



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E EDUCAÇÃO
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE**

ALLANA LOUISI SILVA BATISTA

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA EM HIPERTENSOS
ATENDIDOS EM UMA FARMÁCIA COMUNITÁRIA DE BARRA DE SANTA ROSA-
PB.**

Cuité-PB

2013

ALLANA LOUISI SILVA BATISTA

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA EM HIPERTENSOS
ATENDIDOS EM UMA FARMÁCIA COMUNITÁRIA DE BARRA DE SANTA ROSA-
PB.**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Graduação em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof. Dr. Rand Randall Martins

Área de Concentração: Atenção Farmacêutica

Cuité-PB

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE

Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

B333a Batista, Allana Louisi Silva.

Avaliação do impacto da atenção farmacêutica em hipertensos atendidos em uma farmácia comunitária de Barra de Santa Rosa - PB. / Allana Louisi Silva Batista – Cuité: CES, 2013.

56 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Farmácia) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2013.

Orientador: Rand Randall Martins.

1. Atenção farmacêutica. 2. Hipertensão. 3. Metodologia Dáder. I. Título.

CDU 615.15

ALLANA LOUISI SILVA BATISTA

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA EM HIPERTENSOS
ATENDIDOS EM UMA FARMÁCIA COMUNITÁRIA DE BARRA DE SANTA ROSA –
PB.**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Graduação em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rand Randall Martins – Orientador - UFCG

Prof. Dr^a Júlia Beatriz de Souza - UFCG

Prof. Ms Andrezza Duarte Farias – UFCG

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe que me deu completo e total apoio nos momentos mais difíceis da minha vida, e acima de tudo o seu exemplo de profissional farmacêutica sempre dedicada a ajudar sem distinção a quem dela precisar.

Dedico também a todos que acreditam no sucesso da prática de Atenção Farmacêutica, isso faz de nós profissionais mais humanos...

Atenção Farmacêutica...

Faz a diferença!

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer, em primeiro lugar, a Deus pela força e coragem durante toda esta longa jornada.

Agradeço também a todos os professores que me acompanharam durante a graduação, em especial ao Prof. Dr. Rand Randall e a Prof^a. Dr^a Júlia Beatriz (mãe acadêmica), os maiores responsáveis pela realização deste grande sonho. Obrigada mestres, pela confiança e pelo empenho, além de ensinar-me os valores primordiais da humanidade: respeito, honestidade e amizade.

Aos meus colegas de curso. No nome de Josefa Fabiana, pela cumplicidade e companheirismo durante toda caminhada.

Aos pacientes que sem a colaboração e confiança depositada em mim, este trabalho não teria acontecido. Como também ao médico Dr Domiciano Siqueira pela participação e empenho neste estudo.

Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas aos meus amados pais (Josimar e Maria Aparecida), meus irmãos (André Luiz e Angélica Larissa) e minha preciosa sobrinha (Lara Beatriz – meu melhor e maior presente...).

E a você Inácio, obrigada pela paciência, pelo incentivo, pela força e principalmente pelo carinho.

Enfim, obrigada a todos que de alguma forma contribuíram para concretização deste trabalho.

RESUMO

As doenças cardiovasculares, sobretudo a hipertensão arterial sistêmica (HAS), acarretam elevado custo médico-social, especialmente entre idosos. Os idosos comumente utilizam elevado número de medicamentos, o que predispõe ao maior risco de problemas farmacoterapêuticos. A atenção farmacêutica é uma prática que aumenta a efetividade e segurança do tratamento da HAS, voltada para melhoria da qualidade de vida do paciente. O estudo visou avaliar o impacto do serviço de Atenção Farmacêutica na otimização dos resultados terapêuticos em 14 pacientes hipertensos atendidos em uma farmácia comunitária privada de Barra de Santa Rosa – PB. No processo, seguiu-se o Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico. Entre os dados obtidos, identificaram-se uma média de 1,3 resultados negativos associados à medicação (RNM) por usuário, sendo que o RNM de maior prevalência foi o de inefetividade quantitativa (56,7%). O esquecimento da posologia (33,3%), desinformação sobre o uso (22,2%) e dificuldade de acesso (22,2%) foram os PRM mais observados. Em média, foram executadas 1,6 intervenções farmacêuticas (IF) por usuário, destacando-se as IF associadas à educação sobre o uso do medicamento (54,7%) e colaboração com o prescritor nas alterações no esquema terapêutico (36,3%). Após as intervenções farmacêuticas, houve redução nos valores pressóricos a partir do quinto atendimento, assim como diminuição na média de RNM (0,4 por usuário). O estudo mostra a importância e a necessidade do serviço de atenção farmacêutica aos usuários de medicamentos, conduzindo à melhora dos resultados clínicos do tratamento da hipertensão arterial sistêmica.

Palavras-chave: Hipertensão. Atenção Farmacêutica. Metodologia Dáder.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases, especially hypertension, entail high social-medical costs, especially among the elderly. Older people commonly use high number of medications, which predisposes to increased risk of pharmacotherapeutic problems. Pharmaceutical care is a practice that increases the efficiency and safety of hypertension treatment, with the aim to improve the quality of life of patients. The study evaluated the impact of pharmaceutical care practice in the optimization of therapeutic results in 14 hypertensive patients in a private community pharmacy Barra de Santa Rosa - PB. In the process, was used a method developed by Dader. Among the data, we identified an average 1.3 negative outcomes associated with medication (MRI) per user, with the highest prevalence of MRI was the quantitative ineffectiveness (56.7%). Forgetting dosage (33.3%), using disinformation rises (22.2%) and difficulty of access (22.2%) were the most frequently observed PRM. On average, pharmaceutical interventions were performed 1.6 (PI) per user, highlighting the PI associated with education about the medication (54.7%) and the collaboration with the prescriber changes in treatment regimen (36.3%). After pharmaceutical interventions, there was a reduction in blood pressure values after the fifth visit, as well as a decrease in the average MRI (0.4 per user). The study shows the importance and necessity of pharmaceutical care practice in drugs users, leading to improved clinical outcomes in the hypertension treatment.

Keywords: Hypertension. Pharmaceutical Care. Methodology Dader.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sócio demográfico e índice de massa corpórea (IMC) nos usuários avaliados pelo Método Dáder. Barra de Santa Rosa-PB, 2012.....	31
Tabela 2 - Tempo de diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e outras comorbidades, fármacos utilizados e padrão de uso nos usuários avaliados pelo Método Dáder. Barra de Santa Rosa-PB, 2012	34
Tabela 3 - Perfil de RNM antes e após intervenção nos usuários avaliados pelo Método Dáder. Barra de Santa Rosa-PB, 2012	36
Tabela 4 - Perfil de PRM associados à inefetividade quantitativa nos usuários avaliados pelo método Dáder. Barra de Santa Rosa-PB, 2012.	37
Tabela 5 - Intervenções realizadas nos usuários avaliados pelo Método Dáder. Barra de Santa Rosa-PB, 2012.	39
Tabela 6 - Comparação entre a quantidade de medicamentos, comprimidos / dia e RNM antes e após as IF nos usuários avaliados pelo método Dáder. Barra de Santa Rosa-PB, 2012.	41

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Classificação de Resultados Negativos associados aos Medicamentos (RNM)	
.....	24
Figura 2: Sequência de etapas do Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico	
.....	29

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Variação da pressão arterial sistólica e diastólica em relação ao número de atendimentos realizados nos usuários avaliados pelo método Dáder. Barra de Santa Rosa- PB.	41
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AF – Atenção Farmacêutica

AT 1 – Receptor 1 da Angiotensina II

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CBAF – Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DAC- Doença Arterial Coronariana

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DBHA – Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial

ECA – Enzima Conversora de Angiotensina

FTN – Formulário Terapêutico Nacional

HA – Hipertensão Arterial

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IECA – Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina

IF – Intervenção Farmacêutica

IMC – Índice de Massa Corporal

IRC- Insuficiência Renal Crônica

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PRM – Problema Relacionado ao Medicamento

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RNM – Resultado Negativo Associado ao Medicamento

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SF – Seguimento Farmacoterapeutico

SPSS- Statistical Package for Social Sciences

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVO	15
2.1 – Geral	15
2.2 – Específicos	15
3 REFERÊNCIAL TEÓRICO	16
3.1. Hipertensão Arterial Sistêmica	16
3.2. Atenção Farmacêutica na Hipertensão Arterial	20
3.3. Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico	24
4 METODOLOGIA	27
4.1. Tipo de Pesquisa	27
4.2. Local da Pesquisa	27
4.3. População e Amostra	27
4.4. Critérios de Inclusão	28
4.5. Instrumento de Coleta de Dados	28
4.6. Processamento e Análise de Dados	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
6 CONCLUSÕES	43
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICES	49
APÊNDICE A – Formulário Dáder Adaptado	
APÊNDICE B – Orientação do uso de medicamentos na própria embalagem	
APÊNDICE C – Ficha de orientação ao paciente (horários de medicamentos).	

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é uma das cardiopatias que mais ocasionam complicações clínicas e óbitos, sendo a doença crônica de maior prevalência no mundo moderno (SOUZA e BERTONCIN, 2008). Estima-se que 7,1 milhões de pessoas morram anualmente decorrente da HA o que corresponde a 4,5% da carga de doença em todo o mundo. Entre as principais complicações da HAS, estão o infarto agudo do miocárdio (IAM), o acidente vascular encefálico (AVE) e a insuficiência renal crônica (IRC) (BOING e BOING, 2007). No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, sendo o acidente vascular encefálico (AVE) a principal causa, sobretudo em mulheres. Entre os fatores de risco para mortalidade por AVE, destaca-se a hipertensão arterial associada a 40% das mortes, ocorrendo uma relação direta entre elevação da pressão arterial e a mortalidade (CARDIOLOGIA, 2010).

Os fatores de risco relacionados à HAS são a idade, raça, antecedentes familiares, alimentação, estresse, tabagismo, obesidade, álcool, sedentarismo e medicamentos. Entretanto, as complicações da HAS podem ser evitadas com o tratamento e farmacoterapia adequados, garantindo o acesso dos pacientes a medicamentos e priorizando a melhoria na qualidade de vida (SOUZA e BERTONCIN, 2008).

A principal estratégia para evitar as complicações da hipertensão baseia-se nos tratamento medicamentoso e não medicamentoso (DOURADO, COSTA *et al.*, 2011). A adoção de um estilo saudável de vida é fundamental no tratamento de hipertensos, particularmente quando há síndrome metabólica. O tratamento medicamentoso associado ao não medicamentoso objetiva a redução da pressão arterial para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de pressão diastólica respeitando-se as características individuais, a presença de doenças ou condições associadas ou características peculiares e a qualidade de vida dos pacientes (CARDIOLOGIA, 2010). Porém, alguns fatores podem contribuir para o insucesso do

tratamento anti-hipertensivo, estando relacionada às reações adversas, resistência ao tratamento, presença de co-morbidades e, sobretudo, a inércia dos prescritores frente à pressão não controlada (CASTRO, CHEMELLO *et al.*, 2006).

Uma estratégia eficaz para melhoria da efetividade e segurança do tratamento medicamentoso da HAS consiste na participação do farmacêutico, mais especificamente, na promoção da Atenção Farmacêutica (AF) ao usuário (SBC, 2007). Esta prática proporciona 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 (IVAMA, NOBLAT *et al.*, 2002). Neste contexto, a AF influencia positivamente na otimização terapêutica, principalmente através da identificação de problemas relacionados com medicamento (PRMs), para prevenir e resolver os resultados negativos associados à medicação (RNMs) (SOUZA, SILVA *et al.*, 2009). Estes são caracterizados como problemas de saúde, alterações não desejadas no estado de saúde do doente atribuível ao uso (ou desuso) dos medicamentos (DÁDER, HERNÁNDEZ *et al.*, 2009).

Logo, conhecer os RNMs mais frequentes no tratamento medicamentoso da HAS constituiria um primeiro passo no planejamento de estratégias no contexto da AF visando à melhoria dos resultados terapêuticos no uso dos medicamentos anti-hipertensivos, sobretudo quando se observa literatura escassa no acompanhamento em farmácias comunitárias privadas. Neste contexto, mostram-se essenciais estudos dessa natureza focados para a realidade de nossa região.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

- Avaliar o impacto da Atenção Farmacêutica em hipertensos atendidos em uma farmácia comunitária de Barra de Santa Rosa - PB.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil de problemas relacionados ao medicamento (PRM) e resultados negativos associados a medicação (RNM);
- Caracterizar o perfil de Intervenções Farmacêuticas (IF);
- Avaliar o impacto da Atenção Farmacêutica na hipertensão arterial sistêmica (HAS).

3 REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) configura-se como um dos agravos crônicos mais comuns e com repercussões clínicas mais graves (BOING e BOING, 2007). Segundo Souza *et al.*, (2008), a HAS caracteriza-se como uma patologia crônica, geralmente assintomática, sendo responsável direta e indiretamente por elevada morbidade e mortalidade. De acordo com o Ministério da Saúde, considera-se hipertenso o indivíduo que apresente valores iguais ou maiores que 140 x 90 mmHg, em mais de duas medidas realizadas corretamente (MS, 2006).

Dentre os tipos de HAS, a Essencial (sem uma causa definida) constitui, pelo menos, de 90% a 95% de todas as formas. As demais, chamadas secundárias, estão associadas à outra patologia e compreendidas entre 5% a 10%. Nesse segundo grupo, prevalecem as hipertensões de origem renal e as várias formas de hipertensão endócrina (por hiperaldosteronismo, doença de Cushing e feocromocitoma) (PELLIZZARO e PANCHENIAK, 2003). Em relação à prevalência, estudos de base populacional apontam variações entre 22% e 44% nas grandes cidades brasileiras (BOING e BOING, 2007). Amaral *et al.*, (2006) ressaltam que aproximadamente 65% dos idosos são portadores de HAS, sendo que, entre mulheres com mais de 65 anos, a prevalência pode chegar a 80%.

Os fatores de risco relacionados à HA são a idade, raça, antecedentes familiares, alimentação, estresse, tabagismo, obesidade, álcool e sedentarismo (MENDES, ALVES *et al.*, 2006). De acordo com V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (CARDIOLOGIA, 2010), o excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens e na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, o incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver esta patologia crônica. Silva *et al.*, (2004), ressaltam que o aspecto físico somado aos hábitos alimentares inadequados (ricos em sódio, carboidratos e

colesterol) indica uma dieta hipersódica e hipercalórica que contribuem para elevação da pressão arterial. Em concordância com o autor, o Ministério da Saúde (2006) afirma que alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial.

A medida da pressão arterial é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da HAS e avaliação da eficácia do tratamento. O método mais utilizado para medida da PA na prática clínica é o indireto, com técnica auscultatória e esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneróide, ambos calibrados (CARDIOLOGIA, 2010). Segundo Lima *et al.*, (2010), níveis de pressão arterial elevados estão relacionados a uma maior incidência de eventos mórbidos, associados principalmente à aterosclerose e manifestados por cardiopatia isquêmica, acidente vascular encefálico (AVE) e doenças vasculares renal e periférica. Amarante *et al.*, (2010), ressaltam que no Brasil, em 2003, cerca de 28% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, sendo a HAS a principal responsável; entre os fatores de risco para mortalidade, esta patologia provoca 40% das mortes por AVE e 25% por doença coronariana.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2007), em 2005, ocorreram 1.180.184 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de R\$ 1.323.775.008,28. Na Paraíba (DATASUS, 2009), 7,2% das internações hospitalares em pessoas acima de 49 anos foram por doenças do aparelho circulatório e o coeficiente de mortalidade associado a infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE), respectivamente, foi de 45,5 e 62,6 por 100.000 habitantes. Lessa (2006) afirma ainda que o impacto social da HAS é justamente associado a ocorrência de AVE, doenças isquêmicas do coração (DAC), insuficiência cardíaca e insuficiência renal, sobretudo na faixa etária economicamente produtivas (20 a 64 anos).

Em relação aos idosos, a HAS aumenta os eventos cardiovasculares e diminui a expectativa e qualidade de vida, caracteriza-se como a principal doença crônica nessa

população e gera intensa medicalização (PERROTTI, BELLINAZZI *et al.*, 2002) e (FLORES e BENVENÚ, 2008). Entretanto, essas complicações cardiovasculares podem ser evitadas com o tratamento e farmacoterapia adequados, garantindo o acesso dos pacientes a medicamentos e priorizando a melhoria na qualidade de vida (SOUZA e BERTONCIN, 2008)

O tratamento anti-hipertensivo tem, como principal objetivo, reduzir a morbidade e mortalidade cardiovasculares (STRELEC, PIERIN *et al.*, 2003). O tratamento da HAS se faz com modificações do estilo de vida (realização de atividades físicas, redução do peso corporal e restrição do sal na dieta), associado ou não ao uso de medicamentos que podem também ser administrados isolado ou em associação. A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção de hipertensão e do manejo daqueles com HAS (PELLIZZARO e PANCHENIAK, 2003).

De acordo com a V DBHA (2010), é recomendado, do ponto de vista farmacológico, o tratamento com um fármaco pertencente a uma das classes de anti-hipertensivos: diuréticos, betabloqueadores, antagonistas dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) e bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II. Quando não há controle da PA com monoterapia ou surgem efeitos adversos, pode-se aumentar a dose da droga em uso, adicionar uma segunda droga ou substituir a monoterapia (MION, PIERIN *et al.*, 2001). Entre os fármacos mais estudados e que se mostraram benéfico em reduzir eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais maiores estão os diuréticos em baixas doses. Considerando ainda o baixo custo e extensa experiência de emprego, são recomendados como primeira opção anti-hipertensiva na maioria dos pacientes hipertensos. Entretanto, a monoterapia inicial é eficaz em apenas 40% a 50% dos casos. Muitos pacientes necessitam a associação com anti-hipertensivo de outra classe, como inibidores da ECA, beta-bloqueadores, antagonista do cálcio (MS, 2006).

O mecanismo de ação anti-hipertensiva dos diuréticos se relaciona inicialmente aos seus efeitos diurese e natriurese, com diminuição do volume extracelular e posteriormente redução da resistência vascular periférica (KATZUNG, 2005). Para uso como anti-hipertensivos, são preferidos os diuréticos tiazídicos, em baixas doses,

enquanto que os diuréticos de alça são reservados para situações de hipertensão associada à insuficiência renal e na insuficiência cardíaca com retenção de volume e os diuréticos poupadores de potássio apresentam pequena eficácia diurética. Ressalta-se que os poupadores de potássio quando associados aos tiazídicos e aos diuréticos de alça, são úteis na prevenção e no tratamento de hipopotassemia, principal reação adversa dessa classe terapêutica (SILVA, 2006). Já os betabloqueadores atuam na diminuição inicial do débito cardíaco, redução da secreção de renina, readaptação dos barorreceptores e diminuição das catecolaminas nas sinapses nervosas tendo como principais reações adversas: broncoespasmo, bradicardia, vasoconstrição periférica, insônia, pesadelos, depressão psíquica, astenia e disfunção sexual (FTN - RENAME, 2010). E por fim, os inibidores da ECA que agem fundamentalmente pela inibição dessa enzima, bloqueando a transformação da angiotensina I em II no sangue e nos tecidos, as reações adversas envolvidas nesses fármacos são: tosse seca, alteração do paladar e, mais raramente, reações de hipersensibilidade com erupção cutânea (KOHLMANN, GUS *et al.*, 2010).

A taxa de abandono do tratamento para hipertensão é elevada e proporcional ao tempo decorrido após o início da terapêutica (LIMA, SOLER *et al.*, 2010). De acordo com Bezerra *et al.*, (2009), o não cumprimento ou não adesão ao tratamento medicamentoso é considerado um problema farmacoterapêutico que acarreta o agravamento da doença; gerando aumento de internações hospitalares e de custos assistenciais em saúde (BEZERRA, D. S., SILVA, S. A. *et al.*, 2009). Ainda, de acordo com o mesmo autor, a não adesão ao tratamento farmacológico é um problema multifatorial que pode ser caracterizado pela divergência entre a prescrição médica e o comportamento do paciente.

Segundo Lessa (2006), efeitos negativos no controle da HAS decorrem não somente da não adesão ao tratamento, como do subtratamento, inadequação do medicamento, dificuldade do acesso ao sistema de saúde, quantidade de medicamentos e número de doses diárias da medicação prescrita, efeitos adversos, resistência ao tratamento e presença de co-morbidades. Amaral *et al.*, (2006), afirma que em pesquisa realizada no Brasil, cerca de 46% dos idosos portadores de HA

interromperam o tratamento por conta própria, segundo o autor, fatores como envelhecimento, maior prevalência das enfermidades crônico-degenerativas e consumo de fármacos, aumentam a incidência dos problemas relacionados aos medicamentos, deixando a população vulnerável aos vários problemas de saúde e aumentando os custos dos sistemas de atenção sanitária.

Considerando-se grande magnitude nacional e mundial da HAS, ações de prevenção primária são fundamentais (BOING e BOING, 2007). No Brasil, em estudo realizado em Jaboatão dos Guararapes (PE) com 50 hipertensos, observou-se que a Atenção Farmacêutica contribui para melhorar a adesão ao tratamento em cerca de 70% dos casos (BEZERRA, D. S., SILVA, A. S. *et al.*, 2009). Logo, a participação do farmacêutico no controle da HAS pode ser efetiva (SOUZA, SILVA *et al.*, 2009)

3.2 Atenção Farmacêutica na Hipertensão Arterial

A Atenção Farmacêutica foi definida pela primeira vez por Hepler e Strand (1990) como *“a provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes.”* Posteriormente, a OMS estendeu o benefício da Atenção Farmacêutica para toda a comunidade e ainda reconheceu o farmacêutico como um dispensador de atenção à saúde, que pode participar ativamente na prevenção de enfermidades e na promoção da saúde, junto com outros membros da equipe de saúde (IVAMA, NOBLAT *et al.*, 2002).

Segundo o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (CBAF, 2002) esta é considerada *“um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica, compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades 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. Essa interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitada as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da*

integralidade das ações de saúde". Para isso, a prática da Atenção Farmacêutica envolve macrocomponentes como a educação em saúde, orientação farmacêutica, dispensação, atendimento farmacêutico e seguimento farmacoterapêutico, além do registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados. Essa postura requer do profissional conhecimento, empenho e responsabilidade, frutos da formação acadêmica e da vivência profissional conquistada cotidianamente (OLIVEIRA, ROCHA *et al.*, 2008)

Segundo Farina *et al.*, (2009), a atenção farmacêutica envolve um processo de assistência ao paciente, lógico, sistemático e global, que envolve três etapas: a) análise da situação das necessidades do paciente em relação aos medicamentos; b) elaboração de um plano de seguimento, incluindo os objetivos do tratamento farmacológico e as intervenções apropriadas; e c) a avaliação do seguimento para determinar os resultados reais no paciente. Entretanto, o conceito de Atenção Farmacêutica mais aceito e citado atualmente pelos pesquisadores continua a ser o elaborado por Hepler e Strand (1990), no qual a Atenção Farmacêutica é apresentada como a parte da prática farmacêutica que permite a interação do farmacêutico com o paciente, objetivando o atendimento das suas necessidades relacionadas aos medicamentos.

Além disso, a AF envolve o acompanhamento do paciente com dois objetivos principais: a) responsabilizar-se junto com o paciente para que o medicamento prescrito seja seguro e eficaz, na posologia correta e resulte no efeito terapêutico desejado; b) atentar para que, ao longo do tratamento, as reações adversas aos medicamentos sejam as mínimas possíveis e quando surgirem, que possam ser resolvidas imediatamente. Enfim, é um conceito de prática profissional em que o usuário do medicamento é o mais importante beneficiário das ações do farmacêutico, o centro de sua atenção (PEREIRA e FREITAS, 2008).

Tradicionalmente, no Brasil, o farmacêutico não tem atuação destacada no acompanhamento da utilização de medicamentos, na prevenção e promoção da saúde e é pouco reconhecido como profissional de saúde tanto pela sociedade quanto pela equipe de saúde (IVAMA, NOBLAT *et al.*, 2002). De maneira geral, o principal serviço prestado nas farmácias e drogarias é a dispensação de medicamentos e a qualidade

dessa prática pode ser considerada abaixo do padrão, uma vez que os farmacêuticos frequentemente estão ausentes da farmácia (FARINA e ROMANO-LIEBER, 2009).

Em nosso país, as farmácias perderam seu “status” de estabelecimento de saúde e, hoje, são considerados estabelecimentos comerciais (setor privado) ou depósitos de medicamentos (setor público), afastando o farmacêutico de sua atividade primária. Para que a farmácia retorne à atividade de estabelecimento de saúde, desempenhando importante função social e tendo o farmacêutico como líder, torna-se necessário investir na formação que resulte na melhoria do atendimento e, conseqüentemente, na conscientização da população para o uso correto dos medicamentos. Para isto, o farmacêutico deve possuir o conhecimento teórico, aliado à habilidade de comunicação nas relações interpessoais (PEREIRA e FREITAS, 2008).

Dentre as diversas vantagens da AF encontra-se alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente. Estes resultados são: 1) a cura da doença, 2) a redução ou eliminação dos sintomas, 3) a interrupção ou retardamento do processo patológico e 4) a prevenção de uma doença ou dos sintomas, para isto, a AF torna-se uma prática centrada no usuário na qual o profissional assume a responsabilidade pelas necessidades do paciente em relação aos medicamentos e um compromisso a respeito (ANGONESI e SEVALHO, 2010). Embora a AF permita trabalhar com qualquer doente que tome medicamentos, aconselha-se a começar com doentes cujos problemas de saúde possam ser tratados e monitorizados na farmácia (ex.: doentes com hipertensão, com diabetes, com dislipidemia). Este tipo de doente possibilita trabalhar com os recursos disponíveis na farmácia, como os esfigmomanômetro e aparelhos de medição do colesterol, da glicemia e outros. Deste modo, poderá monitorizar os dados clínicos do doente que permitirão saber se os problemas de saúde estão controlados e avaliar a efetividade dos tratamentos. Isto confere uma grande autonomia no trabalho e permite ir ganhando confiança para futuros doentes. Por outro lado, são doentes que precisam de intervenções nos estilos de vida e noutras medidas higieno-dietéticas. Isto favorece a intervenção educativa direta do farmacêutico e o trabalho conjunto com o doente, que se prolongará inevitavelmente no tempo, por se tratar de problemas de saúde crônicos (DÁDER, HERNÁNDEZ *et al.*, 2009).

Em hipertensão Arterial, devido às características clínicas da doença, fazer o paciente seguir os esquemas terapêuticos propostos exige da equipe de saúde, dedicação, paciência e tempo para poder informar e orientar adequadamente. A participação do farmacêutico na equipe multiprofissional tem sido consolidada, e a sua proximidade da comunidade reforça a implementação de projetos no controle da hipertensão, tendo como local de realização a própria farmácia (RENOVATO e TRINDADE, 2004)

Os modelos de Atenção Farmacêutica mais utilizados por pesquisadores e farmacêuticos no mundo são o espanhol (Método Dáder) e o americano (Modelo de Minnesota). Entretanto, existem diferenças entre eles, principalmente na classificação dos problemas farmacoterapêuticos. Segundo o Consenso de Granada: *“Um resultado negativo associado ao medicamento (RMN) é qualquer problema de saúde que acontece ou é provável que aconteça, em um paciente e que está relacionado com os seus medicamentos”*. Sendo assim, os seis RMN são distribuídos como demonstra a figura 1 (DÁDER, HERNÁNDEZ *et al.*, 2009). O modelo de Minnesota utiliza o termo Problemas Farmacoterapêuticos, definindo-o como *“qualquer evento indesejável que apresente o paciente, que envolva ou suspeita-se que envolva a farmacoterapia e que interfere de maneira real ou potencialmente em uma evolução desejada do paciente”*. A diferença principal na classificação dos problemas farmacoterapêuticos baseia-se na adesão ao tratamento, pois para o Método Dáder a não aderência ao tratamento é uma causa dos PRM, enquanto para o modelo de Minnesota, a não aderência torna-se um problema farmacoterapêutico (PEREIRA e FREITAS, 2008).

Classificação de Resultados Negativos associados à Medicação (RNM) ^[8]	
NECESSIDADE	<p>Problema de Saúde não tratado O doente sofre de um problema de saúde associado a não receber a medicação que necessita.</p> <p>Efeito de medicamento não necessário O doente sofre de um problema de saúde associado a receber um medicamento que não necessita.</p>
EFETIVIDADE	<p>Inefetividade não quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade não quantitativa da medicação.</p> <p>Inefetividade quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa da medicação.</p>
SEGURIDADE	<p>Inseguridade não quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inseguridade não quantitativa de um medicamento.</p> <p>Inseguridade quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inseguridade quantitativa de um medicamento</p>

Figura 1: Classificação de Resultados Negativos associados à Medicação (RNM).

3.3 Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico

A Atenção Farmacêutica engloba todas as atividades assistenciais do farmacêutico orientadas ao usuário de medicamento, entre elas, o acompanhamento farmacoterapêutico (SOUZA, SILVA *et al.*, 2009).

Um dos problemas básicos da Atenção Farmacêutica é a definição de uma metodologia apropriada de Acompanhamento farmacoterapêutico que permita alcançar os dois objetivos almejados: efetividade e segurança. Buscando solucionar esta questão, o Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada desenvolveu a Metodologia Dáder (MARQUES, RASCADO *et al.*, 2009).

O Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico (Apêndice A) é um procedimento operativo simples que permite realizar SF a qualquer doente, em qualquer âmbito assistencial, de forma sistematizada, continuada e documentada. A sua aplicação permite registrar, monitorizar e avaliar os efeitos da farmacoterapia utilizada por um doente, através de procedimentos simples e claros. Este método baseia-se em obter informação sobre os problemas de saúde e a farmacoterapia do doente para com isso elaborar a história farmacoterapêutica. A partir da informação contida na história, elaboram-se os estados da situação do doente, que permitem

visualizar o “panorama” sobre a sua saúde e o seu tratamento em distintos momentos, assim como avaliar os resultados da farmacoterapia. Em consequência da avaliação e da análise dos estados da situação, estabelece-se um plano de atuação com o doente, onde ficarão registradas todas as intervenções farmacêuticas que se considerem oportunas para melhorar ou preservar o seu estado de saúde. Apesar de o Método Dáder estabelecer normas básicas para a realização do SF, este método caracteriza-se por ser adaptável e por se ajustar às particularidades do local assistencial onde se pode realizar (DÁDER, HERNÁNDEZ *et al.*, 2009).

O Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico foi desenvolvido pelo “*Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada*” e apresenta-se como uma ferramenta útil, permitindo ao farmacêutico seguir normas claras e simples para realizar SF de forma sistematizada. Por outro lado, esse método propõe como parte do seu procedimento, a concepção de um plano de atuação com o doente que promova a continuidade do SF no tempo. Os termos relacionados ao processo de trabalho em Atenção Farmacêutica são: Seguimento Farmacoterapêutico (SF), Problema Relacionado com Medicamento (PRM), Resultados Negativos associados à Medicação (RNM) e Intervenção Farmacêutica (IF) (DÁDER, HERNÁNDEZ *et al.*, 2009).

De acordo com Dáder *et al.*, (2009), os Cuidados Farmacêuticos englobam todas as atividades assistenciais do farmacêutico orientadas para o doente que utiliza medicamentos. Entre estas atividades, o seguimento farmacoterapêutico (SF) apresenta uma efetividade maior para atingir os melhores resultados em saúde possíveis, quando se utilizam medicamentos. Em traços gerais, o SF é uma prática clínica que pretende monitorizar e avaliar, continuamente, a farmacoterapia do doente com o objetivo de melhorar os resultados em saúde. Atualmente não há dúvida, de que dentro da equipe de saúde que atende o doente, o profissional mais qualificado para realizar SF é o farmacêutico, pela sua formação específica em medicamentos, pela sua acessibilidade e pela sua motivação para que o seu trabalho assistencial seja reconhecido. A deteção, prevenção e resolução dos resultados negativos associados à medicação conduzem inevitavelmente à monitorização e avaliação contínua (ininterrupta e indefinida no tempo) dos efeitos dos medicamentos que o doente utiliza.

Segundo Ivama *et al.*, (2002), PRM é um problema de saúde, relacionado ou suspeito de estar relacionado à farmacoterapia, que interfere ou pode interferir nos resultados terapêuticos e na qualidade de vida do usuário. O PRM é real, quando manifestado, ou potencial na possibilidade de sua ocorrência. Pode ser ocasionado por diferentes causas, tais como: as relacionadas ao sistema de saúde, ao usuário e seus aspectos bio-psico-sociais, aos profissionais de saúde e ao medicamento. A identificação de PRMs segue os princípios de necessidade, efetividade e segurança, próprios da farmacoterapia (DÁDER, HERNÁNDEZ *et al.*, 2009).

Os RNM são problemas de saúde, alterações não desejadas no estado de saúde do doente atribuíveis ao uso (ou desuso) dos medicamentos. Para medi-los utiliza-se uma variável clínica (sintoma, sinal, evento clínico, medição metabólica ou fisiológica, morte), que interferem nos objetivos terapêuticos estabelecidos para o doente (DÁDER, HERNÁNDEZ *et al.*, 2009).

No entanto, de acordo com o Terceiro Consenso de Granada sobre PRM e RNM (2007), fez surgir o novo conceito de PRM propondo que passem a denominar-se “aquelas situações que causam ou podem causar o aparecimento de um resultado negativo associado ao uso dos medicamentos”. Portanto, os PRM passam a serem todas as situações que colocam o utilizador de medicamentos em maior risco de sofrer um RNM. Neste momento, os PRM deixam de ser conceitualmente equivalentes aos RNM, ficando perfeitamente diferenciados (CONSENSO, 2007).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

O estudo desenvolvido é caracterizado como uma pesquisa exploratória, descritiva e analítico com abordagem qualitativa e quantitativa, objetivando interpretar na melhor forma a percepção dos usuários hipertensos de uma farmácia comunitária em relação à farmacoterapia. A pesquisa exploratória tem como finalidade a caracterização inicial do problema, para maior familiaridade com o tema, através de entrevista, questionários ou levantamento bibliográfico (RODRIGUES, 2007). Para GIL, 2002 a pesquisa descritiva tem como objetivo descrever particularidades de determinada população ou fenômeno por meio de questionários ou entrevistas e observação sistemática, para padronizar a coleta de dados.

4.2 Local da pesquisa

O estudo foi desenvolvido em uma farmácia comunitária privada na Cidade de Barra de Santa Rosa, localizada no Curimataú Paraibano, a 205 km da capital João Pessoa, atualmente com 14.157 habitantes (IBGE, 2010), apresentando 1.389 hipertensos sendo divididos em: 937 na zona urbana e 452 na zona rural (SIAB - DATASUS, 2012).

4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por 14 indivíduos hipertensos, de ambos os sexos, residentes na cidade de Barra de Santa Rosa-PB selecionados aleatoriamente no período de 03 de dezembro de 2012 á 31 de janeiro de 2013. O local da coleta dos dados foi a farmácia comunitária privada, sendo a abordagem feita durante a aquisição do medicamento anti-hipertensivo em horário de atendimento da farmácia.

Preferiu-se uma amostra menor por se tratar de um estudo experimental inédito,

onde foi proposto o acompanhamento farmacoterapêutico de hipertensos, cujo tamanho escolhido considerou os preceitos bioéticos, que preconizam o uso de uma amostra menor quando se tratar de estudo-piloto visando à experimentação de determinada metodologia de tratamento.

4.4 Critérios de inclusão

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

- Queixa espontânea, no momento da compra, relacionada à farmacoterapia sobre forma de uso, efetividade e segurança;
- Apresentar diagnóstico de hipertensão arterial há pelo menos um ano e usar medicamento anti-hipertensivo nesse período;
- Níveis pressóricos fora da normalidade em pelo menos três aferições em dias diferentes;
- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Inexistência de diagnóstico de transtorno mental que dificulte o entendimento e autonomia frente ao tratamento;
- Concordar em participar da pesquisa, estando ciente da natureza do estudo e de seus objetivos, expresso mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.5 Coleta de dados

O método escolhido para a realização desse trabalho baseou-se na Metodologia Dáder de Acompanhamento Farmacoterapêutico, que consiste na obtenção da história farmacoterapêutica do paciente. Ou seja, os problemas de saúde que ele apresenta, os medicamentos que utiliza e o seu estado de saúde em uma data determinada são investigados, a fim de identificar os possíveis Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM) apresentados pelo paciente e Resultados Negativos associados aos Medicamentos (RNM).

O instrumento de coleta de dados constou de um formulário Dáder adaptado

(apêndice A), tendo como objetivos adquirir informações sobre dados demográficos, problemas de saúde, medicamentos, posologia, experiência do paciente com a medicação, alergias e alertas, substâncias de uso social, relatos de RAM ou efeitos colaterais, informações nutricionais e realização de atividade física.

A sequência das etapas do Método Dáder de SF (Figura 2) a serem desenvolvidas foram: oferta do serviço, entrevista farmacêutica, estado de situação, fase de estudo, fase de avaliação (Identificação de RNM e outras necessidades do doente), fase de intervenção e entrevistas sucessivas (resultado da intervenção farmacêutica).

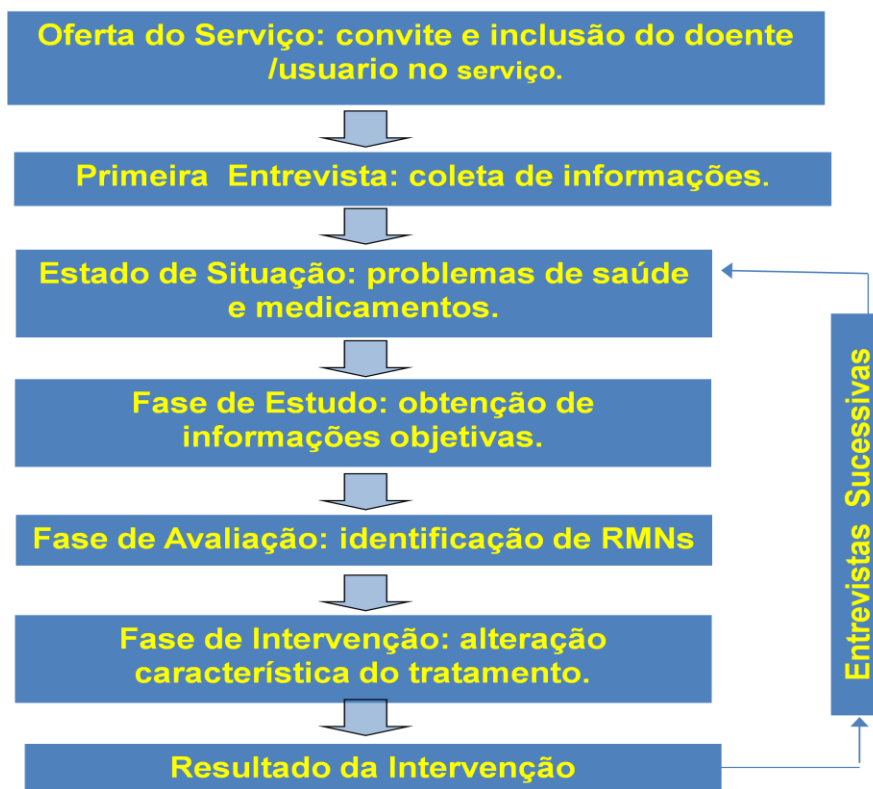


Figura 2: Sequência de etapas do Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico.

A oferta do serviço consistiu em explicar, de forma clara e concisa, a prestação dos cuidados de saúde que o doente vai receber: o que é, o que pretende e quais são as suas características principais. Obviamente, que o seu propósito foi

convidar e incluir o doente no serviço de SF. As entrevistas com o doente constituíram a principal fonte de informação durante o SF nelas o doente revelou a sua visão sobre os problemas de saúde de que sofre e o seu tratamento, aportando informação valiosa (informação subjetiva), que o farmacêutico recolheu, compreendeu e interpretou como: preocupações e problemas de saúde, medicamentos e revisão geral por sistemas. O estado da situação é um documento que mostra, resumidamente, a relação entre os problemas de saúde e os medicamentos do doente, numa determinada data. Trata-se de uma ferramenta que permite analisar a “perfil do doente” no período de 03 de dezembro de 2012 á 31 de janeiro de 2013. A fase de estudo foi a etapa que permitiu obter informação objetiva sobre os problemas de saúde e a medicação do doente. Tratou-se de encontrar a melhor evidência científica disponível a partir de uma pesquisa de informação, que se realizará com o maior rigor possível, nas fontes mais relevantes e focadas na situação clínica do doente. O objetivo da fase de avaliação foi identificar os resultados negativos associados à medicação que o doente apresenta (quer os manifestados, quer as suspeitas de RNM). Uma intervenção farmacêutica é qualquer ação (atividade), que surge de uma tomada de decisão prévia e que pretende alterar qualquer característica do tratamento, do doente que o usa ou das circunstâncias presentes que o envolvem. A sua finalidade será: 1) resolver ou prevenir os RNM, 2) preservar ou melhorar os resultados positivos alcançados ou, simplesmente, 3) assessorar ou instruir o doente para ter mais e melhores cuidados, para o seguimento dos seus problemas de saúde e para melhorar o uso dos seus medicamentos. (DÁDER, HERNÁNDEZ *et al.*, 2009).

4.6 Processamento e análise dos dados

Os dados foram analisados através de estatística descritiva, utilizando-se os *softwares* de tabulação e análise estatística Microsoft Excel ® e Statistical Package for Social Sciences (SPSS®). Para a comparação entre médias utilizou-se o Teste t de Student, sendo significativos os valores de $p < 0,05$.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo (tabela 1), os indivíduos idosos representam 78,5% da amostra com média de $67,3 \pm 11,0$ anos. Observa-se um aumento linear da prevalência da HAS com a idade (CARDIOLOGIA, 2010); Souza *et al.*, (2007) constataram 62,3% de prevalência em idosos e outro estudo mostrou valores semelhantes em São Paulo, 62% (PERROTTI, BELLINAZZI *et al.*, 2002). A maior prevalência de idoso na amostra associa-se a um aparente maior interesse de participação no estudo. De acordo com Dourado *et al.*, (2011), idosos são mais propensos a buscarem informações sobre seu estado de saúde justificando maior participação na amostra. Logo, a média de idade acima de 60 anos observada deve-se a maior demanda de idosos no serviço e maior aceitabilidade por parte destes.

Tabela 1 – Perfil sócio demográfico e índice de massa corpórea (IMC) nos usuários avaliados pelo Método Dáder. Barra de Santa Rosa-PB, 2012.

Parâmetro	N	%
Idade (média de $67,3 \pm 11,0$ anos)		
Até 60 anos	3	21,4
Acima de 61 anos	11	78,5
Gênero		
Feminino	8	57,1
Escolaridade		
Não alfabetizado	10	71,4
Fundamental como escolaridade máxima	4	28,5
Estado funcional		
Aposentado	9	64,3
Em atividade (formal ou não)	5	35,7
IMC (média de $27,2 \pm 5,1$ kg/m²)		
18 a 25 kg/m ²	3	21,4
25,1 a 30 kg/m ²	6	42,9
30,1 a 40 kg/m ²	5	35,7

Da amostra, 57,1% pertencem ao gênero feminino (tabela 1). A prevalência de HAS no Brasil é similar entre os sexos, homens 26,6% e mulheres 26,1% (CARDIOLOGIA, 2010); contudo a procura por atendimento é maior entre as mulheres. De acordo com Bezerra *et al.*, (2009) em estudo realizado em uma unidade básica de Jaboatão dos Guararapes- PE, a prevalência de mulheres que buscavam atendimento para HAS era de 82%. O predomínio de amostras femininas nos estudos de adesão foi descrito por (MEDEIROS e VIANA, 2006), onde 74,2% dos hipertensos de uma unidade de saúde em João Pessoa-PB são mulheres. Constata-se maior conhecimento sobre a doença, maior preocupação em aderir ao tratamento e dedicação aos cuidados com a saúde quando comparadas aos homens. Este fato demonstra a necessidade em desenvolver estratégias de acompanhamento direcionadas aos homens hipertensos (GIORGI, 2006); (PEREIRA, COUTINHO *et al.*, 2007). De modo geral, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens. Fato associado a variações no perfil de necessidades de saúde entre os gêneros, incluindo-se as demandas provenientes da gravidez e do parto (PINHEIRO, VIACAVA *et al.*, 2002). Outro fator seria a maior percepção das doenças e tendência ao autocuidado entre as mulheres levando a maior probabilidade de diagnóstico da HAS (ZAITUNE, BARROS *et al.*, 2006).

Com relação ao nível de instrução, constatou-se elevada taxa de indivíduos não alfabetizados, 71,4% (tabela 1). A baixa escolaridade, comumente associada a piores condições socioeconômicas, relacionou-se à maior frequência de abandono do tratamento da HAS quando comparados aos indivíduos com mais escolaridade. (BUSNELLO, MELCHIOR *et al.*, 2001); (SOUZA, COSTA *et al.*, 2007). Gus *et al.*, (2004) ressaltam que o papel da baixa escolaridade repercute diretamente no sucesso terapêutico da HAS, acarretando dificuldades de entendimento dos fatores associados a doença e do seu regime terapêutico.

Na amostra, cerca de 42,9% dos indivíduos apresentavam sobrepeso (IMC de 25,1 a 30 Kg/m) e 35,7 %, obesidade (valores de IMC acima de 30,1). A prevalência da HAS, assim como a idade, também esta associada ao aumento da massa corporal (FEIJÃO, GADELHA *et al.*, 2005), o sobrepeso e a obesidade, aumentam,

respectivamente, em 0,6 e 1,5 vezes a chance de HAS. Isto representa cerca 20% a 30% dos casos de HAS atribuíveis ao excesso de massa corporal (CARDIOLOGIA, 2010). A HAS representa importante fator de risco cardiovascular modificável, elevando o risco de doença arterial coronária (DAC), doença cerebrovascular (DCV), insuficiência cardíaca (IC), doença renal terminal, doença vascular periférica, hipertrofia ventricular esquerda (HVE) e disfunção diastólica (PERROTTI, BELLINAZZI *et al.*, 2002). Por sua vez, o IMC elevado potencializa as complicações decorrentes da HAS (PIERIN, 2004). Em estudo realizado em Maringá-PA (AMER, MARCON *et al.*, 2011), constatou-se que dos 45 hipertensos avaliados, 42,2% apresentavam sobrepeso e 24,6% obesidade, indicando uma forte correlação entre IMC acima do valor normal e HAS. Ainda de acordo com o mesmo autor, indivíduos obesos apresentam aumento do volume plasmático, com conseqüente elevação do débito cardíaco e piora na resistência vascular periférica, agravando a hipertensão.

A condução de um processo de organização da Assistência Farmacêutica exige uma clara identificação do contexto no qual será desenvolvida. Significa conhecer, através de levantamento de dados, as características econômicas, sociais e culturais da região e da população-alvo (BERNARDI, BIEDERBACH *et al.*, 2006). Dentre essas características, o perfil sócio-demográfico dos hipertensos, do uso que fazem dos serviços de saúde e das estratégias terapêuticas que conhecem e utilizam, são importantes para direcionar intervenções mais eficazes de controle da doença (ZAITUNE, BARROS *et al.*, 2006). Partindo desse pressuposto, percebe-se uma amostra composta prioritariamente por mulheres idosas selecionadas aleatoriamente entre os clientes do estabelecimento e que desejavam participar do trabalho. Logo, as intervenções farmacêuticas discutidas a seguir foram focadas nas características da clientela, considerando fatores como dificuldades cognitivas e menor adesão no gênero masculino. Merece destaque a baixa escolaridade como direcionador da forma de abordagem e o excesso de peso como fator de risco modificável e determinante para o prognóstico.

A maioria dos indivíduos avaliados apresentavam entre 5 e 10 anos de diagnóstico (50%) e cerca de 14,2%, mais de 10 anos de HAS (tabela 2). O tempo de doença relaciona-se ao sucesso terapêutico na HAS. Em estudo realizado por Andrade

et al., (2002), observou-se que hipertensos crônicos, com mais de 10 anos de diagnóstico, apresentaram o maior percentual de abandono (30,5% homens e 32,4% mulheres), seguidos daqueles com 5 a 10 anos de diagnóstico (24% homens e 24,8% mulheres). Em contrapartida, Busnello *et al.*, (2001) afirmam que pacientes com diagnóstico recente de hipertensão, em sua maioria previamente hígidos e assintomáticos, não seguem adequadamente o acompanhamento médico. No entanto, observa-se, mesmo em momentos distintos, tendência ao não cumprimento das recomendações e abandono do tratamento. Este fenômeno, descrito como não aderência constitui grave problema no tratamento da HAS, representando sério obstáculo para o sucesso terapêutico e a identificação de fatores associados é vital para aplicação da estratégia e obtenção de resultados satisfatórios (ANDRADE, VILAS-BOAS *et al.*, 2002).

Tabela 2 – Tempo de diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e outras comorbidades, fármacos utilizados e padrão de uso nos usuários avaliados pelo Método Dáder. Barra de Santa Rosa-PB, 2012.

Parâmetro	N	%
Tempo de diagnóstico da HAS		
Diagnostico há < 5 anos	5	35,7
Diagnostico entre 5-10 anos	7	50
Diagnostico há > 10 anos	2	14,2
Diagnósticos clínicos observados		
HAS	6	42,9
HAS com complicações cardio e cerebrovasculares	4	28,6
HAS e outras comorbidades	4	28,6
Grupos Farmacológicos (média: 2,3 fármacos / indivíduo)		
Diurético tiazídico	7	50
Beta bloqueador	7	50
IECA	5	35,7
Inibidor AT1	2	14,2
Antiagregante	2	14,2
Estatinas	2	14,2

Na tabela 2, observa-se que 57,2% da amostra apresenta comorbidades em relação à HAS. De acordo com Perrotti *et al.*, (2002), a presença de co-morbidades é um fator decisivo na adesão terapêutica, dificultando o controle adequado da HAS. Isto se deve em parte a sequelas provenientes de doenças coronarianas, cerebrovasculares e renais afetando a qualidade de vida e dificultam o seguimento do tratamento (BOING e BOING, 2007). Lyra *et al.*, (2006) ainda afirmam que a prevalência destas enfermidades associa-se ao alto consumo de fármacos e maior incidência dos problemas relacionados aos medicamentos.

Ainda na tabela 2, observa-se que os fármacos mais utilizados são os diuréticos tiazídicos e beta bloqueadores, ambos presentes em 50% da amostra, seguida de inibidores da ECA (35,7%). De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007), estes fármacos seriam os mais efetivos e seguros para o tratamento farmacológico da HAS, Mion *et al.*, (2001) mostraram que, dentre os antihipertensivos prescritos, os diuréticos tiazídicos são os mais utilizados (53% dos indivíduos avaliados), sobretudo hidroclorotiazida. Renovato *et al.*, (2004), também observaram predomínio de diuréticos (35%), sendo estes os mais citados em primeira escolha, seguidas pelos IECA e betabloqueadores no tratamento da HAS. Estes estudos reforçam as recomendações das Diretrizes Brasileiras de HAS (CARDIOLOGIA, 2010) onde se indica preferencialmente diuréticos tiazídicos, betabloqueadores, inibidores da ECA, bloqueadores dos canais de cálcio e bloqueadores do receptor AT1 em monoterapia ou associados. Logo, a amostra apresenta um perfil de prescrição de antihipertensivos similar ao encontrado na literatura e em concordância ao recomendado pelas associações médicas. Contudo, ressalta-se a conclusão de (AMARANTE, SHOJI *et al.*, 2010) o esquema terapêutico utilizado por hipertensos assemelha-se em vários estudos, sendo a adesão o fator determinante no sucesso do tratamento. Isto pode ser visto na tabela 3, onde apesar do perfil de prescrição adequado, constatou-se elevado número de RNM.

Tabela 3 – Perfil de RNM antes e após intervenção nos usuários avaliados pelo Método Dáder. Barra de Santa Rosa-PB, 2012.

RNM antes e após intervenção	Antes		Após	
	n	%	N	%
Necessidade				
Uso de medicamento				
desnecessário	0	0,0	0	0,0
Problema de saúde não tratado	0	0,0	2	100,0
Efetividade				
Inefetividade não quantitativa	5	27,8	0	0,0
Inefetividade quantitativa	9	50,0	0	0,0
Segurança				
Insegurança não quantitativa	2	11,1	0	0,0
Insegurança quantitativa	2	11,1	0	0,0

Todos os usuários acompanhados apresentaram RNM (18 ao todo), com média de 1,3 RNM / usuário, similar ao observado Santana *et al.*, (2009), Souza *et al.*, (2008) (SOUZA e BERTONCIN, 2008) e Renovato *et al.*, (2004), respectivamente com 1,6; 1,6 e 1,3 RNM / usuários. 50% dos usuários apresentam problemas de inefetividade quantitativa, assemelhando-se aos estudos de Marques *et al.*, (2009) com 31% e (SOUZA, SILVA *et al.*, 2009) com 34%.

Em relação à inefetividade quantitativa (tabela 4), de maneira geral, observou-se o esquecimento da administração como o PRM de maior frequência, seguido de crenças inadequadas em relação à efetividade dos medicamentos (“tomo tantos comprimidos que deixar de tomar um não faz diferença”), dificuldades de acesso (“eu não tomo todos os dias por que às vezes falta no posto ai tenho que poupar”), desinformação sobre o problema de saúde (“a pressão tá controlada não tenho por que tomar todos os dias”), polifarmácia e dificuldades cognitivas / escolaridade para o

entendimento da prescrição. Logo, a inefetividade quantitativa apresentou relação direta com a baixa adesão, seja motivada por desinformação / crenças inadequadas, polifarmácia ou pouco acesso.

Tabela 4: Perfil de PRM associados à inefetividade quantitativa nos usuários atendidos em uma farmácia comunitária de Barra de Santa Rosa-PB.

Parâmetro	N	%
Esquecimento do horário de administração	3	33,33
Desinformação em relação ao medicamento e a doença	2	22,22
Dificuldades de acesso	2	22,22
Polifarmácia	1	11,11
Dificuldades cognitivas	1	11,11

Lima *et al.*, (2010) relatam que observar o horário apropriado para ingerir os medicamentos anti-hipertensivos, bem como manter a terapêutica sem interrupções são fatores significantes para o sucesso terapêutico. Por outro lado, Oliveira *et al.*, (2008), afirmam que as propriedades cognitivas encontram-se afetadas no paciente idoso, resultando em dificuldade para o seu entendimento e/ou para a recordação correta dos seus regimes terapêuticos prescritos, contudo, uma orientação por escrito, com as drogas prescritas, com o controle das dosagens e horários de tomada são muito úteis e de fácil execução (GIORGI, 2006)

Da amostra em estudo, 5 usuários apresentaram RNM de inefetividade não quantitativa (tabela 3) que se refere as características do medicamento e não a sua dose. Dentre os fármacos envolvidos, observou-se uso em dose elevadas, mas sem controle pressórico adequado, além de reações adversas significativas. Os fármacos a seguir eram utilizados na dose máxima diária (FTN, 2010) e apresentavam evidências de inefetividade: losartana 100 mg / dia e hidroclorotiazida 50mg / dia com presença de

edema periférico. Um caso apresentou dose usual de hidroclorotiazida (25 mg / dia) e PA elevada (taquicardia e cefaleia frequente concomitante), outro associou-se ao enalapril 40 mg / dia com manifestação de vertigem, evento comumente encontrado em altas doses desse fármaco (MARCHIORI e FILHO, 2007)

Em relação aos quatro usuários com PA controlada, mas presença de RNM de insegurança (tabela 3), observou-se 50% de insegurança não quantitativa relacionou-se à administração de ácido acetilsalicílico 100 mg de manhã em jejum (forte irritação gástrica) e vertigem associada a enalapril 10 mg 1-0-0. Outros dois pacientes apresentaram problema de insegurança quantitativa: a) hipotensão acentuada devida a administração errônea do metoprolol 50 mg (2-0-0 ao invés de 1-0-1); b) administração de atenolol 50 mg na dose terapêutica máxima (1-0-1), acarretando intensa bradicardia e sudorese logo após utilização.

De acordo com Castro *et al.*, (2003) serviços clínicos realizados por farmacêuticos, notadamente os vinculados a atenção farmacêutica, são exequíveis e contribuem para a diminuição da pressão arterial de pacientes hipertensos não-controlados. No Brasil, estudos recentes demonstraram que as intervenções educativas e as orientações farmacêuticas, dentro do serviço de Atenção Farmacêutica, contribuem para melhorar a adesão ao tratamento em cerca de 70% dos casos (CASTRO, CHEMELLO *et al.*, 2006); (LYRA, AMARAL *et al.*, 2006); (SOUZA, COSTA *et al.*, 2007); (SILVA e SILVER, 2005). Em outros países, as Intervenções Farmacêuticas (IF) mostram resultados positivos, reduzindo custos, melhorando as prescrições, controlando o risco de reações adversas e promovendo maior adesão dos idosos ao tratamento (ROAMANO-LIBER, TEIXEIRA *et al.*, 2002)

Em relação as IF executadas no grupo, realizou-se 18 IF representando uma média de 1,6 IF / usuário (tabela 5). As IF realizadas foram em sua maioria na forma verbal farmacêutico-paciente-médico (45,3 %), seguida de 36,5 % oral farmacêutico-paciente e 18,3% escrita farmacêutico-paciente. Segundo Dáder *et al.*, (2009), as IF junto aos prescritores devem ser realizadas sempre na forma escrita, ainda que exista uma relação de proximidade entre o profissional farmacêutico e o médico. Contudo, a

prática da AF no Brasil ainda é recente e sujeita a interpretações equivocadas quanto ao papel do farmacêutico, logo, em nosso estudo constatou-se a maior efetividade da comunicação farmacêutico-paciente-médico. Algo similar foi observado por Marques *et al.*, (2009) na Farmácia Escola da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), onde também prevaleceu a modalidade de comunicação observada em nosso estudo (62,66%).

Tabela 5 – Intervenções realizadas nos usuários avaliados pelo Método Dáder. Barra de Santa Rosa-PB, 2012.

Intervenções (1,6 intervenções por usuário)	n	%
Intervir sobre a posologia	2	9,0
Intervir sobre a estratégia farmacológica	6	27,3
Intervir sobre a educação do usuário	12	54,7
Encaminhamento para profissionais não médicos	2	9,0

Todos os participantes receberam informações sobre o tratamento não farmacológico da hipertensão, ressaltando a importância do controle de peso, alimentação adequada e prática de atividade física. Ressalta-se que as orientações apresentavam um caráter geral, já que não é competência do farmacêutico a prescrição de dietoterápias e atividade física. Porém houve especial enfoque na importância de buscar profissionais especializados e na diminuição do peso. Dois indivíduos foram encaminhados especificamente para o profissional nutricionista.

54,7% das IF foram associadas à educação sobre o uso do medicamento. Intervenções que visavam à diminuição do incumprimento (adesão) voluntário e/ou involuntário e consistiram no desenvolvimento de materiais educativos relacionados à posologia. Na maioria dos casos, a própria embalagem do medicamento foi utilizada no processo de orientação (apêndice B), outros casos, devido a escolaridade e dificuldades visuais, ocasionou o uso de formas geométricas e cartazes (apêndice C).

Após as IF, observou-se melhoria significativa da segurança e autonomia em relação a seus medicamentos; relatos *como “tinha vergonha de perguntar a vizinhos ou pessoal do posto, tantos anos que uso...”* eram frequentes. Contudo, o grau de melhora não pode ser quantificado.

Em relação a IF sobre estratégia farmacológica e posologia, 36,3% foram executadas em colaboração com prescritor. A conduta médica consistiu em aumento da dose, substituição e/ou inserção de medicamentos para resolução dos RNM. Os usuários relatavam que a consulta médica apresentava um maior rendimento, já que estariam mais conscientes do seu quadro de saúde (os valores pressóricos eram lavados para a consulta), assim como os medicamentos e sua correta utilização; isto se traduzia em maior entusiasmo frente ao autocuidado, contudo não foram mensuradas estas impressões. Com relação ao tipo de intervenção sugerida, os resultados obtidos neste trabalho assemelham-se aos do trabalho realizado por Marques *et al.*, (2009) no que se refere à modificação da dose, alteração de posologia, inserção e retirada de medicamentos. Nota-se neste caso que as medidas tomadas em relação à farmacoterapia (posologia e fármacos) são comuns aos anti-hipertensivos, como descreve a V DBHA, a dose deve ser ajustada até que se consiga redução da P.A.

Após a realização das IF, alguns parâmetros foram utilizados para avaliar a eficácia do método: o número de medicamentos, o número de comprimidos administrados diariamente, a quantidade de RNM e variação nos valores pressóricos. Na tabela 6, observa-se discreto aumento do número de medicamentos por paciente, contudo, não associado à elevação na quantidade de comprimidos / dia. Isto provavelmente se deve a predominância de tratamento em monoterapia em altas doses, após a intervenção em conjunto com o prescritor, houve acréscimos de outros fármacos com posologia mais moderada. Ressalta-se a queda acentuada (88%) na média de RNM / usuário ($1,3 \pm 0,94$ para $0,14 \pm 0,36$).

Tabela 6: Comparação entre número de medicamentos, comprimidos dia e RNM antes e após as IF nos usuários avaliados pelo método Dáder. Barra de Santa Rosa - PB.

Medicamentos		Comprimidos / dia		RNM (média)	
Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
2,29 ± 1,27	2,57±1,16*	3,29 ±2,49	3,71 ±1,90	1,3 ±0,94	0,14 ± 0,36*

* p<0,05 (teste t de student)

Estes dados também foram demonstrados nos estudos de Souza *et al.*, (2008) no qual afirma que a atenção farmacêutica, aliada à monitorização da pressão arterial, demonstrou ser eficiente na redução dos PRM / RNM e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida dos pacientes. (AMARANTE, SHOJI *et al.*, 2010) ressaltam ainda que as IF são efetivas no sentido de aumentar a adesão terapêutica favorecendo o sucesso da farmacoterapia.

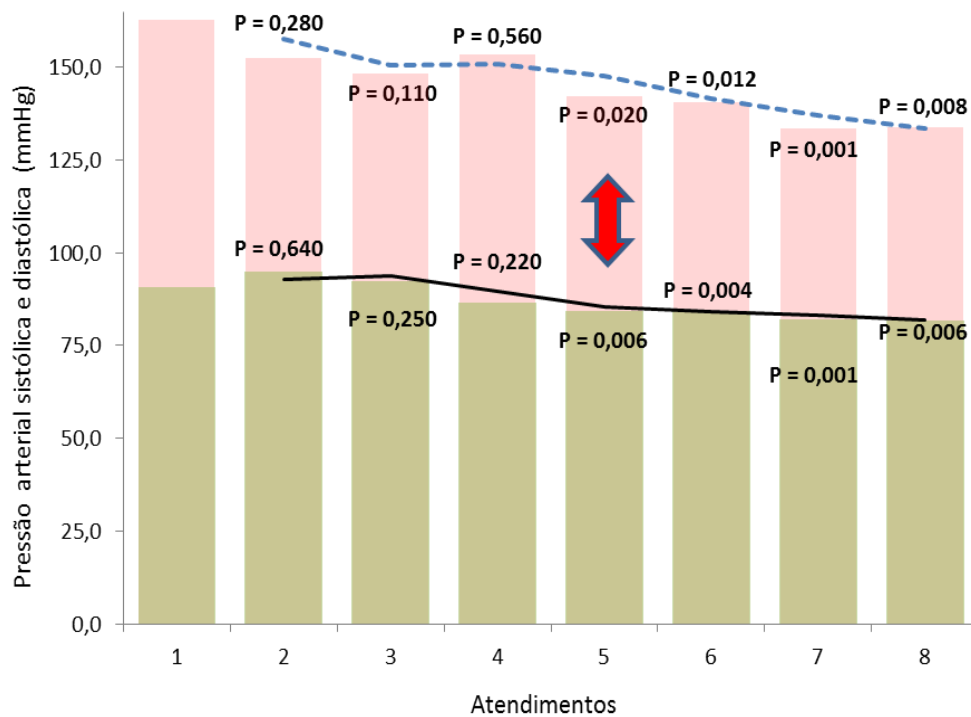


Gráfico 1: Variação da pressão arterial sistólica e diastólica em relação ao número de atendimentos realizados nos usuários avaliados pelo método Dáder. Barra de Santa Rosa- PB.

Como demonstra o gráfico 1, os níveis de PA sofreram acentuada diminuição a partir da quinta visita, indicando otimização dos resultados da terapêutica de antihipertensivos devido as IF. As médias dos valores de PA antes das intervenções foram de 153 x 94 mmHg e após intervenções obtivemos valores de 138 x 82 mmHg. A percepção da melhora, sobretudo nos níveis pressóricos, acarretava maior segurança e motivação, segundo os próprios participantes, levando a maior abertura para propostas futuras de mudanças de hábito de vida.

Souza *et al.*, (2008) ressaltam que em estabelecimentos onde o farmacêutico é o proprietário, pratica-se uma dispensação voltada para a saúde dos pacientes, sem nenhuma barreira significativa. Nesse contexto, entende-se que não se trata apenas de uma atuação profissional, mas na necessidade e direito do paciente de receber a orientação adequada, oferecida por profissional devidamente habilitado. Em concordância com estudo Silva *et al.*, (2005) a dispensação de medicamentos de forma adequada é imensamente importante, pois estimula os pacientes a usarem racionalmente os medicamentos. Essas afirmações também são condizentes com a pesquisa de PENAFORTE, FORSTE *et al.*, (2007) que sugere reformulações no gerenciamento de serviços, enfatizando a atenção farmacêutica como importante método para manutenção da saúde e uso adequado dos medicamentos.

Mesmo com essas vantagens, a implantação da Atenção Farmacêutica nas farmácias comunitárias enfrenta obstáculos que incluem o vínculo empregatício do profissional farmacêutico e a rejeição do programa por gerentes e proprietários, além da insegurança e desmotivação por parte dos farmacêuticos, devido ao excesso de trabalho e falta de tempo para se dedicar ao atendimento, perdendo a concorrência para os balconistas em busca de comissões sobre vendas (OLIVEIRA *et al.*, 2005). Há necessidade de estimular a atuação profissional, principalmente de acadêmicos, sendo esse o primeiro passo para o sucesso da Atenção Farmacêutica, uma vez que a sociedade começa a reconhecer a importância do atendimento realizado pelo farmacêutico. Para a implementação efetiva da Atenção Farmacêutica no setor público, devem-se conscientizar os gestores que esta atividade reduz custos para o sistema saúde e melhora a qualidade de vida. No setor privado, pode representar o diferencial de atendimento, que contribui para a fidelidade do cliente.

6 CONCLUSÃO

Os resultados nos permitem as seguintes conclusões:

- Os RNM mais observados foram de inefetividade quantitativa (50 %), seguido de inefetividade não quantitativa (27,8 %) e insegurança (22,2 %); sendo o esquecimento da posologia (33,3%), desinformação sobre o uso (22,2%) e dificuldade de acesso (22,2%) os PRM mais observados.
- As IF mais praticadas foram àquelas associadas à educação sobre o uso do medicamento (54,7%) voltadas para resolução dos RNM de inefetividade, as demais IF foram em parceria com o prescritor (36,3%) visando alterações no esquema terapêutico.
- O trabalho acarretou diminuição dos RNM (1,3 para 0,4 RNM / usuário) e dos valores pressóricos a partir do quinto atendimento.

Os resultados permitem concluir que o serviço de Atenção Farmacêutica influencia positivamente na otimização terapêutica, principalmente através da identificação, resolução e prevenção de problemas decorrentes do uso de medicamentos. Os RNM detectados foram, em sua maioria, evitados ou solucionados por intervenções realizadas pelo farmacêutico, ressaltando sua importância na equipe de profissionais de saúde nos cuidados a pacientes com HAS.

Este estudo proporcionou conhecer quão importante é nosso papel como farmacêutico, principalmente no tratamento de doenças crônicas como HAS. Mostrando o benefício da AF para o portador de HAS e o retorno profissional advindo desta prática. Baseada no aperfeiçoamento acadêmico e sem abrir mão dos preceitos éticos e técnicos, inclusive os tornando mais fortes.

7 REFERÊNCIAS

AMARANTE, L. C. et al. 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. 8, 2010.

AMER, N. M.; MARCON, S. S.; SANTANA, R. G. Índice de Massa Corporal e Hipertensão Arterial em Indivíduos Adultos no Centro-Oeste do Brasil. **Arq Bras Cardiol** v. 96, n. 1, p. 7, 2011.

ANDRADE, P. J. et al. Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Arq Bras Cardiol.**, v. 79, n. 4, p. 5, 2002.

ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3):3603-3614, 2010, v. 15, n. 3, p. 12, 2010.

BERNARDI, C. L. B.; BIEDERBACH, E. W.; THOMÉ, H. I. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos Municípios de Abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul **Saúde e Sociedade** v. 15, n. 1, p. 11, 2006.

BEZERRA, D. S.; SILVA, A. S.; CARVALHO, A. L. M. Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, BRASIL. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 30, n. 1, p. 6, 2009.

BEZERRA, D. S.; SILVA, S. A.; CARVALHO, M. L. A. Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, BRASIL. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 30, n. 1, p. 6, 2009.

BOING, A. C.; BOING, A. F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Rev Bras Hipertens**, v. 14, n. 2, p. 5, 2007.

BUSNELLO, R. G. et al. Características Associadas ao Abandono do Acompanhamento de Pacientes Hipertensos Atendidos em um Ambulatório de Referência. **Arq Bras Cardiol**, v. 76, n. 5, p. 3, 2001.

CARDIOLOGIA, S. B. D. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. 1 supl. 1, p. 50, 2010.

CASTRO, M. S. et al. Contribuição da atenção farmacêutica no tratamento de pacientes hipertensos. **Rev Bras Hipertens**, v. 13, n. 3, p. 4, 2006.

CONSENSO, C. D. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com los Medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM): *Ars Pharm.* 48: 5 p. 2007.

DÁDER, M. J. F.; HERNÁNDEZ, D. S.; CASTRO, M. M. S. Metodo Dáder Manual de Seguimento Farmacoterapeutico. **Edições Universitárias Lusófonas**, p. 128, 2009.

DOURADO, C. S. et al. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 33, n. 1, p. 9, 2011.

FARINA, S. S.; ROMANO-LIEBER, N. S. Atenção Farmacêutica em Farmácias e Drogarias: existe um processo de mudança? **Saúde Soc**, v. 18, n. 1, p. 12, 2009.

FEIJÃO, A. M. M. et al. Prevalência de Excesso de Peso e Hipertensão Arterial, em População Urbana de Baixa Renda. **Arq Bras Cardiol** v. 84, n. 1, p. 5, 2005.

FLORES, V. B.; BENVEGNÚ, L. A. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 8, 2008.

FTN- Formulário Terapêutico Nacional. RENAME- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2010. Disponível em: www.saude.gov.br/medicamentos, acessada em: 20 de Fevereiro de 2013.

GIL AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIORGI, D. M. A. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens**, v. 13, n. 1, p. 4, 2006.

Hepler CD, Strand LM. Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica. **Pharmaceutical Care España** 1999; 1, p.35-47.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Censo 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acessado em: 20 de Março de 2013.

IVAMA, A. M. et al. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: Proposta**. Atenção Farmacêutica no Brasil: "Trilhando Caminhos". SAÚDE, O. P.-A. D. Brasília - DF: MINISTÉRIO DA SAÚDE 24 p. 2002.

KATZUNG, B. G., Ed. **Farmacologia básica e clínica**. Rio de Janeiro, 9 ed. 2005.

KOHLMANN, J. O. et al. Tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 32, n. 1, p. 15, 2010.

LESSA, Í. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens**, v. 13, n. 1, p. 8, 2006.

LIMA, T. M.; SOLER, O.; MEINERS, M. M. M. A. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **Pan-Amaz Saude**, v. 1, n. 2, p. 8, 2010.

LYRA, D. P. J. et al. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 7, 2006.

MARCHIORI, L. L. M.; FILHO, E. A. R. Queixa de vertigem e hipertensão arterial. **Rev CEFAC**, v. 9, n. 1, p. 6, 2007.

MARQUES, L. A. M. et al. Acompanhamento Farmacoterapêutico de Pacientes na Farmácia-Escola da Universidade Federal de Alfenas. **Latin American Journal of Pharmacy**, v. 28, n. 5, p. 7, 2009.

MEDEIROS, A. R. C.; VIANA, T. P. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade de saúde da família de João Pessoa - PB. **Temas em saúde**, v. 6, n. 30, p. 9, 2006.

MENDES, M. J. F. L. et al. Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e seus pais. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 6, n. 1, p. 6, 2006.

MION, D. J.; PIERIN, A. M. G.; GUIMARÃES, A. Tratamento da hipertensão arterial - respostas de médicos brasileiros a um inquérito. **Rev Ass Med Brasil**, v. 47, n. 3, p. 6, 2001.

MS. **Cadernos de Atenção Básica: hipertensão arterial sistêmica**. BÁSICA, D. D. A. Brasília: MS. 1: 58 p. 2006.

OLIVEIRA, A. B. et al. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. **Rev Bras Ciênc Farm**, v. 41, n. 4, p. 6, 2005.

OLIVEIRA, A. P. S. et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 8, 2008.

PELLIZZARO, M. C.; PANCHENIAK, E. F. R. Assistência farmacêutica no tratamento de doenças cardiovasculares e hipertensão. **Infarma**, v. 15, n. 9-10, p. 3, 2003.

PENAFORTE, T. R.; FORSTE, A. C.; SIMÕES, M. J. S. Avaliação da atuação dos farmacêuticos na prestação da assistência a saúde em um hospital universitário. **Clinics.**, v. 62, n. 5, p. 6, 2007.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 44, n. 4, p. 12, 2008.

PEREIRA, M. R. et al. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 12, 2007.

PERROTTI, T. C. et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Rev Bras Hipertensão**, v. 9, n. 3, p. 8, 2002.

PIERIN, A. M. G., Ed. **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. Barueri: Manole Ltda, v.1ed. 2004.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 21, 2002.

RENOVATO, R. D.; TRINDADE, M. F. Atenção farmacêutica na hipertensão arterial em uma farmácia de Dourados, Mato Grosso do Sul. **Infarma**, v. 16, n. 11-12, p. 7, 2004.

ROAMANO-LIBER, N. S. et al. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 9, 2002.

RODRIGUES, W. C. Metodologia do trabalho científico. **IST. Instituto Superior de Tecnologia de Paracambi**, p. 20, 2007.

SIAB - DATASUS: Sistema de Informação de Atenção Básica - Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde. Disponível em: www.datasus.gov.br/SIAB. Acesso em 20 de dezembro de 2012.

SILVA, N. J. O.; SILVER, L. D. Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 8, 2005.

SILVA, P., Ed. **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 7 ed. 2006.

SOUZA, A. R. A. et al. Um Estudo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica na Cidade de Campo Grande, MS. **Arq Bras Cardiol**, v. 88, n. 4, p. 6, 2007.

SOUZA, T. R. C. L. et al. Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico, Terceira Edição (2007): Um estudo piloto. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 30, n. 1, p. 6, 2009.

SOUZA, V. V.; BERTONCIN, A. L. F. Atenção Farmacêutica para pacientes Hipertensos – Nova Metodologia e a Importância dessa prática no acompanhamento domiciliar. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 3, p. 8, 2008.

STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION, D. J. A Influência do Conhecimento sobre a Doença e a Atitude Frente à Tomada dos Remédios no Controle da Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 81, n. 4, p. 6, 2003.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 10, 2006.

APÊNDICE A

ESTADO DA SITUAÇÃO - DATA: ___/___/___																			
Nome/apelido: _____ / _____										Idade: _____		Altura: _____		Peso: _____		IMC: _____			
Problema de saúde / Indicação	Início	Medicamento	Início	Café		Almoço		Lanche		Jantar		SN	Posologia prescrita	N		E		S	
				A	D	A	D	A	D	A	D			N. T.	Desn.	N. Q.	Q.	N. Q.	Q.

PARÂMETROS AVALIADOS										
Data	Hora	Glicemia (mg/dL)		PA (mmHg)	Coles. (mg/dL)	LDL-C (mg/dL)				Outros parâmetros não analíticos
		jejum	Pós prandial (tempo)							

Obs. Parâmetros podem incluir ainda: peso, IMC, circunferência da cintura e parâmetros não analíticos (sensação de intensidade de dor, sintomas de depressão, insônia, entre outros).

Legenda: A (antes), D (depois), SN (se necessário), N (necessidade), N.T. (problema de saúde não tratado), Desn. (medicamento desnecessário), E (efetividade), N.Q. (não quantitativa), Q. (quantitativa) e S (segurança).

Pag. ____

REVISÃO FARMACOLÓGICA POR SISTEMAS - __/__/__	
<input type="checkbox"/> Caspa / seborréia:	<input type="checkbox"/> Constipação:
<input type="checkbox"/> Ouvido / audição:	<input type="checkbox"/> Diarréia:
<input type="checkbox"/> Olhos / visão:	<input type="checkbox"/> Probl. Hepático / biliar:
<input type="checkbox"/> Nariz / Rinite:	<input type="checkbox"/> Edema:
<input type="checkbox"/> Boca/ garganta / voz:	<input type="checkbox"/> Alteração Renal:
<input type="checkbox"/> Mãos / unhas:	<input type="checkbox"/> Urina (ardor, dificuldade):
<input type="checkbox"/> Pés/ unhas:	<input type="checkbox"/> Incontinência:
<input type="checkbox"/> Problemas de pele:	<input type="checkbox"/> Tontura / vertigem:
<input type="checkbox"/> Dor muscular:	<input type="checkbox"/> Tremor:
<input type="checkbox"/> Dor de cabeça:	<input type="checkbox"/> Depressão:
<input type="checkbox"/> Dor em articulações:	<input type="checkbox"/> Ansiedade/nervosismo:
<input type="checkbox"/> Dor nas costas/coluna:	<input type="checkbox"/> Perda de memória:
<input type="checkbox"/> Coração / dor no peito:	<input type="checkbox"/> Insônia /perda de sono:
<input type="checkbox"/> Pulmão / falta de ar:	<input type="checkbox"/> Sintomas menopausa:
<input type="checkbox"/> Dor de estômago / azia:	<input type="checkbox"/> Vaginose / prurido:
<input type="checkbox"/> Má digestão/ empacho:	<input type="checkbox"/> Perda de libido:

HÁBITOS ALIMENTARES - __/__/__	ATIVIDADE FÍSICA - __/__/__		
Café (__ hs):	Tipo de exercício e tempo de prática		Vezes por semana
Lanche (__ hs):			
Almoço (__ hs):			
	PLANTAS MEDICINAIS - __/__/__		
Lanche (__ hs):	Planta	Indicação	Preparo / forma de uso
Jantar (__ hs):			
Ceia (__ hs):			
ingesta de água diária em copos/dia e litros (copo americano: 250 ml):			

PLANO DE ATUAÇÃO - / /					
Nome/apelido: /		Idade:	Altura:	Peso:	IMC:
Descrição e planificação dos objetivos					
			Data de início: / /		
			Prioridad () alta () médi: () baixa		
			Objetivo alcançad: () sim () não		
			Data de término: / /		
			Data de início: / /		
			Prioridad () alta () médi: () baixa		
			Objetivo alcançad: () sim () não		
			Data de término: / /		
			Data de início: / /		
			Prioridad () alta () médi: () baixa		
			Objetivo alcançad: () sim () não		
			Data de término: / /		
			Data de início: / /		
			Prioridad () alta () médi: () baixa		
			Objetivo alcançad: () sim () não		
			Data de término: / /		
			Data de início: / /		
			Prioridad () alta () médi: () baixa		
			Objetivo alcançad: () sim () não		
			Data de término: / /		

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS											
Nome/apelido: _____ / _____											
IDENTIFICAÇÃO - __/__/__						IDENTIFICAÇÃO - __/__/__					
Medicamento(s) envolvido(s):						Medicamento(s) envolvido(s):					
Descrição do PRM:						Descrição do PRM:					
<input type="checkbox"/> Problema manifestado						<input type="checkbox"/> Risco de surgimento					
RNM identificado :						RNM identificado :					

CONDUTA						CONDUTA							
<input type="checkbox"/> Modificar a dose	<input type="checkbox"/> Incumprimento involuntário	<input type="checkbox"/> Modificar a dose	<input type="checkbox"/> Incumprimento involuntário	<input type="checkbox"/> Modificar a dose	<input type="checkbox"/> Incumprimento involuntário	<input type="checkbox"/> Modificar a dose	<input type="checkbox"/> Incumprimento involuntário	<input type="checkbox"/> Modificar a posologia	<input type="checkbox"/> Incumprimento voluntário	<input type="checkbox"/> Modificar a posologia	<input type="checkbox"/> Incumprimento voluntário		
<input type="checkbox"/> Modificar a posologia	<input type="checkbox"/> Incumprimento voluntário	<input type="checkbox"/> Acrescentar um medicamento(s)	<input type="checkbox"/> Encaminhamento	<input type="checkbox"/> Acrescentar um medicamento(s)	<input type="checkbox"/> Encaminhamento	<input type="checkbox"/> Acrescentar um medicamento(s)	<input type="checkbox"/> Encaminhamento	<input type="checkbox"/> Retirar um medicamento(s)	<input type="checkbox"/> Não está claro para mim	<input type="checkbox"/> Retirar um medicamento(s)	<input type="checkbox"/> Não está claro para mim		
<input type="checkbox"/> Substituir um medicamento(s)		<input type="checkbox"/> Substituir um medicamento(s)		<input type="checkbox"/> Substituir um medicamento(s)		<input type="checkbox"/> Substituir um medicamento(s)		<input type="checkbox"/> Educação sanitária		<input type="checkbox"/> Educação sanitária			
<input type="checkbox"/> Educação sanitária		Descrição da conduta:						Descrição da conduta:					
VIA DE COMUNICAÇÃO E RESULTADO						VIA DE COMUNICAÇÃO E RESULTADO							
<input type="checkbox"/> Verbal para o usuário	<input type="checkbox"/> Verbal para o profissional	<input type="checkbox"/> Verbal para o usuário	<input type="checkbox"/> Verbal para o profissional	<input type="checkbox"/> Verbal para o usuário	<input type="checkbox"/> Verbal para o profissional	<input type="checkbox"/> Verbal para o usuário	<input type="checkbox"/> Verbal para o profissional	<input type="checkbox"/> Escrita para o usuário	<input type="checkbox"/> Escrita para o profissional	<input type="checkbox"/> Escrita para o usuário	<input type="checkbox"/> Escrita para o profissional		
O que o profissional e/ou usuário fizeram após a intervenção? (__/__/__):						O que o profissional e/ou usuário fizeram após a intervenção? (__/__/__):							
Qual a situação atual do usuário em relação ao RNM? (__/__/__):						Qual a situação atual do usuário em relação ao RNM? (__/__/__):							
Pag. ____													

APÊNDICE B

Orientação sobre o uso do medicamento na própria embalagem

Aluna: Allana Louisi Silva Batista Mat.: 508120114



APÊNCIDE C

Paciente Avaliado pelo método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico. Barra de Santa Rosa-PB.

Aluna: Allana Louisi Silva Batista Mat.: 80812114

Horários dos medicamentos

Manhã - 7 Horas



↓ 1 comp. de Furosemida 40 mg



↓ 1 comp. de Metoprolol de 50 mg



↓ 1 comp. de Enalapril de 10 mg



Tarde – meio dia após o almoço



↓ 1 comp. ASS 100 mg



Noite – 19 horas



↓ 1 comp. Enalapril 10 mg

