



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA

MARIA LUISA DE SÁ VIEIRA

**AVALIAÇÃO DO PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO E DA ADESÃO A
TERAPIA DE PACIENTES ASSISTIDOS PELO HIPERDIA**

CAMPINA GRANDE-PB

MAIO 2019

MARIA LUISA DE SÁ VIEIRA

**AVALIAÇÃO DO PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO E DA ADESÃO A
TERAPIA DE PACIENTES ASSISTIDOS PELO HIPERDIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Bacharelado em Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro Ramos de Queiroz.

CAMPINA GRANDE

MAIO 2019

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

V658a Vieira, Maria Luisa de Sá.
Avaliação do perfil farmacoterapêutico e da adesão a terapia de pacientes assistidos pelo Hiperdia [manuscrito] / Maria Luisa de Sa Vieira. - 2019.
49 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Maria do Socorro Ramos de Queiroz, Coordenação do Curso de Farmácia - CCBS."
1. Cuidado farmacêutico. 2. Farmacoterapia. 3. Hipertensão arterial sistêmica. 4. Diabetes mellitus. I. Título
21. ed. CDD 615.58

MARIA LUISA DE SÁ VIEIRA

**AVALIAÇÃO DO PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO E DA ADESÃO A
TERAPIA DE PACIENTES ASSISTIDOS PELO HIPERDIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de Bacharelado em Farmácia da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Farmácia.

Aprovada em: 03 / 06 / 2019 .

BANCA EXAMINADORA

Maria do Socorro Ramos de Queiroz

Prof. Dr^a. Maria do Socorro Ramos de Queiroz (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Rosemary Sousa Cunha Lima

Prof. Dr^a. Rosemary Sousa Cunha Lima
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Cinthya Maria P. de Souza

Prof. Dr^a. Cinthya Maria Pereira de Souza
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, por eu ter persistido e realizado o que Ele sonhou para mim. Gratidão por ter iluminado meu caminho com sabedoria.

Aos meus pais, Helysândra e Alessandro, que foram essenciais para que eu chegasse até aqui. Essa conquista é nossa, vocês fizeram esse curso juntos comigo e sempre me ensinaram a valorizar o que há de mais importante no crescimento pessoal, que é a educação. Obrigada pelo cuidado, dedicação e compreensão.

Ao meu irmão, Arthur, pelo amor incondicional e presença constante.

Ao meu namorado, Renan, pela companhia e por sempre me apoiar.

À minha orientadora, Maria do Socorro Ramos de Queiroz, por todos os ensinamentos passados e pelo suporte concedido durante todo o tempo que estive em seu projeto me permitindo realizar as atividades que almejava durante a vida acadêmica. Minha admiração pela profissional e ser humano que és.

A todo o corpo docente do curso de Farmácia pelos ensinamentos compartilhados.

A todos que fazem o PET-Farmácia UEPB, desde os que me acolheram até os que estiveram comigo até aqui, nesse projeto ímpar.

Aos meus colegas de curso, pelo apoio durante toda a trajetória. Em especial ao Clube da Luluzinha, que foram essenciais para deixar a caminhada mais leve.

Agradeço a todos que direto ou indiretamente contribuíram com essa jornada, o que sou hoje é o somatório de cada conhecimento partilhado.

RESUMO

O cuidado farmacêutico ao usuário é composto por quatro etapas: a coleta e organização dos dados do usuário; a avaliação e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia; a pactuação de um plano de cuidado com o usuário e o seguimento individual do usuário quando necessário. Na prática do cuidado farmacêutico uma das atividades que devem ser avaliadas é a adesão e a tendência de adesão a terapia. O presente estudo teve como objetivo traçar o perfil farmacoterapêutico dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos e avaliar a tendência de adesão destes à sua respectiva farmacoterapia. Tratou-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa e descritiva, realizado no período de janeiro a abril de 2019 e focado na avaliação do perfil farmacoterapêutico e na adesão ao tratamento por usuários hipertensos e/ou diabéticos domiciliados cadastrados na Unidade Básica de Saúde da Família Bonald Filho, em Campina Grande-PB. Na avaliação dos dados referentes ao resultado de tendência da adesão do paciente, foi realizada pela razão Necessidades/Preocupações (N/P). Os outros resultados foram analisados pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 17.0). Participaram do estudo 20 pacientes domiciliados, sendo que 70% (n = 14) pertenciam ao gênero feminino, a maioria encontrava-se na faixa etária igual ou superior a 80 anos (40%), possuía uma renda de 1 salário mínimo (45%) e era portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (60%). Com relação aos Resultados Negativos Associados aos Medicamentos (RNMs), identificou-se 15 pacientes com RNM de necessidade, 12 de efetividade e 6 de segurança. Em relação a tendência de adesão ao tratamento, o resultado foi satisfatório, visto que 16 pacientes apresentaram uma maior tendência. Na Atenção Primária à Saúde foi possível realizar serviços farmacêuticos, acompanhamento farmacoterapêutico, incentivando assim a autoestima do paciente e o autocuidado. É uma atividade que deve ser realizada junto a equipe multidisciplinar, no momento das visitas domiciliares, cada profissional desenvolvendo suas atribuições.

Palavras-chaves: Cuidado farmacêutico. Visitas domiciliares. Hipertensão Arterial Sistêmica. Diabetes *Mellitus*.

ABSTRACT

Pharmaceutical care to the user is composed of four steps: the collection and organization of user data; the evaluation and identification of problems related to pharmacotherapy; the agreement of a plan of care with the user and the individual follow-up of the user when necessary. In the practice of pharmaceutical care, one of the activities that should be evaluated is adherence and the trend towards adherence to therapy. The present study aimed to outline the pharmacotherapeutic profile of hypertensive and / or diabetic patients and to evaluate the tendency of adherence to their respective pharmacotherapy. It was a cross-sectional study, with a quantitative and descriptive approach, carried out from January to April 2019 and focused on the evaluation of the pharmacotherapeutic profile and adherence to treatment by hypertensive and / or diabetic patients domiciled registered in the Basic Health Unit of the Bonald Filho family, in Campina Grande-PB. In the evaluation of the data referring to the trend of patient compliance, it was performed by Needs / Concerns ratio (N / P). The other results were analyzed by the Statistical Package for the Social Sciences program (SPSS version 17.0). A total of 20 domiciled patients participated in the study, of which 70% (n = 14) belonged to the female gender, the majority were 80 or older (40%), had an income of 1 minimum wage (45%) and had Systemic Arterial Hypertension (SAH) (60%). Regarding the Negative Results Associated with Medications (RNMs), 15 patients with RNM of need, 12 of effectiveness and 6 of safety were identified. Regarding the tendency of adherence to the treatment, the result was satisfactory, since 16 patients presented a greater tendency. In the Primary Health Care it was possible to perform pharmaceutical services, pharmacotherapeutic follow-up, thus encouraging patient self-esteem and self-care. It is an activity that must be carried out together with the multidisciplinary team, at the time of the home visits, each professional developing his duties.

Key-words: Pharmaceutical care. Home visits. Systemic Arterial Hypertension. Diabetes *Mellitus*.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Valores de glicose plasmática (em mg / dL) para diagnóstico da DM e seus estágios pré-clínicos	15
FIGURA 2	Classificação dos Resultados Negativos associados aos Medicamentos (RNM's) de acordo com o Terceiro Consenso de Granada	21
FIGURA 3	Classes farmacológicas identificadas no delineamento do perfil Farmacoterapêutico	25
FIGURA 4	Quantidade de Resultados Negativos associados aos Medicamentos (RNM's)	26
FIGURA 5	Classificação da tendência de adesão por paciente a sua farmacoterapia, seguindo o questionário BaMQ	33

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Classificação da Hipertensão Arterial de acordo com os níveis de pressão sistólica e diastólica	14
TABELA 2	Dados demográficos, socioeconômicos e presença de DCNT	22
TABELA 3	Delineamento do perfil farmacoterapêutico	24
TABELA 4	Classificação dos RNM's em categoria	26
TABELA 5	Fatores relacionados à adesão do tratamento farmacológico	30
TABELA 6	Lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus medicamentos	31
TABELA 7	Número de pacientes que utilizavam terapias alternativas	32
TABELA 8	Avaliação dos parâmetros antropométricos, pressóricos e bioquímicos	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPH	American Society of Health-System Pharmacists
BaMQ	Beliefs about Medicines Questionnaire
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DM1	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 1
DM2	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HbA1c	Hemoglobina Glicada
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IMC	Índice de Massa Corpórea
OMS	Organização Mundial de Saúde
RNM	Resultado Negativo associado ao Medicamento
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	12
2.1	Objetivo geral	12
2.2	Objetivos específicos	12
3	REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1	Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes <i>Mellitus</i> (DM)	13
3.2	Adesão ao tratamento	16
3.3	Acompanhamento farmacoterapêutico	17
4	MATERIAL E MÉTODOS	19
4.1	Tipo e local da pesquisa	19
4.2	Amostra estudada	19
4.3	Critérios de inclusão e exclusão	20
4.4	Aspectos éticos	20
4.5	Avaliação do perfil farmacoterapêutico	20
4.6	Análise dos dados	21
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
	REFERÊNCIAS	
	ANEXOS	
	APÊNDICE	

1 INTRODUÇÃO

A American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) definiu a farmácia clínica como uma ciência da saúde, cuja responsabilidade é assegurar, mediante a aplicação de conhecimentos e funções relacionadas com o cuidado dos pacientes, que o uso dos medicamentos seja seguro e apropriado, e que necessita de educação especializada e/ou treinamento estruturado. Requer, além disso, que a coleta e interpretação de dados sejam criteriosas, que exista motivação pelo paciente e que existam interações interprofissionais (ASHP, 2000).

Um modelo da prática clínica na Atenção Básica de Saúde (ABS) ocorre através do cuidado farmacêutico ao usuário que é composto por quatro etapas: a coleta e organização dos dados do usuário; a avaliação e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia; a pactuação de um plano de cuidado com o usuário e o seguimento individual do usuário quando necessário (WONG, 2004; CORRER; OTUKI, 2013).

No cuidado farmacêutico realiza-se a avaliação da história farmacoterapêutica do paciente, a qual é obtida em dois passos, primeiramente, com auxílio de uma tabela, é registrada a farmacoterapia atual do paciente, ou seja, os medicamentos que o paciente está fazendo uso no momento, posteriormente, é avaliada a adesão do paciente ao tratamento, como também a sua capacidade de gerir os seus medicamentos, reações adversas, alguma dificuldade para usar os medicamentos, o acesso a esses, às alergias e às terapias alternativas (WONG, 2004; CORRER; OTUKI, 2013; CRF, 2017).

Segundo Haynes (1980), adesão é o grau em que a conduta de um paciente em relação ao uso do medicamento, ao seguimento de uma dieta ou à modificação de hábitos de vida, coincide com as instruções fornecidas pelo médico ou outro profissional sanitário.

É importante saber que no Brasil e no mundo as doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e de Diabetes *Mellitus* (DM), são de alta prevalência e os portadores destes agravos são usuários de medicamentos de uso contínuo, muitas vezes utilizam dois ou mais itens sendo mais suscetíveis ao seu uso inadequado, à polifarmácia e às

interações medicamentosas (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2016; SILVA, et. al., 2016).

Esses pacientes precisam ter uma boa relação e confiança no farmacêutico para que seja desenvolvido um trabalho conjunto que vise sempre a melhora na saúde, sabido que o tratamento dessas doenças crônicas é contínuo, e o bem-estar do paciente está diretamente ligado ao controle das mesmas, que só é possível com o uso correto dos medicamentos.

Diante disso, o estudo é de fundamental relevância, pois o público-alvo são os pacientes hipertensos e/ou diabéticos que precisam desse monitoramento, o qual é possibilitado pelo perfil farmacoterapêutico e o estudo da tendência de adesão desses pacientes a sua farmacoterapia, para que assim possam ser elaborados planos que visem o máximo de adesão, evitando possíveis consequências negativas que essas doenças venham a trazer a esses pacientes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Traçar o perfil farmacoterapêutico dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos e avaliar a tendência de adesão destes à sua respectiva farmacoterapia.

2.2 Objetivos específicos

- Promover o cuidado farmacêutico através do delineamento da farmacoterapia.
- Identificar motivos que levam o paciente a não ter uma plena adesão a farmacoterapia;
- Analisar a tendência de adesão dos pacientes a farmacoterapia.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* (DM)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica caracterizada pelo nível pressórico constante em valores maiores ou iguais a 140x90 mmHg. É um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente (FUCHS, 2004). Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (PASSOS et al., 2006).

A HAS contempla três itens importantes na sua caracterização: prevalência, acomete entre 22,3% a 43,9% da população maior de 18 anos (32% em média, pontuando 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% para > 70 anos) e responde por uma parcela significativa das consultas da rede básica; transcendência, é um dos principais fatores de risco associado ao infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE) e outros agravos, inclusive morte, além de sua forma silenciosa de desenvolvimento; e vulnerabilidade, facilmente tratável e controlável no âmbito da APS, uma vez que 50 a 80% dos casos se resolve na rede básica (SBC, 2016).

Apesar de ser considerada um grave problema de saúde pública, ainda apresenta baixa taxa de controle no Brasil (18% a 19,6%) ocasionando custo médico-social, principalmente por suas complicações. No cenário mundial, a média europeia de controle da HAS na APS é de 8%. Os EUA entre 1988-2008 duplicaram o percentual de controle (27,3% vs. 53,5%) e o Canadá quintuplicou entre 1992-2009 (13,2% vs. 64,6%), refletindo importantes avanços na sua detecção e tratamento. O Canadá, seguido de Cuba, apresenta os melhores indicadores no tocante à prevalência (22% e 20% respectivamente da população em geral e 50% na faixa etária > de 50 anos), ao diagnóstico (87% – 78%), ao tratamento (82% – 61%) e ao controle (66% – 40%) (LÓPEZ-JARAMILLO et al., 2014).

Visando definir metas terapêuticas e abordagens específicas no tratamento para atingi-las, a Sociedade Brasileira de Cardiologia criou a VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão visando padronizar a classificação dos tipos de HAS de acordo com os níveis pressóricos aferidos (TABELA 1).

TABELA 1 – Classificação da hipertensão arterial de acordo com os níveis de pressão sistólica e diastólica.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão leve (Estágio 1)	140-159	90-99
Hipertensão moderada (Estágio 2)	160-179	100-109
Hipertensão grave (Estágio 3)	>180	>110
Hipertensão Sistólica Isolada	>140	<90

Quando as pressões sistólicas e diastólicas se situam em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação da pressão arterial

Fonte: SBC, 2016.

Outra doença de importância clínica e epidemiológica no nosso país é a Diabetes *Mellitus* (DM). É considerada um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos e pode ser classificada de acordo com a etiologia, principalmente em: DM1, caracterizada pela destruição das células beta pancreáticas com consequente deficiência de insulina e a DM2, caracterizada por defeitos na ação e secreção da insulina (SBD, 2017-2018). A Figura 1, mostra os valores glicêmicos considerados para diagnóstico da doença, associando-se o quadro clínico apresentado pelo

indivíduo e mediante confirmação dos resultados laboratoriais alterados para confirmação do diagnóstico.

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, uma epidemia da doença está em curso. Se as tendências atuais persistirem, o número de pessoas com diabetes foi projetado para ser superior a 642 milhões de diabéticos em 2040. Cerca de 75 % dos casos são de países em desenvolvimento, nos quais deverá ocorrer o maior aumento dos casos de diabetes nas próximas décadas (SBD, 2017-2018).

Ainda segundo o documento da SBD, o número de diabéticos vem aumentando devido à maior prevalência de sedentarismo e obesidade, envelhecimento e crescimento populacional, maior urbanização, bem como à maior sobrevivência dos pacientes diabéticos.

FIGURA 1 – Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM, adotados pela SBD.

Categoria	Glicose em Jejum (mg / dL)	Glicose 2 horas após sobrecarga com 75 g de glicose (mg / dL)	Glicose ao acaso	HbAc (%)
Normoglicemia	Menor que 100	Menor que 140	-	Menor que 5,7
Pré-diabetes ou risco aumentado para DM	Entre 100 e 126	Igual ou superior a 140 a menor que 200	-	Igual ou superior a 5,7 e menor que 6,5
Diabetes estabelecido	Igual ou superior a 126	Igual ou superior a 200	Igual ou superior a 200 (com sintomas clássicos)	Igual ou superior a 6,5

Fonte: SBD, 2017-2018.

A DM é associada fortemente ao risco cardiovascular devido aos seus efeitos deletérios micro e macrovasculares, a angiopatia. De acordo com Siqueira (2007), pacientes com diabetes apresentam risco aumentado de 3 a 4 vezes de sofrer algum evento cardiovascular e o dobro de risco de morrer desse evento se comparado com a população em geral, estando 70% dos óbitos, em diabéticos, relacionados a esse tipo de ocorrência. O controle

glicêmico rígido, especialmente naqueles indivíduos em início de terapia antidiabética, tem benefícios reais na prevenção de eventos cardiovasculares deletérios, o que indica associação comprovada entre hiperglicemia e esses episódios (MATHEUS et al., 2013). Inclusive, segundo as recomendações das Diretrizes para Hipertensão (SBC, 2016) e das Diretrizes sobre Dislipidemias (SBC, 2013), a presença de DM exige uma maior rigidez no controle pressórico em pacientes hipertensos (é necessária uma redução incremental de 10 mmHg tanto nos níveis sistólicos quanto nos diastólicos para atingir as metas terapêuticas) e no controle do perfil lipídico em pacientes com dislipidemia (exige metas equivalentes à presença de alto risco cardiovascular).

Associado a esses fatos, o custo para o tratamento da DM no Brasil é considerado alto para o sistema público de saúde e para a sociedade, tendendo a se elevar ainda mais com a duração da doença e presença de complicações de saúde (SBC, 2016).

Desse modo, a referida doença exige um manejo e cuidado adequado para redução da morbidade associada e garantia da sobrevivência do paciente, além de uma mudança no paradigma atual do tratamento da mesma, realocando recursos para estratégias de prevenção primária da doença e suas complicações, principalmente quando existe associação com a HAS e outras comorbidades.

3.2 Adesão ao tratamento

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adesão ao tratamento pode ser definida como “a extensão com a qual o comportamento do indivíduo, uso dos medicamentos, seguimento de uma dieta e/ou execução de mudanças de estilo de vida, coincidem com as recomendações dos profissionais de saúde” (WHO, 2003). Segundo Blackburn, Swidrovic e Lemstra (2013), adesão consiste simplesmente na extensão com a qual indivíduos tomam medicamentos com efeitos benéficos à saúde reconhecidos.

Apesar de existirem divergências entre autores, quanto ao conceito de adesão, muitos consideram como adesão em terapias crônicas, incluindo-se a HAS e o DM, o uso de pelo menos 80% do total de medicamentos prescritos, observando-se doses, horários e tempo de tratamento (GRÉGOIRE et al., 2010).

A OMS indica, ainda, que apenas cerca de 50% dos pacientes com doenças crônicas sob acompanhamento médico tomam pelo menos 80% dos medicamentos prescritos. Como consequência, aproximadamente 75% desses pacientes não atinge as metas terapêuticas pré-estabelecidas, o que pode levar ao agravamento dos estados de saúde desses pacientes, aumento dos custos de tratamento, aumento da morbimortalidade associada aos medicamentos e, ainda, deteriorar a relação paciente-profissional de saúde (WHO, 2003). Em uma revisão sobre o tema, é relatado ainda que a adesão pode chegar a níveis ainda mais baixos, como apenas 36% dos usuários de medicamentos seguindo novos tratamentos a contento (BLACKBURN; SWIDROVIC; LEMSTRA, 2013).

3.3 Acompanhamento Farmacoterapêutico

É o serviço pelo qual o farmacêutico realiza o gerenciamento da farmacoterapia, por meio da análise das condições de saúde, dos fatores de risco e do tratamento do paciente, da implantação de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e do acompanhamento do paciente, com o objetivo principal de prevenir e resolver problemas da farmacoterapia, a fim de alcançar bons resultados clínicos, reduzir os riscos, e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde. Inclui, ainda, atividades de prevenção e proteção da saúde (CFF, 2017).

No âmbito do cuidado farmacêutico voltado para diabéticos, uma meta-análise realizada por Collins et al., (2011) foi conduzida com o objetivo de avaliar o efeito da intervenção farmacêutica no controle glicêmico de pacientes com DM. Em 14 estudos foi possível avaliar o efeito da prática farmacêutica, sendo este, uma redução significativa da taxa de hemoglobina glicada (HbA1c), em todos os ensaios, e da glicemia em boa parte dos mesmos. Os autores concluíram que o acompanhamento feito pelo farmacêutico proveu benefícios clínicos no controle glicêmico, demonstrando sua importância e efeito positivo para esse tipo de população.

Os parâmetros determinantes do risco cardiovascular (níveis de colesterol e pressão arterial sistólica) e seus agravantes, como a DM, com os resultados positivos de estudos científicos envolvendo os cuidados farmacêuticos, pode-se inferir que essa prática farmacêutica pode ter um

impacto positivo, também, quanto ao manejo do risco cardiovascular. Estudos recentes desenvolvidos por Lyra Junior (2011), Firmino (2012) e Firmino (2015) demonstraram que a realização de um Acompanhamento Farmacoterapêutico é capaz de influenciar positivamente o manejo do risco cardiovascular em pacientes hipertensos e diabéticos.

Segundo Ayala (2010) e Calixto (2010) um acompanhamento farmacoterapêutico, é capaz de melhorar o perfil de adesão e a qualidade de vida dos pacientes-alvo, ou seja, hipertensos e diabéticos. Também enfatizaram a relevância da implantação desse tipo de serviço na rede de APS.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo e local da pesquisa

O estudo foi do tipo transversal, com abordagem quantitativa e descritiva, realizado no período de janeiro a abril de 2019 e focado na avaliação do perfil farmacoterapêutico e na adesão ao tratamento por usuários hipertensos e/ou diabéticos domiciliados cadastrados na Unidade Básica de Saúde da Família Bonald Filho, em Campina Grande-PB.

4.2 Amostra estudada

A amostra foi composta por vinte pessoas domiciliadas cadastradas no programa HIPERDIA, o qual contempla pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

Os instrumentos utilizados para coleta de dados, tanto do perfil farmacoterapêutico (ANEXO D) como da adesão dos pacientes as suas farmacoterapias (ANEXO E), foram os preconizados pelo Manual de Cuidados Farmacêuticos, elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). Os participantes foram abordados sem a presença de terceiros, em ambiente fechado.

Na tendência de adesão do paciente a farmacoterapia foi usado o instrumento *Beliefs about Medicines Questionnaire* (ANEXO F), o qual leva em consideração as crenças dos pacientes, avaliando as necessidades e as preocupações sobre os medicamentos e associando-as a não adesão ao tratamento (BRASIL, 2014).

O formulário utilizado para coleta dos dados sociodemográficos, antropométricos, pressóricos e bioquímicos encontra-se no Apêndice A. A circunferência abdominal foi considerada a menor medida entre o rebordo costal e a espinha ilíaca ântero-superior, seguindo os parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS), 88 cm para mulheres e 102 cm para homens (WHO, 2000). O IMC foi calculado dividindo-se o peso (Kg) pela altura ao quadrado (m^2), utilizando-se o Índice de Massa Corpórea de 25 kg/m^2 para a definição de sobrepeso e 30 kg/m^2 para obesidade conforme critério da OMS (WHO, 2000).

Na avaliação das possíveis interações medicamentosas, utilizou-se a base de dados Micromedex.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão se fez necessário que os usuários fossem portadores de HAS e/ou DM2, maiores de 18 anos e que concordassem em participar da pesquisa, sendo excluídos os que não atenderam a esses critérios.

4.4 Aspectos éticos

A pesquisa foi autorizada pelo comitê de ética em pesquisa do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (CESED/PB), em Campina Grande-PB, com parecer de nº 03216818.0.0000.5175. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme recomenda a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Desta forma, este projeto estava de acordo com as diretrizes éticas da pesquisa com seres humanos, recomendadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

4.5 Avaliação do perfil farmacoterapêutico

Para avaliar o perfil farmacoterapêutico foi utilizado o Terceiro Consenso de Granada (FIGURA 2).

FIGURA 2 – Classificação dos Resultados Negativos associados aos Medicamentos (RNM's) de acordo com o Terceiro Consenso de Granada.

<p>NECESSIDADE</p> <p>Problema de saúde não tratado – O paciente sofre um problema de saúde associado ao fato de não receber um medicamento que necessita;</p> <p>Efeito de medicamento não necessário – O paciente sofre um problema de saúde associado ao fato de receber um medicamento que não necessita;</p>
<p>EFETIVIDADE</p> <p>Inefetividade não quantitativa – O paciente sofre um problema de saúde associado a uma inefetividade não quantitativa do medicamento;</p> <p>Inefetividade quantitativa – O paciente sofre um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa do medicamento;</p>
<p>SEGURANÇA</p> <p>Insegurança não quantitativa – O paciente sofre um problema de saúde associado a uma insegurança não quantitativa do medicamento;</p> <p>Insegurança quantitativa – O paciente sofre um problema de saúde associado a uma insegurança quantitativa do medicamento.</p>

Fonte: Comitê de Consenso, 2007.

4.6 Análise dos dados

Na avaliação dos dados referentes ao resultado de tendência da adesão do paciente, foi realizada pela razão Necessidades/Preocupações (N/P), sendo a tendência a aderir ao tratamento diretamente proporcional ao resultado da razão N/P: **$N/P > 1$** : Maior tendência a aderir ao tratamento; **$N/P = 1$** : Tendência a aderir igual à tendência a não aderir; **$N/P < 1$** : Menor tendência a aderir ao tratamento.

Os outros resultados foram analisados pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 17.0). As variáveis quantitativas foram avaliadas quanto a sua distribuição normal pelo teste Kolmogorov-Smirnov.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 20 pacientes domiciliados, sendo que 70% (n = 14) pertenciam ao gênero feminino, a maioria encontrava-se na faixa etária igual ou superior a 80 anos (40%), possuía uma renda de 1 salário mínimo (45%) e era portador de HAS (60%) (TABELA 2).

TABELA 2 – Dados demográficos, socioeconômicos e presença de DCNT.

Variáveis	N	%
Gênero		
Feminino	14	70
Masculino	6	30
Grupo etário		
<60 anos	1	5
60 a 69 anos	4	20
70 a 79 anos	7	35
≥ 80 anos	8	40
Estado civil		
Com companheiro	7	35
Sem companheiro	13	65
Renda		
1 SM	9	45
> 1 SM e < 2 SM	7	35
> 2 SM e < 3 SM	3	15
> 4 SM	1	5
DCNT		
HAS	12	60
DM2	1	5
HAS e DM2	7	35

Fonte: Dados da pesquisa.

SM = Salário mínimo; **DCNT** = Doenças Crônicas Não Transmissíveis; **HAS** = Hipertensão Arterial Sistêmica; **DM2** = Diabetes *Mellitus* tipo 2.

Os dados deste estudo corroboram com várias pesquisas realizadas no Brasil e no mundo, mostrando o crescimento da longevidade. Estimativas projetam que o número de idosos até 2025 será superior a 30 milhões e a velhice tanto poderá ser acompanhada por altos níveis de doenças crônicas quanto por saúde e bem-estar (DEBERT, 1999; LIMA, 2003; LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008).

Com relação ao gênero, as mulheres tiveram maior participação. Este dado pode ser justificado pela maior expectativa de vida da mulher, em relação ao homem. A proteção cardiovascular dada pelos hormônios femininos, o menor consumo de tabaco e álcool, além da maior procura por assistência

médica são hipóteses levantadas por alguns autores para explicar essa diferença populacional entre os gêneros na terceira idade (ROCHA et al., 2008).

Foi importante observar que, a maioria (45 %) da amostra estudada sobrevive com um salário mínimo, que pode ser considerado um dos fatores socioeconômico agravante para a saúde, pois dificulta o acesso a melhores condições de vida. De acordo com Neri e Guariento (2011), é importante melhorar as condições socioeconômicas, principalmente nos países emergentes, como o Brasil, para possibilitar uma boa qualidade de vida aos idosos em sua velhice. É preciso observar que as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos.

Neste estudo foi observado que dos oito pacientes pertencentes à faixa etária mais avançada, seis eram totalmente dependentes de cuidadores, que eram os próprios familiares e dois vivem sozinhos em seus domicílios, sem auxílio de cuidadores dependendo da ajuda de terceiros, dificultando assim o processo de cuidado em saúde.

Avaliando a prevalência das DCNT, observou-se que a HAS isolada esteve presente em 60% da amostra e associada a DM2 em 35%. Estas doenças representam seguimento ainda mais difícil, porque são condições relacionadas à faixa etária mais avançada. Alguns estudos têm mostrado que pessoas com mais de 60 anos aderem menos ao tratamento e apresentam pior controle da pressão arterial e da glicemia e que esse grupo habitualmente necessita de outros medicamentos ou possui algumas outras limitações que dificultam a aplicação do tratamento por completo (GUSMÃO et al., 2009).

A Tabela 3 apresenta o delineamento do perfil farmacoterapêutico, sendo possível observar que 5 pacientes (25 %) fazem o uso de cinco ou mais medicamentos, a maioria das prescrições (70 %) é originária da UBSF, 85% conheciam a indicação do medicamento, faziam uso de acordo com a posologia prescrita e 70% revelaram que o medicamento funciona muito bem.

A polifarmácia foi identificada na prescrição de alguns pacientes acompanhados. Esta pode ser definida como o uso de múltiplos medicamentos por um paciente. Segundo Clyne et al., (2015) a polifarmácia e a prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos são problemas de

saúde pública e têm sido associados com eventos adversos tais como quedas, hospitalização e morte. É um fator preocupante, porque as mudanças fisiológicas relacionadas ao envelhecimento podem alterar as propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas no paciente idoso (COELHO; MARCOPITO; CASTELO, 2004).

TABELA 3 – Delineamento do perfil Farmacoterapêutico.

Variáveis	N	%
Quantidade de medicamentos utilizados		
1	2	10
2	3	15
3	7	35
4	3	15
5	1	5
6	2	10
7	1	5
10	1	5
Origem da prescrição		
UBSF	14	70
Cardiologista	3	15
Endocrinologista	1	5
Pneumologista e cardiologista	1	5
Cardiologista e endocrinologista	1	5
Sabe para que utiliza		
Sim	17	85
Não	3	15
Como funciona pra você		
Funciona muito bem	14	70
Funciona regular	1	5
Não funciona bem	1	5
Não sei	4	20
Posologia prescrita x posologia utilizada		
Sim	17	85
Não	3	15

Fonte: Dados da pesquisa.

UBSF = Unidade Básica de Saúde da Família.

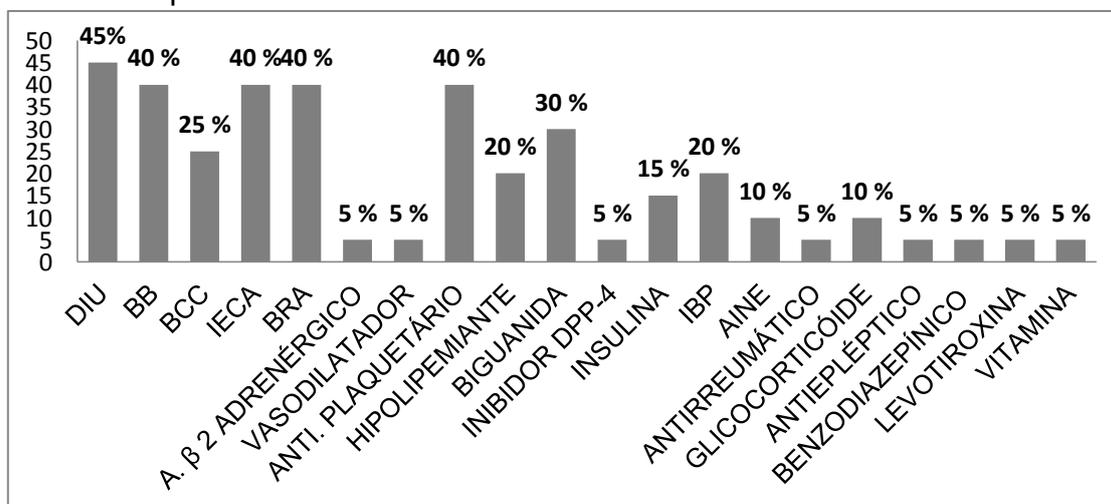
A maioria das prescrições foram originárias da UBSF, dado justificado devido à dificuldade de locomoção dos idosos, sendo as consultas realizadas pelas equipes de saúde, durante a realização das visitas domiciliares. Para

Romanholi e Cyrino (2012), a UBSF prevê a atenção domiciliar à saúde como forma de assistência àqueles que precisam de cuidados contínuos, mas, sobretudo, como instrumento de diagnóstico local e programação das ações a partir da realidade. Vários estudos apontam o importante papel da visita domiciliar no estabelecimento de vínculos com a população, bem como seu caráter estratégico para integralidade e humanização das ações, pois permite uma maior proximidade e, conseqüentemente, maior responsabilização dos profissionais com as necessidades de saúde da população, de sua vida social e familiar.

Como citado anteriormente, 85% dos pacientes conhecem o tipo de doença que apresenta e o tratamento prescrito. É um dado notório, porque se espera que um bom conhecimento em relação à sua doença e ao tratamento possam ter melhora significativa em relação à adesão, na medida em que, gradativamente, aceitem e compreendam sua situação, seus recursos e suas potencialidades.

De acordo com a Figura 3 as classes farmacológicas mais prescritas no presente estudo foram os diuréticos (45%), seguido dos betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueador dos receptores de angiotensina II e antiagregante plaquetário, com 40 % respectivamente.

FIGURA 3 – Classes farmacológicas identificadas no delineamento do perfil farmacoterapêutico.

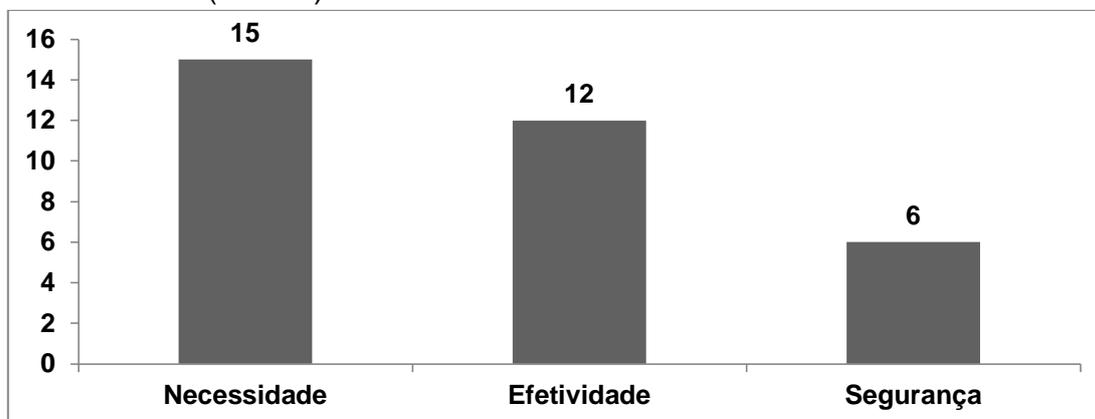


Fonte: Dados da pesquisa.

DIU = Diuréticos; **BB** = Betabloqueador; **BCC** = Bloqueador dos canais de cálcio; **IECA** = Inibidores da enzima conversora de angiotensina; **BRA** = Bloqueador dos receptores de angiotensina II; **A. β 2 ADRENÉRGICO** = Agonista beta-2-adrenérgico; **ANTI. PLAQUETÁRIO** = Antiagregante plaquetário; **IBP** = Inibidor da bomba de prótons; **AINE** = Anti-inflamatórios não esteroides.

A farmacoterapia foi avaliada por paciente seguindo o Terceiro Consenso de Granada (2007) e foram identificados resultados negativos associados aos medicamentos nas três supras categorias, sendo necessidade o mais presente (FIGURA 4).

FIGURA 4 – Quantidade de Resultados Negativos associados aos Medicamentos (RNM's).



Fonte: Dados da pesquisa.

As categorias também foram estudadas com o intuito de identificar as causas pelas quais os pacientes apresentavam os respectivos RNM's (TABELA 4).

TABELA 4 – Classificação dos RNM's em categorias.

Variáveis	N	%
Problema de saúde não tratado	13	87
Efeito de medicamento não necessário	2	13
Inefetividade não quantitativa	12	100
Insegurança não quantitativa	4	67
Insegurança quantitativa	2	33

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação à necessidade, foi identificada em 15 pacientes, o problema de saúde não tratado foi apresentado por 13 deles, sendo 11 relacionado ao esquecimento e 2 a não aceitação da terapia. Segundo Borba et al., (2013) a complexidade do regime terapêutico, a duração do tratamento e as

frequentes mudanças levam a erros no seguimento da terapia, mesmo quando o medicamento é fornecido. Além disso, o esquecimento decorrente do próprio processo de envelhecimento, bem como o esquecimento senescente benigno, ou de processos patológicos, como nas diversas formas de demência, é um dos fatores que podem concorrer para o não cumprimento das prescrições. Também foi identificado que 2 pacientes faziam uso de medicamento desnecessário (budesonida e fumarato de formoterol di-hidratado + budesonida; clopidogrel e clopin). Ao entrevistar, notou-se a duplicação terapêutica e as pacientes relataram que faziam o uso porque havia sido prescrito pelo médico e não tinham o conhecimento que se tratava do mesmo medicamento. Foi feita a intervenção farmacêutico-paciente para ser feito o uso de apenas um dos medicamentos.

Os RNM's relacionados à efetividade com risco para ocorrência de interações medicamentosas foram correspondentes a inefetividade não quantitativa:

- Ácido acetilsalicílico x atenolol: pode resultar em aumento da pressão arterial;
- Ácido acetilsalicílico x bisoprolol: pode resultar em aumento da pressão arterial;
- Ácido acetilsalicílico x enalapril: pode resultar na diminuição da eficácia do enalapril;
- Ácido acetilsalicílico x espironolactona: pode resultar em redução da eficácia diurética, hipercalemia ou possível nefrotoxicidade;
- Ácido acetilsalicílico x furosemida: pode resultar em redução da eficácia diurética e possível nefrotoxicidade;
- Ácido acetilsalicílico x metformina: pode resultar em aumento do risco de hipoglicemia;
- Ácido acetilsalicílico x prednisona: pode resultar em um risco aumentado de ulceração gastrointestinal e concentrações séricas de aspirina subterapêuticas;
- Alogliptina x enalapril: pode resultar em aumento do risco de hipoglicemia;
- Anlodipino x sinvastatina: pode resultar no aumento da exposição à sinvastatina e aumento do risco de miopatia, incluindo rabdomiólise;

- Atenolol x diclofenaco de potássio: pode resultar em aumento da pressão arterial;
- Clopidogrel x sinvastatina: pode resultar na diminuição da formação do metabolito ativo do clopidogrel, resultando em alta reatividade plaquetária durante o tratamento;
- Diclofenaco de potássio x hidroclorotiazida: pode resultar em redução da eficácia diurética e possível nefrotoxicidade;
- Enalapril x hidroclorotiazida: pode resultar na redução da pressão arterial;
- Enalapril x insulina Humana Recombinante NPH: pode resultar em aumento do risco de hipoglicemia;
- Enalapril x insulina Regular: pode resultar em aumento do risco de hipoglicemia;
- Enalapril x metformina: pode resultar em aumento do risco de hipoglicemia;
- Furosemida x insulina Humana Recombinante NPH: pode resultar em aumento do risco de hiperglicemia e aumento da necessidade de insulina;
- Hidroclorotiazida x insulina Humana Recombinante NPH: pode resultar em aumento do risco de hiperglicemia e aumento da necessidade de insulina;
- Hidroclorotiazida x insulina Regular: pode resultar em aumento do risco de hiperglicemia e aumento da necessidade de insulina;
- Insulina Humana Recombinante NPH x losartana: pode resultar em aumento do risco de hipoglicemia;
- Insulina Humana Recombinante NPH x metformina: pode resultar em aumento do risco de hipoglicemia;
- Insulina Regular x metformina: pode resultar em aumento do risco de hipoglicemia;
- Losartana x espironolactona: pode resultar em aumento do risco de hipercalemia (MICROMEDEX).

Os relacionados à segurança com probabilidade de ocorrência de reações adversas foram apresentados por 6 pacientes, sendo as queixas citadas semelhante a literatura. A insegurança quantitativa correspondeu a metformina com alteração do paladar e anlodipino com a presença de edema. Com relação a não quantitativa foram identificadas através do arava (um dos excipientes é a lactose e a paciente apresenta intolerância à lactose, tendo,

portanto, episódios diarreicos), alergia (edema) e enalapril (tosse seca e rinorreia) (KOROLKOVAS; FRANÇA; CUNHA, 2015).

De acordo, com a Organização Mundial de Saúde (OMS) existem dois tipos de pacientes não aderentes: os involuntários, por falhas de conhecimento ou interpretação das instruções da equipe de saúde, esquecimento dos horários e desorganização na ingestão medicamentosa, fazem, portanto subutilização medicamentosa e os voluntários, aqueles que optam por não tomar, parcialmente ou totalmente, os medicamentos por múltiplos motivos (BRASIL, 2016).

A Tabela 5 apresenta fatores que podem interferir na adesão do paciente a farmacoterapia e ajuda a classificar nos dois perfis de não aderência. Os voluntários foram classificados baseados nos seguintes fatores: quando se encontra mal, deixa de tomar os medicamentos (paciente diabética com prescrição de: metformina 500 mg, omeprazol 20 mg e ácido acetilsalicílico 100 mg, a mesma não utiliza nenhum dos medicamentos, por escolha própria) e quando se encontra bem, deixa de tomar os medicamentos (quando a pressão arterial encontra-se nos níveis recomendados as pacientes suspendem o medicamento por conta própria).

É importante saber que a HAS e o DM2 são doenças crônicas silenciosas e o aparecimento da sintomatologia tardia pode ser indicativo de lesão sistêmica nos órgãos alvo (cérebro, coração, rins, retina e vasos periféricos). Assim, a não percepção dos sintomas, é a principal justificativa para a não tomada da medicação e um fator negativo para o diagnóstico precoce da doença constituindo-se como fator agravante para o risco cardiovascular. Portanto, a informação reflete positivamente no tratamento do usuário estimulando a adesão, em contrapartida estudos apontam que o desconhecimento da doença e do tratamento farmacológico e não farmacológico é um desafio a ser vencido (RESENDE et al., 2018).

Os involuntários foram avaliados com base na dificuldade para tomar o medicamento, no esquecimento e no incomodo que está relacionado às reações adversas citadas anteriormente e a utilização de hipoglicemiantes injetáveis (insulina). Estes dados, foram confirmados através da relação RNM necessidade x incomodo da farmacoterapia, sendo constatada significância ($p = 0,05$). Estes dados foram semelhantes a outros estudos realizados em

idades brasileiras cujos autores trataram o esquecimento como um comportamento involuntário, não intencional e um dos principais fatores para não adesão (SCHMITT JÚNIOR; LINDNER; HELENA, 2013).

TABELA 5 – Fatores relacionados à adesão do tratamento farmacológico.

Variáveis	N	%
Alguma dificuldade para tomar os medicamentos		
Sim	4	20
Não	16	80
Quantas vezes deixou de tomar o medicamento na última semana		
Nenhum dia	12	60
1 dia	2	10
2 dias	4	20
Não lembra	2	10
Esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos		
Sim	13	65
Não	7	35
Toma os medicamentos na hora indicada		
Sim	15	75
Não	5	25
Quando se encontra bem, deixa de tomar os medicamentos		
Sim	3	15
Não	17	85
Quando se encontra mal, deixa de tomar os medicamentos		
Sim	1	5
Não	19	95
Algum dos seus medicamentos incomoda		
Sim	10	50
Não	10	50
Quanto incomoda		
Nada	10	50
Muito	4	20
Um pouco	6	30

Fonte: Dados da pesquisa.

Vários problemas foram elencados pelo entrevistador para avaliar a interferência do uso correto do medicamento e/ou adesão terapêutica (TABELA 6). A maioria da amostra relatou que a idade está interligada com a dificuldade visual, destreza manual, a seqüela de acidente vascular encefálico e por muitos deles não serem alfabetizados, o que levava a dependência de familiares.

TABELA 6 – Lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus medicamentos.

Variáveis	N	%
Abrir ou fechar a embalagem		
Muito difícil	7	35
Um pouco difícil	2	10
Nada difícil	11	55
Ler o que está escrito na embalagem		
Muito difícil	12	60
Um pouco difícil	3	15
Nada difícil	5	25
Lembrar de tomar o medicamento		
Muito difícil	3	15
Um pouco difícil	6	30
Nada difícil	11	55
Conseguir o medicamento		
Muito difícil	5	25
Um pouco difícil	6	30
Nada difícil	9	45
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo		
Muito difícil	4	20
Um pouco difícil	3	15
Nada difícil	13	65

Fonte: Dados da pesquisa.

Segundo Gellad, Grenard e Marcum (2011), o baixo seguimento à terapêutica medicamentosa em idosos é decorrente da complexidade dos esquemas medicamentosos, atrelada à falta de entendimento, esquecimento, diminuição da acuidade visual e destreza manual, achados semelhantes aos encontrados nesse estudo. Resultado consonante também foi encontrado na cidade de Bagé/RS, em que a baixa adesão esteve associada à idade,

ausência de plano de saúde, compra de medicamentos, uso de mais de três medicamentos e incapacidade instrumental para a vida diária.

Ao se tratar de paciente idoso é perceptível o uso de terapias alternativas para o tratamento de algumas patologias. A Tabela 7 mostra que 75% faziam o uso de terapias alternativas, sendo a mais frequente o chá (70%).

TABELA 7 – Número de pacientes que utilizavam terapias alternativas.

Variáveis	N	%
Terapias complementares		
Sim	15	75
Não	5	25
Tipo de terapia		
Nenhum tipo	5	25
Chá	14	70
Suco	1	5
Modo de preparo		
Não	5	25
Infusão	6	30
Decocção	8	40
Liquidificador	1	5

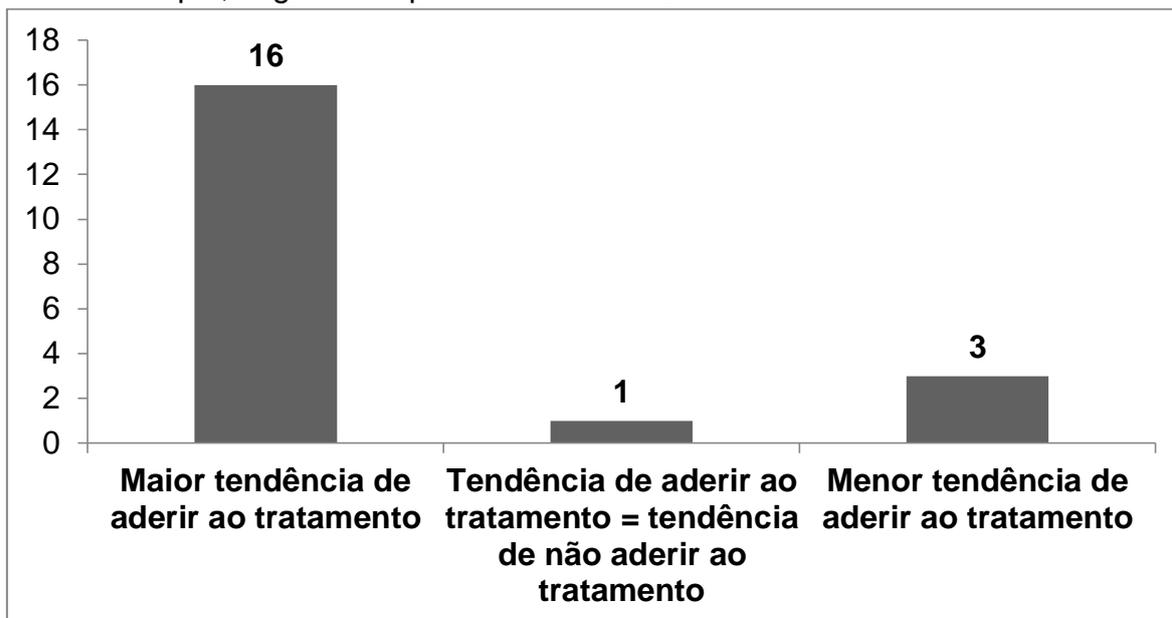
Fonte: Dados da pesquisa.

Os chás citados foram: hortelã (diabetes), endro, flor de sabugo, alecrim, camomila, erva doce (hipertensão), boldo, jalapa (constipação intestinal), canela de velho (artrite). Quanto aos que se referiram a sucos, o suco de chuchu era utilizado para auxiliar no controle da hipertensão. As indicações citadas pelos usuários foram confirmadas na literatura, mostrando coerência entre saber popular e ciência.

Para avaliar a possível tendência de adesão ao tratamento, foi utilizado o questionário BaMQ, que possui como objetivo avaliar a natureza das crenças sobre os medicamentos, a distribuição dessas crenças entre diferentes populações e as relações entre crenças sobre medicamentos, crenças sobre doenças e comportamento de adesão ao tratamento.

Apesar de ser uma população idosa, que apresenta várias limitações intrínsecas a idade, os resultados foram satisfatórios, uma vez que 16 deles apresentaram uma maior tendência à adesão (FIGURA 5).

FIGURA 5 – Classificação da tendência de adesão por paciente a sua farmacoterapia, segundo o questionário BaMQ.



Fonte: Dados da pesquisa.

Pacientes que não apresentaram maior tendência de adesão fazem parte do grupo que utiliza o maior número de medicamentos ou não aceita a doença. A relação entre as crenças e a adesão a medicação, deve ser levada em consideração para que sejam traçadas intervenções entre profissional - paciente que possam contribuir com informações relacionadas a importância do conhecimento acerca da doença e de seus agravos, do tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Foram realizados os serviços farmacêuticos para avaliar o controle dos parâmetros antropométricos, pressóricos e bioquímicos com a tendência a adesão a farmacoterapia (TABELA 8).

Os dados obtidos com relação à pressão arterial confirmaram que os pacientes apresentaram a maior tendência de adesão, visto que 55% apresentaram hipertensão leve. Com relação a glicose o resultado foi divergente porque 30% mantiveram níveis elevados, confirmando a menor tendência de adesão ou a tendência de aderir igual a tendência de não aderir ao tratamento.

A redução dos parâmetros antropométricos está mais associada ao tratamento não farmacológico, sendo a idade um fator limitante para prática de atividades físicas que auxiliaria nesse controle.

TABELA 8 – Avaliação dos parâmetros antropométricos, pressóricos e bioquímicos.

Variáveis	N	%
IMC		
Baixo peso	3	15
Peso adequado	8	40
Sobrepeso	8	40
Obesidade	1	5
Circunferência da cintura		
Normal	6	32
Alterada	13	68
Pressão arterial		
Ótima	2	10
Limítrofe	6	30
Hipertensão leve	11	55
Hipertensão moderada	1	5
Glicemia capilar		
Não realizada	12	60
Normal	2	10
Alterada	6	30

Fonte: Dados da pesquisa.

IMC = Índice de massa corpórea.

É preciso ressaltar que um dos principais problemas enfrentados pelo sistema de saúde é o abandono ou o cumprimento ineficiente dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde. A falta de adesão à terapia medicamentosa resulta não só em prejuízos para a saúde e à qualidade de vida do doente, como também provoca o desperdício dos recursos do sistema de saúde.

Diante dos resultados obtidos no presente estudo, observou-se que o farmacêutico como membro de uma equipe multidisciplinar na UBSF foi capaz de realizar visitas domiciliares, serviços farmacêuticos, acompanhamento farmacoterapêutico, incentivando a autoestima do paciente, de modo a contribuir para o autocuidado. A maior tendência de adesão a farmacoterapia foi justificada pelo acompanhamento mensal e pelas orientações fornecidas aos pacientes e seus cuidadores. Os RNMs encontrados foram solucionados quando relacionados a intervenção farmacêutico-paciente, aqueles relacionados aos procedimentos médicos os resultados deste estudo serão apresentados as equipes de saúde para a tomada de decisão e melhor terapia para os pacientes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante as visitas domiciliares observou-se que a idade é um dos fatores que compromete o uso adequado dos medicamentos, sendo o esquecimento, o problema visual e a falta de destreza manual, os principais.

A avaliação da farmacoterapia foi indispensável para que pudesse detectar os RNMs, que neste estudo pôde ser identificado nas três supras categorias (necessidade, efetividade e segurança), buscando solucioná-los para que a partir disso tenha uma terapia mais efetiva, segura e eficaz, resultados esses refletidos no controle dos parâmetros pressóricos e glicêmicos.

Foi possível observar que após as orientações realizadas mensalmente, a maioria dos pacientes apresentou uma maior tendência de adesão ao tratamento. Isso confirma que através do acompanhamento e do incentivo é possível obter resultados satisfatórios com relação à farmacoterapia.

REFERÊNCIAS

ASHP, AS AMERICAN SOCIETY OF HEALTH. SYSTEM PHARMACISTS. ASHP Guidelines: minimum standard for pharmacies in hospitals. In: GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. Ciências Farmacêuticas. **Uma Abordagem em Farmácia Hospitalar**. 1ed. São Paulo: Editora Atheneu. p. 275-286, 2000.

AYALA, L. K., CONDEZO, K., JUÁREZ, J. R. Impacto Del Seguimiento Farmacoterapéutico En La Calidad De Vida Relacionada A La Salud De Pacientes Con Hipertension Arterial. **Ciencia e Investigación**. v. 13, n. 2, p. 77-80, 2010.

BLACKBURN, D. F.; SWIDROVICH, J.; LEMSTRA, M. Non-adherence in type 2 diabetes: practical considerations for interpreting the literature. *Patient Preference and Adherence*. v. 7, p. 183-189, 2013.

BORBA, A. K. O. T.; MARQUES, A. P. O.; LEAL, M. C. C.; RAMOS, R. S. P. S.; GUERRA, A. C. C. G.; CALDAS, T. M. Adesão a terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. v. 14, n. 2, p. 394-404, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. HIPERDIA DATASUS. Disponível em: <http://www.hiperdia.datasus.gov>. Obtido em: 22 de maio de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cuidado farmacêutico na atenção básica: Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, caderno n. 2. 1 ed. 308p, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde. EVIPNet Brasil, 2016. 52 p.

CALIXTO, A. A. T. F. **Adesão ao Tratamento: Estudo entre portadores de hipertensão arterial internados em um hospital privado do interior paulista**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto. 2010, 109p.

CLYNE, B.; SMITH, S. M.; HUGHES, C. M.; BOLAND, F.; BRADLEY, M. C.; COOPER, J. A.; FAHEY, T. Eficácia de uma intervenção multifacetada para prescrição potencialmente inadequada em pacientes mais velhos na atenção primária: um estudo controlado por randomização de grupo (Estudo OPTI-SCRIPT). **Ann Fam Med**. v. 13, p. 545-553, 2015.

COELHO, F. J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**. v. 38, n. 4, p. 557-564, 2004.

COLLINS, C., LIMONE, B. L., SCHOLLE, J. M., COLEMAN, C. I. **Effect of pharmacist intervention on glycemic control in diabetes.** *Diabetes research and clinical practice.* v. 92, p. 145-152, 2011.

COMITÊ DE CONSENSO. Terceiro consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos e Resposta Negativa Associada a Medicamentos. **Ars Pharm.** Granada. n 1, v. 48, p. 5-12, 2007.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária.** Porto Alegre: Artmed. 2013. 454p.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice:** socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: EDUSP, 1999.

CFF, Conselho Federal de Farmácia. **Serviços Farmacêuticos Diretamente Destinados ao Paciente, à Família e à Comunidade Contextualização e Arcabouço Conceitual.** Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde, 2017.

FIRMINO, P. Y. M.; MARTINS, B. C. C.; FONTELES, M. M. F. Avaliação do Risco Cardiovascular em Pacientes Hipertensos sob Acompanhamento Farmacoterapêutico em Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde.** v.3, n.2, p. 42-46, 2012.

FIRMINO, P. Y. M.; VASCONCELOS, T. O., FERREIRA, C. C. MOREIRA, L. M., ROMERO, N. R., DIAS, L. A., QUEIROZ, M. G. R. de., LOPES, M. V. de O., FONTELES, M. M. de F. Cardiovascular risk rate in hypertensive patients attended in primary health care units: the influence of pharmaceutical care. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences.** v. 51, n. 3, p. 617-627, 2015.

FUCHS, F. D. **Hipertensão arterial sistêmica.** In: DUNCAN, B. B., SCHMIDT, M. I., GIUGLIANI, E. R. J. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências.* Porto Alegre: Artmed. p. 641-656, 2004.

GELLAD, W. F.; GRENARD, J. L.; MARCUM, Z. A. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. **Am J Geriatr Pharmacother.** v. 9, n.1, p. 11-23, 2011.

GRÉGOIRE, J. P.; SIROIS, G.; BLANC, G.; POIRIER, P.; MOISAN, J. Persistence Patterns with Oral Antidiabetes Drug Treatment in Newly Treated Patients - A Population-Based Study. **Value in Health.** v. 13, n. 6, p. 820-828, 2010.

GUSMÃO, J. L.; GINANI, G. F.; SILVA, G. V.; ORTEGA, K. C.; MION JÚNIOR, D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens.** v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

HAYNES, R. B., TAYLOR, D. W., SACKETT, D. L., GIBSON, E. S., BERNHOLZ, C. D., MUKHERJEE, J. **Can simple clinical measurements detect patient noncompliance? Hypertension.** v. 6, n. 2, p. 757-64, 1980.

KOROLKOVAS, S.; FRANÇA, F. F. A. C.; CUNHA, B. C. A. **Dicionário erapêutico Guanabara**: 21ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

LIMA, A. M. M. **Saúde e envelhecimento: o autocuidado como questão**. Tese de doutorado não-publicada – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LIMA, A. M. M.; SILVA, H. S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface**. v. 12, n. 27, p. 795-807, 2008.

LÓPEZ-JARAMILLO, P.; SÁNCHEZ, R. A.; DIAZ, D.; COBOS, L.; BRYCE, A.; PARRA-CARRILLO, J. Z.; LIZCANO, F.; LANAS, F.; SINAY, I.; SIERRA, I. D.; PEÑAHERRERA, E.; BENDERSKY, M.; SCHMID, H.; BOTERO, R.; URINA, M.; LARA, J.; FOSS, M. C.; MÁRQUEZ, G.; HARRAP, S.; RAMÍREZ, A. J.; ZANCHETTI, A. Consenso latino-americano de hipertensão em pacientes com diabetes tipo 2 e síndrome metabólica. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v. 58, n. 3, p. 205-225, 2014.

LYRA JUNIOR, D. P., OBRELI NETO, P. R., MARUSIC, S., *et al.* Effect of a 36-month Pharmaceutical Care program on coronary heart disease risk in elderly diabetics and hypertensive patients. **Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences**, v. 14, n. 2, p. 249 -263, 2011.

MATHEUS, A. S. de M., TANNUS, L. R. M., COBAS, R. A. PALMA, CATIA C. SOUSA., NEGRATO, C. A., GOMES, M. de B. **Impact of Diabetes on Cardiovascular Disease: An Update**. International Journal of Hypertension, v. 2013, p. 1-15, 2013.

IBM MICROMEDEX®. Disponível em:

https://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/CS/CA291B/ND_PR/evidencexpert/ND_P/evidencexpert/DUPLICATIONSHIELDSYNC/A079B1/ND_PG/evidencexpert/ND_B/evidencexpert/ND_AppProduct/evidencexpert/ND_T/evidencexpert/PFActionId/pf.HomePage?navitem=topHome&isToolPage=true
e. Obtido em 20 de maio de 2019.

NERI, A. L.; GUARIENTO, M. E. **Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas**. Campinas: Alínea, 2011.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Brasília: **Epidemiol Serv Saúde**. v.15, n. 1, p. 35-45, 2006.

PRADO, M. A. M. B.; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A. Diabetes em idosos: uso de medicamentos e risco de interação medicamentosa. **Ciência & Saúde Coletiva**. [S.1], v. 21, n. 11, p. 3447-3458, 2016.

RESENDE, A. K. M.; LIRA, J. A. C.; PRUDÊNCIO, F. A.; SOUSA, L. S.; BRITO, J. F. P.; RIBEIRO, J. F.; CARDOSO, H. L. A. Dificuldades de idosos na adesão

ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Enfermagem UFPE on line.** v. 12, n. 10, p. 2546-2554, 2018.

ROCHA, C. H.; OLIVEIRA, A. P. S.; FERREIRA, C.; FAGGIANI, F. T.; SCHROETER, G.; SOUZA, C. A. C. A.; DECARLI, G. A.; MORRONE, F. B.; WERLANG, M. C. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciência & Saúde Coletiva.** v 13, p. 703-710, 2008.

ROMANHOLI, R.M.Z.; CYRINO, E.G. A Visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. **Interface - Comunic Saude Educ.** v. 16, n. 42, p. 693-705, 2012.

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia. **VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.** n. 3, v. 107, s. 3, p.82, 2016.

SBD, Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes:** 2015-2016. São Paulo. A. C. Farmacêutica, 2017-2018.

SCHMITT JÚNIOR, A. A.; LINDNER, S.; HELENA, E. T. S. Avaliação da adesão terapêutica em idosos atendidos na atenção primária. **Rev assoc méd Bras.** v. 59, n. 6, p. 614-621, 2013.

SILVA, E. C., MARTINS, M. S. A. S., MARTINS, GUIMARÃES, L. V., SEGRI, N. J., LOPES, M. A. L., ESPINOSA, M. M. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Rev Bras de Epid.** [S. 1], v. 19, n. 1, p. 38-51, 2016.

SIQUEIRA, A. F. A., ALMEIDA-PITITTO, B., FERREIRA, S. R. G. Doença Cardiovascular no Diabetes *Mellitus*: Análise dos Fatores de Risco Clássicos e Não-Clássicos. **Arq Bras de End e Metab.** v. 51, n. 2, 2007.

WHO, World Health Organization. **Adherence to long term therapies: evidence for action.** Geneva, 2003.

WONG, I. C. K. Randomised controlled trials (RCTs) to evaluate complex healthcare interventions: a case study. **Pharm World & Sci.** v. 26, n.5, p. 247-252, 2004.

ANEXO A – Termo de compromisso livre e esclarecido – TCLE.

TERMO DE COMPROMISSO 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 **“Avaliação do perfil farmacoterapêutico e da adesão a terapia de pacientes assistidos pelo HIPERDIA”**.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **“Avaliação do perfil farmacoterapêutico e da adesão a terapia de pacientes assistidos pelo HIPERDIA”** terá como objetivo geral:

Traçar o perfil Farmacoterapêutico dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos e avaliar a tendência de adesão destes à sua respectiva farmacoterapia.

Também apresentará os seguintes objetivos específicos:

- Promover o cuidado farmacêutico através do delineamento da farmacoterapia.
- Identificar motivos que levam o paciente a não ter uma plena adesão a farmacoterapia;
- Analisar a tendência de adesão dos pacientes a farmacoterapia.

Portanto estou ciente que:

-O estudo se faz necessário para esclarecer os serviços farmacêuticos desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde e será realizado ao final das atividades de Educação em Saúde que acontecerá mensalmente;

- A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento terapêutico e será sem custo algum para mim;
- Será preciso responder a um formulário para contribuir com o desenvolvimento da pesquisa, podendo me recusar a responder alguma pergunta e também será realizado em ambiente fechado sem a presença de terceiros;
- A entrevista só será gravada após o meu consentimento;
- A minha participação será voluntária e não remunerada;
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial;
- As informações coletadas serão utilizadas apenas para a pesquisa e poderão ser divulgadas em eventos e publicações científicas;
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário, caso aconteça o pesquisador será responsável pelo ressarcimento;
- Se houver riscos de menor potencial como desconforto em fornecer dados pessoais, os pesquisadores envolvidos agirão de modo a garantir o bem-estar dos participantes e amenizar quaisquer eventos dessa ordem.
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial e o participante voluntário terá assistência/acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa;
- Tenho a liberdade de desistir ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica nos números (83) 33212852 ou (83) 988569666.
- Informar que a referida pesquisa foi apreciada e aprovada pela CEP/CESED, Av. Senador Argemiro de Figueiredo, 1901- Itararé, CEP: 58.411-020, Campina Grande-PB

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador;

-Fui orientado que o TCLE será elaborado em duas vias e que uma via ficará com o pesquisador e a outra com o participante voluntário.

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.

Maria do Socorro Ramos de Albuquerque

Assinatura do pesquisador responsável



Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica

Participante da pesquisa (caso o/a participante esteja impedido(a) de assinar)

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, autora e orientanda da pesquisa intitulada "Avaliação do perfil farmacoterapêutico e da adesão a terapia de pacientes assistidos pelo HIPERDIA" esclarecemos que obtivemos todas as informações necessárias para a realização dessa pesquisa. Assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 412/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, autorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de cinco anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CEP/CESED, Av. Senador Argemiro de Figueiredo, 1901- Itararé, CEP: 58.411-020, Campina Grande-PB, ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa.

Campina Grande, ____ de _____ de

Marie do Socorro Ramos de Souza
Autor (a) da Pesquisa

Orientanda

CEP/CESED, Av. Senador Argemiro de Figueiredo, 1901- Itararé, CEP: 58.411-020, Campina Grande-PB

ANEXO C – Termo de Autorização Institucional.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
CNPJ: 24.513.574/0001-21

Termo de Anuência

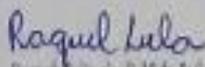
Estamos cientes da realização do projeto intitulado: **Avaliação do perfil farmacoterapêutico e da adesão à terapia de pacientes assistidos pelo hiperdia**, desenvolvido por: **Maria Luisa de Sá Vieira**, discente do curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, sob orientação e responsabilidade da docente: **Maria do Socorro Ramos de Queiroz**, o projeto será desenvolvido na **Unidade Básica de Saúde Bonald Filho**.

Destaco que é de responsabilidade dos pesquisadores a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12. Após a realização apresentar o resultado final ao local da pesquisa ou a esta diretoria.

Informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Campina Grande – PB, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciada junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP ao serviço que receberá a pesquisa antes do início da mesma.

Campina Grande, 14 de Novembro de 2018.

Atenciosamente,


Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO
NA SAÚDE

Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
(Coordenadora de Educação na Saúde)

Av. Assis Chateaubriand, 1376 – Liberdade – 58.105-420 – Campina Grande-PB.

Telefones: (83) 3315-5126

ANEXO D – Instrumento para o delineamento do perfil farmacoterapêutico de cada paciente.

FARMACOTERAPIA ATUAL															
Princípio ativo / Concentração	Posologia prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada										Tempo de uso	Como funciona p/ você?
				Café		Almoço		Lanche		Jantar		HD	SN		
				A	D	A	D	A	D	A	D	-	-		
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

Fonte: BRASIL, 2014.

ANEXO E – Instrumento para a análise da adesão do paciente a sua farmacoterapia.

ADESÃO AO TRATAMENTO					
A maioria das pessoas tem dificuldade para tomar seus comprimidos, o (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para tomar os seus? _____					
Quantas vezes, nos últimos sete dias, o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos?					
O (a) senhor (a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?				[] Não [] Sim	
O (a) senhor (a) toma os medicamentos na hora indicada?				[] Não [] Sim	
Quando o (a) senhor (a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?				[] Não [] Sim	
Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?				[] Não [] Sim	
Algum dos seus medicamentos incomoda você? [] Não [] Sim Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o (a) incomodam:					
Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?
Está sentindo ou já sentiu algum dos sintomas a seguir nos últimos meses? [] Não [] Sim					
[] Dor de cabeça [] Coceira / Urticária [] Problemas de sono [] Problema gastrointestinal		[] Tontura / desequilíbrio [] Incontinência / problema urinário [] Problema sexual		[] Dor muscular [] Fadiga / cansaço [] Mudança no humor	
Agora, citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus medicamentos					
Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)	
Abrir ou fechar a embalagem					
Ler o que está escrito na embalagem					
Lembrar de tomar o medicamento					
Conseguir o medicamento					
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo					
Terapias alternativas / complementares (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)					
Terapia alternativa	Indicação	Frequência de utilização		Modo de preparo / utilização	
Alergias					
Alergias conhecidas [] Não [] Sim					

Fonte: BRASIL, 2014.

ANEXO F – Instrumento para classificação da tendência de adesão do paciente a sua farmacoterapia.

BELIEFS ABOUT MEDICINES QUESTIONNAIRE (BaMQ)				
Salgado T., Marques A., Geraldes L., Benrimoj S., Horne R., Fernandez-Llimos F.. Cross-cultural adaptation of the Beliefs about Medicines Questionnaire into Portuguese. São Paulo medical journal. 2013 Apr;131 (2):88-94.				
Opinião do paciente sobre os medicamentos que lhe foram receitados:	Concordo	Não tenho certeza	Discordo	
N1 - Atualmente, a minha saúde depende destes medicamentos	[3]	[2]	[1]	
P1 - Ter que tomar estes medicamentos me preocupa	[3]	[2]	[1]	
N2 – A minha vida seria impossível sem estes medicamentos	[3]	[2]	[1]	
P2 – Às vezes os efeitos em longo prazo destes medicamentos me preocupam	[3]	[2]	[1]	
N3 – Sem estes medicamentos, eu estaria muito doente	[3]	[2]	[1]	
P3 – Estes medicamentos são um mistério para mim	[3]	[2]	[1]	
N4 – A minha saúde no futuro dependerá destes medicamentos	[3]	[2]	[1]	
P4 – Estes medicamentos perturbam a minha vida	[3]	[2]	[1]	
P5 – Às vezes me preocupo em ficar muito dependente destes medicamentos	[3]	[2]	[1]	
N5 – Estes medicamentos protegem-me de ficar pior	[3]	[2]	[1]	
P6 – Estes medicamentos me dão efeitos secundários desagradáveis	[3]	[2]	[1]	
SOMATÓRIA NECESSIDADE	/15	Escala 0-100:	N	=
SOMATÓRIA PREOCUPAÇÃO	/18	Escala 0-100:	P	

Fonte: BRASIL, 2014.

APÊNDICE

APÊNDICE A- Formulário para coleta de dados.



Iniciais: _____

Data de Nascimento: ___ / ___ / _____ **Idade:** _____

Gênero: Masculino () Fêmea ()

Estado civil: Com companheiro () Sem companheiro ()

Renda familiar: _____

Apresenta: HAS () DM2 () HAS e DM2 ()

Avaliação pressórica, bioquímica e antropométrica:

Pressão Arterial	
Glicemia Capilar	
Cintura Abdominal	
IMC	