de apoio para o manejo do caso

Além das ações que a equipe definiu para o plano de cuidados para Margarida, como visto acima, quais outras ações poderiam ser utilizadas?

Comentários: Estabelecer contato com os profissionais responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes nos serviços de atenção secundária é sempre uma experiência válida, pois produz resultados positivos tanto no cuidado aos pacientes como no desenvolvimento dos profissionais envolvidos.

Muitas vezes, esse contato pode se dar por meio eletrônico, quando os serviços compartilham de um mesmo prontuário eletrônico ou de recursos de comunicação a distância em suas unidades de saúde. Mesmo na inexistência de recursos assim, é possível tentar estabelecer uma comunicação por telefone ou por relatórios.

Além disso, é sempre importante dar atenção ao processo de referência e contrarreferência dos pacientes entre os serviços de saúde. Os relatórios de referência e contrarreferência, sejam impressos ou eletrônicos, devem conter dados completos do paciente, incluindo identificação, lista de problemas, medicações em uso e os exames mais relevantes para o caso, deixando claro o motivo que gerou o encaminhamento.

Conclusão

Ao término desta unidade, pudemos ver que o papel dos serviços de Atenção Básica à Saúde no cuidado às pessoas com multimorbidade está fortemente ligado ao trabalho em equipe, com caráter multiprofissional e interdisciplinar. Viu-se ainda que a coordenação de cuidados, um dos atributos essenciais da Atenção Básica à Saúde, é muito presente no cuidado a essas pessoas. A coordenação de cuidado dentro do próprio serviço, com especial atenção ao registro das informações do paciente é essencial, assim como a comunicação entre os profissionais da equipe de Saúde da Família e a elaboração conjunta de um plano de cuidados. Deve haver a coordenação de cuidados entre diferentes serviços de saúde, quando o quadro de multimorbidade demanda ações de competência de serviços de atenção secundária, o que é uma situação relativamente comum, como pudemos ver no caso discutido.

Unidade 2

Manejo clínico: cuidado à pessoa com multimorbidade

Unidade 2

Introdução

O acompanhamento clínico das pessoas com multimorbidade exige grande habilidade dos profissionais de saúde. Uma abordagem clínica que seja mais centrada nas doenças do que nos aspectos particulares de uma determinada pessoa pode não contribuir para um melhor controle de duas doenças, além de criar mais rótulos, muitas vezes agravando problemas associados, como a polifarmácia.

Uma abordagem adequada deve ter como princípio estratégias sistemáticas de identificação e avaliação das pessoas com multimorbidade, pois não é raro que a multimorbidade se passe como um fenômeno invisível nos serviços de saúde. A avaliação também é relevante para definir qual a necessidade de se adotarem determinadas condutas no cuidado do paciente (por exemplo, quais exames devem ser solicitados periodicamente para a segurança do tratamento ou quais medicamentos precisam ser substituídos e em qual ordem de prioridade).

A abordagem centrada na pessoa, como veremos, é uma das ferramentas que devemos utilizar para oferecer um cuidado adequado a essas pessoas. Nesse sentido, atitudes simples como a pactuação de uma lista de prioridades e ponderações sobre quais ideias, sentimentos, medos e expectativas da pessoa em relação ao seu estado de saúde podem ser de grande valia.

Por fim, é preciso compreender melhor como se dá o fenômeno da multimorbidade, como as doenças em conjunto têm um impacto maior na saúde das pessoas – em vez de considerarmos o que é decorrente de cada uma delas isoladamente – e como a apropriação de diretrizes clínicas e recomendações em geral, de forma pouco crítica e descontextualizada, pode contribuir para o agravamento do fenômeno da multimorbidade.

Conceito e epidemiologia da multimorbidade

O estabelecimento de um conceito de multimorbidade tem relevância tanto no campo científico, pois é o que permite, por exemplo, que se definam critérios de inclusão em um ensaio clínico que busque avaliar o impacto de uma determinada intervenção em uma amostra de pessoas com multimorbidade, como no campo da clínica, pois é a partir de um determinado critério que os profissionais de saúde podem decidir se um determinado paciente deverá receber ou não uma abordagem voltada para o cuidado de pessoas com multimorbidade.

Não há na literatura científica um critério único, consensual, para definir multimorbidade. Há, entretanto, uma maioria que define multimorbidade a partir da contagem de doenças crônicas, considerando que qualquer indivíduo com duas ou mais doenças crônicas concomitantes é um indivíduo com multimorbidade. Porém, há quem defenda que a contagem de doenças não deveria ser a principal definidora da multimorbidade, mas sim o comprometimento funcional. Há também quem afirme que é pela contagem de medicamentos em uso, e não pela contagem de doenças, que a multimorbidade deveria ser definida.

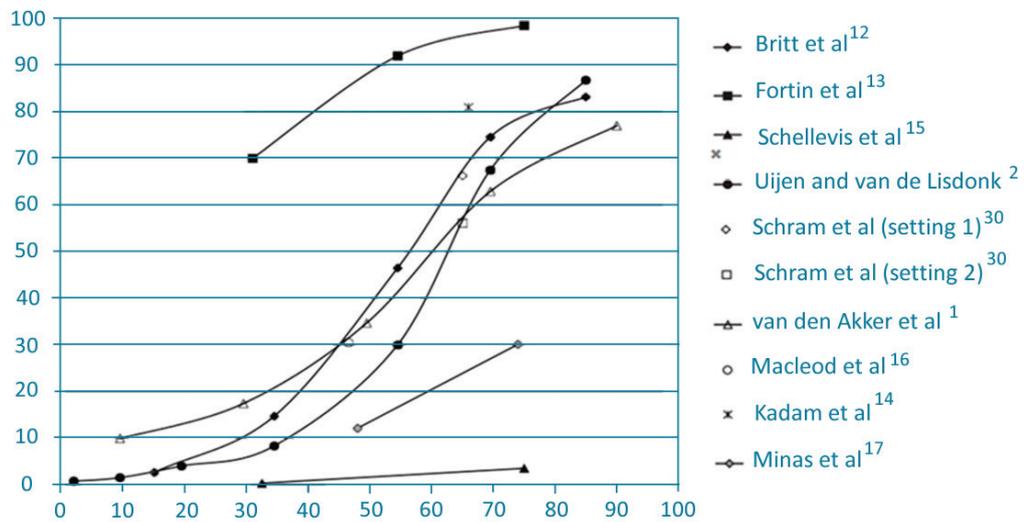
Neste curso opta-se por adotar o critério de duas ou mais doenças crônicas como definidor de multimorbidade. Essa opção se dá em função da facilidade de se utilizar essa definição na prática clínica e de sua elevada sensibilidade, permitindo que ações voltadas ao cuidado de pessoas com multimorbidade possam ser oferecidas a um maior número de pacientes.

A definição também tem implicação nos estudos que têm como objetivo verificar a prevalência de multimorbidade na população. Essa variabilidade também ocorre em função de diferenças na metodologia dos estudos, por exemplo, se os diagnósticos são referidos ou se são resultado de exames clínicos, se são baseados apenas em análises de prontuários ou no relato de profissionais de saúde, entre outros.

A Figura 1 mostra a prevalência de multimorbidade em serviços de Atenção Básica à Saúde, de acordo com a idade, em diferentes estudos.

Como a prevalência de diversas doenças crônicas aumenta com a idade, a prevalência da multimorbidade também vai apresentar esse comportamento. Entretanto, a multimorbidade não deve ser vista necessariamente como um fenômeno do idoso. Mais de metade das pessoas com um quadro de multimorbidade tem menos de 65 anos de idade. Além disso, se considerarmos o critério de duas ou mais doenças crônicas como definidor de multimorbidade, cerca de metade das pessoas com alguma doença crônica se enquadra nos critérios de multimorbidade.

Figura 1 - Prevalência de multimorbidade de acordo com a idade em serviços de Atenção Básica à Saúde



Fonte: Adaptado de FORTIM, 2012.

Observação da fonte original: Os dados relatados nos estudos foram ajustados para o gráfico, conforme descrito na seção de Métodos.

São objetivos desta unidade:

- apresentar o conceito de multimorbidade, os diferentes critérios para sua definição e os aspectos de sua epidemiologia;
- ênfatar a importância de uma abordagem centrada na pessoa, no contexto do cuidado na multimorbidade;
- descrever o modelo de cuidado apropriado ao manejo das pessoas com multimorbidade.

Espera-se que, ao final da unidade, os profissionais possam:

- desenvolver uma abordagem centrada na pessoa;
- desenvolver competências para definir as prioridades no cuidado às pessoas com multimorbidade;
- compreender a conceituação de multimorbidade e conhecer sua epidemiologia.

Caso clínico 2

Sr. Joaquim: O pigarro não me larga



Síntese

Paciente portador de múltiplas doenças crônicas sem repercussão funcional, com baixa adesão às medidas terapêuticas propostas em razão dessas condições e com elevada frequência da unidade de saúde em razão de sintomas inespecíficos e autolimitados.

O caso ilustra uma situação típica em que o paciente tem outras necessidades de saúde percebidas, outras prioridades, distintas de suas doenças crônicas, muito frequentemente assintomáticas, que costumam ser elencadas como prioridade pelo profissional de saúde. Ressalta o impacto negativo que uma abordagem excessivamente centrada nas doenças pode ter para a relação médico paciente e, conseqüentemente, para o cuidado à saúde dos pacientes com multimorbidade.

Joaquim, 69 anos de idade, sempre trabalhou muito! Criou 5 filhos com os proventos de seu ofício como carpinteiro. Teve uma vida muito sofrida, mas conseguiu vencer de forma honesta, apenas pelo esforço de suas mãos. Tem muito orgulho disso! Hoje tem dias mais amenos. Aposentou-se e vive com a esposa. Os filhos já estão criados. Eles vivem, cada um, em um canto do país, seguindo o tino do pai pelo trabalho.

Não teve muito estudo. Começou muito cedo na profissão. Mas esforçado que é, aprendeu a ler e a escrever bem. E também lida com números razoavelmente bem, por exigência do trabalho que fazia.

Puxou a mãe e desenvolveu um diabetes tipo 2 já há cerca de 10 anos. Além disso, há ainda a hipertensão arterial e a gota, heranças do pai. Da mãe, tem ainda o hipotireoidismo. E com o pai aprendeu que “comida precisa ter sustância” e atividade física é “coisa de quem não tem serviço”. Assim, não é de se admirar que Joaquim tenha também níveis elevados de colesterol. Além disso, faz questão de reafirmar que não fuma e nem faz uso de bebidas alcoólicas.

No prontuário do Dr. Juliano, no Centro de Saúde Jardim Europa, consta que Joaquim faz uso das seguintes medicações: anlodipina 5 mg, 1 comp. por dia; losartana 50 mg, 1 comp. de 12 em 12 horas; hidroclorotiazida 25 mg, 1 comp. pela manhã; sinvastatina 20 mg, 1 comp. à noite; ácido acetilsalicílico 100 mg, 1 comp. após o almoço; alopurinol 100 mg, 1 comp. de 12 em 12 horas; metformina 500 mg, 1 comp. no almoço e no jantar; levotiroxina 100 mcg, 1 comp. pela manhã, em jejum; e colchicina 0,5 mg, 2 comp. até de 8 em 8 horas, sob demanda, quando a “gota ataca”. Entretanto, não costuma usar todos esses medicamentos. Faz questão de usar os medicamentos “da tireoide e do diabetes” (a lembrança da condição de saúde da mãe no final da vida não o deixa esquecer). Dos anti-hipertensivos usa um ou outro com certa regularidade. Normalmente, usa mais doses quando acha que a pressão arterial está elevada.

Do ácido acetilsalicílico e da sinvastatina raramente se lembra, toma os medicamentos apenas quando acha que está precisando “ralear um pouco o sangue”. O alopurinol costuma usar só mesmo “quando é necessário”. Felizmente, não tem precisado usar, com frequência, a colchicina. Esse comportamento é motivo de embate frequente com o Dr. Juliano, e não foi diferente na consulta mais recente.

Definindo prioridades no cuidado à pessoa com multimorbidade

Uma das primeiras e mais importantes tarefas no cuidado à pessoa com multimorbidade é a definição de prioridades. Oferecer um cuidado adequado às metas e prioridades da pessoa com multimorbidade, levando em consideração a complexidade de suas diferentes doenças e tratamentos, é a prioridade.

Os pacientes devem ser encorajados a esclarecer o que é importante para eles, incluindo, por exemplo, aspectos de como manter o seu grau de autonomia, evitar efeitos adversos de medicações, custos relacionados ao tratamento e limitações para executar funções no trabalho ou em casa.

Essa definição é um processo dinâmico, pois as pessoas com multimorbidade geralmente experimentam um estado de saúde flutuante, de modo que a doença ou o problema que era prioridade em uma determinada consulta pode não ser a prioridade na consulta seguinte. Dessa forma, é preciso estar alerta a essa concorrência entre as doenças, sendo flexível às demandas dos pacientes.

Embora seja natural e compreensível que os médicos tentem abordar todos os problemas em uma mesma consulta, esse esforço habitualmente resulta em planos terapêuticos que não atendem as expectativas dos pacientes ou são pouco realistas. Além disso, deve-se levar em consideração que o tempo de duração das consultas nos serviços de Atenção Básica à Saúde em geral (não apenas no Brasil) é bastante curto para se abordar adequadamente todos os problemas de uma pessoa com multimorbidade em uma mesma consulta.

Dessa forma, para uma abordagem mais realista e qualificada no cuidado às pessoas com multimorbidade, é importante que, a cada consulta, sejam definidos os problemas prioritários, o que será abordado naquela consulta especificamente e o que pode ser abordado em outros momentos. É importante nunca deixar de lado uma avaliação integral do paciente no momento de definir uma conduta, como a prescrição de um novo medicamento que pode interagir com outras medicações que o paciente já utiliza.

A participação ativa do paciente nessa definição de quais são os problemas prioritários e o que será abordado em cada momento é fundamental para se elaborar um plano de cuidados com o qual o paciente sinta-se confortável e esteja disposto a seguir. A boa relação médico-paciente que se estabelece com tais práticas é a base para o manejo adequado das pessoas com multimorbidade.

Continuação do caso (Sr. Joaquim: O pigarro não me larga)

Juliano: Bom dia, Joaquim! Em que posso ajudá-lo desta vez? (é a terceira vez que Joaquim vai ao centro de saúde nos últimos 30 dias; nas duas vezes anteriores, os motivos da consulta haviam sido lombalgia e flatulência).

Joaquim: Bom dia, Dr. Juliano! Como te disse na consulta passada, o pigarro não me larga.

Joaquim tem um discreto pigarro crônico. Já foi submetido a extensa propedêutica em função disso. Nesse processo foram descartadas as hipóteses de que o pigarro fosse relacionado a refluxo gastroesofágico, asma, rinite, lesões na laringe, infecções respiratórias, entre outras condições. Ao fim, entendeu-se que o pigarro de Joaquim não é decorrente de uma doença, e sim de um maneirismo, algo que não oferece riscos para a saúde.

Juliano: (interrompendo rapidamente Joaquim para que ele não volte a relatar toda a história do pigarro) Sim, Sr. Joaquim. Lembro-me de termos realizado vários exames para avaliar isso. Ao final, todos estavam normais.

Joaquim: Sim, Dr. Juliano. Mas esse pigarro não me larga. Fico achando que preciso fazer algum outro exame.

Juliano: E quanto aos medicamentos de hipertensão, diabetes, gota, tireoide e colesterol, usando todos regularmente?

Joaquim: Sim, Dr. Juliano. Estou usando quase sempre. Mas o que está me incomodando mesmo é o pigarro.

Juliano: Entendo. Mas o pigarro está mais intenso ou frequente? Teve febre ou algum outro sintoma que não havia antes?

Joaquim: Não, Dr. Juliano. Nada disso. O pigarro continua o mesmo.

Juliano: Pois bem, Joaquim. Deixe-me então examiná-lo e veremos o que pode estar havendo.

Juliano examina Joaquim e não observa nenhuma alteração na ausculta pulmonar, na oroscopia ou na rinoscopia anterior. Também a palpação da região cervical não revela massas, pontos dolorosos ou linfadenomegalias. Na avaliação do sistema cardiovascular, entretanto, a pressão arterial é aferida em 160/100 mmHg.

Continuação do caso (Sr. Joaquim: O pigarro não me larga)

Juliano: Sr. Joaquim, não vi no exame nenhum sinal que nos cause preocupação quanto ao pigarro. Os pulmões estão limpos e está tudo bem na garganta.

Joaquim: Quem bom, Dr. Juliano. Estou realmente preocupado com esse pigarro.

Juliano: Entendo, Joaquim. Por outro lado, a pressão arterial está mais alta. Seria importante que o senhor fizesse o uso mais regular dos medicamentos.

Joaquim: Não se preocupe, Dr. Juliano. A pressão só está assim porque hoje saí de casa muito cedo e não pude tomar as medicações da manhã ainda.

Então se despedem, com Juliano voltando a insistir na importância do uso regular das medicações prescritas. Combinam um retorno em 30 dias, para que a pressão arterial pudesse ser novamente aferida após um período de uso das doses corretas dos anti-hipertensivos. Porém, na semana seguinte, Joaquim já está de volta ao consultório de Juliano. Dessa vez, queixando-se de estalos no tornozelo direito aos movimentos. Como não poderia deixar de ser, a consulta prossegue de forma bastante semelhante ao que já se tornou regra para ambos.

Atividade de apoio para o manejo do caso

O que poderia ter sido feito de forma diferente na abordagem dessa situação?

Comentários: Juliano poderia ter explorado melhor por que realmente o pigarro incomoda Joaquim, a razão, ou razões, pelas quais ele insiste na realização de exames mesmo diante de toda a exploração já realizada. Os sentimentos, os medos e as ideias que um sintoma pode despertar são fenômenos que não possuem uma lógica racional e não têm necessariamente correspondência com a fisiologia, a anatomia ou a patologia.

A melhor maneira de se explorar esse campo é pela narrativa do próprio paciente, permitindo que ele fale livremente sobre o sintoma e, eventualmente, estimulando que o paciente reflita sobre o que lhe aflige no que tange o problema de saúde em questão. Ao se abrir mão da narrativa do paciente na interpretação dos sintomas, frequentemente, direciona-se o cuidado no sentido de exames complementares desnecessários e tratamentos inapropriados.

Atividade de apoio para o manejo do caso

Quais elementos na anamnese não lhe parecem apropriados?

Comentários: Logo no início da consulta, Juliano interrompe Joaquim precocemente. A interrupção precoce na narrativa do paciente sobre sua percepção do problema tende a enviesar a anamnese e, muitas vezes, o próprio diagnóstico, além de frequentemente impedir que os anseios do paciente sejam colocados em pauta. Idealmente, a consulta deve ser iniciada com perguntas abertas, pouco direcionadas, que sirvam de estímulo para que o paciente fale de seus sintomas livremente.

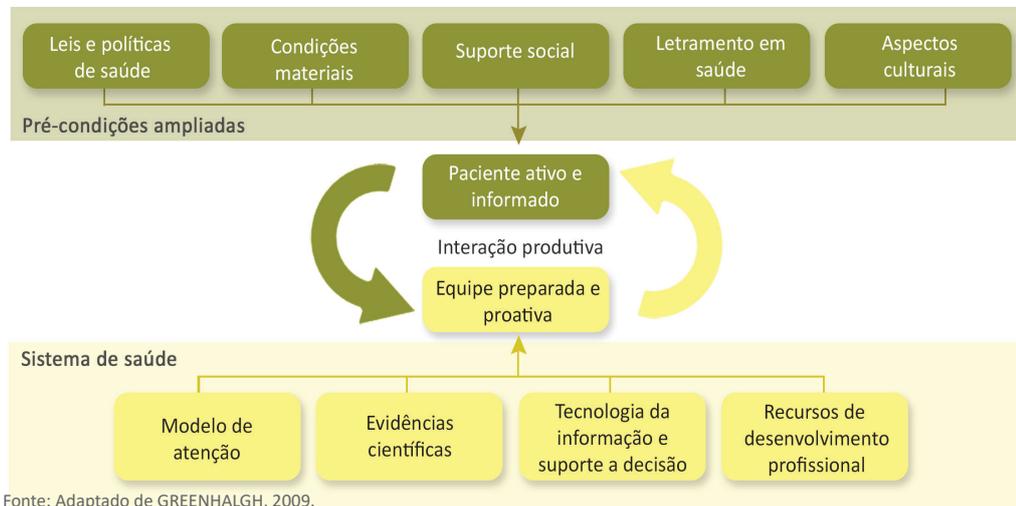
Além disso, Juliano logo procurou pautar a consulta, abordando os problemas que lhe eram mais convenientes. Nesse momento fica claro que as prioridades na consulta não são as do paciente. Na prática clínica, é preciso que o médico esteja sempre muito atento para evitar pautar a consulta, pois é natural que se prefira tratar dos problemas dos quais temos mais domínio e isso, algumas vezes sutilmente, faz com que o profissional pautar a consulta quase sem perceber.

É importante destacar que, quando o médico pauta a consulta da forma ilustrada no caso, os pacientes podem perder o interesse no que está sendo proposto, pois entendem que o que está sendo abordado não é o que eles procuravam. A não adesão a um plano de cuidados (deixar de usar um medicamento prescrito ou de realizar exames solicitados, por exemplo) podem ser indícios de que está havendo esse problema no campo da comunicação clínica.

O processo de trabalho na área da saúde está sempre inserido em um contexto mais amplo, que envolve, na perspectiva do paciente, o arcabouço legal e as políticas de saúde, seu grau de instrução e letramento em saúde, aspectos culturais e socioeconômicos, entre outras esferas. Na perspectiva do profissional de saúde e do sistema de saúde, também são envolvidas diferentes esferas, como o modelo de atenção ou desenho adotado pelo sistema de saúde, a formação dos profissionais, o conhecimento biomédico, as ferramentas de tecnologia da informação disponíveis, entre outros.

Toda interação entre médico e paciente é necessariamente uma convergência desses diferentes contextos. De modo que uma interação produtiva depende de que se façam presentes os diversos elementos desses contextos, que ambos, médico e paciente, estejam cientes e conscientes de que tudo que se passa em uma consulta está condicionado aos contextos em que se inserem (Figura 2).

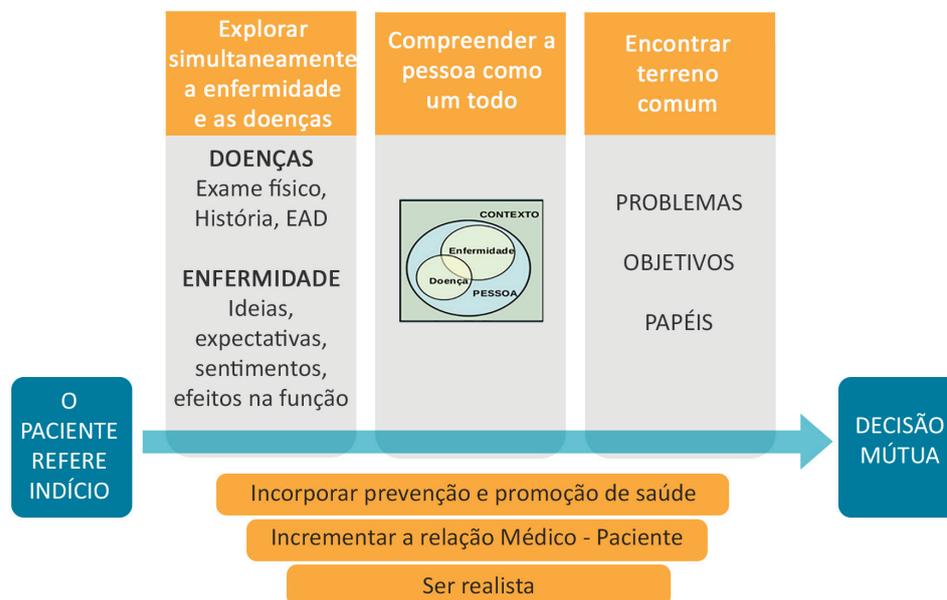
Figura 2 - Abordagem centrada na pessoa



Entende-se que uma abordagem centrada na pessoa é um modelo de relação que, para fins didáticos, pode ser explicada em seis componentes (Figura 3):

1. compreender simultaneamente a doença e o adoecimento – a perspectiva da doença é ligada ao conhecimento e à técnica no campo da medicina, e a perspectiva do adoecimento, à experiência do indivíduo com a doença, em particular, as ideias, expectativas e os sentimentos envolvidos com o adoecimento e o quanto isso impacta as suas funções cotidianas.
2. compreender a pessoa como um todo – entender que o indivíduo é parte de um determinado contexto, que inclui suas relações mais próximas, em seu núcleo familiar, até aspectos mais distantes, em certo sentido, como a economia e o meio ambiente. Envolve também estar ligado a um conjunto de normas e valores socioculturais, religiosos e legais.
3. encontrar um terreno comum – esse é o elemento central desse modelo de relação, pois, ao contrário dos outros, que podem ser unilaterais, tem um caráter fundamentalmente dialógico. É sempre importante encontrar um entendimento mútuo no que tange à natureza ou à causa do problema, a definição de quais são os problemas e quais deles são prioritários, a definição de objetivos, as metas que se pretende alcançar e o papel de cada um nesse processo.
4. incorporar prevenção e promoção – considerar o que é viável, adequado ao contexto do indivíduo e com fundamentação científica robusta, a fim de evitar a medicalização e a promoção da doença em função de exames desnecessários.
5. incrementar a relação médico-paciente – deve-se levar em conta elementos que são atributos dos serviços de atenção primária, como a longitudinalidade e o acesso, o compromisso inerente à ética profissional e o modelo de relação baseado nesses preceitos.
6. ser realista – levar em consideração que existem sempre limites de recursos, limites de tempo, limites biológicos e mesmo limite no campo das relações; uma obstinação para além desses limites, em qualquer desses campos, normalmente traz mais dano do que benefício.

Figura 3 - Utilizar adoecimento em vez de enfermidade



Fonte: STEWART, 2012.

Caso clínico 3

Jennifer: Minha pressão nunca subiu, nem agora na gravidez



Síntese

Gestante vai a uma unidade de pronto atendimento em razão de problema de saúde relacionado à gravidez, mas não necessariamente obstétrico (lombalgia). Numa avaliação inadequada, nota-se elevação de pressão arterial e prescreve-se um anti-hipertensivo inapropriado para uso na gravidez. Voltando ao seu acompanhamento de pré-natal, a situação precisa ser identificada prontamente para que a medicação seja descontinuada.

O caso tem como objetivo ilustrar que, em determinadas situações, pode ser necessária uma decisão imediata do profissional de saúde. Portanto, o fato de que medidas emergenciais não são a regra no cuidado às pessoas com multimorbidade não exige o profissional de estar atento a algumas situações em que decisões e ações mais rápidas serão fundamentais.

Jennifer tem 35 anos de idade e está em sua primeira gestação. No momento encontra-se com 29 semanas de idade gestacional. Já está bem ansiosa para o nascimento do primeiro filho, que foi muito desejado por ela e pelo esposo, Roberto.

O casal vem se preparando para o nascimento da criança e tudo tem transcorrido bem até então. Mas Jennifer já sente o peso da gravidez, especialmente no trabalho. Ela trabalha como vendedora em uma papelaria e fica muito tempo em pé durante o expediente. Em geral, tem terminado os dias bem cansada e, frequentemente, com lombalgia.

Numa dessas ocasiões, quando estava com uma lombalgia intensa ao final do expediente da sexta-feira, resolveu procurar uma unidade de saúde para ser avaliada. Já passava das 20 horas e o CS Jardim Europa já havia encerrado suas atividades naquele dia. Assim, foi preciso procurar atendimento na UPA.

Chegando à unidade, Jennifer se deparou com uma recepção bem cheia e tumultuada. Cerca de 40 minutos depois, foi atendida na triagem e ficou aguardando o atendimento médico. Então, após mais 1 hora e 30 minutos de espera, com bastante dor lombar e já esgotada após o longo dia de trabalho e a espera pelo atendimento, é chamada para o atendimento médico.

Na consulta se identifica que não há nenhum sinal de alarme relacionado à lombalgia e nem mesmo há indícios de radiculopatia. Assim, são orientados cuidados gerais, alongamentos e a prescrição de naproxeno 500 mg, 1 comp. de 12 em 12 horas, para ser usado por 5 dias. Porém, a pressão arterial foi aferida em 140/90 no momento do atendimento médico. Em razão disso, foi prescrito enalapril 20 mg, 1 comp. por dia.

Nos dias que se seguiram, a lombalgia melhorou consideravelmente. Como não estava sentindo nada, Jennifer preferiu não começar a usar o enalapril. Nunca havia apresentado elevação dos níveis pressóricos anteriormente, tanto antes da gravidez como nas consultas de pré-natal. Achou estranho que sua pressão estivesse alterada. Resolveu procurar sua equipe de saúde da família no CS Jardim Europa na segunda-feira, logo pela manhã.

Atividade de apoio para o manejo do caso

O que deveria ser feito de forma imediata?

Comentários: O enalapril deve ser suspenso imediatamente, pois é contraindicado na gravidez. Tal situação ilustra a importância de rever sistematicamente as medicações em uso a cada consulta. Não é raro que, no intervalo entre consultas, a pessoa tenha começado a usar um novo medicamento prescrito em outro serviço de saúde ou mesmo como automedicação.

Como evitar que essas situações ocorram no cuidado às pessoas com multimorbidade?

Comentários: É sempre importante zelar pelo registro adequado das informações dos pacientes. Especialmente no caso das pessoas com multimorbidade, que tendem a fazer uso de um grande número de medicações e realizar exames complementares com maior frequência.

Continuação do caso (Jennifer: Minha pressão nunca subiu, nem agora na gravidez)

Na segunda, logo cedo, foi recebida pela enfermeira Rosa, que aferiu a pressão arterial em 110/80 mmHg. Diante da história, Rosa pediu que Jennifer aguardasse um pouco para ser avaliada pelo Dr. Juliano. Alguns minutos depois, Jennifer é chamada para o consultório.

Juliano: Bom dia, Jennifer! Rosa me informou sobre a pressão que estava alterada no atendimento na UPA. Como você está se sentindo hoje?

Jennifer: Estou bem agora, Dr. Juliano! Na sexta, minhas costas estavam doendo demais, então resolvi ir até a UPA. Tomei um susto quando a médica me disse que minha pressão estava alta. Minha pressão nunca subiu, nem agora na gravidez. Não é mesmo?

Juliano: É verdade, Jennifer! Sua pressão nunca foi alta e vem se mantendo em níveis normais também agora durante o pré-natal. E como está a dor nas costas?

Jennifer: Bem melhor agora! A médica receitou um remédio que parece ter ajudado. E eu acho que descansar um pouco no final de semana também me ajudou muito. A semana passada foi bem puxada no trabalho.

Juliano: Quem bom que já está melhor! E quanto à pressão?

Jennifer: A enfermeira Rosa mediu minha pressão agora há pouco e estava 11 por 8. Será que pode ter sido só lá na hora? Fico preocupada! A médica me receitou um remédio para pressão, mas ainda não tomei. O senhor acha que eu devo usar?

Juliano: Qual foi o medicamento que ela te receitou?

Jennifer: Foi esse aqui (colocando sobre a mesa a receita de enalapril).

Juliano: (surpreso ao ver a prescrição). Felizmente você não usou! É um bom medicamento de pressão, mas não é adequado para ser usado durante a gravidez. Vamos fazer assim: por enquanto, não vamos começar nenhum medicamento de hipertensão. Vamos fazer mais alguns exames e seguir acompanhando mais de perto sua pressão. Tudo bem?

Jennifer: Ótimo, Dr. Juliano!

Durante o transcurso da gestação de Jennifer, não houve outro registro de elevação da pressão arterial.

O trabalho das equipes de Saúde da Família

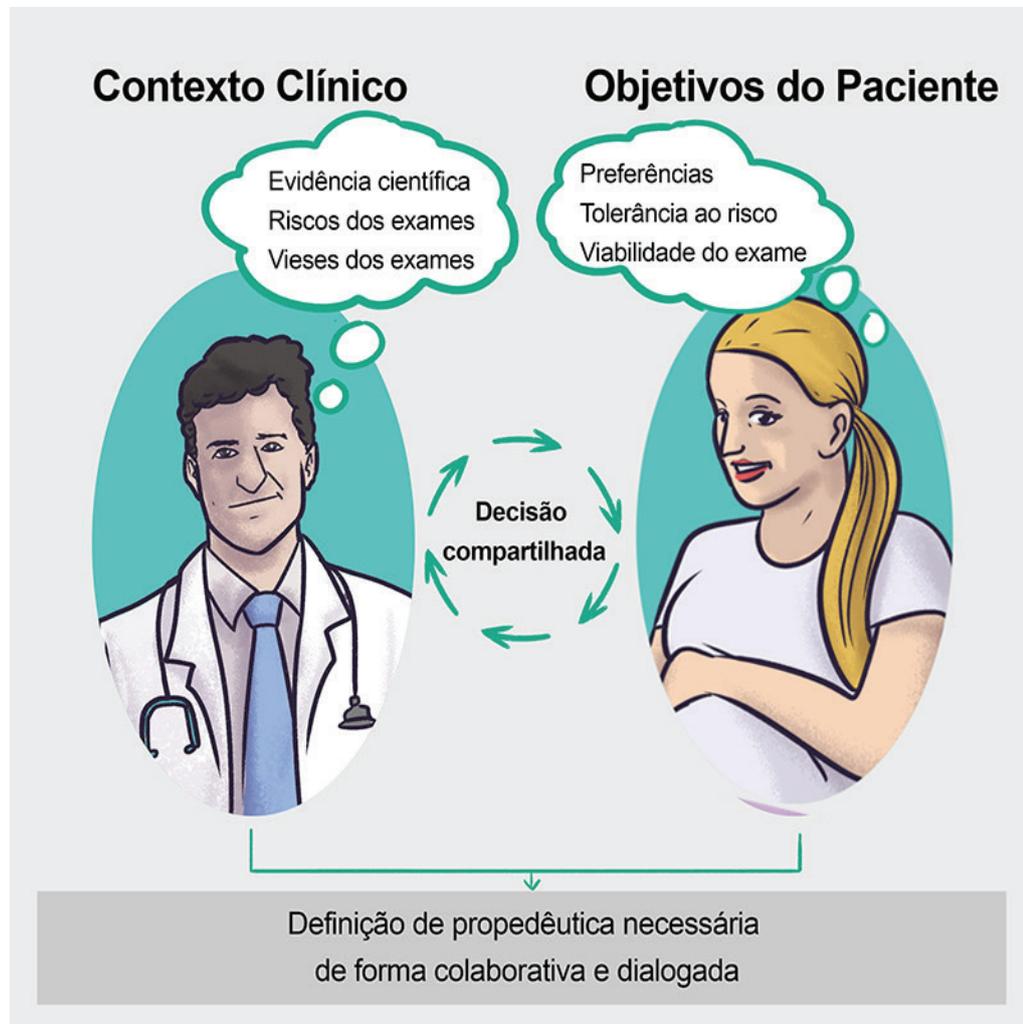
Uma abordagem que leve em consideração a multimorbidade deve ser oferecida, entre outras, àquelas pessoas que:

- relatam dificuldades em cuidar de sua saúde com base em uma abordagem centrada nas doenças isoladamente;
- têm um quadro de fragilidade ou risco de quedas;
- têm procurado serviços de emergência ou se hospitalizado com frequência;
- precisam fazer acompanhamento regularmente em diferentes serviços de saúde;
- têm alguma doença mental como parte de seu quadro de multimorbidade;
- fazem uso contínuo de mais de 10 medicamentos ou de alguma medicação, ou combinação de medicações, particularmente propícia ao desenvolvimento de efeitos adversos.

A representação conceitual de um processo de decisão compartilhada envolvendo a realização de exames para se estabelecer um diagnóstico demonstra que a decisão compartilhada vai além do ato de prover informações ao paciente sobre determinada conduta (exames complementares, nesse caso). Não se trata, portanto, de algo que possa ser caracterizado como um consentimento informado.

De fato, o processo de decisão compartilhada se assemelha bastante ao modelo de abordagem centrada na pessoa. Embora a abordagem centrada na pessoa faça referência a um modelo de relação mais abrangente e o processo de decisão compartilhada se aplique de forma mais restrita à relação médico-paciente, ambos se fundamentam em uma avaliação ampliada do processo de cuidado à saúde, envolvendo o contexto do paciente, seus valores, preferências e peculiaridades, bem como a experiência do profissional e sua avaliação sobre riscos, viabilidade e aplicabilidade de determinada conduta (Figura 4).

Figura 4 - Decisão compartilhada



Fonte: BERGER, 2017.

O cuidado às pessoas com multimorbidade demanda uma reorganização do processo cuidado, da maneira como os serviços de saúde se organizam e atuam para responder às demandas de saúde das pessoas.

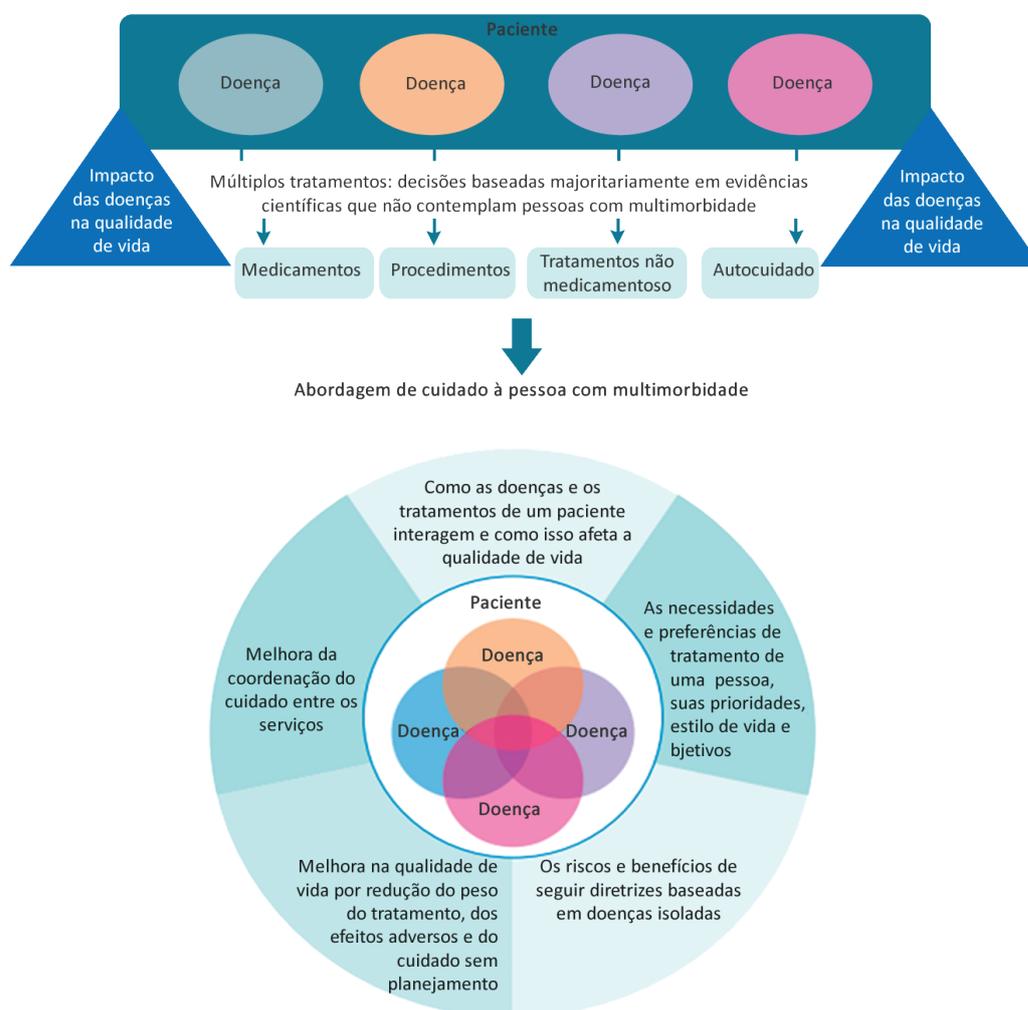
No modelo tradicional de organização do processo de cuidado, as doenças são consideradas isoladamente, sem que se leve em consideração a interação entre essas doenças ou o que essas doenças significam na perspectiva do paciente. Tal modelo produz uma fragmentação no cuidado dentro dos serviços de saúde e dentro do próprio serviço de atenção primária. O impacto das doenças na qualidade de vida e o impacto do tratamento na qualidade de vida também não são vistos de forma integrada, dependem de cada doença.

As decisões são majoritariamente baseadas em evidências científicas e diretrizes/guidelines que não contemplam peculiaridades da multimorbidade, normalmente ensaios clínicos que incluem paciente que tem apenas a doença do estudo em questão, excluindo pacientes com multimorbidade. As conclusões de estudos como esses naturalmente não têm validade externa, aplicabilidade, no contexto da multimorbidade. O resultado é uma somatória de intervenções que leva à polifarmácia e ao uso inapropriado, em geral excessivo, de propedêutica.

No modelo de organização do processo de cuidado apropriado às pessoas com multimorbidade há o paciente, e não cada uma de suas doenças, como elemento central. O modo como se inter-relacionam suas doenças e como elas afetam a qualidade de vida é levado em consideração. A partir disso, são definidas as necessidades individuais, as prioridades e os objetivos. São ponderados os riscos e benefícios de se implementarem recomendações de diretrizes/guidelines que não sejam apropriados à multimorbidade. Busca-se uma melhora na qualidade de vida evitando-se a medicalização excessiva, com atenção aos efeitos adversos. A coordenação de cuidados entre os serviços e no próprio serviço é colocada como uma prioridade (Figura 5).

Figura 5 - Diferentes abordagens na multimorbidade
Abordagem de cuidado centrada em doenças isoladas

Fragmentação dentro do serviço de saúde e entre serviços de saúde



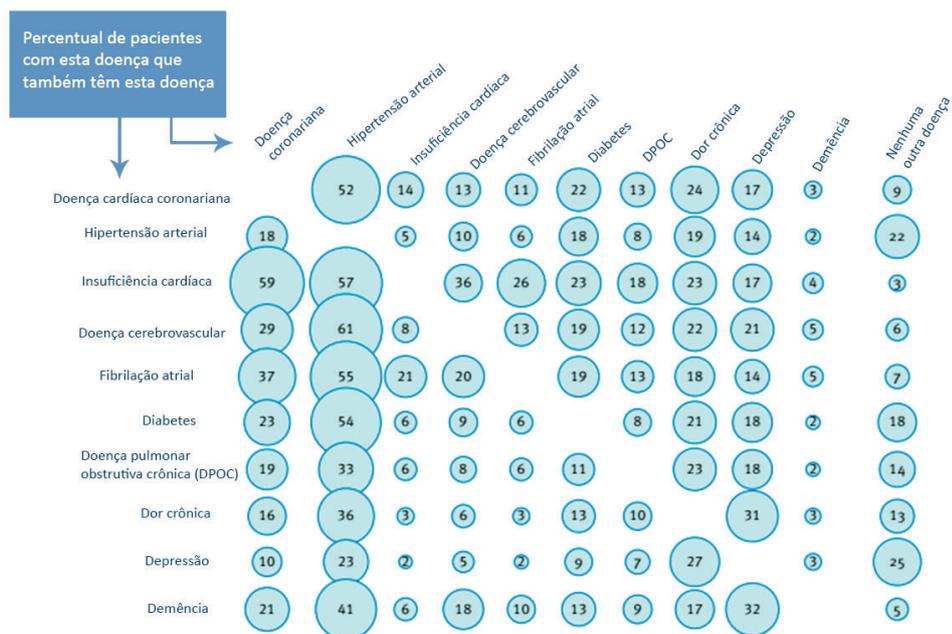
Algumas observações, de grande aplicabilidade no contexto clínico, que podemos fazer a partir da Figura 6:

- hipertensão arterial, depressão e dor crônica são prevalentes, quase sempre presentes em um quadro de multimorbidade;
- determinadas condições estão mais associadas à multimorbidade do que outras. Por exemplo, um quadro de multimorbidade é mais provável em alguém com insuficiência cardíaca do que em alguém com depressão.

Mesmo considerando apenas essa relação de doenças, a proporção de pessoas que terá apenas uma doença é bem pequena.

A partir dessa imagem, é possível estabelecer uma base para adequar recomendações de *guidelines* de uma doença específica à condição de multimorbidade, no sentido de sermos capazes de avaliar quais recomendações se aplicam e quais não se aplicam, levando-se em conta outras doenças presentes ou possivelmente presentes.

Figura 6 - Frequência de multimorbidade “adaptando guidelines”



Fonte: GUTHRIE, 2012.

Conclusão

Ao término desta unidade, pudemos ver alguns modelos de abordagem e técnicas de comunicação que podem auxiliar no cuidado das pessoas com multimorbidade. Viu-se que a sistematização no momento de definir as prioridades e avaliar a pessoa com multimorbidade é um desses elementos importantes para o cuidado e que a abordagem centrada na pessoa é uma ferramenta fundamental nesse processo.

Além disso, foi possível compreender que existem diferentes modelos de organização do processo de cuidado das pessoas com multimorbidade, devendo-se sempre evitar o cuidado fragmentado e centrado nas doenças isoladamente. Um modelo de organização que seja centrado nas necessidades do indivíduo é o ideal.

Unidade 3

Cuidado à pessoa com polifarmácia

Unidade 3

Introdução

Uma característica muito presente no cuidado das pessoas com multimorbidade é a polifarmácia ou polimedicação. Trata-se de um fenômeno muitas vezes (mas nem sempre) inevitável, ao qual os profissionais de saúde devem estar atentos, uma vez que o fenômeno em si pode ser entendido como uma comorbidade.

Polifarmácia

Embora não haja ainda um consenso em sua definição, polifarmácia tem sido definida, basicamente, de duas formas: como o uso concomitante de fármacos, medido por contagem simples dos medicamentos ou como a administração de um maior número de medicamentos do que os clinicamente indicados, avaliados nas revisões clínicas, usando critérios específicos.

A polifarmácia, frequentemente, está associada a aumento de morbidade, seja por efeitos adversos diretos de uma droga (por exemplo, uma hiperpotassemia relacionada ao uso de espironolactona), seja porque a ação de uma droga utilizada no tratamento de uma doença representa um problema para outra doença do paciente (por exemplo, uma pessoa com diabetes mellitus e asma, que esteja precisando utilizar corticoides sistêmicos com frequência), ou seja, por problemas relacionados à interação entre os medicamentos utilizados.

Há que se levar em consideração também que é limitado o conhecimento a respeito da ação de uma droga – mesmo que a farmacocinética trate apenas do uso concomitante com outras drogas –, pois essas situações extrapolam as condições controladas das pesquisas clínicas.

Além disso, como mencionado, muitas drogas acabam sendo utilizadas sem necessidade. Muitas vezes, o benefício esperado para o uso de um fármaco não se justifica no contexto do paciente, já que o sintoma ou a doença que motivou a prescrição dessa droga já não se faz presente, embora, por questões circunstanciais variadas, o medicamento continue sendo utilizado.

Nesta unidade serão descritas estratégias que auxiliam no processo de avaliação da polifarmácia, incluindo ferramentas para embasar o processo de desprescrição e quadros de interações medicamentosas mais prevalentes.

Desprescrição

Processo sistemático de identificação e descontinuação de drogas em casos em que danos existentes ou potenciais superam os benefícios atuais ou potenciais no contexto dos objetivos dos cuidados do paciente, nível presente de funcionalidade, expectativa de vida, valores e preferências (SCOTT, 2015).

São objetivos da unidade:

- a) enfatizar a relação entre a polifarmácia e a adoção de um modelo de cuidado não apropriado para a situação de multimorbidade;
- b) apresentar ferramentas que auxiliem no processo de prescrição e de desprescrição de medicamentos no contexto da multimorbidade;
- c) descrever situações mais frequentes de interações medicamentosas.

Ao final, espera-se que o profissional possa:

- a) utilizar-se de critérios para avaliar a situação de polifarmácia;
- b) desenvolver estratégia de desprescrição;
- c) conhecer situações mais usuais de risco para interações medicamentosas.

Caso clínico 4

Sr. Wilson: Eu gasto mais de 600 reais só de remédio



Síntese

Paciente portador de doenças crônicas que o levam a utilizar extensa lista de medicações. Tem boa adesão às medicações prescritas apesar de não compreender bem o motivo de utilizar algumas dessas medicações; além disso, há um impacto significativo desses medicamentos no seu orçamento familiar. O caso tem como objetivo ilustrar uma situação típica de um paciente polimedicado, situação que impõe ao médico a reflexão sobre a necessidade, sob a perspectiva da evidência científica, de cada uma das medicações em uso, os possíveis danos e custos relacionados a esse uso e a realização do processo de desprescrição. Pretende-se que o aluno perceba o quanto a situação é frequente nos pacientes com multimorbidade e assimile estratégias sistemáticas de se abordar a situação.

Sr. Wilson tem 75 anos de idade. É aposentado do funcionalismo público federal, tendo trabalhado nos correios. Começou bem cedo, no telégrafo. É casado com a Sra. Antônia, do lar. Ambos são naturais de Belo Horizonte, onde ainda residem. O casal teve quatro filhos: Wilson Júnior, Antônio, Marieta e o caçula, Marcos, que faleceu ainda na infância. Os três filhos são casados e deram a Wilson e Antônia cinco netos e, mais recentemente, um bisneto. Por opções profissionais, todos os filhos de Sr. Wilson foram morar fora de Belo Horizonte. Wilson Júnior mora em Uberlândia, Antônio em Curitiba, e Marieta em São Paulo.

Desde pequeno, Sr. Wilson é obeso. O fato nunca o incomodou. Mas, por volta dos 50 anos de idade, começou a usar medicamentos para hipertensão e, pouco depois, para o diabetes. Com o tempo, outros problemas foram aparecendo, de modo que, atualmente, faz uso dos seguintes medicamentos: carvedilol 6,25 mg, 1 comp. de 12 em 12 horas; valsartana 160 mg, 1 comp. pela manhã; furosemida 40 mg, meio comprimido pela manhã; espirolactona 25 mg, 1 comp. pela manhã; rosuvastatina 10 mg, 1 comp. à noite; ácido acetilsalicílico 100 mg, 1 comp. após o almoço; metformina 850 mg, 1 comp. no almoço e no jantar; vildagliptina 50 mg, 1 comp. pela manhã; glucosamina+condroitina 500+400 mg, 1 comp. de 12 em 12 horas; colecalciferol 50.000 UI, uma vez por semana; zolpidem 10 mg, 1 comp. à noite.

Além dos medicamentos, Sr. Wilson também faz uso de CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) nasal durante a noite. Apesar de desconfortável, ele considera que o aparelho o tem ajudado bastante a se sentir mais disposto durante o dia.

Periodicamente, Sr. Wilson vai às suas consultas de “controle” no Centro de Saúde. Dá muito valor a esse acompanhamento e é bastante disciplinado no cuidado à sua saúde, tanto no que se refere a seus hábitos alimentares como no que se refere aos seus medicamentos, que usa religiosamente como lhe são prescritos. Entretanto, tem tido algumas preocupações e Sr. Wilson pretende conversar sobre isso em sua próxima consulta.

Dr. Juliano: Olá, Sr. Wilson! Como tem passado?

Sr. Wilson: Tenho passado bem, Dr. Juliano. Tenho cuidado da minha alimentação e mantido minhas caminhadas diariamente. Também faço a ginástica na praça duas ou três vezes por semana.

Dr. Juliano: Muito bom!

Sr. Wilson: Me parece que a pressão e a glicose estão sob controle também. Nas últimas vezes que medi a pressão, estava tudo bem. Hoje vim só mesmo para nossa consulta de controle.

Dr. Juliano: Entendo. Me fale, então, das medicações. Tudo bem? São muitos remédios!

Sr. Wilson: Sim. Como o senhor sabe, faço questão de tomar meus medicamentos corretamente. Sei que são importantes para mim.

Dr. Juliano: (percebendo que o Sr. Wilson se expressou com certo tom de resignação ao falar dos medicamentos) E há algo mais que o senhor queira comentar?

Sr. Wilson: Na verdade, Dr. Juliano, queria conversar com o senhor sobre os remédios (pausa). Como o senhor sabe, muitos dos medicamentos que eu uso não vêm aqui para a farmácia do Centro de Saúde. Alguns também não são da Farmácia Popular. Mesmo os que encontro aqui na farmácia, muitas vezes, têm ficado em falta no estoque.

Dr. Juliano: É verdade, Sr. Wilson. Muitos foram prescritos naquela época em que o senhor fazia acompanhamento com o cardiologista e com o endocrinologista daquele plano de saúde que o senhor tinha, não é isso?

Sr. Wilson: Exatamente! E como a pressão e o diabetes vinham bem controlados com essa receita, preferimos seguir com eles. Acontece que está ficando apertado para mim. Lá em casa temos só a minha aposentadoria, que não é muita coisa. Naquela época, meus meninos estavam com uma condição melhor e puderam me ajudar, inclusive com o plano de saúde. Mas agora eles não estão podendo mais. E os medicamentos estão cada vez mais caros. Tem meses que eu gasto mais de 600 reais só de remédio.

Dr. Juliano: Essa questão que o senhor está trazendo é muito importante! Estamos de acordo. E em que exatamente o senhor estava pensando?

Sr. Wilson: Estava pensando se não seria possível, se o senhor acha que não vai atrapalhar, trocar alguns dos remédios por outros que eu consiga pegar aqui na farmácia ou que sejam um pouco mais baratos.

Dr. Juliano: Claro, Sr. Wilson! Acredito que há o que possa ser feito sem que o tratamento fique prejudicado.

Assim, ao longo das próximas consultas, com critério e gradualmente, alguns medicamentos foram sendo substituídos ou desprescritos. Clinicamente, não houve mudança significativa, mas houve um grande resultado para o orçamento do Sr. Wilson.

Atividade de apoio para o manejo do caso

Quais das medicações utilizadas pelo Sr. Wilson deveriam ser desprescritas ou substituídas inicialmente e por quê?

Comentários: Zolpidem: poderia ser desprescrito, pois a qualidade do sono poderia ser melhorada com medidas de higiene do sono. Além disso, é um medicamento que não faz parte da relação nacional de medicamentos, não sendo encontrado nas farmácias dos centros de saúde. Valsartana: poderia ser substituído por um medicamento da mesma classe, como o losartana, que pode ser encontrado na Farmácia Popular ou nos centros de saúde de alguns municípios. Rosuvastatina: poderia ser substituído por outro medicamento da mesma classe que esteja disponível sem custo direto ao paciente. Nesses casos, é importante se certificar de que o motivo da prescrição do medicamento que está sendo utilizado não foi a presença de efeitos adversos com o medicamento da mesma classe disponível nos centros de saúde. Glucosamina+condroitina: medicamento cujos benefícios são controversos na literatura. As evidências não são muito consistentes. Poderia ser tentada uma substituição por medidas não farmacológicas. Colecalciferol: a suplementação rotineira de vitamina D não está associada à redução de mortalidade geral ou a melhora em outros desfechos, especialmente entre os homens. Não havendo uma indicação precisa para o uso da vitamina, ela poderia ser desprescrita. Vildagliptina: é uma medicação de custo bastante elevado. Caso seu uso não seja claramente justificado pela impossibilidade de se conseguir um bom controle glicêmico no passado com outros hipoglicemiantes, seria razoável considerar uma substituição, mesmo que por um medicamento de outra classe farmacológica.

Caso clínico 5

Sr. Juvenal: Acho que a comida não está me fazendo bem. Pode ser o fígado?



Síntese

Paciente portador de doenças crônicas com extensa lista de medicamentos, que passa a desenvolver uma nova sintomatologia, com relevante repercussão funcional. Após extensa investigação, cogita-se a hipótese de que se trate de sintomas relacionados a efeitos adversos de medicamentos, potencializados por interações entre as drogas que utiliza.

O caso tem como objetivo fazer com que o aluno trabalhe o problema dos efeitos adversos e interações entre medicamentos de uma forma contextualizada, evitando a abordagem meramente mnemônica e trazendo ao debate os desafios relacionados a esse problema de uma forma mais ampla, desde as dificuldades envolvidas no diagnóstico correto do problema, que quase nunca se dá de forma linear e imediata, até o manejo esperado. Dessa forma, pretende-se que o aluno desenvolva a capacidade de tomar decisões diante de situações envolvendo possíveis efeitos adversos e interações medicamentosas, s embasando-se em diferentes aspectos de seus conhecimentos clínicos e sua experiência.

Juvenal, de 68 anos de idade, é casado e mora com a esposa, Delcy, de 64 anos de idade. É aposentado, mas continua trabalhando junto com os filhos, José e Moisés, como pedreiro, para complementar sua renda. Entretanto, nos últimos meses tem enfrentado dificuldades no trabalho. Frequentemente, precisa fazer pausas ou mesmo deixar de trabalhar por um ou dois dias em decorrência de vertigens e náuseas que vem sentindo. Juvenal não é de se queixar da saúde e tem procurado seguir em frente, mas os filhos têm percebido as dificuldades do pai e estão preocupados. O próprio Juvenal, no fundo, anda preocupado com sua situação. Seu irmão mais velho faleceu há cerca de seis meses, aos 70 anos de idade, por causa de “problema no coração”. Juvenal não admite, mas tem receio de estar com o mesmo problema.

Juvenal é portador de hipertensão arterial, fibrilação atrial crônica, dislipidemia e doença do refluxo gastroesofágico com metaplasia de Barrett.

Atualmente, está usando as seguintes medicações: atenolol 25 mg, 1 comp. de 12 em 12 horas; losartana 50 mg, 1 comp. pela manhã; hidroclorotiazida 25 mg, 1 comp. pela manhã; sinvastatina 20 mg, 2 comp. à noite; omeprazol 20 mg, 1 comp. pela manhã, em jejum; rivaroxabana 20 mg, 1 comp. no jantar; bupropiona 150 mg, 1 comp. pela manhã; clonazepam 2 mg, 1 comp. à noite.

O antidepressivo e o benzodiazepínico foram iniciados após o falecimento do irmão, pois Juvenal vinha se sentindo “deprimido” e ansioso.

Depois de muita insistência de Delcy e também de alguma insistência dos filhos, Juvenal aceita marcar uma consulta para saber o que pode estar acontecendo.

Juliano: Como vai, Juvenal? Em que posso ajudá-lo?

Juvenal: Olá, Dr. Juliano! Delcy me pediu para marcar essa consulta para conversar com o senhor.

Juliano: Sim, ótimo!

Juvenal: É que eu não tenho me sentido bem ultimamente. Acho que a comida não está me fazendo bem. Pode ser o fígado?

Juliano: Vamos ver! Me explique melhor o que o senhor tem sentido.

Juvenal: Dr. Juliano, fico quase que o tempo todo enjoado. Uma vontade de vomitar. Não chego a vomitar, mas fica uma vontade. E quase tudo que eu como faz o enjoo piorar. Acho até que estou emagrecendo, porque não consigo comer direito. Algumas vezes, vem uma tontura, tenho que parar um pouco o que estiver fazendo. Isso já está me atrapalhando no serviço, sabe? Tenho que entregar os serviços, mas esse enjoo e a tontura não estão ajudando. Se não fosse o José e o Moisés, já estaria com o serviço todo atrasado.

Juliano: Entendo, Juvenal. Então, realmente está te incomodando, não é? Notou alguma alteração na urina ou nas fezes?

Juvenal: Nenhuma diferença que eu tenha percebido. Engraçado que justo agora que eu estava me recuperando dessa depressão vem esse mal-estar. O senhor sabe que eu e meu irmão éramos muito companheiros. Não foi fácil aceitar. Não tem sido fácil. Ele era forte como um touro e, de repente, esse problema do coração... E o senhor sabe que eu uso esses remédios para o coração...

Juliano: Sim, Juvenal. Sua preocupação é legítima. Precisamos entender o que está lhe causando esse mal-estar. Gostaria de lhe examinar para ver se conseguimos entender um pouco mais sobre o problema.

Na realização do exame físico, Juliano não encontra nenhum sinal que pudesse apontar para a etiologia do quadro apresentado por Juvenal. O paciente estava corado, hidratado e em bom estado geral. Não se encontrava icterício, bem como não foi identificada hepatomegalia ou qualquer outra visceromegalia. A palpação do abdome foi indolor e o peristaltismo estava presente. Os pulmões estavam limpos e, na ausculta cardíaca, notava-se apenas o ritmo que fornece características da fibrilação atrial. A pressão arterial foi aferida em 126/80 mmHg, e a frequência cardíaca era de 90 b.p.m. O exame neurológico era normal, não havia alteração de marcha ou coordenação motora, e os testes de Romberg e Dix-Hallpike eram negativos.

Conhecendo bem Juvenal, o médico entende que deveria solicitar alguns exames laboratoriais e também uma endoscopia digestiva alta devido ao histórico da metaplasia do esôfago.

Na consulta seguinte, Juvenal apresenta os resultados dos exames: creatinina sérica: 1,01 mg/dl; potássio sérico: 4,0 mEq/l; transaminase oxalacética: 29 u/l; transaminase glutâmico-pirúvica: 33 u/l; gama-glutamiltransferase: 40 u/l; glicemia de jejum: 96 mg/dl; creatinofosfoquinase: 146 u/l; hemograma: Hb 13,4 g/dL, Ht 40% Leucócitos 5400 /mm³, Plaquetas 219.000 /mm³.

Endoscopia digestiva alta: presença de Barrett curto no terço distal do esôfago, entanema leve no antro gástrico e duodeno sem alterações. Teste da Urease negativo. Biópsia do terço distal do esôfago evidenciando metaplasia intestinal sem displasias ou atípias nucleares (resultado bastante semelhante à endoscopia anterior de Juvenal, que datava de 5 anos atrás).

Juliano ficou um pouco frustrado por não ter encontrado nada nesses exames que pudesse justificar os sintomas apresentados por Juvenal. O próprio Juvenal compartilhava do mesmo sentimento. Assim, Juliano resolve, então, solicitar um ecocardiograma transtorácico.

Ecocardiograma: aumento leve de átrio esquerdo, demais câmaras cardíacas de tamanho normal, função sistólica ventricular esquerda preservada (fração de ejeção 61%), avaliação da função diastólica prejudicada pela arritmia atrial, valva mitral com aspecto sugestivo de degeneração mixomatosa leve, demais valvas cardíacas de aspecto usual, regurgitação mitral e tricúspide discretas.

Atividade de apoio para o manejo do caso

Diante de tal situação, qual seria a melhor opção terapêutica a ser adotada pelo Dr. Juliano?

- A. Prescrever domperidona em uso contínuo a fim de acelerar o esvaziamento gástrico, reduzindo o refluxo gastroesofágico e as náuseas.
- B. Prescrever flunarizina em uso contínuo a fim de controlar os sintomas apresentados por Juvenal.
- C. Solicitar avaliação de otorrinolaringologista e cardiologista.
- D. Rever os medicamentos usados considerando a possibilidade de que se trate de efeito adverso de algum medicamento em uso.

Comentários: (D), pois, a melhor opção nesta situação é rever as medicações, sempre considerando a possibilidade de efeitos adversos. Como regra geral, sempre que se considerar prescrever mais uma medicação para o paciente com multimorbidade, há que se considerar primeiro se não é possível suspender uma das medicações em uso de forma a tornar desnecessária a prescrição do novo medicamento.

Continuação do caso (Sr. Juvenal: Acho que a comida não está me fazendo bem. Pode ser o fígado?)

Diante do resultado do ecocardiograma, Dr. Juliano resolveu, então, rever as medicações utilizadas por Juvenal, cogitando que os sintomas pudessem ser devidos a efeitos adversos de alguma droga. Notou que as medicações iniciadas mais recentemente, não muito antes do início dos sintomas, foram bupropiona e clonazepam. Levando em consideração que as necessidades dessas medicações eram relativas, uma vez que foram iniciadas em um momento de luto, e que talvez já não fossem mais necessárias, Dr. Juliano resolve suspender gradualmente ambas as medicações.

Nas primeiras semanas sem uso de bupropiona, Juvenal já não mais notou as náuseas. As vertigens também deixaram de ser percebidas. A recuperação possibilitou que Juvenal voltasse com todo o fôlego ao trabalho, o que lhe trouxe um sentimento de grande alegria. Assim, a “depressão” e os sentimentos negativos que se fizeram presentes logo após o falecimento do irmão não passaram nem perto de se tornar novamente um problema após a suspensão de bupropiona e clonazepam.

Princípios gerais para o manejo da polifarmácia

- buscar um uso de não mais do que cinco fármacos e discutir medicamentos e problemas prioritários para o paciente, ou seja, o que é mais importante para manter a qualidade de vida daquela pessoa, entendendo sua própria experiência da doença;
- revisar regularmente a possibilidade de suspensão ou redução de dose de pessoas que utilizam cinco ou mais fármacos;
- reavaliar uso de fármacos preventivos em pacientes que alcançarem uma estimativa de vida média, analisando se estes ainda oferecem benefício real para populações idosas, seguido de benefício para esta pessoa particularmente, conforme circunstância, preferências e evidência científica confiável;
- sempre tentar usar um único medicamento que sirva para dois propósitos naquelas pessoas que apresentam dois ou mais problemas de saúde.
- registrar, no plano terapêutico, a data preferencial de revisão de medicação prescrita e pactuar desde então com o paciente o período desejado de tratamento;
- reduzir gradualmente a dose de fármacos até a dose mínima necessária para controle dos sintomas quando o problema tiver sido solucionado.

Cascata de prescrição

O termo “cascata de prescrição” é utilizado para descrever a situação em que o efeito adverso de uma droga é interpretado como uma nova condição médica que exige nova prescrição (Quadro 1). Coloca-se, assim, o paciente em risco de desenvolver efeitos prejudiciais adicionais relacionados a tratamento potencialmente desnecessário que tende a se agravar com a adição progressiva de novas medicações desnecessárias. Essa “cascata de prescrição” provoca a polifarmácia e aumenta o risco de eventos adversos às medicações.

Quadro 1 - Classes de fármacos que aumentam risco de reações adversas medicamentosas em pacientes idosos

Terapia medicamentosa inicial	Evento adverso da medicação	Consequente terapia medicamentosa
Antipsicóticos	Sinais e sintomas extrapiramidais	Terapia antiparkinsoniana
Inibidores da colinesterase	Incontinência urinária	Tratamento da incontinência
Diuréticos tiazídicos	Hiperuricemia	Tratamento da gota
AINEs	Aumento da pressão arterial sistêmica	Terapia anti-hipertensiva
Fonte: adaptado de MANGIN, 2012.		

Crítérios de Beers

Os critérios de Beers para medicações potencialmente inapropriadas (MPI) em adultos mais velhos, propostos pela Sociedade Americana de Geriatria, são uma lista de MPis que devem ser evitados nessa população mais idosa em geral e naquelas pessoas com certas doenças ou síndromes, sendo que, no caso de não poderem ser evitados, sejam prescritos em dose reduzida e com cautela, cuidadosamente monitorados.

Assim, evitar essas medicações em pacientes idosos é uma excelente maneira de se evitarem reações adversas. Além disso, as intervenções nas prescrições realizadas usando os critérios de Beers têm sido consideradas um componente importante das estratégias para reduzir o uso inadequado de medicamentos.

Os critérios de Beers foram publicados originalmente em 1991, e atualizados em 1997, 2003, 2012 e 2015 (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2015), podendo ser encontrada sua versão mais recente, na íntegra, em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.13702/epdf>>.

Ferramenta STOPP/START

A ferramenta STOPP/START (*Screening Tool of Older Person's Prescriptions*) / (*Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment*) foi desenvolvida levando-se em consideração pontos que não são contemplados pelos critérios de Beers.

A ferramenta é baseada em uma relação de medicamentos considerados potencialmente inapropriados (MPI), que correspondem ao STOPP, e uma relação de medicamentos potencialmente omitidos (MPO), que correspondem ao START.

Medicamentos potencialmente omitidos ou MPO são aqueles considerados essenciais para o sucesso do tratamento e preservação da saúde da pessoa.

Dessa forma, cada critério STOPP apresenta uma justificativa de se considerar inadequada a prescrição, baseada na avaliação das interações entre medicamentos e entre medicamentos e enfermidades. Já os critérios START avaliam erros por omissão de prescrição que, provavelmente, traria benefícios aos pacientes.

Para saber mais leia **(leitura obrigatória)**:

NATIONAL HEALTH SERVICE, 2016. p. **Stopp Start Toolkit**. Supporting Medication Review. Version 1. October 2016. Disponível em:

<<https://www.herefordshireccg.nhs.uk/your-services/medicines-optimisation/prescribing-guidelines/deprescribing/748-stopp-start-herefordshire-october-2016/file>>

Conclusão

Ao término desta unidade, pudemos ver a importância de identificar as situações de polifarmácia e avaliar o risco de que ocorram efeitos adversos ou interações medicamentosas indesejáveis. Foram apresentadas algumas ferramentas que auxiliam nesse manejo, bem como estratégias de prescrição e de desprescrição.

Também vimos que a polifarmácia, muitas vezes, tem sua origem nas cascatas de prescrição, que são fruto de abordagem inadequada à multimorbidade. Perceber o desenvolvimento de uma cascata de prescrição é uma habilidade importante para o médico que atua na Atenção Básica à Saúde.

Referências

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. American Geriatrics Society 2015 updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*, v. 63, n. 11, p. 2227–2246, 2015. DOI: 10.1111/jgs.13702.

BERGER, Z. D. et al. Patient centred diagnosis: sharing diagnostic decisions with patients in clinical practice. *BMJ*, 359: j4218, 2017. DOI: 10.1136/bmj.j4218. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/bmj/359/bmj.j4218.full.pdf>> Acesso em: 25 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

FARMER, C. et al. Clinical assessment and management of multimorbidity: summary of NICE guidance. *BMJ*, 354:i4843, 2016. DOI: 10.1136/bmj.i4843. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/bmj/354/bmj.i4843.full.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

FORTIM, M. et al. A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. *Ann FamMed*, v. 10, n. 2, p.142-51, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3315131/pdf/0100142.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

GREENHALGH, T. Chronic illness: beyond the expert patient. *BMJ* v. 338, p. 629-631, mar. 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/32898104_Chronic_illness_Beyond_the_expert_patient>. Acesso em: 24 jan. 2018.

GUTHRIE, B. et al. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *BMJ*, 345:e6341, 2012. DOI: 10.1136/bmj.e6341. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/bmj/345/bmj.e6341.full.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

MANGIN, D.; HEATH, I. Polifarmácia. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. (Orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed; 2012. 1354p.

NATIONAL HEALTH SERVICE. Herefordshire Clinical Commissioning Group. **Stopp Start Toolkit**. Supporting Medication Review. Version 1. October 2016. Documento eletrônico disponível em: <<https://www.herefordshireccg.nhs.uk/your-services/medicines-optimisation/prescribing-guidelines/deprescribing/748-stopp-start-herefordshire-october-2016/file>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

SCOTT, I. et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. **JAMA**, v. 175, n. 5, p. 827-834, 2015. Disponível em: <http://epublications.bond.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=2003&context=hsm_pubs>. Acesso em: 06 mar. 2018.

STARFIELD, B. Challenges to primary care from co- and multi-morbidity (editorial). **Primary Health Care Research & Development**, v. 12, p. 1–2, 2011. Disponível em: <https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/E87.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2018.

STEWART, M. et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. 416p.