



Universidade Federal
de Campina Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA

FERNANDA MATEUS SILVA GOMES

**ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE
HIPERTENSOS NO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB**

Cuité – PB

2014FERNANDA MATEUS SILVA GOMES

**ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE
HIPERTENSOS NO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB**

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

Orientador: Prof. MsC Andrezza Duarte Farias

Cuité – PB
2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

G633a Gomes, Fernanda Mateus Silva

Acompanhamento Farmacoterapêutico de Hipertensos no Município de Cuité- PB./ Fernanda Mateus Silva Gomes. – Cuité: CES, 2014.

57 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Farmácia) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientadora: Msc. Andrezza Duarte Farias.

1. Hipertensão. 2. Acompanhamento Farmacoterapêutico.
3. Resultados Negativos a Medicamentos. I. Título.

CDU 616.12-008.331.1

FERNANDA MATEUS SILVA GOMES

**ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE
HIPERTENSOS NO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB**

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

APROVADO EM: ____/____/2014

Prof. MsC. Andrezza Duarte Farias – Orientador- UFCG

Prof. MsC. Yonara Monique da Costa Oliveira - UFCG

Prof. MsC. Rodrigo dos Santos Diniz - UFCG

Cuité – PB
2014

Dedico esse trabalho à minha querida mãe e à minha família, pelo carinho, apoio, dedicação, e por reconhecer meus esforços em lutar para atingir objetivos.

AGRADECIMENTOS

- Em primeiro lugar agradeço a Deus, por mais esta conquista, por iluminar meu caminho para que eu pudesse terminar essa faculdade, pela capacitação concedida sem a qual não poderia ter sido realizada.
- A minha mãe Maria Divanilde, por sempre estar ao meu lado, pela dedicação, apoio, amor, e por sempre acreditar na minha capacidade de chegar até aqui, mulher guerreira que sempre ensinou a trilhar o caminho do bem, por se doar inteira e renunciar aos seus sonhos, para que, muitas vezes, eu pudesse realizar meus sonhos.
- A minha avó Elizete Eufrásio pelo incentivo diário ao estudo, pela bondade de suas palavras e o seu amor incondicional aos netos.
- Aos meus irmãos, Hayane Mateus e Wilson Júnior, pelo incentivo e ajuda durante esses anos sempre mostrando que nosso caminho deveria ser seguido sem medo. Por sempre abdicarem seus sonhos para que os meus se tornassem realidade.
- As minhas primas-irmãs (Anna Kelly, Anna Kelvya, Rafaela, Thays Mateus e Denise), e as minhas amigas, Roseana Souza Pedrosa, Talita Ângelo, Gabrielly Carly, Jéssica Lima, Jackeline Pasquino, Ícaro Amâncio e Jair Dantas, pela amizade, ajuda, carinho, dedicação, disponibilidade, incentivo e por sempre estarem ao meu lado.
- As minhas tias, Neide Mateus, Dalva Mateus, Divania Mateus e Gorete Silva, pelo amor, ajudam e companheirismo.
- Aos pacientes, que durante o estágio foram importantes para o meu aprendizado.
- Ao professor Rand Randall Martins pela orientação, pela confiança, dedicação e paciência, durante a realização deste trabalho.
- A minha orientadora Andrezza Duarte, que sempre dedicou seu tempo e compartilhou suas experiências para que minha formação fosse também um aprendizado de vida. Meu carinho e agradecimento ao seu olhar crítico.

construtivo que me ajudou a superar desafios, pela dedicação, paciência no esclarecimento de dúvidas e amizade.

- Aos amigos, professores e colegas que durante todo o curso compartilharam de momentos importantes da minha vida.
- A todos que de alguma forma contribuíram para realização deste trabalho.

Muito Obrigada.

“Os dias mais esplêndidos da vida não são os chamados dias de êxito, mas sim aqueles em que saindo do desânimo e do desespero sentimos erguer-se dentro de nós um desejo de vida e a promessa de futuras realizações.”

Gustavo Flaubert.

RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença de elevada prevalência em nosso país atingindo grande parcela da população idosa, recomenda-se que o tratamento englobe medidas não-farmacológicas e farmacológicas. Foi utilizado o Acompanhamento farmacoterapêutico, onde está englobado a Atenção Farmacêutica (AF). O acompanhamento tem por objetivo incentivar o uso correto de medicamentos e buscar resultados terapêuticos desejados. O presente trabalho tem como finalidade acompanhar os pacientes hipertensos do município de Cuité-PB, visando à prevenção e tratamento da hipertensão e outras comorbidades, a fim de garantir uma melhor

qualidade de vida dos usuários, além de promover o uso racional de medicamentos, caracterizar os usuários em relação ao perfil sócio demográfico e identificar os principais Resultados Negativos a Medicamentos (RNM). Participaram da pesquisa 09 idosos acompanhados pela Unidade Básica de Saúde (USB)- Raimunda Domingos Moura, com idade variando entre 59 a 68 anos na sua maioria do sexo feminino, sedentários e aposentados. Dentre os fatores de riscos que apresentaram associação favorável com o diagnóstico de hipertensão, 83,3% apresentavam sobrepeso ou obesidade com média de IMC: (31,01); 71,4% não praticavam exercícios regulares, eram ex-fumantes e ex-etilistas. Os principais RNMs encontrados estão relacionados com a inefetividade quantitativa (34,48%), e com relações as intervenções, foram realizadas 37, destas 65% eram orientações verbais relacionadas a posologia ou mudanças de hábitos.

Palavras-chave: Hipertensão. Acompanhamento Farmacêutico. Resultado Negativo a Medicamento

ABSTRACT

Hypertension is a disease of high prevalence in our country reaching large portion of the elderly population, it is recommended that treatment encompasses pharmacological and non-pharmacological measures. Pharmacotherapeutic monitoring, which is encompassed the Pharmaceutical Care (AF) was used. The monitoring aims to encourage the proper use of medications and seek desired therapeutic results. The present work is to follow the hypertensive patients in the city of Cuité-PB, for the prevention and treatment of hypertension and other comorbidities, in order to ensure a better quality of life for users, and promoting rational use of medicines, characterize users in relation to the socio demographic profile and identify the main Negative Results Drug (RNM). 09 seniors participated in the survey followed by Basic Health Unit (USB) - Raimunda Domingos Moura, aged between 59-68 years in mostly female, sedentary

and retired sex. Among the risk factors that showed positive association with the diagnosis of hypertension, 83.3% were overweight or obese with a mean BMI: (31.01); 71.4% did not engage in regular exercise, were ex-smokers and ex-drinkers. The main RNMS are found related to the ineffectiveness quantitative (34.48%), and relationships interventions were performed 37 of these 65% were oral dosage guidance related changes in habits.

Keywords: Hypertension. Monitoring Pharmacotherapeutic. Negative result to Medicines

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil Sócio Demográfico dos Usuários Acompanhado Pela Atenção Básica no Município de Cuité- PB.....	33
Tabela 2 – Parâmetros relacionados ao uso de café, álcool e tabaco dos usuários hipertensos no município de Cuité-PB.....	35
Tabela 3 – Problemas de saúde relatadas pelos usuários durante o acompanhamento farmacoterapêutico.....	37
Tabela 4 – Medicamentos mais utilizados pelos usuários da atenção básica no	

município de Cuité-PB.....	38
Tabela 5 – Distribuição da frequência de RNM's entre os usuários acompanhados na atenção básica no município de Cuité-PB.....	39

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Níveis pressóricos antes e após intervenções	40
Figura 2 - Tipo de intervenções realizadas	41

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AF – Atenção Farmacêutica
DBHA – Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial
DM – Diabetes Mellitus
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IECAS – Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina
IMC – Índice de Massa Corporal
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PAD – Pressão Arterial Diastólica
PAS – Pressão Arterial Sistólica
PRM – Problema Relacionado a Medicamento
PSF – Programa Saúde da Família
REMUNE – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RNM – Resultado Negativo a Medicamento
SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH – Sociedade Brasileira de Hipertensão
SFT – Seguimento Farmacoterapêutico
SPPS® – Statistical Package for Social Sciences
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2.0 OBJETIVO.....	16
2.1 Objetivos geral.....	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
3.0 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).....	17
3.2 Farmacoterapia da Hipertensão.....	19
3.3 Atenção Farmacêutica.....	23
4 METODOLOGIA.....	29
4.1 Tipo de pesquisa.....	29
4.2 Local da pesquisa.....	29
4.3 População e amostra.....	29
4.4 Instrumento de coleta de dados.....	30
4.5 Caracterização dos Medicamentos.....	31
4.6 Processamento e Análise dos Dados.....	32
4.7 Considerações Éticas.....	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
6 CONCLUSÕES.....	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44

APÊNDICE.....50

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados (Questionário)

1.0. INTRODUÇÃO

Segundo a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2010), são hipertensores adultos com níveis pressóricos iguais ou superiores a 140 x 90 mmHg (respectivamente, sistólica e diastólica) aferidos em dois ou mais momentos distintos. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma síndrome de origem multifatorial, considerada grave problema de saúde pública e importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, além disso, possui caráter crônico e pode acarretar complicações em outros órgãos e sistemas (LUNA, 2009). Sua prevalência aumenta com a idade, apresentando em média 22,7% entre os indivíduos adultos e possui elevado custo médico-social (SILVA, GASPAROTTO *et al.*, 2010)

Os fatores de risco relacionados à HAS são a idade, raça, antecedentes familiares, alimentação, estresse, tabagismo, obesidade, álcool, sedentarismo e medicamentos. Os indivíduos do sexo masculino, idosos, e negros são mais propensos a desenvolverem HAS (SIQUEIRA & VEIGA, 2004).

De acordo com a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, recomenda-se que o tratamento da HAS englobe medidas não-farmacológicas (redução do peso corporal, da ingestão de sal e do consumo de bebidas alcoólicas e prática regular de exercícios físicos) e tratamento farmacológico (SOUZA & BERTONCIN, 2008). Os medicamentos mais utilizados no tratamento da HAS são os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), diuréticos tiazídicos e bloqueadores adrenérgicos (BARRETO, MADY *et al.*, 2002). A terapia medicamentosa, apesar de eficaz na redução dos valores pressóricos, da morbidade e da mortalidade, tem alto custo e pode ter efeitos colaterais, motivando o abandono do tratamento (SOUZA, PICANÇO *et al.*, 2011). Os Resultados Negativos a Medicamentos- RNM é um problema de saúde que pode estar relacionado ou suspeito à farmacoterapia, que interfere ou pode interferir nos resultados terapêuticos e na qualidade de vida do usuário (IVAMA, 2002). A efetividade da

terapêutica medicamentosa pode ser melhorada através do acompanhamento feito pelo profissional de saúde. (ADAUTO & AFRÂNIO, 2004).

A Atenção Farmacêutica baseia-se no acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários, incentivando o uso correto de medicamentos e buscando resultados terapêuticos desejados; assim como a otimização do tratamento farmacológico e prevenção de problemas relacionados ao uso de medicamentos (SANTOR, 2010). Pode ainda ser definida como a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional com resultados definidos e mensuráveis, (OPAS, 2002) englobando o profissional da saúde (farmacêutico), em atividades que proporcionem a prevenção das doenças (FAUS, ROMERO *et al.*, 2001). Uma alternativa para o acompanhamento de usuário em tratamento para hipertensão arterial consiste no emprego da Metodologia Dáder onde o farmacêutico realiza o seguimento farmacoterapêutico, promovendo o uso racional de fármacos e a interação do mesmo com os demais profissionais de saúde. (ROLIM, 2012).

Existem muitos trabalhos direcionados para acompanhamento de pacientes hipertensos, entretanto, o estudo propõe caracterizar os hipertensos com relação as comorbidades, perfil sócio-demográfico e hábitos associados ao uso de medicamentos no contexto da atenção básica, para a realidade da região, e acrescentar informações a literatura já existente, contribuindo e proporcionando uma melhor qualidade de vida aos pacientes acompanhados e/ou sensibilizar a comunidade da importância deste serviço.

2.0. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Acompanhar os pacientes hipertensos do município de Cuité-PB, visando o tratamento da hipertensão e à prevenção de outras comorbidades, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida dos usuários.

2.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar os usuários acompanhados em relação ao perfil sócio-demográfico, morbidade e hábitos associados ao uso de medicamentos;
- Identificar os principais Resultados Negativos a Medicamentos (RNM);
- Descrever as intervenções realizadas.

3.0. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

A hipertensão arterial é classificada como uma das principais doenças de morbimortalidade, causando as chamadas doenças cardiovasculares, tendo como fator etiológico aspectos genéticos e ambientais. É caracterizada como uma síndrome multifatorial, poligênica, devido alterações no mecanismo de controle da pressão arterial, causando anormalidades das estruturas das artérias e do músculo cardíaco, ocasionando disfunção endotelial (INACIO & MACHADO, 2005).

Silenciosa, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais prevalente doença vascular no mundo e o mais potente fator de risco para doenças cerebrovasculares, é a predominante causa de morte no Brasil (LESSA, 2010).

Segundo a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, são hipertensos os adultos cuja pressão arterial sistólica (PAS) atinge valores iguais ou superiores a 140 mmHg, e/ ou cuja pressão arterial diastólica (PAD) seja igual ou maior que 90 mmHg, em duas ou mais ocasiões, na ausência de medicação anti-hipertensiva em adultos a partir de 18 anos. (VI DBHA, 2010).

Segundo Porto (2005), a hipertensão arterial é considerada uma enfermidade grande abrangência no mundo moderno, pois, além de sua frequência (10 a 20% da população adulta são portadores de hipertensão arterial) ela é a causa direta ou indireta de elevado número de óbitos, decorrentes de acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto do miocárdio.

De acordo com a etiologia e, segundo critérios da Organização Mundial de Saúde - OMS, a HAS pode ser classificada em hipertensão primária, também chamada de essencial e representando 95% dos casos e secundária, correspondendo ao restante, ou seja, 5%, onde pode ser induzida por fatores como medicamentos e

drogas, problemas renais, endócrinos, neurogênicos e outros (WAITZBERG, 2001) (SIMONETTI, BATISTA *et al.*, 2002).

A HAS acomete aproximadamente 25% da população mundial, com previsão de aumento de 60% dos casos da doença em 2025, sendo uma das doenças bastante frequente no Brasil, embora sua prevalência não seja bem conhecida (KEARNEY, *et al.*, 2005). Apresenta-se em maior freqüência em parcelas de baixa renda e escolaridade e com dificuldades de acesso a medicamentos e serviços de saúde (GONZÁLEZ, 2005). Em relação ao gênero, a prevalência destaca-se nas mulheres.

A Hipertensão Arterial é uma doença de fácil diagnóstico e tratamento eficaz, não necessitando de recursos técnicos sofisticados. E quando não controlada adequadamente pode trazer graves conseqüências a órgãos vitais, como o cérebro, o coração e os rins, podendo até levar a morte. (SILVA, LOPES *et al.*, 2006).

Constata-se que o risco de desencadear HAS está relacionado não só a fatores intrínsecos do indivíduo, mas, sobretudo à presença dos fatores comportamentais relacionados à manutenção de um estilo de vida que propicia a exposição aos mesmos, que comprovadamente contribuem para a ocorrência de complicações. “A hipertensão arterial é decorrente de interações de vários fatores advindos as modificações na maneira de viver do homem moderno, ou seja, fatores não controláveis como: idade, sexo, raça e controláveis como: sedentarismo, estresse, tabagismo, consumo de álcool, alimentação, distúrbios lipídicos e diabetes mellitus (SPARRENBERGER, MOREIRA *et al.*, 2004) (FUCHS, *et al.*, 2001).

Para diagnóstico da HAS, deve-se considerar, os níveis tensionais, outros fatores de risco, lesão de órgão-alvo e as co-morbidades. É necessária extrema cautela antes de rotular o indivíduo como hipertenso, pelo risco do falso-positivo, como pela repercussão na sua saúde e o custo social resultante (FUCHS *et al.*, 2001).

Após o diagnóstico da doença o tratamento para HAS é instituído e possui como objetivo primordial à redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares do paciente hipertenso, aumentados em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes, assim como melhorar a qualidade de vida do paciente e minimizar e controlar as conseqüências das lesões dos órgãos-alvo produzidos por esta doença.

São utilizadas tanto medidas não medicamentosas isoladas como associadas aos fármacos anti-hipertensivos (CIANCIARULLO, 2002).

3.2. FARMACOTERAPIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

De acordo com a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2010), a pressão deve ser reduzida para valores inferiores a 140/90mmHg. A sua principal estratégia para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), é o processo de educação por meio do qual a aquisição do conhecimento permitirá mudanças de comportamento tanto em relação às doenças quando em relação aos fatores de risco cardiovascular.

De acordo com III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (2007), para que o tratamento atinja a eficácia desejada, se faz necessário a adoção de medidas que interferem no estilo de vida dos hipertensos e que, comprovadamente, favorecem a redução da pressão arterial.

Deve-se salientar que o tratamento para hipertensão arterial se segue por toda a vida e pode ser não-medicamentoso, apenas medicamentoso, e medicamentoso com associação ao tratamento não- medicamentoso, ou seja, seguindo um melhor estilo de vida, objetivando-se reduzir a pressão para níveis considerados normais, 140/90mmHg, (IV DBHA, 2010).

3.2.1. Tratamento Não-Medicamentoso da Hipertensão Arterial

O tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial consiste em estratégias que visam mudar o estilo de vida e que podem levar à diminuição da dosagem dos medicamentos ou até mesmo à sua dispensa (LOPES & MORAES, 2010). Tem, como principal objetivo, diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial (OLIVEIRA, 2011).

Está indicado a todos os hipertensos e aos indivíduos mesmo que normotensos, mas de alto risco cardiovascular. (LOPES & MORAES, 2010). A hipertensão arterial primária não tem cura, mas o tratamento previne as complicações. Antes de prescrever

a administração de medicamentos, é recomendável adotar medidas que estimulem hábitos de vida saudáveis (MIOR, 2002).

As medidas para o tratamento não- medicamentoso englobam: Redução e/ou Controle de Peso; Padrão Alimentar Adequado; Diminuição do Consumo de Álcool; Cessação do Hábito de Fumar e Prática de Atividades Físicas (VI DBHA, 2010).

3.2.2. Tratamento Medicamentoso da Hipertensão Arterial

Segundo as VI diretriz de Hipertensão Arterial (2010), os medicamentos para o tratamento farmacológico da HAS consistem em sete distintos grupos, a saber: 1- Diuréticos; 2- Simpaticolíticos de ação central; 3- Beta bloqueador; 4- Alfa bloqueadores; 5- Antagonistas de canais de cálcio; 6- Inibidores da Enzima Conversora; 7- Antagonista de receptor da Angiotensina II (NEVES, BURLÁ *et al.*, 2005)

Atualmente, o Ministério da Saúde, ao aprovar a RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (BRASIL, 2002), dispõe alguns medicamentos dos grupos de “bloqueadores adrenérgicos”, “bloqueadores dos canais de cálcio”, “diuréticos”, “inibidores da ECA”, e “vasodilatadores”, na classificação de essencial na utilização pelos serviços públicos de saúde.

Os medicamentos preferenciais indicados à terapia anti-hipertensiva, em pacientes idosos são os diuréticos, os inibidores da enzima conversora de angiotensina, os beta-bloqueadores e simpaticolíticos de ação central podem ser usados, conforme o caso e as co-morbidades associadas, e os antagonistas dos canais de cálcio. (BRANDÃO, BRANDÃO *et al.*, 2002).

3.2.2.1 Antagonistas dos canais de cálcio

Os antagonistas de cálcio têm apresentando efetividade na redução da PA dos idosos por atuarem especificamente na resistência periférica e apresentam a vantagem de serem metabolicamente neutros. Porém não são indicados em fases próximas da

ocorrência do infarto do miocárdio e suspeita de insuficiência cardíaca aguda (NEVES, BURLÁ *et al.*, 2005).

Esse grupo é dividido em três subgrupos, com características químicas e farmacológicas diferentes: fenilaluilaminas, benzotiazepinas e diidropiridinas. São anti-hipertensivos eficazes e reduzem a morbidade e mortalidade cardiovasculares, em idosos (IV DBHA, 2010).

Os principais inconvenientes são edema pedal, cefaléia, rubor facial e taquicardia reflexa além de seu alto custo (NEVES, BURLÁ *et al.*, 2005). Verapamil e diltiazem podem provocar depressão miocárdica e bloqueio atrioventricular, obstipação intestinal é observada, sobretudo, com o verapamil (IV DBHA, 2010).

3.2.2.2 Diuréticos.

O mecanismo anti-hipertensivo dos diuréticos está relacionado, numa primeira fase, à depleção de volume e, a seguir, à redução da resistência vascular periférica decorrente de mecanismos diversos. São eficazes na hipertensão arterial, tendo sido comprovada sua eficácia, na redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares.

É a monoterapia mais indicada no tratamento da HAS. Apesar da boa tolerabilidade, as reações adversas (RAM) são mais comuns entre os pacientes das diversas idades. (NEVES, BURLÁ *et al.*, 2005) (IV DBHA, 2010).

Como anti-hipertensivos, são preferidos os diuréticos tiazídicos e similares, em baixas doses. Os diuréticos de alça são reservados para as situações de hipertensão associada a insuficiências renal e cardíaca. Os diuréticos poupadores de potássio apresentam pequena potência diurética, mas quando associados a tiazídicos e a diuréticos de alça, são úteis na prevenção e no tratamento de hipopotassemia (IV DBHA, 2010).

Entre os efeitos adversos dos diuréticos, destaca-se a hipopotassemia, por vezes acompanhada de hipomagnesemia, que pode induzir arritmias ventriculares, e a hiperuricemia, também podem provocar intolerância à glicose, além de aumento da trigliceridemia (IV DBHA, 2010), (NEVES, BURLÁ *et al.*, 2005).

3.2.2.3 Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA)

Agem, fundamentalmente, pela inibição da enzima conversora, bloqueando a transformação da angiotensina I em II, no sangue e nos tecidos. Existem, no entanto, evidências de que outros fatores podem estar envolvidos no mecanismo de ação dessas substâncias (IV DBHA, 2010).

São eficazes no tratamento da hipertensão arterial e também reduzem a morbidade e a mortalidade das doenças cardiovasculares entre os hipertensos, pacientes com insuficiência cardíaca e com infarto agudo do miocárdio (IV DBHA, 2010).

Pacientes tem respondido bem a essa classe de medicamentos, entre eles Captopril, Enalapril e Benazepril, porém, esta resposta com monoterapia é menor em idosos do que o adulto jovem, sugerindo-se então associações com baixas doses de diuréticos, isso quando os IECAs sozinhos não surtirem efeito (OIGMAN & NEVES, 1999).

É a classe de fármaco mais recomendada, já que seus efeitos adversos são poucos e de pouca gravidade, onde se destacam: tosse seca, alteração do paladar, e mais raramente, reações de hipersensibilidade com erupção cutânea (IV DBHA, 2010).

3.2.2.4 Betabloqueadores

Os betabloqueadores, tem sido demonstrado que reduzem a morbimortalidade cardiovascular em pacientes jovens, porém, sua eficácia nos idosos se apresenta limitada (OIGMAN & NEVES, 1999).

Seu mecanismo anti-hipertensivo envolve diminuição inicial do débito cardíaco, redução da secreção de renina, readaptação dos barorreceptores e diminuição das catecolaminas, nas sinapses nervosas. São eficazes no tratamento da hipertensão arterial e têm eficácia também, na redução da morbimortalidade cardiovascular (IV DBHA, 2010).

As principais reações adversas são: broncoespasmo, bradicardia excessiva, distúrbios da condução atrioventricular, vasoconstrição periférica, insônia, pesadelos, depressão psíquica, astenia e disfunção sexual (IV DBHA, 2010);

3.2.2.5 Antagonistas do Sistema Renina-Angiotensina

Antagonizam a ação da angiotensina II, por meio do bloqueio específico de seus receptores AT II. São eficazes no tratamento da hipertensão (IV DBHA, 2010).

Os antagonistas do receptor AT II da angiotensina II apresentam bom perfil de tolerabilidade. Seus efeitos adversos são representados por tontura e, raramente, por reação de hipersensibilidade cutânea (“rash”) (IV DBHA, 2010).

3.3. ATENÇÃO FARMACÊUTICA

O termo Atenção Farmacêutica (AF) foi adotado e oficializado no Brasil, a partir de discussões lideradas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS), entre outros. Nesse encontro, foi definido o conceito de Atenção Farmacêutica:

“um 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, respeitada as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (OPAS, 2002).

De acordo com o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (AF), a AF é entendida como o conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo,

tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional (OPAS, 2002).

A atenção Farmacêutica é elemento essencial aos serviços de saúde e deve estar integrada em outras partes do sistema, aos demais profissionais e a comunidade, afim de assegurar uma melhor saúde dos pacientes. É definida como a provisão responsável pela terapia medicamentosa com intuito de alcançar respostas definitivas para a melhoria da qualidade de vida do paciente seguindo quatro categorias: 1) Acompanhamento e educação do paciente e para o paciente; 2) Avaliação dos seus fatores de risco; 3) Prevenção das doenças, e 4) Promoção da saúde e vigilância das doenças (FREITAS, 2008).

No desenvolvimento da atenção farmacêutica o profissional se encarrega de reduzir e prevenir a morbimortalidade relacionada a medicamentos. O farmacêutico satisfaz esta necessidade social atendendo individualmente as necessidades dos pacientes (FAUS & MARTINEZ, 1999).

A primeira premissa da filosofia da atenção farmacêutica é que a responsabilidade essencial que o farmacêutico consiste em contribuir para satisfazer a necessidade que tem a sociedade de um tratamento farmacológico adequado, efetivo e seguro (CIPOLLE, STRAND *et al.*, 2002).

A AF baseia-se em um acordo entre o paciente e o farmacêutico. O profissional apresenta atribuições como: a promoção da saúde, da educação em saúde, facilitar acesso de medicamentos à população, e garante ao paciente compromisso e competência. É estabelecido um vínculo que sustenta a relação terapêutica, identificando as funções comuns e as responsabilidades de cada parte e a importância da participação ativa. Na realidade é um pacto para trabalhar a favor da resolução de todos os problemas relacionados com medicamentos (CIPOLLE, STRAND *et al.*, 2002), levando em consideração sua necessidade, segurança e efetividade. Isto se consegue mediante a identificação, resolução e prevenção dos problemas relacionados com fármacos. (AMARAL & PROVIM, 2008)

No Brasil, além da garantia do acesso aos serviços de saúde e a medicamentos de qualidade é necessário, a implantação de práticas assistenciais que promovam o uso racional dos mesmos, propiciando resultados que influenciam diretamente os

indicadores sanitários (IVAMA, 2002).O envolvimento do farmacêutico no processo de atenção à saúde é fundamental para a prevenção dos danos causados pelo uso irracional de medicamentos (MARQUES, SILVA, *et al.*, 2013).

Um dos modelos de Atenção Farmacêutica mais utilizado por pesquisadores e farmacêuticos no mundo é o Método Dáder de Seguimento farmacoterapêutico (SFT). Foi desenvolvido em 1999 pelo Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica, da Universidade de Granada, Espanha, com o objetivo inicial de prover ao farmacêutico uma ferramenta que lhe permitisse prevenir, identificar e resolver os Problemas relacionados ao medicamento (PRM). Atualmente, está sendo utilizado em distintos países por muitos farmacêuticos assistenciais em diferentes tipos de pacientes (CEARÁ, 2003; REIS, 2005).

O Método Dáder fundamenta-se na obtenção de informações acerca dos problemas de saúde/queixas e da farmacoterapia do paciente, constituindo a farmacoterapêutica (Estado da situação). A partir desta, elabora-se a análise situacional do paciente, facilitando a visualização deste como um todo, e permitindo ao farmacêutico decidir como intervir, além de monitorar a evolução da farmacoterapia (DÁDER, 2008).

A execução do método consta das seguintes fases:

Fases	
Oferta de Serviço	Poderá oferecer o serviço a qualquer paciente que o farmacêutico considere necessário. O Profissional informa como será o atendimento a ser realizado e seus objetivos.
Primeira entrevista	<ol style="list-style-type: none">1. Fase de preocupações e problemas de saúde: Objetivo desta fase é conseguir que o paciente expresse os problemas de saúde que mais lhe preocupam.2. Medicamentos utilizados pelo paciente: O objetivo é ter idéia acerca dos medicamentos utilizados e o grau de conhecimento do paciente sobre a adesão ao tratamento. Fase de revisão.3. Nesta fase, devem-se documentar as

	informações por meio da descrição dos pacientes: Complementar alguma informação, descobrir novos medicamentos e problemas de saúde, obter dados demográficos e hábitos de vida.
Estado da Situação	Se busca identificar a relação entre problemas de saúde e uso dos medicamentos, em uma data determinada.
Fase de Estudo	É a etapa que permite a obtenção de informações científicas sobre os problemas de saúde e medicamentos do paciente, registrados no Estado de Situação.
Fase de Avaliação Global	Tem por finalidade estabelecer as suspeitas de RNM que o paciente possa ter. Permite traçar plano de atuação para ser proposto ao paciente e equipe de saúde a fim de melhorar/manter os resultados obtidos com a farmacoterapia.
Fase de Intervenção	Objetiva-se elaborar um plano de atuação previamente estabelecido com o paciente e executar as intervenções necessárias para resolver os RNM que o paciente possa estar apresentando.
Entrevistas Sucessivas	Permite se conhecer a resposta do paciente/médico a proposta de intervenção realizada pelo farmacêutico, obtendo-se informações sobre o resultado da mesma, determinando se o resultado desejado foi obtido.

De uma forma geral, o Método Dáder, é uma ferramenta que permite ao farmacêutico realizar seguimento farmacoterapêutico, onde se baseia na obtenção da história farmacoterapêutica do paciente, ou seja, os problemas de saúde que ele apresenta, os medicamentos utilizados e a avaliação do estado de situação para que seja possível identificar e resolver os possíveis (RNMs) que o paciente possa estar apresentando. Posteriormente, realizam-se as intervenções farmacêuticas necessárias para resolvê-los (CEARA, 2003).

O Terceiro Consenso de Granada define resultados negativos a medicamentos (RNM), como: “resultados na saúde do paciente não adequados ao objeto da

farmacoterapia e associados ao uso ou falha no uso deles” (Comité de Consenso, 2007).

Os resultados negativos a medicamentos são causados principalmente por: administração errônea do medicamento; características pessoais; conservação inadequada: contra-indicação; dose, pauta e/ou duração inadequada; duplicidade; erros de dispensação; erros de prescrição; não adesão e interações (FREITAS, 2008). Para identificação dos mesmos, é necessário ter conhecimento de uma série de dados relativos ao paciente e seus medicamentos, bem como seus problemas de saúde. (FREITAS, 2008).

Ainda de acordo com o Terceiro Consenso de Granada, o seguimento farmacoterapêutico é assumido como prática profissional em que o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do doente com relação aos medicamentos, no qual é realizado através da detecção, prevenção e resolução dos (RNM) com o objetivo de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do doente (SANTOS, 2007).

Os RNM referidos são classificados em três tipos e estão relacionados com a necessidade do medicamento por parte do doente, com a sua efetividade ou com a segurança:

NECESSIDADE
RNM 1: Problema de saúde não tratado: paciente não utiliza um medicamento que comprovadamente deveria utilizar
RNM 2: Efeito do medicamento não tratado: paciente utiliza um medicamento que, na verdade, não é necessário a ele neste momento.
EFETIVIDADE
RNM 3: Inefetividade não quantitativa: O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade não quantitativa da medicação
RNM 4: Inefetividade quantitativa: o doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa da medicação
SEGURANÇA
RNM 5: Insegurança não quantitativa: O doente sofre de um problema de saúde associado a uma insegurança não quantitativa da medicação.

RNM 6: Insegurança quantitativa: o doente sofre de um problema de saúde associado a uma insegurança quantitativa.

Terceiro Consenso de Granada (2007).

Desta forma, o farmacêutico é o profissional mais indicado para realizar a identificação e monitorização de possíveis RNMs e representando uma das últimas oportunidades de, ainda dentro do sistema de saúde, corrigir os possíveis riscos associados à terapêutica (FERREIRA & NASCIMENTO, 2006).

4.0. **METODOLOGIA**

4.1. **Tipo de pesquisa**

Os dados foram coletados através da realização de um estudo do tipo exploratório descritivo em abordagem quantitativa e qualitativa. A pesquisa exploratória

tem como finalidade a caracterização inicial do problema, para maior familiaridade com o tema, através de 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. O estudo emprega a técnica de observação direta através da análise prospectiva das fichas (APÊNDICE A) dos atendimentos realizados durante os atendimentos dos pacientes na unidade básica de saúde (USB) Raimunda Domingos Moura. Também foi realizado um estudo dos prontuários dos pacientes mediante a sua autorização, para coletar e registrar as informações referentes ao diagnóstico e a terapêutica dos usuários em estudo.

4.2. **Local da pesquisa**

O estudo foi realizado durante o período de março de 2012 à agosto de 2013, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Raimunda Domingos Moura do Programa de Saúde da Família, no Município de Cuité –PB, localizada no Curimataú Paraibano, a 235 km da capital João Pessoa, com população estimada em 19.978 habitantes (IBGE, 2010).

4.3. **População e amostra**

A cidade de Cuité-PB possui cerca de 20 mil habitantes (IBGE, 2010), portanto, tornando necessário realizar critérios de inclusão para delimitar a população em estudo. No tocante à entrevista farmacêutica como critério de inclusão foram considerado os pacientes acompanhados pela Unidade Básica de Saúde Raimunda Domingos Moura, que apresentassem idade superior a 18 anos, com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) há pelo menos 1 ano, e que tomasse anti-hipertensivos. Os profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (USB) também indicaram alguns pacientes que achavam necessário acompanhamento farmacêutico. O estudo foi realizado com nove (09) pacientes.

4.4. **Instrumento de coleta de dados**

A coleta foi realizada durante o estágio supervisionado I, tendo por base os prontuários de cada um dos pacientes. A coleta dos dados dos idosos foi realizada pela equipe de estudantes, sob a supervisão do orientador de estágio.

O instrumento de coleta de dados constou de Seguimento Farmacoterapêutico adaptado, seguindo a Metodologia Dáder, que apresenta como variáveis as características socio-demográficas, medicamentos utilizados, posologia, possíveis RNMs, possíveis interações medicamentosas e prováveis intervenções farmacêuticas (Apêndice B).

O Seguimento Farmacoterapêutico adaptado seguindo a Metodologia Dáder, constitui:

- A) Oferta do serviço:** Consiste em explicar de forma clara e resumida como será o atendimento a ser realizado e seus objetivos. Normalmente é oferecido quando se percebe alguma necessidade do paciente relacionada com seus medicamentos.
- B) Primeira entrevista:** Realiza-se a coleta de informações, por meio da descrição do paciente acerca das suas preocupações e problemas de saúde, seu tratamento e hábitos de vida, e perguntas específicas sobre a utilização de cada medicamento e revisão de sistemas
- C) Análise situacional:** A partir da história farmacoterapêutica, se busca identificar a relação entre problemas de saúde e uso dos medicamentos. As informações são organizadas de forma estruturada, para permitir uma visão passo a passo de cada medicamento.
- D) Fase de estudo:** É a etapa que permite a obtenção de informações científicas sobre os problemas de saúde e medicamentos do paciente. Trata-se de encontrar a melhor evidência científica disponível, levando em consideração a necessidade, efetividade e segurança da terapia medicamentosa do paciente.

- E) Fase de avaliação global:** Identifica prováveis problemas relacionados a medicamentos que o paciente esteja apresentando. Permite traçar plano de atuação para ser proposto ao paciente e equipe de saúde a fim de melhorar/manter os resultados obtidos com a farmacoterapia.
- F) Fase de intervenção:** Objetiva desenhar e por em prática o plano de atuação junto com o paciente. As intervenções que serão postas em prática devem ser de comum acordo e, quando necessário, deve-se também entrar em contato com a equipe de saúde.
- G) Entrevistas sucessivas:** Permite se conhecer a resposta do paciente/médico a proposta de intervenção realizada pelo farmacêutico, obtendo-se o resultado da mesma.

4.5. **Medidas de Pressão Arterial**

As medidas de pressão arterial foram realizadas com cada participante do estudo, durante as visitas domiciliares, após cinco minutos de descanso, em intervalos de dois minutos, com o indivíduo sentado e com o braço em repouso, na altura do coração.

Estas medidas foram obtidas em recinto isolado, silencioso e em ambiente arejado. A primeira medida foi realizada após pelo menos, trinta minutos sem ingestão de café e/ou uso de cigarro. A pressão arterial considerada foi à média da primeira e segunda medida.

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®). Os resultados foram apresentados através de medidas de tendência central em tabelas.

4.7. Considerações éticas

Foram incluídos neste estudo os indivíduos com idade superior a 18 anos que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Foi solicitada a assinatura para cada idoso participante da pesquisa, garantindo a privacidade e o sigilo quanto ao seu nome e as informações prestadas. Os participantes foram informados individualmente, em linguagem acessível e clara, sobre os objetivos da pesquisa, bem como dos benefícios que essa proporcionará e de que não haveria riscos nem obrigatoriedade de sua participação e que a exclusão poderia ser solicitada a qualquer momento da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande, com número de parecer (NUMERO).

5.0. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta a distribuição do perfil sócio demográfico dos usuários acompanhados pela USB Raimunda Domingos Moura. A faixa etária dos pacientes foi de 68 a 77 anos, com uma média de 67,8 (n=9) e um desvio padrão de 8,9 anos. Os resultados obtidos corroboram com outros estudos com aumento da pressão arterial através do avanço da idade, principalmente entre os idosos (ELLIOT & BLACK, 2002). É importante ressaltar que a idade acima de 60 anos já se constitui um fator de risco para o desenvolvimento de complicações relativas a HAS, o que torna os idosos pertencentes necessariamente aos grupos de risco médio ou alto na estratificação do risco cardiovascular (DBHA, 2006).

Tabela 1- Perfil sócio demográfico dos usuários acompanhados pela USB.

Parâmetro	Valor
-----------	-------

Média de idade		67,8 ± 8,9 anos
Gênero feminino		66,70%
Profissão	N	%
Aposentado	6	66,7
Outros	3	33,3
Estado civil		
Casado	5	55,6
Solteiro	0	0
Viúvo	4	44,4
Divorciado	0	0

FONTE: Dados da Pesquisa 2012

No estudo, houve predomínio de hipertensão arterial em pacientes do gênero feminino, sendo demonstrado em outro estudo onde também há uma maior prevalência de mulheres hipertensas em relação aos homens, especialmente após a menopausa (VIVIAN, 2002). Esta diferença da participação feminina no estudo pode ser explicada pela própria demografia populacional brasileira e pela maior procura das mulheres por serviços de saúde e lazer (CELIDA, 2007).

Houve um predomínio de pacientes casados (55,6%), onde temos situação parecida ao estudo desenvolvido por Marques, et al., (2006), que teve como população alvo idosos após a ocorrência de acidente vascular encefálico, onde também houve predomínio de casados e viúvas.

Em sua totalidade os idosos eram aposentados. Para Rosa et al. (2003), aposentados e donas de casa têm aproximadamente oito vezes mais chance de apresentarem morbidades. Níveis socioeconômicos mais baixos também se associam a maior prevalência de HAS e de fatores de risco para a elevação da pressão arterial (V DBHA, 2007), já para Pessuto & Carvalho (1996), consideram duas hipóteses para explicar a maior freqüência entre idosos (67,8 anos): menor uso de serviços de saúde e imprecisão da informação, principalmente os que necessitam de respondente próximo.

Tabela 2- Parâmetros relacionados ao uso de café, álcool e tabaco dos usuários hipertensos no município de Cuité – PB

Parâmetro	Valor	
Média IMC	29,08	
Café	N	%
Consumo acentuado	0	0
Usado ocasional	6	75,0
Não bebe	2	25,0
Álcool		
Usado acentuado	0	0
Usado ocasional	2	28,5
Usado anterior	5	71,4
Não usa	0	0
Tabagismo		
Não usa	1	14,28
Usado anterior	5	71,4
Tabagista	1	14,28
Atividade Física		
Não pratica	5	71,4
Caminhadas	2	28,5
Outros	0	10

FONTE: Dados da Pesquisa 2012

O grupo mostra que os indivíduos idosos hipertensos, apresentam IMC compatível com sobrepeso e obesidade. Molina et al, (2003) afirma em seus estudos que o peso, além de outros fatores como o sedentarismo, o próprio envelhecimento, o tabagismo, o estresse, fatores genéticos, etnia, condições nutricionais, além de outros desconhecidos são as principais causas da elevação dos níveis tensionais e pressóricos em adultos e idosos. É o que aparentemente ocorre nessa população investigada (MOLINA, CUNHA *et al.*, 2003).

No parâmetro relacionado à cafeína (TABELA 2), 75% dos pacientes faz uso da substância, o que indica um elevado índice quando comparado ao estudo feito por Cavalcante *et. al.*, (2000), onde aponta elevação significativa dos valores basais da pressão diastólica após 24h da administração da cafeína, que é explicada pela ativação do sistema nervoso simpático e/ou inibição dos receptores de adenosina A₂. Entretanto os efeitos desta substância sobre a pressão arterial ainda são controversos (KAPLAN, 1990).

Em relação ao etilismo, o estudo mostra que apenas dois (2) idosos relataram consumo atual do álcool, o que indica um bom índice. O álcool é um fator de risco, comentado na literatura, que contribui para o agravamento da doença. O aumento das taxas de álcool no sangue eleva a pressão arterial lenta e progressivamente, na proporção de 2 mmHg para cada 30 ml de álcool etílico ingeridos diariamente (PESSUTO & CARVALHO, 1996).

Tratando-se do tabagismo, obteve-se um bom dado após a análise, somente um (1) idoso relatava o uso atual de cigarro. As Diretrizes de Hipertensão (2010) orientam abolir totalmente o cigarro do portador de hipertensão. Além do efeito constrictivo, pode haver risco do aparecimento de cardiopatias isquêmicas, além de duplicar o risco de doença arterial coronariana, onde 30% delas são atribuídas ao número de cigarros fumados diariamente (LIMA & MENEZES, 2010) (GUS, FISCHMANN & MEDINA, 2002).

Entre os pacientes do estudo, 5- (71,4%) assumiram não praticar nenhuma atividade física, enquanto dois (28,6%) praticavam, apesar de não serem dados satisfatório, a ausência de atividades físicas deve ter suas causas cuidadosamente investigadas. O profissional deve atentar para as condições físicas do idoso antes de

orientá-lo a iniciar algum tipo de atividade. Para Gus Fischmann e Medina (2002), a prática do exercício físico, mesmo que em grau moderado, contribui para a redução da doença arterial coronariana e suas causas de mortalidade, auxilia na preservação da independência de pessoas idosas, melhorando o funcionamento do organismo, reforçando o coração, músculos, pulmões, ossos e articulação, melhora a condição física e a saúde do coração. Essa prática se apresenta como um dos principais métodos não medicamentosos para o controle da PA (HALPERN & MANCINI, 2000).

Tabela 3- Distribuição da freqüência dos problemas de saúde apresentados pelos pacientes em estudo no município de Cuité-PB

Doença	N	%
HAS isolada	1	11,2
HAS + DM	5	55,5
HAS + Dislipidemia	3	33,4
Outras Doenças	6	66,6

FONTE: Dados da Pesquisa 2012

Nota: Outras doenças: osteoporose; glaucoma; problema de coluna; escoliose; anacusia parcial.

Podemos observar na (Tabela 3) que a ocorrência da Hipertensão Arterial Sistêmica isolada entre os 9 idosos que participaram deste estudo foi de 11,2%. Segundo a VI DBHA (2010), pelo menos, 65% dos idosos brasileiros são hipertensos. De acordo com o estudo de Lessa (2010), a hipertensão arterial como entidade isolada, é considerada a mais freqüente causa de morbidade do adulto.

A maioria dos indivíduos informou outras doenças associadas à HA, como Diabete Mellitus (DM) e Dislipidemia. Esta quantidade de indivíduos com doenças associadas a HA (90%) sugere a necessidade de tomar outros medicamentos, podendo com isso intensificar os efeitos colaterais proveniente de interação medicamentosa, apresentar maior dificuldade de aquisição e dificuldades quanto ao cuidado com os horários da administração (OIGMAN & NEVES, 1999) (OLIVEIRA & SANDRA, 1999).

O estudo demonstra que a maioria dos pacientes apresentaram a HAS associada a Diabetes *Mellitus*, indo de acordo com o estudo de Joaquim *et al.* (2003), onde apresenta uma inter-relação entre a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, tanto em relação à epidemiologia, quanto da predisposição para doenças cardiovasculares. Do mesmo modo, Gus & Fuchs (2006) relata à associação entre a hipertensão arterial e o diabetes é uma situação frequentemente encontrada.

As complicações de doenças crônicas como diabetes, dislipidemias e hipertensão causadas pelo diagnóstico tardio, associa-se a piora acentuada na qualidade de vida dos pacientes (BRASIL, 2000).

Tabela 4- Medicamentos mais utilizados pelos usuários da atenção básica no município de Cuité –PB.

Medicamentos	N	%
Losartana	4	11,8
Captopril	3	8,8
Hidroclorotiazida	2	5,9
Furosemida	2	5,9
Outros	23	67,6

FONTE: Dados da Pesquisa 2012.

Nota: Outros: Insulina; Acarbose; AAS; Cloridrato de dorzolamida; Maleato de timolol; Anlodipino; Omeprazol; Nimodipina; Fenitoína; Enalapril; Mononitrato de Isossorbida; Succinato de Metoprolol; Meloxicam.

Analisando a tabela, percebe-se que os medicamentos mais utilizados foi a Losartana (11,8%), esse medicamento faz parte da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), sendo provavelmente o principal fator que torna este medicamento o mais utilizado (IZAR, 2005).

A Losartana é mais indicada para o tratamento de insuficiência cardíaca e hipertensão quando os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) são inadequados ou contraindicados (BRASIL, 2012).

O estudo realizado por Cesar (2000) avalia a Losartana como melhor perfil comparado a outros medicamentos anti-hipertensivos quando se compara a freqüência de efeitos colaterais. Já Silva (2006) apresenta a classe dos diuréticos como a mais usada no combate da hipertensão arterial, datando seu uso a mais de trinta anos, e no trabalho de Garção e Cabrita (2002), os IECAs são os mais utilizados seguidos dos diuréticos.

Na pesquisa realizada 11,8% dos pacientes utilizam a losartana como medicamento de primeira escolha, portanto os resultados vão de acordo com Cesar, (2000).

Durante o período de acompanhamento, cada paciente teve uma média de 7 visitas. Foram identificados 29 RNMs, sendo os principais de inefetividade e insegurança quantitativa, podendo ser evidenciado no percentual 34,48% e 31,03% respectivamente (tabela 5). Entre os resultados da efetividade o mais prevalente foi a não adesão e entre a insegurança, a reação adversa dose-dependente.

Tabela 5: Distribuição da frequência de RNM's entre os usuários acompanhados na atenção básica no município de Cuité-PB.

RNM	N	%
Problema de saúde não tratado	1	3,44
Medicamento desnecessário	4	13,79
Inefetividade quantitativa	10	34,48
Inefetividade não quantitativa	2	6,89
Insegurança quantitativa	9	31,03
Insegurança não quantitativa	3	10,34
Total	29	100%

FONTE: Dados Pesquisa 2012

O problema da não adesão à prescrição, relacionado a inefetividade quantitativa afeta pacientes de diversos grupos etários, no entanto, nos idosos existem algumas circunstâncias que agravam esse problema, como frequente associação de vários

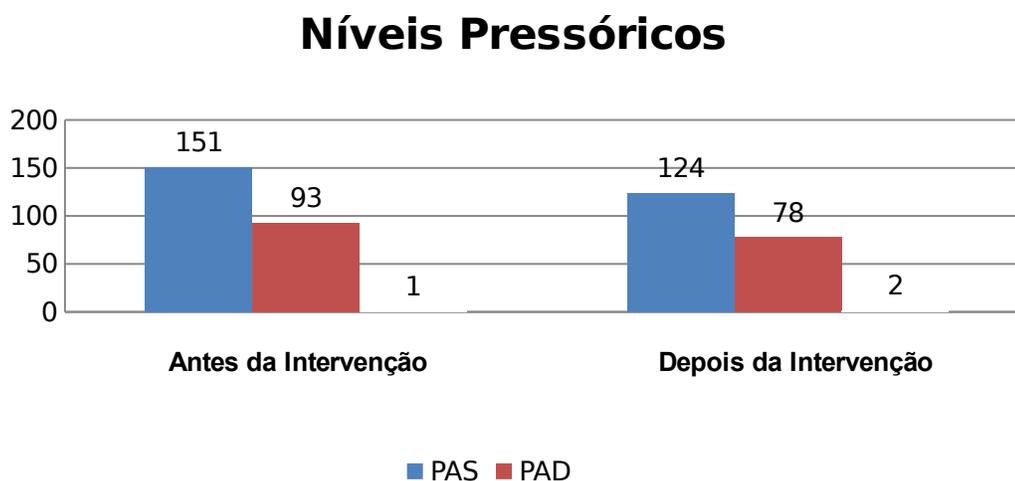
tratamentos em consequência da presença de comorbidades (CARRANZA & TORREJÓN, 2005).

Devido ao grande número de medicamentos prescritos aos idosos em decorrência das múltiplas doenças e sintomas, e das alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas apresentadas por esses pacientes, as reações adversas, relacionadas à insegurança, têm grande risco de ocorrência nessa população (MARTÍNEZ & DÁDER, 2007).

Estudos demonstram que o envolvimento do profissional farmacêutico em farmácia clínica pode contribuir para a diminuição na incidência de eventos relacionados a medicamentos (LEAPE *et al.*, 1999). Quando o farmacêutico atua buscando e resolvendo resultados negativos a medicamentos (RNM) age evitando ou sanando erros de medicação, sendo esta atividade uma das principais da atenção farmacêutica.

A média da PA verificada antes e depois da intervenção foi de 151x 93 mmHg e 124x78 mmHg respectivamente (**Figura 1**).

Figura 1: Níveis pressóricos antes e após intervenções



FONTE: Dados da pesquisa 2012.

Foi percebido que ocorria um declínio nos níveis pressóricos, a medida que os pacientes iam tendo um melhor conhecimento sobre suas comorbidades e a medida que se tinham uma melhor adesão ao tratamento. Aumentar a efetividade das intervenções sobre a adesão pode ter um impacto sobre a saúde pública maior do que qualquer melhoria em tratamentos médicos específicos (SABATÉ, 2003).

De acordo com a classificação de HA preconizada pela SBH, o estudo destaca a prevalência de indivíduos com a pressão arterial acima dos limites considerados para a normalidade (140x90) em duas ou mais aferições (VI DBHA, 2010).

Em um estudo realizado com idosos na Índia e Bangladesh, apenas 10% de todos os hipertensos apresentavam o quadro pressórico controlado, sendo que o nível de normalização da hipertensão com tratamento não diferencia desse estudo, que apresentou PA sistólica isolada (151mmHg), e PA diastólica isolada, (92,6mmHg), apresentando-se semelhantes entre homens e mulheres. (WHO, 2001). Os níveis pressóricos obtidos indicam que a população apresenta pressão arterial acima do estabelecido pela SBH, necessitando de uma melhor mudança no estilo de vida no intuito de diminuir-los (SBHA, 2012).

Após as intervenções feitas, os níveis pressóricos reduziram de forma significativa (Pressão Sistólica 151mmHg para 124mmHg, e Pressão Diastólica de 93mmHg para 78mmHg). Desta forma denota-se a necessidade da utilização mais plena do farmacêutico intervindo no cuidado ao paciente, resolvendo ou prevenindo problemas para uma melhora em sua qualidade de vida (SABATÉ, 2003).

Foram realizadas 37 intervenções, destas 65% (24) implicaram em alterações do cuidado do paciente (posologia adequada, melhor dieta, prática de exercícios e gravidades das doenças), visto na **Figura 1**. Estes valores demonstram a eficácia do serviço de farmácia junto à equipe multiprofissional, bem como a pertinência da aplicação da metodologia Dáder, destinada ao atendimento de pacientes para detecção de RNM.

Figura 2- Tipo de Intervenções Realizadas

Tipo de Intervenções

O
Orientação Verbal

FONTE: Dados da Pesquisa 2012

A Orientação Farmacêutica consiste no fornecimento de informações ao paciente com o objetivo de ajudá-lo a seguir adequadamente um determinado regime (MARIN *et al.*, 2003). Trata-se da complementação da orientação realizada pelo prescritor, bem como uma forma de relembrar as que foram esquecidas pelo paciente (SVARSTAD *et al.*, 2000).

O farmacêutico deve certificar-se de que o paciente está apto a cuidar, a participar ativamente no processo de cuidado e adotar práticas mais saudáveis. Deve, também, identificar possíveis causas de não adesão ao tratamento e sugerir estratégias para contornar essas dificuldades (NAVES *et al.*, 2005).

A adesão às orientações constitui um problema frequente nessa faixa etária, sendo um desafio para o controle adequado da hipertensão (MIRANDA *et al.*, 2002). A dificuldade está em conscientizar o indivíduo de que o tratamento é para vida inteira, e que é necessário seguir as orientações para se obter uma melhor qualidade de vida (KOHLMANN Jr. *et al.*, 2002).

Segundo Giorgi (2001) para haver adesão as orientações e ao tratamento, o paciente deve conhecer a sua condição de saúde, a importância do controle da pressão arterial, ter acesso aos serviços de saúde e esses serviços devem ser capazes de manter o tratamento por toda a vida do paciente.

6.0. **CONCLUSÕES**

A hipertensão arterial foi mais prevalente na população com a faixa etária de 59 a 68 anos, do sexo feminino e sendo a maioria casados e aposentados.

Foram identificados 29 RNMs referentes a inefetividade quantitativa e insegurança quantitativa, e realizadas 37 intervenções. Ocorreu redução significativa dos níveis pressóricos à medida que ocorria uma melhor adesão ao tratamento.

Desta forma, é indispensável o acompanhamento farmacoterapêutico e a presença do farmacêutico, uma vez que este ajuda os pacientes com relação a farmacoterapia, problemas de saúde e redução dos resultados negativos a medicamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAUTO, F. C.; AFRÂNIO, K. L. II Consenso Brasileiro de Tuberculose Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 2004.

AMARAL, M. F. Z. J.; PROVIM, M. P. Intervenção Farmacêutica no Processo de Cuidado Farmacêutico: Uma Revisão. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 1, p. 69-66, 2008.

BARRETTO, A. C. P.; MADY, C.; DRUMOND, C.; ALBUQUERQUE, D. C., *et. al.* Revisão das II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca. **Arq Bras Cardiol**, v. 79, 2002.

BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de No 1.587, de 03 de setembro de 2002, que aprova a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/essencial.htm>. 2002. Acesso em 03 de novembro de 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. Bulário Eletrônico, sd. Disponível em: < <http://www4.anvisa.gov.br/BularioEletronico/default.asp>>. Acesso em: 28 Maio de 2014.

BRASIL. Doenças crônico-degenerativas: evolução e tendências atuais. **Ministério da Saúde**, 2000.

BRANDÃO, A. P.; BRANDÃO, A. A.; FREITAS, E. V.; MAGALHÃES, M. E. C.; POZZAN, R. Hipertensão arterial no idoso. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; NERY, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S. (Ed.) **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan,. p.249-262, 2002

CAVALCANTE, J. W. S.; SANTOS, P. R. M.; MENEZES, M. G. F.; MARQUES. H. O. Influência da cafeína na PA e agregação plaquetária. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v.75 , 2000

CARRANZA, J. H.; TORREJÓN, C. M. Atención farmacéutica en geriatría. Madrid: Elsevier.. cap. 10, p. 131-148, 2005

CÉLIDA, J. O. Idosos em tratamento farmacológico anti-hipertensivo: Parâmetros para o cuidado clínico de Enfermagem, **Dissertação**, p.98, 2007.

CÉSAR, L. A. M. Sistema renina-angiotensina-aldosterona e doenças isquêmicas. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 3, p. 255-260, 2000.

- CIANCIARULLO, T. I., *et. al.* Saúde na família e na comunidade. São Paulo: Robe. p. 398, 2002.
- CIPOLLE, D. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. El ejercicio de la atención farmacéutica Madrid: McGraw Hill/ Interamericana. p. 36, 2002.
- COMITÉ DE CONSENSO. Terceiro Consenso de Granada sobre problemas relacionados com medicamentos (PRM) e Resultados Negativos associados a medicamentos (RNM). **Ars Pharm.**, v.43, n.3-4, p.175-184, 2007.
- DÁDER, M. J. F.; MUÑOZ, P. A.; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, F. Atención Farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos. Granada: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. 210p, 2008
- ELLIOT, W. J.; BLACK, H. R. Treatment of hypertension in the elderly. *Am J Geriatr Cardiol.* 11(1):11-21, 2002
- FUCHS, F. D.; FUCHS, S. C.; DUNCAN, B. B. Pressão arterial e risco cardiovascular: reavaliação de níveis de risco e alvos pressóricos terapêuticos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 8, p. 1-5, 2001.
- FAUS, M. J.; MARTINEZ, F. La atención farmacéutica en farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para sua marcha. p. 56-61, 1999.
- FAUS, M. J.; ROMERO-MARTINEZ F., Programa dáder de implantación del seguimiento deltratamiento farmacológico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Granada. Universidad de Granada;. Segundo Consenso.46p, 2002
- FERREIRA, S. F.; NASCIMENTO, J. W. L. Avaliação de interações medicamentosas em Prescrições de Pacientes Hospitalizados. **Racine**, n.94, 2006
- FREITAS, K. M. Validação de um instrumento (questionário) de atenção farmacêutica para pacientes em politerapia: visitação domiciliar. . **Monografia**, p. 78, 2008.
- GARÇÃO, J. A.; CABRITA, J. Evaluation of a Pharmaceutical Care Program for Hypertensive Patients em Rural Portugal. **Journal OF Americam Pharmaceutical Association**, v.42, n.6, p.858-864, 2002
- GIL A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GIORGI, D. M. A. Estratégias especiais para melhoria da adesão/Equipes multiprofissionais e o papel da pré e da pós-consultas. In: NOBRE, F.; PIERIN, A.; MION JR, D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**, São Paulo: Lemos, 2001. p. 71.
- GONZÁLEZ, M. A. Conocimientos, creencias y prácticas em pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapêutica. **Rev. Cubana Enfermer**, v. 21, 2005.
- GRAVINA, C. F.; GRESPAN, S. M.; BORGES, J. L. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, 2007.

GUS, I.; FISCHMANN, A.; MEDINA, C. Prevalência dos fatores de risco da doença arterial coronariana no estado do Rio Grande do Sul. **Arq Bras Cardiol.** 78 (5), 478-83, 2002.

GUS, M. & FUCHS, F. D. Análise crítica das evidências sobre o tratamento da hipertensão arterial no paciente com diabetes melito tipo 2. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 3, p. 193-197, 2006.

HALPERN, A.; MANCINI, M. C. O. Tratamento da obesidade no paciente portador de hipertensão arterial. **Rev. Brasileira de Hipertensão**, v. 7, p. 166-71, 2000

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <idades.ibge.gov.br/painel/populacao.php> Acesso em: 16 fevereiro 2014.

INACIO, T. B.; MACHADO, M. C. Hipertensão e fatores de risco cardiovascular de um grupo de indivíduos adultos atendidos no ambulatório de especialidades médicas da UNISUL. **Arquivo Brasileiro de cardiologia**, v. 85, p. 20-25, 2005.

IVAMA, A. M. Atenção Farmacêutica no Brasil: Proposta. Brasil. **Organização Pan-americana de Saúde**, 2002 p. 24.

IZAR, M. C. O. Tratamento hipolipemiante em situações especiais: pós-transplante e/ou terapia imunossupressora. **Arq. Bras. Cardiologia**, v. 85, p. 50-57, 2005.

JOAQUIM, A. F.; MARTIN, L. C.; DEFAVERI, J. Diabetes mellitus tipo II e a hipertensão arterial primária: o que há em comum? **Revista Clínica e Terapêutica**, v.29, n.2, p.59-65, out., 2003.

IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2002; 82.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2010; 95(1 supl.1): 1-51.

KAPLAN, N. M. Systemic Hypertension: Therapy. In: Braunwald E. Heart Disease.4 th ed., vol I, cap 20. Baltimore: Williams & Wilkins: 852-74, 1990.

KEARNEY, P. M; WHELTON, M; REYNOLDS, K. MUNTNER, P.; WHELTON, P. K; HE, J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. **Lancet.**; 365 (9455): 217-23, 2005.

KOHLMANN JR, O. & PLAVNIK, F. L. Hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 59, p. 49-60, 2002.

LEAPE, L. L.; CULLEN, D. J.; CLAPP, M. D.; BURDICK, E.; DEMONACO, H. J.; ERICKSON, J. I.; BATES, D. W. Pharmacist Participation on Physician Rounds and Adverse Drug Events in the Intensive Care Unit. v.281, n.3, p.267-270, 1999.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 26, n. 1470-1471, 2010.

LIMA, F. A.; MENEZES, M. E. S. Café e saúde humana: um enfoque nas substâncias presentes na bebida relacionadas às doenças cardiovasculares. **Revista de Nutrição**, v. 6, p. 1063-1073, 2010.

LOPES, O. L.; MORAES, E. D. Tratamento não medicamentoso para hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, 2010.

LUNA, R. L. Hipertensão arterial: diagnóstico e tratamento. **Revinter**, 2009.

MARIM, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. (Org). Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro (RJ). **OPAS/OMS**, 2003. 336p.

MARTÍNEZ, F. M.; DÁDER, M. J. F. Guia de Atención farmacéutica. Seguimento farmacoterapéutico y educación sanitaria em pacientes de edad avanzada. Universidade de Granada: Cátedra Sandoz, 2007.

MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L. O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. **Rev Latino-am Enfermagem**; 14(3). 2006

MARQUES, L. A. M.; SILVA, L. C.; BORGES, M.; SANTOS, R. C. A importancia do Farmacêutico para o uso racional de medicamentos em crianças e adolescentes. **Rev. Saúde**, p. 11-21, 2013.

MIRANDA, R. D. et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 9, n.3, p. 293-300, jul/set., 2002.

MIOR JR, D. Hipertensão Arterial. **Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia**, 2002.

MOLINA, M. C.; CUNHA, R. S.; HERKENHOFF, L. F. Hipertensão arterial e o consumo de sal em população urbana. **Revista de Saúde Pública**, 2003.

NAVES, J. O.; SILVER, L. D. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil, **Revista de Saúde Pública**, v.39, p.223-30, 2005.

NEVES, M. F.; BURLÁ, A. K.; OIGMAN, W. Como diagnosticar e tratar hiperensão arterial sistêmica. **Rev. Bras. Medicina**, v. 62, 2005.

OIGMAN, W.; NEVES, M. F. Hypertension in teh Elderly. **Rev. Brasileira de Medicina**, v. 56, p. 23, 1999.

OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso sa hipertensão arterial. **Revista Bioquímica da Hipertensão**, 2011.

OLIVEIRA, J. J.; SANDRA, R. A. S. O idoso com hipertensão arterial **Revista Brasileira de Medicina**, v. 56, p. 7, 1999.

OPAS. Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos. Relatório 2001-2002/ Adriana Mitsue Ivama. **Organização Pan-americana de Saúde**, 2002. p. 46

OPAS. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: Proposta /Adriana Mitsue Ivama. **Organização Pan-americana de Saúde**, 2002. p. 24

- PESSUTO, J.; CARVALHO, E. C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 6, p. 33-39, 1996.
- PORTO, C. C. Semiologia médica. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- REIS, H. P. L. Campos e Adequação da Metodologia Dáder em pacientes hospitalizados com pé diabético: abordagem em atenção farmacêutica. Fortaleza, 2005.
- ROLIM, R. A. A humanização e o cuidado na dispensação ativa aos usuários de medicamentos especiais em fármacos do SUS. **Mestrado em inclusão social e acessibilidade**, p. 94, 2012.
- ROSA, T. E. C.; BENICIO, M. H. D.; LATORRE, M. R. D. O.; RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Públ.**; 37: 40-4, 2003
- SABATÉ. E. Adherence to long-term Therapies: evidence for action. **World Health Organization**, Suíça, 2003, 194p.
- SANTOR, V. D. B. Avaliação do serviço de dispensação em medicamentos na rede de atenção básica do SUS. **Dissertação**, p. 172, 2010.
- SANTOS, H. M.; FERREIRA, P. J.; RIBEIRO, P. R.; CUNHA, I. Introdução ao Seguimento Farmacoterapêutico: Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona, Versão online. 2007. V. 02
- SILVA, M. P.; GASPAROTTO, G. S.; BONFIM, A. L. Relação entre indicadores antropométricos e hipertensão arterial em mulheres. **Revista Mackenzie de Educação física e esporte**, v. 9, 2010.
- SILVA, K. L.; LOPES, M. L. H.; MORAIS, M. J. D. Aspectos emocionais dos hipertensos na liga de hipertensão do Hospital Universitário. **Revista do Hospital Universitário/ UFMA**, 2006.
- SIMONETTI, J. P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L. R. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. *Rev. Latino Americana- Enfermagem*; 10(3):415, 2002.
- SIQUEIRA, F. P. C.; VEIGA, E. V. Hipertensão arterial e fatores. **Revista enfermagem brasileira**, v. 2, 2004.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. São Paulo: SBC; 2010.
- SOUZA, M. V. M.; PICANÇO, E. A.; MESSIAS, G. M.; TEXEIRA, A. B. S et al. Adesão ao tratamento não farmacológico do paciente hipertenso assistido por um programa de hipertensão de um hospital municipal do rio de janeiro. **Revista Eletrônica novo enfoque**, v. 12, 2011.
- SOUZA, V. V.; BERTONCIN, A. F. Atenção farmacêutica para pacientes hipertensos-nova metodologia e importância dessa prática no acompanhamento domiciliar. **Revista brasileira em promoção da saúde**, v. 21, p. 7, 2008.
- SPARRENBERGER, F.; MOREIRA, L. B.; CANEPPEKE, M. C. G. L. Associações entre estresse e hipertensão. **Rev. Bras Hipertensos**, v. 7, 2004.

SVARSTAD, B.; BULTMAN, D. C. The Patient: behavioral determinants. IN GENNARO, Alfonso R (Ed.). Remington: the science and practice of pharmacy. 20. Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Cap. 113, p. 1948-1956, 2000.

VIVIAN, E. M. Improving pressure control in a pharmacist-managed hypertension clinic. *Pharmacotherapy*.12(22):1533- 1540, 2002.

WAITZBERG, D. L. Nutrição Oral, enteral e parenteral na prática clínica. **Atheneu**, 2001.

WHO. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among the elderly in Bangladesh and India: a multicentre study. *Bulletin of the World Health Organization*. **World Health Organization**, v. 79, p. 490-500, 2001.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA**

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu,

em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “Atenção Farmacêutica em Hipertensos no Município de Cuité- PB.” O qual é integrante do projeto “Assistência Farmacêutica: Organização e Entraves”.

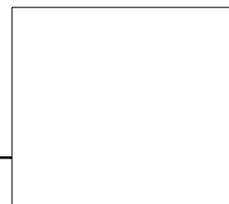
. Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos: o trabalho Atenção Farmacêutica em Hipertensos no Município de Cuité-PB, que tem como objetivo de prestar atenção farmacêutica aos pacientes, no intuito de uma melhor qualidade de vida durante o período de março de 2012 à setembro de 2013.

Estou ciente de que me cabe apenas responder o instrumento de coleta de dados composto por um questionário contendo questões objetivas e subjetivas, elaboradas no intuito de alcançar os objetivos propostos no estudo, ficando assegurado o menor risco e desconforto possível. Também tenho conhecimento de que posso me recusar a participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para minha pessoa. Terei a garantia do sigilo dos meus dados, sendo somente revelados com autorização expressa e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Não arcarei com qualquer despesa ou ônus financeiro neste projeto de pesquisa, sendo este estritamente voluntário. Em caso de dano de qualquer natureza, tenho assegurada a possibilidade de por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável. Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, poderei contatar a equipe científica no número 83-3372-1900 com o pesquisador responsável o professor Andrezza Duarte Farias.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso

em duas vias e uma delas ficará em minha posse. Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável



Assinatura do Participante

APÊNDICE B

Instrumento de coleta de dados (Questionário)



Foto

- Nome
- Data de nascimento

Registro:

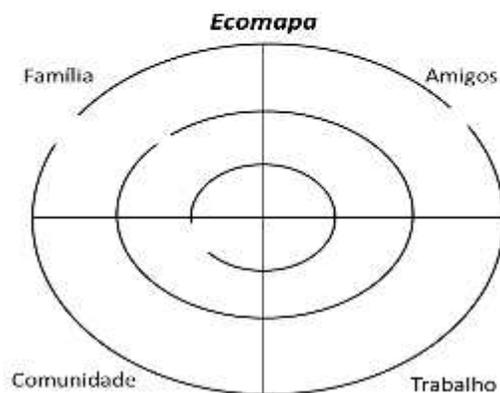
Semestre	Estagiários	Quantidade		Parâmetros			Adesão ao tratamento	Prioridade	Status
		Medic.	RNM	Glic. Jejum	RA	IMC			

1

Identificação

- Nome
- Idade
- Religião.
- Profissão.
- Escolaridade.

Problemas de saúde	Ano do diagnóstico



2

Identificação



3

Anamnese Farmacêutica

- **História da doença atual:**
- **Medicamentos:**
- **Uso de substâncias:**
- **Situação sócio econômica:**
- **Impressões sobre a entrevistada:**

4

Principais pontos:

- **Doenças:**
- **Medicamentos:**
- **Uso de substâncias:**
- **Renda:**
- **Impressões gerais:**

Rotina e hábitos alimentares

Hbrário	Atividade

Estado da Situação

Problema de saúde / indicação	Medicamento	Posologia adotada	Posologia prescrita	RNM

Observações

9

Plano de Atuação

Período: 29/06 a 30/09		
Problema	Intervenção	Resultado

10

Data	Evolução

Período:
Informações para a próxima turma