

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
CAMPUS DE ARARAQUARA

Atenção Farmacêutica em pacientes hipertensos: um estudo piloto

Carolina Luiza Modé

Araraquara – SP

2011

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
CAMPUS DE ARARAQUARA

Atenção Farmacêutica em pacientes hipertensos: um estudo piloto

Carolina Luiza Modé

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Farmácia – Bioquímica da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara da Universidade Estadual Paulista para obtenção do grau de Farmacêutico-Bioquímico.

Orientadora: Prof. Dra. Adélia Emilia de Almeida

Co-orientador: Prof. Dr. Jean Leandro dos Santos

Araraquara – SP

2011

Dedicatória

Aos meus pais, Cyro e Lilia, pelo amor incondicional e por me mostrarem, a cada dia, a verdadeira dedicação à profissão farmacêutica.

“Mais do que máquinas,
precisamos de
humanidade; mais do que
inteligência, precisamos de
afeição e doçura.”

Charles Chaplin

SUMÁRIO

RESUMO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1.INTRODUÇÃO.....	11
1.1.HIPERTENSÃO.....	11
1.2.ATENÇÃO FARMACÊUTICA.....	16
1.2.1.CONCEITOS.....	16
1.2.2.ESTUDO RETROSPECTIVO.....	19
1.3.JUSTIFICATIVA.....	21
2.OBJETIVOS.....	23
2.1.GERAL.....	24
2.2.ESPECÍFICOS.....	24
3.MATERIAIS E MÉTODOS.....	25
4.RESULTADOS.....	29
5.DISSCUSSÃO.....	39
6.CONCLUSÃO.....	44
7.REFERÊNCIAS.....	45

ANEXOS

ANEXO 1: Formulário de História Farmacoterapêutica do Paciente.....	53
ANEXO 2: Formulário de Estado de Situação do Paciente.....	55
ANEXO 3: Formulário de Intervenção Farmacêutica.....	56
ANEXO 4: Parecer n.26/2011 - Comitê Ética em Pesquisa.....	57
ANEXO 5: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	58
ANEXO 6: Tabela de horário de medicamentos.....	60
ANEXO 7: Tabela para registro de aferição de pressão arterial.....	61

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A adesão ao tratamento, assim como o uso correto dos medicamentos, são fatores preponderantes para o sucesso terapêutico.

A atenção farmacêutica pode ser definida como interação direta do farmacêutico com o paciente, visando a uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida.

O presente estudo teve como objetivo implantar um projeto piloto de Atenção Farmacêutica em 20 pacientes hipertensos, em farmácia privada do município de Matão/SP. Para a realização do estudo piloto foi utilizada a metodologia Dáder para o seguimento farmacoterapêutico adaptada aos pacientes hipertensos selecionados.

Os pacientes foram divididos em grupo controle e grupo intervenção. Os pacientes do grupo controle tiveram a pressão arterial (PA) aferida em dois momentos: no início do estudo e ao final. Por outro lado, os pacientes do grupo intervenção foram submetidos à aferição de PA em média 3 vezes por semana e receberam acompanhamento farmacoterapêutico.

Do total de pacientes, 70% (14) apresentaram algum tipo de Problema Relacionado a Medicamento (PRM), sendo o PRM 1 , o qual está relacionado a não adesão à terapia, o mais encontrado.

Foram realizadas intervenções farmacêuticas, sendo a grande maioria (73,7%) educativa. Notou-se que os pacientes passaram a ter maior adesão à terapêutica após conhecerem melhor suas enfermidades e seus medicamentos.

Além disso, dentre os 20 pacientes que participaram do estudo piloto, 45% apresentaram PA descontrolada ($\geq 140 \times 90$ mmHg) na primeira entrevista. Após as intervenções farmacêuticas este número foi reduzido para 20% com PA não controlada, podendo-se concluir que as intervenções farmacêuticas, realizadas através do serviço de Atenção Farmacêutica, foram efetivas no sentido de otimizar os resultados terapêuticos assim como obter melhoria na qualidade de vida dos pacientes.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 A: Faixa Etária do Grupo Controle.....	29
Figura 1 B: Faixa Etária do Grupo Intervenção.....	29
Figura 2 A: Frequência de PRM`s encontrados no grupo controle	33
Figura 2 B: Frequência de PRM`s encontrados no grupo intervenção.....	33

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Relação entre o número de pessoas e número de medicamentos utilizados.....	31
Gráfico 2: Evolução da Pressão Arterial (mmHg) do grupo controle	37
Gráfico 3: Evolução da Pressão Arterial (mmHg) do grupo intervenção.....	38

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Grupos de medicamentos anti-hipertensivos.....	14
Quadro 2 – Classificação de PRM do Segundo Consenso de Granada.....	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos).....	13
Tabela 2: Distribuição da frequência dos problemas de saúde encontrados na população em estudo.....	30
Tabela 3: Frequência dos anti-hipertensivos utilizados na população em estudo.....	32
Tabela 4: PRM`S encontrados na população em estudo.....	34
Tabela 5: Intervenções farmacêuticas realizadas na população em estudo.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVE: Acidente Vascular Encefálico
CEP: Comitê de Ética em Pesquisa
CNS: Conselho Nacional de Saúde
DC: Débito Cardíaco
DCV: Doenças Cardiovasculares
DIC: Doença Isquêmica do Coração
DS: Débito Sistólico
FC: Frequência Cardíaca
FCF: Faculdade de Ciências Farmacêuticas
HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica
IECA: Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
OMS: Organização Mundial de Saúde
PA: Pressão Arterial
PRM: Problema Relacionado a Medicamento
PSF: Programa Saúde da Família
RDC: Resolução da Diretoria Colegiada
RVP: Resistência Vascular Periférica
SUS: Sistema Único de Saúde
UBS: Unidade Básica de Saúde

1. Introdução

1.1) Hipertensão

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), através da publicação das “VI Diretrizes de Hipertensão”, 2010, define a hipertensão arterial sistêmica (HAS) como:

“condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se freqüentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais”.
(SBC/SBH/SBN, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico – AVE e 47% por doença isquêmica do coração – DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010). Em nosso país, as doenças cardiovasculares (DCV) têm sido a principal causa de morte. Em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (MALTA et al., 2009). As DCV são ainda responsáveis por alta freqüência de

internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Como exemplo, em 2007 foram registradas 1.157.509 internações por DCV no SUS.

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos.

Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países (SBC/SBH/SBN, 2010).

Vários fatores de risco para a HAS são conhecidos, entre eles: a idade avançada, o nível socioeconômico mais baixo, o excesso na ingestão de sal, a obesidade, o consumo elevado de bebidas alcoólicas e o estresse. Esses fatores apresentam uma relação direta com o aumento da pressão arterial (AACE, 2006; APPEL et al., 2006; SBC, 2006; SESSO et al., 2008).

Na maioria dos pacientes, a PA apresenta uma variação circadiana, estimando-se que esta diminui ao redor de 10-20% durante as horas de sono, e se eleva bruscamente ao despertar (MACHUCA; PARRAS, 2011).

Em termos de cálculo, a PA é produto do débito cardíaco (DC) e da resistência vascular periférica (RVP), sendo influenciada pelo volume de sangue arterial e pela complacência arterial. O DC, por sua vez, depende do volume de sangue ejetado pelo coração por minuto, denominado de Débito Sistólico (DS) e da frequência cardíaca (FC) (CRF-SP/OMS, 2010).

Na Tabela 1, são apresentados os valores de PA e a classificação segundo o nível de gravidade, baseada na aferição casual da PA (SBC/SBH/SBN, 2006).

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	<130	< 85
Limítrofe	130 - 139	85 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC/SBH/SBN, 2006).

A decisão terapêutica deve ser baseada no risco cardiovascular considerando-se a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida, e não apenas no nível da PA (SBC/SBH/SBN, 2010).

Basicamente, a abordagem terapêutica para a HAS pode ser subdividida em duas estratégias principais:

- **Tratamento não medicamentoso:** baseado em modificações do estilo de vida, tais como a redução de ingestão calórica, incentivo às atividades físicas, abandono do tabagismo e redução do consumo de bebidas alcoólicas.
- **Tratamento medicamentoso:** Os medicamentos utilizados para o tratamento da HAS podem ser divididos em vários grupos

farmacológicos, de acordo com o seu mecanismo de ação anti-hipertensiva, conforme apontado no Quadro 1.

Quadro 1 – Grupos de medicamentos anti-hipertensivos

Diuréticos
<ul style="list-style-type: none"> • Tiazídicos <i>clortalidona, hidroclorotiazida, indapamida, metazolaminda</i> • De Alça <i>ácido etacrínico, bumetanida, furosemida, torsemida.</i> • Poupadores de Potássio <i>amilorida, espironolactona, triantereno.</i>
Bloqueadores do Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA)
<ul style="list-style-type: none"> • Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) <i>captopril, enalapril, fosinopril, lisinopril, moexipril, perindopril, ramiprim, trandolapril</i> • Antagonistas do Receptor AT1 da Angiotensina II (ARA-II) <i>candesartana, eprosartana, irbesartana, losartana, olmesartana, telmisartana, valsartana</i>
Bloqueadores dos Canais de Cálcio (BCC)
<i>nifedipino de ação lenta, anlodipino, felodipino, isradipino, nitrendipino, verapamil, diltiazem</i>

Antagonistas adrenérgicos
<ul style="list-style-type: none"> • Betabloqueadores acetobutolol, atenolol, bisoprolol, carteolol, metoprolol, nadolol, pebutolol, pindolol, propranolol, timolol • Bloqueadores alfa-adrenérgicos <i>prazosina, terazosina, doxazosina, reserpina, labetalol, carvedilol</i> • Bloqueadores de ação central <i>metildopa, clonidina, guanabenz</i>
Vasodilatadores diretos
<i>hidralazina, minoxidil, diazóxido, nitroprusiato</i>

Fonte: CRF-SP/OPAS, Brasil, 2010.

A adesão ao tratamento é um dos fatores preponderantes para o sucesso terapêutico. Vários são os determinantes para a não-adesão ao tratamento. Os percentuais de controle de pressão arterial são muito baixos, apesar das evidências de que o tratamento antihipertensivo é eficaz em diminuir a morbidade e mortalidade cardiovascular, devido à baixa adesão ao tratamento. Estudos isolados apontam controle de 20% a 40%. A taxa de abandono, grau mais elevado de falta de adesão, é crescente conforme o tempo decorrido após o início da terapêutica (SBC/SBH/SBN, 2010).

Como profissional especializado em medicamentos, o farmacêutico tem um importante papel a cumprir na melhoria da adesão ao tratamento, realizando intervenções farmacêuticas que envolvam o principal interessado, ou seja, o paciente (CRF-SP/OPAS, 2010).

Junto ao paciente hipertenso, o farmacêutico deve atuar como consultor e conselheiro, conscientizando-o da importância do controle da PA e das possíveis complicações da HAS não tratada e ajudando-o a cumprir o

tratamento indicado pelo médico, intervindo positivamente sobre as causas de não adesão (CRF-SP/OPAS, 2010).

1.2) Atenção Farmacêutica

1.2.1) Conceitos

A Atenção Farmacêutica, segundo Machuca et al., 2003, é uma prática que tem como principal finalidade melhorar a qualidade de vida do paciente que faz uso de medicamentos. A Atenção Farmacêutica engloba todas as atividades assistenciais do farmacêutico orientadas ao usuário de medicamento, entre elas, o acompanhamento farmacoterapêutico. Na equipe multiprofissional de saúde, o farmacêutico é o profissional mais habilitado para realizar o acompanhamento farmacoterapêutico, devido à sua formação específica em medicamentos e motivação para que seu trabalho assistencial seja reconhecido (MACHUCA et al., 2003). Ao prestar Atenção Farmacêutica o profissional se responsabiliza por garantir que o paciente possa cumprir os esquemas farmacoterapêuticos e seguir o plano assistencial, de forma a alcançar resultados positivos (LEE; RAY, 1993).

Nas publicações de Ciências Farmacêuticas, a primeira definição de atenção farmacêutica apareceu em 1980 em um artigo publicado por Brodie et al.:

“(...) em um sistema de saúde, o componente medicamento é estruturado para fornecer um padrão aceitável de atenção farmacêutica para pacientes ambulatoriais e internados. Atenção farmacêutica inclui a definição das necessidades farmacoterápicas do indivíduo e o fornecimento não apenas dos

medicamentos necessários, mas também os serviços para garantir uma terapia segura e efetiva. Incluindo mecanismos de controle que facilitem a continuidade da assistência” (BRODIE et al., 1980).

O conceito clássico de atenção farmacêutica *“a provisão responsável da farmacoterapia com o objetivo de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes”* foi publicado por Hepler & Strand em 1990. Esta definição engloba a visão filosófica de Strand sobre a prática farmacêutica e o pensamento de Hepler sobre a responsabilidade do farmacêutico no cuidado ao paciente.

Em Tóquio, 1993, a OMS define atenção farmacêutica como:

“um conceito de prática profissional na qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. A atenção farmacêutica é o compêndio das atitudes, os comportamentos, os compromissos, as inquietudes, os valores éticos, as funções, os conhecimentos, as responsabilidades e as habilidades do farmacêutico na prestação da farmacoterapia com o objetivo de obter resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente” (OMS, 1993).

O profissional que atua em atenção farmacêutica assume a responsabilidade pelos resultados da terapia medicamentosa e pela qualidade

de vida do paciente. O medicamento produto é um componente importante e necessário para a atenção farmacêutica. Mas neste novo modelo o processo é o agente principal, o produto tem uma função secundária (HOLLAND; NIMMO, 1999).

No Brasil, através de referenciais internacionais, análise do contexto sanitário e buscando a promoção da prática da Atenção Farmacêutica de forma articulada com a Assistência Farmacêutica, no marco da Política Nacional de Medicamentos, é definido, pelo Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, que:

“Atenção farmacêutica é modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (OPAS, 2002).

Mais recentemente, em 2009, a RDC Nº 44, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre boas práticas farmacêuticas, permite às farmácias e drogarias a prestação de serviços farmacêuticos, além

da dispensação. A prestação de serviço de Atenção Farmacêutica compreende a atenção farmacêutica domiciliar, a aferição de parâmetros fisiológicos e bioquímico e a administração de medicamentos (BRASIL, 2009).

1.2.2) Estudo retrospectivo

As doenças cardiovasculares acarretam elevado custo médico-social, sobretudo devido a suas complicações clínicas. Dentre elas, a hipertensão arterial sistêmica é a que apresenta maior prevalência e mortalidade entre os idosos. As doenças crônicas estão relacionadas à utilização de um elevado número de medicamentos, o que predispõe ao maior risco de problemas farmacoterapêuticos (SOUZA et al., 2009).

As evidências para o correto tratamento da hipertensão arterial estão estabelecidas. Entretanto, em termos de saúde pública, os resultados clínicos obtidos nem sempre atingem os esperados (CASTRO; FUCHS, 2008).

Diante desta problemática, vários estudos têm sido realizados visando avaliar a influência do serviço de Atenção Farmacêutica na otimização de resultados terapêuticos em pacientes hipertensos.

Segundo pesquisa realizada por Storpirtis e colaboradores, 2011, a respeito de publicações sobre Atenção Farmacêutica no Brasil no período de 1999 a 2005, foi constatado que as publicações referentes a Atenção Farmacêutica em doenças crônicas, entre elas a HAS, representam um total de 25% entre todas as publicações do período em questão. Neste mesmo estudo, ao analisar os trabalhos, observou-se a predominância de pesquisas realizadas em farmácias hospitalares, farmácias comunitárias e farmácias-escola. Também foram encontrados estudos realizados no Programa Saúde da Família

(PSF) e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), demonstrando que a Atenção Farmacêutica pode ser executada em quaisquer áreas que houver necessidade da intervenção do profissional farmacêutico (STORPIRTIS et al., 2011).

Entre agosto de 2003 e julho de 2004, Lyra Jr. et al., avaliaram a influência da intervenção com atenção farmacêutica na pressão arterial de idosos hipertensos. Foi observado que os 30 pacientes acompanhados tiveram redução dos sintomas causados pela farmacoterapia, assim como as condições de saúde desses pacientes melhoraram com a intervenção à base de Atenção Farmacêutica (LYRA Jr. et al., 2008).

Doze pacientes hipertensos foram acompanhados em estudo realizado por Renovato & Trindade, 2004, em farmácia do município de Dourados, Mato Grosso do Sul. Foram realizadas 47 intervenções farmacêuticas com uma média de 3,9 intervenções para cada paciente. Dentre estas, 29,79% estavam relacionadas com a adesão ao tratamento. Já 59,56% das intervenções foram sobre educação e orientação das patologias apresentadas pelos pacientes. Obtiveram-se resultados satisfatórios, que justificaram a importância da prática da Atenção Farmacêutica na hipertensão arterial (RENOVATO; TRINDADE, 2004).

Souza et al. realizaram estudo piloto de atenção farmacêutica em 10 pacientes hipertensos em farmácia escola da Universidade Federal de Pernambuco entre novembro de 2007 e maio de 2008. Foram realizadas 69 intervenções farmacêuticas visando a resolução de resultados negativos associados à medicação, das quais 84,1% foram realizadas pelo farmacêutico, sem a participação do médico. Souza e colaboradores relatam ainda que, após as intervenções farmacêuticas, todos os pacientes tiveram redução da pressão

arterial, e apenas quatro (40%) não alcançaram os níveis pressóricos normais, destacando novamente a importância e a necessidade do serviço de Atenção Farmacêutica (SOUZA et al., 2009).

Em trabalho realizado por Siqueira & Ferreira, 2008, com 20 pacientes idosos hipertensos, 55% dos pacientes apresentaram algum tipo de Problema Relacionado a Medicamento (PRM). Todos os pacientes que apresentaram PRM não utilizavam medicamentos corretamente. O estudo comprova o quão indispensável se torna a aplicação da Atenção Farmacêutica também no atendimento básico à saúde (SIQUEIRA; FERREIRA, 2008).

Em 2008, Marques et al., traçaram o perfil dos hipertensos usuários de medicamentos de farmácia popular de Alfenas (MG). Sessenta por cento dos pacientes faziam uso de monoterapia para o tratamento da hipertensão. Já 20% usavam 3 medicamentos, 13,33% usavam 4 medicamentos e 6,67% usavam 5 medicamentos. Foi também oferecido o serviço de Atenção farmacêutica, sendo este aceito por 27 pacientes. Constatou-se uma melhora, relatada por 77,4% dos pacientes, de seus problemas de saúde. As intervenções educativas foram bastante exploradas também levando a resultados clínicos melhores (MARQUES et al., 2008).

Também na farmácia popular de Alfenas (MG), foi realizada pesquisa, em 2008, por Amarante et al., que teve por objetivo proporcionar o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico a 27 pacientes hipertensos. Constatou-se que 67% dos pacientes apresentavam não adesão a terapia, relatando como o principal motivo o esquecimento de administrar o medicamento. Outros fatores, como a falta de informação sobre a doença e a não compreensão sobre como utilizar os medicamentos, foram sanados com a intervenção

farmacêutica, mostrando a efetividade do acompanhamento farmacoterapêutico (AMARANTE et al., 2008).

Brito et al., 2008, realizaram estudo em uma Unidade Básica de Saúde de Aracajú (SE) que visava avaliar o efeito de um programa de manejo farmacoterapêutico em um grupo de 30 idosos com HAS. No início do programa o consumo total da população estudada foi de 142 de medicamentos. Entre os idosos, foi verificado que 18 utilizavam pelo menos um medicamento sem prescrição e nove faziam o uso de polifarmácia, consumindo aproximadamente sete medicamentos por dia. Como consequência das intervenções do manejo farmacoterapêutico houve uma redução na presença da polifarmácia (BRITO et al., 2008).

Nos últimos anos, a discussão sobre a ocorrência de problemas farmacoterapêuticos e sua representatividade ganhou destaque como fator de risco que gera morbimortalidade, inclusive entre idosos (BERNSTEN, 2001; FERNÁNDEZ; FAUS, 2003; ROLLASON, 2003). Por esta razão, é necessário propor estratégias de ação multiprofissional voltadas para essa área que consolidem as relações com os pacientes, efetivem a promoção à saúde e o uso racional dos medicamentos.

1.3) Justificativa

Dados os resultados dos estudos anteriormente abordados e demais estudos publicados, torna-se claro que as falhas na farmacoterapia de pacientes hipertensos são bastante comuns e provocam perdas na saúde dos doentes e perdas econômicas ao conjunto da sociedade. É também notável que as falhas, em grande percentagem, são evitáveis.

O profissional farmacêutico, através da prática Atenção Farmacêutica, torna-se um aliado à busca da melhoria da qualidade de vida do paciente. O acompanhamento farmacoterapêutico, assim como as intervenções realizadas são ações de compromisso mútuo, entre paciente e profissional, e que caminham para detectar, prevenir e solucionar estas falhas na farmacoterapia de hipertensos.

O estudo em questão ressalta a importância da prestação de serviços de Atenção Farmacêutica ao paciente hipertenso em farmácia, onde a cada dia surgem oportunidades para o profissional farmacêutico realizar o seu trabalho de modo assistencial.

2. Objetivos

2.1) Geral

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo implantar um projeto piloto de Atenção Farmacêutica para pacientes hipertensos, em farmácia privada do município de Matão/SP.

2.2) Específicos

- Estudar e aplicar a utilização da metodologia Dáder de Atenção Farmacêutica mediante o seguimento farmacoterapêutico dos pacientes hipertensos, observando os aspectos descritivos, de adequação e operacionalização do método;
- Realizar o seguimento dos pacientes selecionados, delineando seu perfil farmacoterapêutico;
- Detectar, prevenir e sugerir as possíveis resoluções para os problemas relacionados a medicamentos reais e potenciais por meio da atenção farmacêutica;
- Realizar uma abordagem multidisciplinar, com ênfase na humanização da atenção a esses pacientes, respeitando suas peculiaridades biopsicossociais.

3. Materiais e Métodos

Local de Estudo

O estudo foi realizado em farmácia comunitária privada do município de Matão (SP), Brasil.

Amostra do Estudo

A amostra foi composta por 20 pacientes voluntários com faixa etária entre 38 e 80 anos, de ambos os gêneros, residentes e domiciliados do município de Matão (SP), e que se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão: paciente com HAS diagnosticada por um médico; paciente com interesse em participar do estudo piloto e disponibilidade para acompanhamento durante o tempo de intervenção; farmacoterapia com um ou mais medicamentos de uso contínuo.

Os pacientes foram convidados a participar do estudo um mês antes do início do mesmo, após expostos os objetivos em questão.

Os atendimentos farmacêuticos foram agendados e realizados na sala de atendimento exclusivo da Farmácia, e, em algumas situações, na residência dos pacientes.

Para fins de comparação a amostra de 20 pacientes foi dividida aleatoriamente em dois grupos: grupo controle e grupo intervenção. O grupo controle foi composto por 10 voluntários hipertensos, os quais receberam as primeiras informações sobre os cuidados com a doença, entretanto não tiveram acompanhamento farmacoterapêutico. Estes tiveram a pressão arterial aferida em dois momentos: início do estudo e ao final do mesmo.

O grupo intervenção foi composto pelos outros 10 pacientes hipertensos, os quais foram acompanhados com maior frequência, submetidos à aferição de pressão em média 3 vezes por semana. Este grupo participou de consultas periódicas e recebeu o acompanhamento farmacoterapêutico.

Metodologia

O modelo de investigação aplicado foi um estudo piloto descritivo observacional prospectivo e intervencionista, utilizando a metodologia Dáder (MACHUCA et al., 2003) para o seguimento farmacoterapêutico adaptada aos pacientes hipertensos.

O Método Dáder baseia-se na obtenção da história farmacoterapêutica do paciente, isto é, nos problemas de saúde que ele apresenta e nos medicamentos que utiliza, e na avaliação de seu estado de situação em uma data determinada, a fim de identificar e resolver os possíveis problemas relacionados aos medicamentos (PRM`s) apresentados pelo paciente. Após essa identificação são realizadas as intervenções farmacêuticas necessárias para resolver os PRM`s e, posteriormente, a avaliação dos resultados obtidos. (MACHUCA et al., 2003).

O Segundo Consenso de Granada, 2004, estabelece uma classificação de PRM em seis categorias, que por sua vez se agrupam em três subcategorias, como apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Classificação de PRM do Segundo Consenso de Granada

Necessidade
PRM 1: O paciente apresenta um problema de saúde por não utilizar a farmacoterapia que necessita
PRM 2: O paciente apresenta um problema de saúde por utilizar um medicamento que não necessita
Efetividade
PRM 3: O paciente apresenta um problema de saúde por uma inefetividade não quantitativa da farmacoterapia
PRM 4: O paciente apresenta um problema de saúde por uma inefetividade quantitativa da farmacoterapia
Segurança
PRM 5: O paciente apresenta um problema de saúde por uma insegurança não quantitativa de um medicamento
PRM 6: O paciente apresenta um problema de saúde por uma insegurança quantitativa de um medicamento

Fonte: SANTOS et al., 2004.

Para coleta dos dados será utilizado: formulário de história farmacoterapêutica do paciente (Anexo I); formulário de estado de situação do paciente (Anexo II) e formulário de intervenção farmacêutica (Anexo III). Os formulários utilizados foram baseados também na metodologia Dáder de Acompanhamento Farmacoterapêutico (MACHUCA et al., 2003).

Os pacientes foram selecionados em julho de 2011. As intervenções foram realizadas nos períodos de agosto e setembro de 2011.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas do campus de Araraquara da UNESP, sob protocolo CEP/FCF/CAr n. 07/2011, e Parecer n. 26/2011 (Anexo IV).

Todos os sujeitos de pesquisa foram previamente esclarecidos quanto aos objetivos do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo V), de acordo com a Resolução CNS n. 196/96.

4.Resultados

Entre os 20 pacientes que participaram do estudo piloto, 14 (70%) eram do gênero masculino. Os pacientes possuem idades entre 38 e 80 anos, sendo a média de idade de 56,3 anos.

O grupo controle foi composto por dez pacientes, sendo 60% do gênero masculino e 40% do gênero feminino. Dos dez pacientes, 30% apresentam idade entre 38 e 50 anos; 20% entre 51 e 60 anos; 20% entre 61 e 70 anos e 30% entre 71 e 80 anos (Figura 1A).

O grupo intervenção também possuía outros 10 pacientes, sendo 80% do gênero masculino e 20% do gênero feminino. Em relação à idade, 40% dos pacientes do grupo intervenção possuem entre 38 e 50 anos, 20% entre 51 e 60 anos, 30% entre 61 e 70 anos e apenas um (10%) entre 71 e 80 anos (Figura 1B).

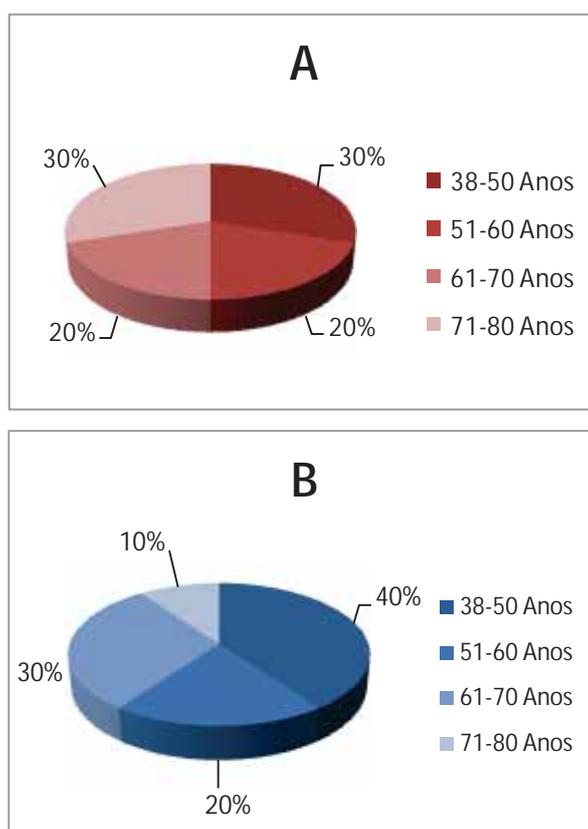


Figura 1: faixa etária do grupo controle (A) e do grupo intervenção (B).

Na primeira entrevista realizada com cada paciente, diversos dados foram coletados. Informações a respeito dos medicamentos utilizados, acesso do paciente à sua farmacoterapia necessária e adesão ao tratamento foram obtidas. Nesta primeira entrevista, os pacientes puderam relatar também suas preocupações e problemas de saúde.

Em relação aos problemas de saúde mais encontrados, além da hipertensão, foram listados diabetes, hipercolesterolemia, dores no sistema osteomuscular, tonturas, distúrbios renais, arritmias, entre outros, citados na Tabela 2. Vale ressaltar que alguns destes problemas relatados pelos pacientes podem ser decorrentes do efeito adverso de alguns medicamentos.

Tabela 2 – Distribuição da frequência dos Problemas de Saúde encontrados na população em estudo

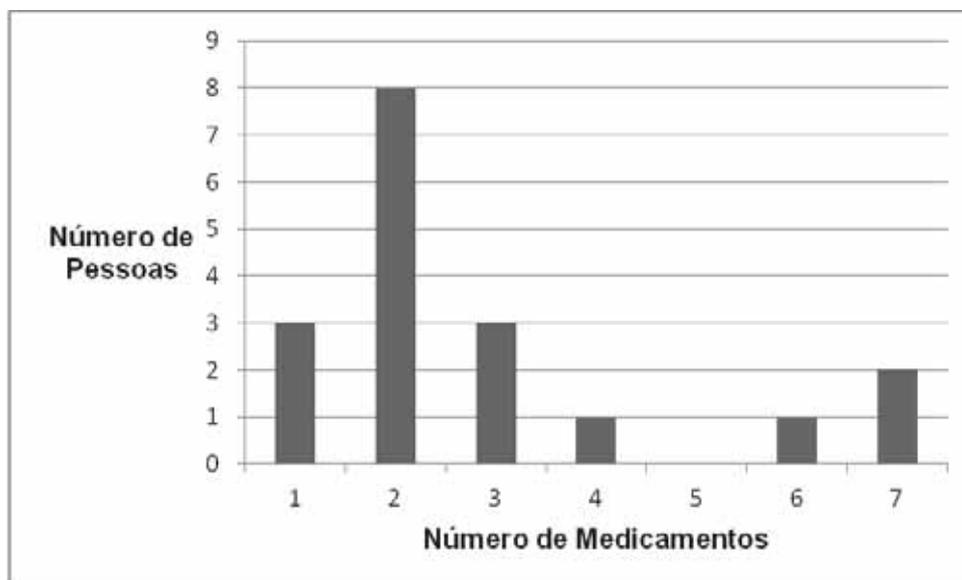
Problemas de Saúde	n	%
Dores sistema osteomuscular	6	30
Hipercolesterolemia	4	20
Diabetes	4	20
Problemas renais	3	15
Arritmia cardíaca	2	10
Tonturas	2	10
Caimbras	2	10
Boca Seca	1	5
Hipotireoidismo	1	5
Depressão	1	5
Outros *	7	35

**Foram relatados também: ansiedade, nervosismo, problema hepático, inchaço, azia, alcoolismo, esquecimentos.*

Em relação ao uso de medicamentos, por ambos os grupos de pacientes, foi constatado que 70% dos pacientes fazem uso da polifarmácia

(uso de dois ou mais medicamentos), incluindo medicamentos anti-hiperglicemiantes, hipolipemiantes, anti-inflamatórios, entre outros. O Gráfico 1 expõe os resultados em relação ao uso de medicamentos.

Gráfico 1 – Relação entre o número de pessoas e número de medicamentos utilizados.



Entre os fármacos anti-hipertensivos mais usados pelos pacientes estavam enalapril (20%), losartana potássica (16%), a associação entre amilorida e hidroclorotiazida (12%), captopril (8%), propranolol (8%). Os demais fármacos utilizados estão também expostos na Tabela 3.

Tabela 3 – Frequência dos anti-hipertensivos utilizados na população em estudo.

Anti-hipertensivos	n	%
enalapril	5	20
losartana potássica	4	16
amilorida + hidroclorotiazida	3	12
propranolol	2	8
atenolol	2	8
captopril	2	8
hidroclorotiazida	2	8
nifedipino	1	4
succinato de metoprolol	1	4
anlodipino + valsartan	1	4
valsartan + hidroclorotiazida	1	4
verapamil	1	4
TOTAL	25	100

Foi constatado que a maioria dos pacientes (70%) utiliza apenas um medicamento para a hipertensão e faz uso de outros medicamentos para outros problemas de saúde. Apenas 30% dos pacientes entrevistados fazem uso de associações de anti-hipertensivos no tratamento da HAS. Entre as associações mais encontradas se podem citar diuréticos tiazídicos com diuréticos poupadores de potássio; diuréticos com betabloqueadores; diuréticos com inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e bloqueadores dos canais de cálcio com IECA.

Após a primeira entrevista, se tem então o Estado de Situação de cada paciente, onde foram encontrados os Problemas Relacionados a Medicamentos. Do total de pacientes, 70% (14) apresentaram algum tipo de PRM e 30% (6) não apresentaram PRM. Foi observado a presença de PRM 1, PRM 2, PRM 3, PRM 4 e PRM 5. O PRM 6, o qual trata de um problema

relacionado a uma insegurança quantitativa de um medicamento, como por exemplo uso de dose superior à necessária, não foi encontrado.

Entre os pacientes do grupo intervenção, 90% apresentaram PRM`s. No grupo controle, 50% apresentaram PRM`s.

A freqüência dos PRM`s encontrados está relatada nas Figuras 2A e 2B.

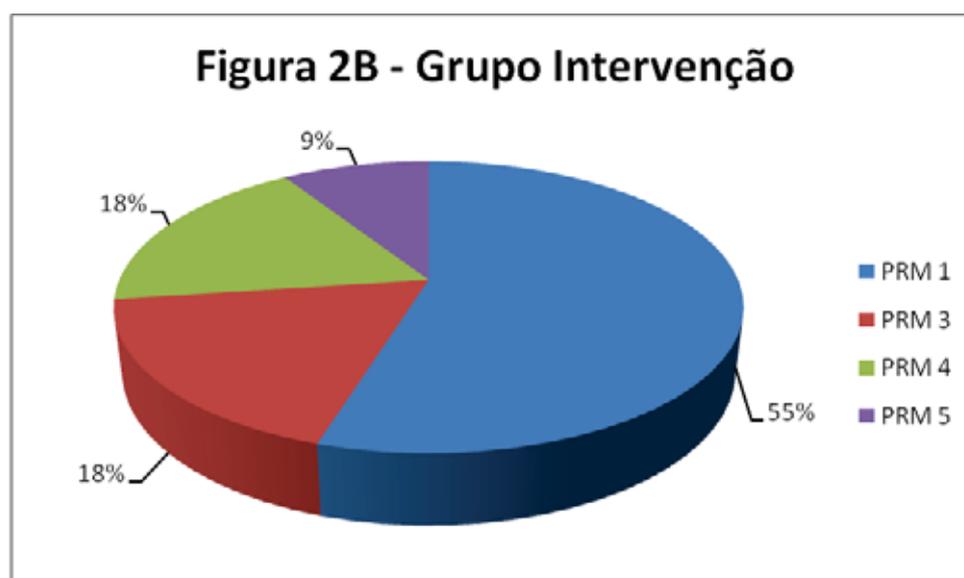
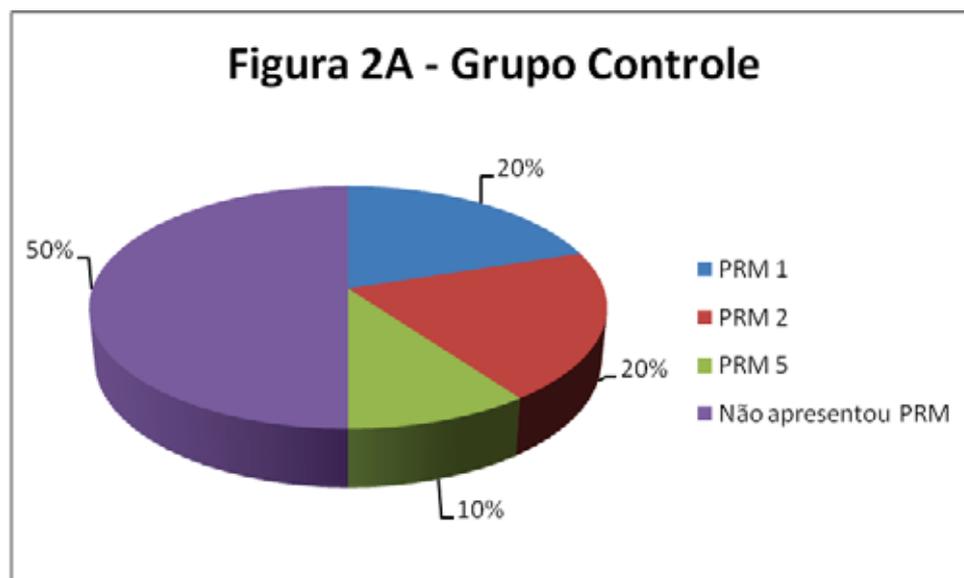


Figura 2: Freqüência de PRM`s encontrados nos grupos controle (A) e intervenção (B).

Vale ressaltar que no grupo intervenção, dois pacientes apresentaram mais de um PRM, sendo assim a Figura 2B está proporcional ao número total de PRM's encontrados.

A Tabela 4 expõe a totalidade dos Problemas Relacionados a Medicamentos encontrados na população em estudo durante o serviço de Atenção Farmacêutica.

Tabela 4 – PRM's encontrados na população em estudo

PRM	n	%
PRM 1	8	50
PRM 2	2	12,5
PRM 3	2	12,5
PRM 4	2	12,5
PRM 5	2	12,5
PRM 6	0	0
TOTAL	16	100

Diante dos PRM's encontrados foram realizadas intervenções farmacêuticas com o objetivo de solucionar problemas na farmacoterapia do paciente, assim como estimular hábitos de vida saudáveis, que conseqüentemente melhoram a qualidade de vida dos pacientes. No total, foram realizadas 19 intervenções farmacêuticas. A grande maioria das intervenções (73,7%) foi educativa, sendo 47,4% voltadas para a melhoria da adesão dos pacientes à terapia. Entre as intervenções educativas incluem-se as que tinham por objetivo orientar os pacientes em relação às medidas não-farmacológicas, como por exemplo, a diminuição do tabagismo e alcoolismo, encontrados em dois pacientes.

Também relacionado às intervenções educativas foi ressaltado a alguns pacientes os problemas advindos da automedicação, em especial aos fármacos que podem influenciar na atividade do anti-hipertensivo, como os anti-inflamatórios.

Foi elaborada uma Tabela (Anexo VI) para um paciente que fazia uso de 7 medicamentos. A tabela em questão tem por objetivo facilitar a adesão ao tratamento, visto que a polifarmácia é um dos motivos de não-adesão ao tratamento medicamentoso em muitos pacientes.

Os pacientes de ambos os grupos, controle e intervenção, também foram instruídos em relação ao uso correto de medicamentos. Observou-se que 30% dos pacientes não sabiam o horário correto para a tomada do medicamento e também como deveria ser feita a administração. Vale ressaltar que a dispensação ativa compreende o fornecimento do medicamento correto com orientações sobre seu manuseio (forma correta de administração), sobre a utilização terapêutica (o que é, para que serve, até quando usar, quanto usar) e sobre como realizar automonitorização, de forma a verificar se o tratamento está sendo efetivo (MARQUES, 2008).

Também foram realizadas intervenções sobre a dosagem (10,5% das intervenções) nos medicamentos dos pacientes. Nestas intervenções foram feitos ajustes de horário de dose. Ambos apresentavam um intervalo de dose da tomada dos medicamentos inferior ao prescrito, mantendo-se assim a PA elevada. Após intervenção, a PA se regularizou.

Intervenções sobre os medicamentos também foram feitas em dois pacientes, no sentido de substituição do medicamento. Em um deles fez-se a troca do medicamento anti-hipertensivo manipulado pelo medicamento

industrializado, mantendo o mesmo princípio ativo. Em outro caso, fez-se a mudança apenas do laboratório farmacêutico de um medicamento genérico que estava sendo utilizado. Em ambos os casos, observou-se melhora dos pacientes, com níveis pressóricos mais satisfatórios.

A Tabela 5 expõe as intervenções realizadas durante o período do estudo.

Tabela 5 – Intervenções farmacêuticas realizadas na população em estudo

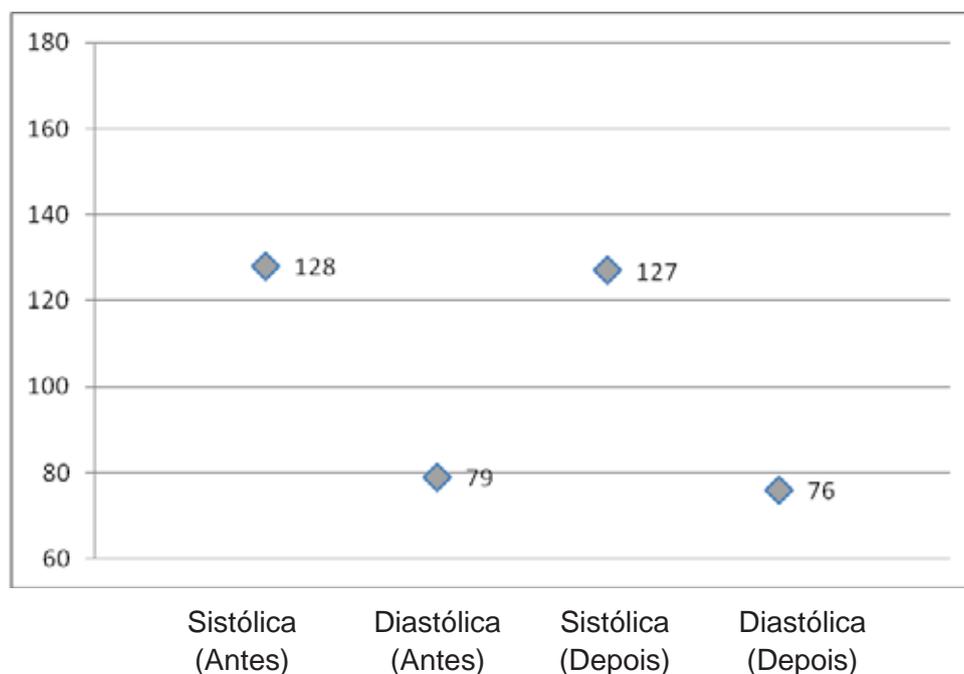
Tipos de Intervenções	n	%
INTERVIR SOBRE O MEDICAMENTO		
Adicionar um medicamento	1	5,3
Retirar um medicamento	0	0
Substituir um medicamento	2	10,5
INTERVIR SOBRE A DOSAGEM		
Modificar a dose	0	0
Modificar frequência de dose	2	10,5
INTERVIR SOBRE A EDUCAÇÃO DO PACIENTE		
Diminuir a não-adesão	9	47,4
Diminuir auto-medicação	2	10,5
Educar em medidas não farmacológicas	3	15,8
TOTAL	19	100

Todas as intervenções foram realizadas na própria farmácia e em 95% dos casos foram realizadas de maneira verbal, entretanto todas foram documentadas com os formulários citados na metodologia, segundo Método Dáder de Acompanhamento Farmacoterapêutico (MACHUCA et al., 2003).

Os pacientes do grupo controle tiveram sua pressão arterial aferida em dois momentos: na primeira entrevista e ao fim do trabalho. A pressão aferida era documentada segundo tabela elaborada (vide anexo VII) para todos os

pacientes. A evolução da PA dos pacientes do grupo controle pode ser observada no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Evolução da Pressão Arterial (mmHg) do grupo controle

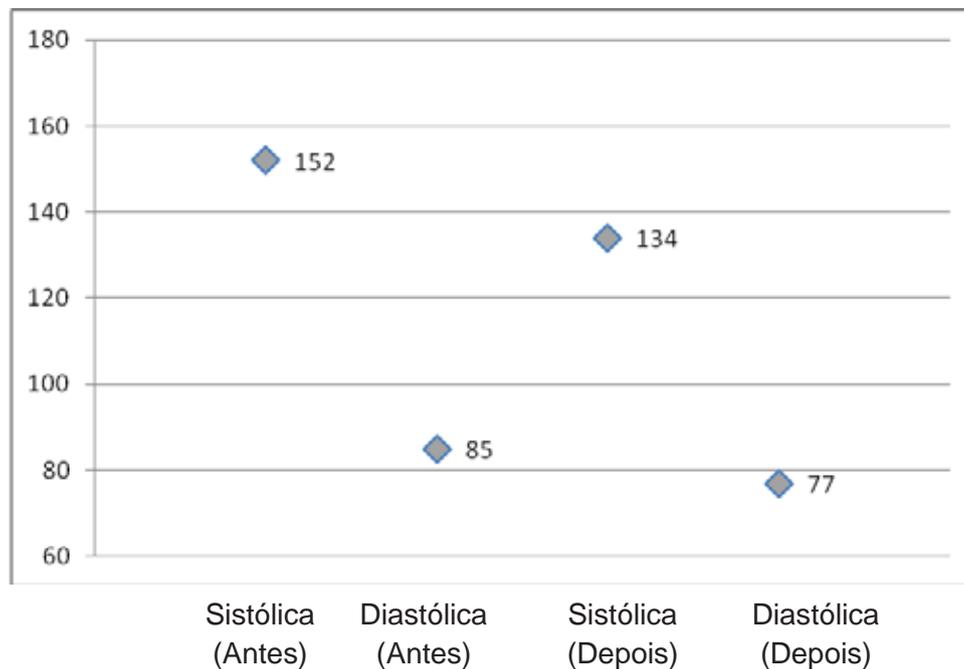


É possível observar que não houve alteração significativa na média da PA sistólica e diastólica do grupo controle.

Os pacientes do grupo intervenção tiveram a pressão arterial aferida com maior frequência, em média três vezes por semana.

O grupo intervenção recebeu acompanhamento farmacoterapêutico durante o estudo, evidenciando-se assim uma maior interferência na diminuição dos valores da pressão arterial sistólica e diastólica, como se pode observar no gráfico 3.

Gráfico 3 – Evolução da Pressão Arterial (mmHg) do grupo intervenção



Destaca-se que, dos 20 pacientes que participaram do estudo piloto, 45% apresentaram PA descontrolada ($\geq 140 \times 90$ mmHg) na primeira entrevista. Após as intervenções farmacêuticas este número foi reduzido para 20% com PA não controlada. Apesar destes pacientes não terem alcançado os níveis pressóricos normais ou limítrofes ($\leq 139 \times 89$ mmHg) (SBC, 2006), apresentaram ligeira redução da PA.

Quando o grupo controle e o grupo intervenção foram comparados, por fim, percebeu-se que a redução da pressão média do grupo intervenção foi maior do que a do grupo controle.

5. Discussão

Em relação ao gênero da população de hipertensos em estudo, a maioria foi composta por homens. Esta prevalência está de acordo com o que foi o exposto na última diretriz brasileira de hipertensão publicada (SBC/SBH/SBN, 2010), a qual cita revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, que revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres.

Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% acima de 65 anos (CESARINO et al., 2008). No estudo em questão, 35% dos pacientes apresentavam idade superior a 65 anos. Entretanto, vale ressaltar que os pacientes que apresentavam idade entre 38 e 64 anos, maioria da população em estudo (65%), apresentavam outros fatores de risco, apesar de serem mais jovens. Sedentarismo, sobrepeso, ingestão excessiva de sal e consumo freqüente de álcool.

Em estudo realizado por Cesarino e colaboradores, em 2008, sobre a prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto/SP, a média de idade encontrada foi de 53,8 anos. Esta média está próxima da encontrada neste estudo piloto, a qual foi de 56,3 anos. Isto mostra que a HAS tem atingido pessoas em idade economicamente ativa, alertando para piora epidemiológica e as repercussões cardiovasculares futuras (CESARINO et al., 2008).

Em relação aos problemas de saúde mais encontrados, após a hipertensão, estão as dores no sistema osteomuscular. Esta prevalência é compatível com outros estudos realizados no Brasil (RENOVATO; TRINDADE, 2004; LYRA Jr. et al., 2009; SOUZA et al., 2009).

Foi observada também a presença de diabetes e hipercolesterolemia em 15% dos pacientes hipertensos, além da obesidade. Sendo assim, estes são portadores de síndrome metabólica, a qual é caracterizada por alterações no metabolismo glicídico, obesidade, hipertensão e dislipidemia. A Síndrome Metabólica é a maior responsável por eventos cardiovasculares, sendo assim, a estes pacientes deve ser dada atenção especial para a mudança para hábitos de vida saudáveis e reforço positivo para adesão à terapia medicamentosa (MATOS et al., 2003). Eles receberam intervenções educativas para auxiliar na perda de peso, estimular a prática de atividade física e alimentação saudável.

Em relação ao tratamento medicamentoso da hipertensão, a monoterapia pode ser a estratégia anti-hipertensiva inicial para pacientes com hipertensão arterial estágio 1 e com risco cardiovascular baixo a moderado (SBC/SBH/SBN, 2010). Entre a população em estudo, como já citado, 70% faziam uso da monoterapia para tratamento da hipertensão. Entre as classes de fármacos mais utilizadas estão os bloqueadores do sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona. Esta classe está inclusa entre as classes preferenciais para o controle da PA em monoterapia inicial, como citado nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.

Estas diretrizes relatam que, se o objetivo terapêutico não for conseguido com a monoterapia inicial, uma das condutas possíveis é o aumento na dose do medicamento em uso ou a associação de dois ou mais medicamentos, sobretudo nos pacientes com hipertensão em estágios 2 e 3.

Na população em estudo, as associações mais encontradas foram diuréticos tiazídicos com diuréticos poupadores de potássio e diuréticos com

betabloqueadores. Estas associações são reconhecidas como eficazes pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC/SBH/SBN, 2010).

Dentre os 20 pacientes em estudo, 14 (70%) apresentaram Problemas Relacionados a Medicamentos. Considerando que cada paciente pode ter mais de um PRM diferente, foi encontrado um total de 16 PRM`s como mostra a Tabela 4.

Em estudo realizado por Siqueira & Ferreira, com 20 pacientes hipertensos, 55% dos pacientes apresentaram algum tipo de PRM, sendo 16 o total de PRM`S encontrados (SIQUEIRA; FERREIRA, 2008).

Garção e Cabrita, 2002, realizaram estudo com 41 indivíduos hipertensos, onde foram detectados 34 PRM`s (GARÇÃO; CABRITA, 2002).

Renovato & Trindade, 2004, encontraram 30 PRM`s manifestados em 12 pacientes que foram acompanhados em farmácia no Mato Grosso do Sul (RENOVATO; TRINDADE, 2004).

Dentre os PRM`s encontrados neste estudo estão em primeiro lugar os que se referem a necessidade, posteriormente os relacionados à efetividade e, por último, os relacionados à segurança. O PRM 1 foi o mais encontrado (50%), sendo este relacionado à falta de adesão a terapia. Os motivos relatados para não adesão foram: esquecimento de tomar o/os medicamento/s, polifarmácia e não utilização intencional.

Souza e colaboradores detectaram a não adesão ao tratamento medicamentoso em 17,4% dos pacientes hipertensos participantes de seu estudo (SOUZA et al., 2009).

No estudo de Siqueira e Ferreira, 2008, observou-se que 15% dos pacientes apresentavam PRM tipo 1 (SIQUEIRA; FERREIRA, 2008).

Amarante et al., 2008, em trabalho com 27 pacientes hipertensos, encontraram 67% dos pacientes com não adesão à terapia. No grupo controle, cerca de 17% dos entrevistados possuíam dificuldades para tomar seus medicamentos e 42% acreditavam que a hipertensão não é uma enfermidade para a vida toda. Já para o grupo teste, os principais motivos de não adesão foram: esquecimento das instruções médicas (67%), não utilização intencional (53%), falta de compreensão das instruções de uso (13%), entre outros (AMARANTE et al., 2008).

Em pesquisa realizada no Brasil, cerca de 46% dos idosos portadores de hipertensão arterial interromperam o tratamento por conta própria (LYRA Jr. et al., 2006). Sendo assim, torna-se claro que deve ser dada especial atenção aos pacientes que não aderem à terapia, visto que a hipertensão, por ser uma doença de caráter crônico, é tratada na maioria das vezes com medicamentos de uso contínuo.

Neste estudo, foram realizadas 19 intervenções farmacêuticas, sendo que, a grande maioria das intervenções (73,7%), foi educativa. As intervenções educativas devem ser sempre exploradas, visto que o compartilhamento do conhecimento e das experiências enriquece e fortalece a relação terapêutica (AMARANTE et al., 2008). Notou-se que os pacientes passam a ter maior adesão à terapêutica após conhecerem melhor suas enfermidades e seus medicamentos.

A Educação em Saúde é parte integrante do processo de Atenção Farmacêutica, como afirma a proposta do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (OPAS, 2002).

Em relação à evolução da PA dos pacientes do grupo controle, se pode observar no Gráfico 2 que não houve queda significativa se comparado início do estudo com final do mesmo. Já o Gráfico 3 representa a variação da PA dos pacientes do grupo intervenção, os quais receberam acompanhamento farmacoterapêutico. A queda da PA sistólica de 152mmHg para 134mmHg, assim como da PA diastólica de 85mmHg para 77mmHg pode ser relacionada intimamente com as intervenções farmacêuticas realizadas.

A prática da Atenção farmacêutica aplicada ao grupo intervenção, juntamente com o acompanhamento farmacoterapêutico, foram responsáveis por gerar resultados bastante positivos para os pacientes, visto que a PA encontrada ao final foi mais baixa em 90 % destes. Além disso, a grande maioria dos entrevistados relatou estar satisfeita com o serviço de Atenção Farmacêutica prestado.

6. Conclusão

A hipertensão arterial ainda é um problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo. A prevalência é alta e é notável que grande parte da população do Brasil apresente fatores de risco para poder desenvolver esta enfermidade.

A Atenção Farmacêutica, praticada nos ambientes em que existam pacientes e farmacêuticos, tem por objetivo auxiliar o paciente em relação aos problemas relacionados à sua farmacoterapia e saúde, visando assim a sua melhor qualidade de vida. É uma prática possível e que culmina em resultados positivos para ambas as partes.

Dentro das farmácias públicas ou privadas, o farmacêutico é um importante elo entre o paciente e o medicamento.

Sendo assim, fica claro que intervenções farmacêuticas relacionadas ao tratamento medicamentoso, assim como intervenções educativas colaboram cada vez mais para que os pacientes hipertensos tenham otimização de seus resultados terapêuticos, conscientização quanto aos cuidados com a saúde, assim como melhora em sua qualidade de vida.

O profissional farmacêutico torna-se assim fundamental para o esclarecimento de dúvidas, bem como para proporcionar maior efetividade na aplicação de medidas terapêuticas. É este profissional que deve assegurar que cada paciente utilize seus medicamentos de maneira segura, eficaz e em benefício próprio.

7.Referências

AMARANTE, L.C.; SHOJI, L.S.; BEIJO, L.A.; LOURENÇO, E.B.; MARQUES, L.A.M. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v.31, n.3, p.209-215, 2010.

AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS (AACE). Medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of hypertension. **Endocr. Pract.**, v.12, n.2, p.193-222, 2006.

APPEL, L.J.; BRANDS, M.W.; DANIELS, S.R.; KARANJA, N.; ELMER, P.J.; SACKS, F.M. Dietary approaches to prevent and treat hypertension: a scientific statement from the American Heart Association. **Hypertension**, v.47, n.1, p.296-308, 2006.

BERNSTEN, C. Improving the well-being of elderly patients via community pharmacy-based provision of pharmaceutical care. **Drugs Aging**, v.18, n.1, p.63-77, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.fcfar.unesp.br/cep2/Reso196.pdf>. Acesso em: 05 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC n. 44, de 17 de agosto de 2009**. Dispõe sobre boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2009/pdf/180809_rdc_44.pdf. Acesso em: 18 maio 2011.

BRITO, G. C.; MENEZES, M.S.; MESQUITA, A.R.; LYRA JÚNIOR, D.P. Efeito de um programa de manejo farmacoterapêutico em um grupo de idosos com hipertensão em Aracaju-Sergipe. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v.30, n.1, p.83-89, 2009.

BRODIE, D.C.; PARISH, P.A.; POSTON, J.W. Societal needs for drugs and drug related services. **Am. J. Pharm. Educ.**, v.44, p.276-278, 1980.

CASTRO, M.S.; FUCHS, F.D. Abordagens para aumentar a adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. **Rev. Bras. Hipertens.**, v.15, n.1, p.25-27, 2008.

CESARINO, C.B.; CIPULLO, J.P.; MARTIN, J.F.V.; CIORLIA, L.A.; GODOY, M.R.P.; CORDEIRO J.A. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq. Bras. Card.**, v.91, n.1, p.31-35, 2008.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA (São Paulo). Organização Pan-Americana da Saúde. Manejo do tratamento de pacientes com hipertensão: **Projeto farmácia estabelecimento de saúde**. São Paulo, 2010. v.4.

FERNÁNDEZ, L.F.; FAUS, M.J. Importance of medicine-related problems as risk factors. **Lancet**, v.362, p.239, 2003.

GARÇÃO, J.A.; CABRITA, J. Evaluation of a pharmaceutical care program for hypertensive patients in rural Portugal. **J. Am. Pharm. Assoc.**, v.42, n.6, p.858-864, 2002.

HEPLER, C.D.; STRAND, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **Am. J. Hosp. Pharm.** v. 47, p. 533-543, 1990.

HOLLAND, R.W.; NIMMO, C.M. Transitions. Part 1: beyond pharmaceutical care. **Am. J. Health-Pharm.**, v. 56, p. 1758-1764, 1999.

LEE, M.P.; RAY, M.D. Planning for pharmaceutical care. **Am. J. Hosp. Pharm.**, v.50, p.1153-1158, 1993.

LYRA JÚNIOR, D.P.; MARCELLINI, P.S.; PELÁ I.R. Effect of pharmaceutical care intervention on blood pressure of elderly outpatients with hypertension. **Rev. Bras. Ciênc. Farm.**, v.44, n.3, p.451-457, jul./set. 2008.

LYRA JÚNIOR, D.P.; AMARAL, R.T.; VEIGA, E.V.; CÁRNIO, E.C.; NOGUEIRA, M.S.; PEL, I.R. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v.14, n.3, p.435-441, maio-jun. 2006.

MACHUCA, M.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; FAUS, M.J. Método Dáder: manual de acompanhamento farmacoterapêutico. Granada: **GIAF-UGR**, 2003. 45p.

MACHUCA, M.; PARRAS, M. **Guia de seguimiento farmacoterapéutico sobre hipertensión**. Granada: Universidad de Granada. Disponível em: <http://www.aqfu.org.uy/informacion/index.php?Id=179&Pdf=1&Lan=es>. Acesso em: 18 jun. 2011.

MALTA, D.C.; MOURA, L.; SOUZA, F.M.; ROCHA, F.M.; FERNANDES, F.M. Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008**. Brasília DF, 2009. p.337–362.

MARQUES, L.A.M. **Atenção farmacêutica em distúrbios menores**. 2. ed. São Paulo: Medfarma, 2008. 296p.

MARQUES L.A.M.; SHOJI L.S.; AMARANTE L.C.; LOURENÇO E.B. **Perfil dos hipertensos usuários de medicamentos da farmácia popular de Alfenas-MG**. Disponível em: http://www.periodicos.udesc.br/index.php/udescemacao/article/viewFile/1797/pdf_20. Acesso em: 23 jun. 2011.

MATOS, A.F.G.; MOREIRA, R.O.; GUEDES, E.P. Aspectos neuroendócrinos da síndrome metabólica. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v.47, n.4, p.410-420, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **El papel del farmacéutico en la atención a la salud**: declaración de Tokio. Ginebra, 1993. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ime9848.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica**: proposta. Brasília, DF, 2002. 24p.

RENOVATO, R.D.; TRINDADE M.F. Atenção farmacêutica na hipertensão arterial em uma farmácia de Dourados, Mato Grosso do Sul. **Infarma**, Brasília, v.16, n. 11/12, p.49-55, 2004.

ROLLASON, V.; VOGT, N. Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematic review of the role of the pharmacist. **Drugs Aging**, v.20, n.11, p.817-832, 2003.

SANTOS, H; IGLÉSIAS, P; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F; FAUS, M. J.; RODRIGUES, L. M. Segundo consenso de Granada sobre problemas relacionados com medicamentos. **Acta Méd. Portuguesa**, v. 17, p. 59-66, 2004.

SESSO, H.D.; COOK, N.R.; BURING, J.E.; MANSON, J.E.; GAZIANO, J.M. Alcohol consumption and the risk of hypertension in women and men. **Hypertension**, v.51, p.1080-1087, 2008.

SIQUEIRA H.P.C.; FERREIRA J.S. Problemas Relacionados a Medicamentos em idosos que utilizam anti-hipertensivos. Avaliação no centro de saúde escola de Custodópolis, Campos dos Goytacazes – RJ. **Infarma**, Brasília, v.20, n. 7/8, p.9-12, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial**. São Paulo, 2006. 48p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes brasileiras de hipertensão**. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1, supl.1, p.1-51, 2010.

SOUZA, T.R.C.L.; SILVA, A.S.; LEAL, L.B.; SANTANA, D.P. Método Dáder de seguimento farmacoterapêutico, terceira edição (2007): um estudo piloto. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v.30, n.1, p.105-109, 2009.

STORPIRTIS, S.; MORI, A.L.P.M; YOCHIY, A.; RIBEIRO, E.; PORTA, V. **Farmácia clínica e atenção farmacêutica**. Cap.41, p.411-429. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Cap.41, p.411-429.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **JACC**, v.55, n.1, p.66–73, 2010.

Bibliografia Consultada

KOROLKOVAS,A.; FRANÇA, F.F.A.C. **Dicionário terapêutico Guanabara.**

16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

RANG, H.P.; DALE, M.M.; RITTER, J.M.; FLOWER, R.J. **Farmacologia.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. 829p.

ANEXOS

Anexo 1

PRIMERA VISITA

PACIENTE n^o: / /

PROBLEMAS / PREOCUPAÇÕES DE SAÚDE

Controlado Início

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

SACOLA COM MEDICAMENTOS

Nome 1:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza?	6. quanto usa?	
2. quem prescreveu?	7. como usa?	
3. para quê?	8. até quando?	
4. está melhor?	9. dificuldade?	
5. desde quando?	10.algo estranho?	

Nome 2:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	
Nome 4:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	
Nome 5:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	
Nome 6:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	
Nome 7:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	
Nome 8:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	
Nome 9:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	
Nome 10:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	

Anexo 3

INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA

PACIENTE n^o: / / Data de Início:

Tipo de PRM: 1 2 3 4 5 6

PRM:

Risco de PRM:

Medicamento(s):

Problema de Saúde:

DESCRIÇÃO DO PRM (Começar a frase com Necessidade - ou não -, Inefetividade o Insegurança).

CAUSA:

1. Interação
2. Não adesão
3. Duplicidade
4. Nenhuma das anteriores

Descrever

O QUE SE PRETENDE FAZER PARA RESOLVER O PRM:

VIA DE COMUNICAÇÃO:

1. Verbal farmacêutico – paciente
2. Escrita farmacêutico – paciente
3. Verbal farmacêutico – paciente – médico
4. Escrita farmacêutico – paciente – médico

RESULTADO:

	<i>P. Saúde Resolvido</i>	<i>P. Saúde não Resolvido</i>
<i>Intervenção Aceita</i>		
<i>Intervenção Não aceita</i>		

O QUE OCORREU?

Nº MEDICAMENTOS QUE ESTAVA UTILIZANDO (na data da intervenção):

Nº VISITAS ANTERIORES A RESOLUÇÃO: _____

Data final da Intervenção: _____

Anexo 4



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Câmpus de Araraquara



Protocolo CEP/FCF/CAr nº 07/2011

Interessado: Prof. Dr. JEAN LEANDRO DOS SANTOS

Projeto: Atenção farmacêutica em pacientes hipertensos: um estudo piloto

Parecer nº 26/2011 – Comitê de Ética em Pesquisa

O projeto "Atenção farmacêutica em pacientes hipertensos: um estudo piloto" encontra-se adequado em conformidade com as orientações constantes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Por essa razão, o Comitê de Ética em Pesquisa desta Faculdade, considerou o referido projeto estruturado dentro de padrões éticos manifestando-se FAVORAVELMENTE à sua execução.

O relatório final e os Termos de Consentimento Livre Esclarecido dos sujeitos da pesquisa (originais e assinados em todas as folhas) deverão ser entregues em janeiro de 2012.

Araraquara, 08 de agosto de 2011.

Prof. Dr. HENRIQUE FERREIRA
Coordenador do CEP

Anexo 5

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar do projeto de pesquisa “Atenção Farmacêutica em Pacientes Hipertensos”.

Este projeto será realizado com pacientes hipertensos a fim de melhorar as informações relacionadas aos medicamentos e também à doença. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Caso recuse a participação, independente do motivo, não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Faculdade de Ciências Farmacêuticas.

Os objetivos deste estudo são desenvolver um projeto piloto de Atenção Farmacêutica à pacientes hipertensos; e posteriormente apresentar o referido estudo como Trabalho de Conclusão de Curso na Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder alguns questionamentos sobre o uso de medicamentos e a situação de sua qualidade de vida frente à doença. A aluna responsável pela pesquisa irá fazer o acompanhamento dos pacientes durante determinadas etapas do estudo. Você deve estar à vontade em não responder aquilo que não queira ou julgue desnecessário.

A sua participação é importante, pois trará benefícios relacionados à terapia, problemas de saúde enfrentados e qualidade de vida. Além disso, através de intervenções educativas pretende-se auxiliar no melhor entendimento da hipertensão.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada. Seu nome e dados pessoais serão destacados da ficha e sua identificação será numérica. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, da aluna responsável e do CEP (Comitê de Ética e Pesquisa), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Prof. Dr. Jean Leandro dos Santos

Faculdade de Ciências Farmacêuticas – UNESP
Rodovia Araraquara-Jaú Km.01 s/n Campus universitário
(16) 3301-6972 – sala professor
(16) 3301-6897 – Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)

Aluna de graduação: Carolina Luiza Modé

Faculdade de Ciências Farmacêuticas - UNESP
Rodovia Araraquara-Jaú Km01 s/n Campus universitário
(16) 3333-3513
carolmode@yahoo.com.br – e-mail Aluna de graduação

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa “Atenção farmacêutica em pacientes hipertensos” e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

Matão, _____.

	Amanhecer	Café da manhã	Intervalo 1	Almoço	Intervalo 2	Jantar	Dormir
Horário							
Medicamento							

