



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA**

**PALOMA NASCIMENTO LIMA**

**CUIDADO FARMACÊUTICO A PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS  
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

**CAMPINA GRANDE – PB  
2019**

**PALOMA NASCIMENTO LIMA**

**CUIDADO FARMACÊUTICO A PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS  
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de  
Farmácia da Universidade Estadual da  
Paraíba, como requisito para obtenção  
do título de Bacharel em Farmácia.

**Área de concentração:** Farmácia

**Orientador (a):** Prof. Dr. Ivana Maria Fachine.

**CAMPINA GRANDE – PB  
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.

L732c Lima, Paloma Nascimento.  
Cuidado farmacêutico a pacientes portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis [manuscrito] / Paloma Nascimento Lima. - 2019.  
45 p. : il. colorido.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.  
"Orientação : Profa. Dra. Ivana Maria Fachine, Departamento de Farmácia - CCBS."  
1. Cuidado farmacêutico. 2. Doenças crônicas. 3. Análises clínicas. 4. Farmacoepidemiologia. I. Título  
21. ed. CDD 615.1

PALOMA NASCIMENTO LIMA


CUIDADO FARMACÊUTICO A PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS  
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

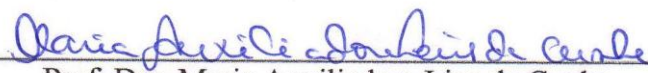
Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de  
Farmácia da Universidade Estadual da  
Paraíba, como requisito para obtenção  
do título de Bacharel em Farmácia.

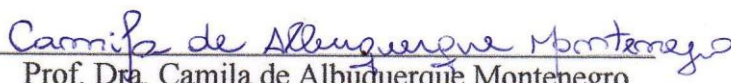
Área de concentração: Farmácia.

Aprovada em: 04/11/2019.

BANCA EXAMINADORA

  
Prof. Dra. Ivana Maria Fechine (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

  
Prof. Dra. Maria Auxiliadora Lins da Cunha  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

  
Prof. Dra. Camila de Albuquerque Montenegro  
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

## **DEDICATÓRIA**

A Deus por todo amor, graça e misericórdia e a  
minha família por todo apoio e carinho,  
DEDICO.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus e a Nossa Senhora, pelo infinito amor durante o ciclo da minha graduação. Por toda sabedoria, graça e misericórdia para chegar ao fim dessa trajetória.

Aos meus Pais que sempre estiveram ao meu lado, acreditando em mim e nos meus sonhos. Nunca mediram esforços para que eu pudesse levar meus estudos adiante e acreditaram que sou capaz de conquistar meus objetivos.

Pelo amor e apoio incondicional, agradeço aos meus irmãos, familiares, namorado e aos verdadeiros amigos que aliaram fardos pesados e foram descanso por diversas vezes, por me incentivarem e acreditarem na minha vitória.

Aos meus amigos de curso, com quem pude compartilhar as alegrias e tristezas da graduação e também da vida. Por toda troca de conhecimento e experiências que levarei para o resto da vida.

Agradeço especialmente a professora Ivana Fachine, minha orientadora, que com toda paciência, dedicação e atenção dedicou parte do seu tempo para orientação deste trabalho. Bem como a todos os professores da graduação que foram fontes de inspiração.

Por fim, agradeço a todos aqueles que de alguma forma estão próximos de mim, fazendo parte da minha caminhada.

“Ó Senhor, tu és o meu Deus. Eu te adorarei e louvarei o teu nome, pois tens feito coisas maravilhosas; tens cumprido fielmente os planos seguros que há muito tempo decidiste fazer.”

Isaías 25:1

## RESUMO

Cuidado Farmacêutico é um modelo de prática que orienta a provisão de uma variedade de serviços farmacêuticos ao paciente, família e comunidade, por meio da ação integrada do farmacêutico com a equipe multiprofissional de saúde. Centrado no usuário, o modelo visa à promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção de agravos, resolução de problemas da farmacoterapia e o uso racional de medicamentos. No plano do cuidado farmacêutico as Doenças Crônicas Não Transmissíveis são de maior impacto na população, por significarem um problema de saúde global. O objetivo deste trabalho foi realizar o cuidado farmacêutico a pacientes portadores de doenças crônicas assistidos no Laboratório de Análises Clínicas da Universidade Estadual da Paraíba, visando proporcionar um atendimento mais humanizado, promovendo o cuidado à saúde. A estratégia geral de delineamento do estudo foi a de um inquérito transversal, documental, descritivo e analítico. As informações foram coletadas por meio de questionário padronizado, que abordavam questões socioeconômicas, presença de diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica, ocorrência de diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica no histórico familiar, uso de medicamentos, valores pressóricos, medidas antropométricas e os exames laboratoriais que seriam realizados. Participaram do estudo 78 pacientes, com idade de 19 até 91 anos, sendo 57 (73,1%) mulheres e 21 (26,9%) homens e destes 30 (38,5%) são hipertensos, 15 (19,2%) são diabéticos e 13 (16,7%) são hipertensos e diabéticos. E desses pacientes 52 (66,7%) fazem uso de medicamentos para tais doenças e também outras associadas. Observou-se que (27,0%) dos pacientes portadores de doenças crônicas apresentavam síndrome metabólica em decorrência da hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, sobrepeso/obesidade e dislipidemias. Dos pacientes analisados que fazem uso de medicamentos, (67,0%) utilizam fármacos para o sistema cardiovascular, (22,0%) para trato alimentar e metabolismo, (3,0%) fármacos do sistema nervoso, (2,0%) fármacos do sangue e órgãos formadores de Sangue e (6,0%) utilizam fármacos de outras classes. O maior uso de fármacos para o sistema cardiovascular e do trato alimentar e metabolismo ocorrem devido os pacientes apresentarem hipertensão arterial ou diabetes mellitus. O diálogo com o paciente constitui uma premissa básica para um atendimento eficiente, sendo essencial a valorização dos cuidados farmacêuticos pelo profissional de saúde. O cuidado farmacêutico numa abordagem multiprofissional tem como objetivo principal promover o melhor controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus diretamente relacionado à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

**Palavras-Chave:** Cuidado Farmacêutico. Doenças Crônicas. Análises Clínicas. Farmacoepidemiologia.



## ABSTRACT

Pharmaceutical Care is a model of practice that guides the provision of a variety of pharmaceutical services to the patient, family, and community through the pharmacist's integrated action with the multiprofessional health team. User centered, the model aims at the promotion, protection, health recovery and disease prevention, resolution of pharmacotherapy problems and the rational use of medicines. In terms of pharmaceutical care, chronic non communicable diseases have the greatest impact on the population, as they represent a global health problem. The objective of this study was to perform pharmaceutical care for patients with chronic diseases assisted at the Clinical Analysis Laboratory of the State University of Paraíba, aiming to provide a more humanized care, promoting health care. The overall study design strategy was a cross sectional, documentary, descriptive and analytical research. Information was collected through a standardized questionnaire that addressed socioeconomic issues, the presence of diabetes mellitus and/or systemic arterial hypertension, the occurrence of diabetes mellitus and/or systemic arterial hypertension in the family history, medication use, blood pressure values, anthropometric measurements and the laboratory tests that would be performed. The study included 78 patients, aged 19 to 91 years, 57 (73,1%) women and 21 (26,9%) men and of these 30 (38,5%) are hypertensive, 15 (19,2%) are diabetic and 13 (16,7%) are hypertensive and diabetic. And of these patients 52 (66,7%) make use of drugs for such diseases and also other associated. It was observed that (27,0%) of patients with chronic diseases had metabolic syndrome due to systemic arterial hypertension, diabetes mellitus, overweight/ obesity and dyslipidemia. Of the analyzed patients taking medication, (67,0%) use drugs for the cardiovascular system, (22,0%) for the alimentary tract and metabolism, (3,0%) drugs for the nervous system, (2,0%) drugs for the blood and blood forming organs and (6,0%) use drugs from other classes. The greater use of drugs for the cardiovascular system and the alimentary tract and metabolism occurs due to the patients presenting hypertension or diabetes mellitus. Dialogue with the patient is a basic premise for efficient care, and the appreciation of pharmaceutical care by the health professional is essential. Pharmaceutical care in a multiprofessional approach aims to promote better control of hypertension and diabetes mellitus directly related to adherence to drug and non drug treatment.

**Keywords:** Pharmaceutical Care. Chronic diseases. Clinical analysis. Pharmacoepidemiology.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Pirâmides etárias do Brasil de 2000 e 2005 e projeções para 2040 e 2045.....	16
Figura 2 – Exames bioquímicos com relevantes alterações dos pacientes assistidos no Laboratório de Análises Clínicas da UEPB.....	28
Figura 3 – Sistema fisiológicos alvos dos medicamentos utilizados pelos pacientes assistidos no Laboratório de Análises Clínicas da UEPB, 2019.....	29

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação de PA (maiores de 18 anos).....	19
Quadro 2 – Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM .....	21
Quadro 3 – Componentes da SM segundo o <i>National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III</i> (NECP-ATP III).....	22

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Parâmetros antropométricos e bioquímicos segundo a faixa etária na amostra total. Campina Grande/PB, Brasil. 2019.....	27
Tabela 2 – Principais classes terapêuticas, segundo a <i>Anatomical Therapeutic Classification</i> (ATC), utilizadas pelos indivíduos assistido no Laboratório de Análises Clínica da UEPB, 2019.....	30

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Ácido acetilsalicílico
ADA	American Diabetes Association
ATC	Anatomical Therapeutic Classification
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CFE	Conselho Federal de Farmácia
CV	Risco Cardiovascular
DAP	Doença Arterial Periférica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DRC	Doença Renal Crônica
FR	Fatores de Risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HbA1c	Hemoglobina Glicada
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
IECA	Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
IMC	Índice de Massa Corpórea
LAC	Laboratório de Análises Clínicas
NCEP	National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana
PA	Pressão Arterial
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PRMs	Problemas Relacionados aos Medicamentos
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SM	Síndrome Metabólica
SUS	Sistema Único de Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
2.1 Objetivo Geral .....	15
2.2 Objetivos Específicos .....	15
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>16</b>
3.1 Envelhecimento .....	16
3.2 Farmacoepidemiologia .....	17
3.3 Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	18
3.3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica .....	19
3.3.2 Diabetes Mellitus .....	20
3.3.3 Síndrome Metabólica.....	21
3.4 Cuidado Farmacêutico.....	22
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>24</b>
4.1 Métodos de Abordagem.....	24
4.2 Amostra e Critérios de Inclusão e Exclusão .....	24
4.3 Variáveis Analisadas .....	24
4.4 Análises Estatísticas .....	25
4.5 Considerações Éticas .....	25
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>26</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>34</b>
<b>APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>38</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO.....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXO A - PARECER COMITÊ DE ÉTICA .....</b>	<b>43</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os farmacêuticos que atuavam na área assistencial, no período da Segunda Guerra Mundial, com a industrialização, perderam sua identidade e se distanciaram tanto da equipe de saúde quanto do paciente. Portanto, na década de 1960, nos Estados Unidos, surgiu o termo “Farmácia Clínica”, que concedia aos farmacêuticos participarem novamente das equipes de saúde, contribuindo com seus conhecimentos para aperfeiçoar a farmacoterapia (BRASIL, 2015).

De acordo com a Resolução n° 585, de 2013, do Conselho Federal de Farmácia (CFF), a Farmácia Clínica é definida como uma área da farmácia voltada à ciência e prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente, de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar e prevenir doenças (BRASIL, 2015).

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

O Cuidado Farmacêutico, também está inserido na prática de Farmácia Clínica, é atualmente um modelo de prática que orienta a provisão de uma variedade de serviços farmacêuticos ao paciente, família e comunidade, por meio da ação integrada do farmacêutico com a equipe multiprofissional de saúde (CFF, 2016).

O farmacêutico é responsável por prevenir, identificar e resolver os possíveis Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRMs), proporcionando a melhora dos resultados terapêuticos e assim contribuindo para uma melhor qualidade de vida do paciente. O profissional também pode atuar na prevenção de doenças e promoção da saúde, desenvolvendo atividades de educação em saúde, principalmente quando este trabalho ocorre com uma equipe multidisciplinar (TAULOIS, 2011).

Nas Análises Clínicas o farmacêutico tem papel relevante na recuperação da saúde do indivíduo, atendendo a população no paradigma da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2013). Incluindo no auxílio às interferências entre os fármacos e os resultados de análises laboratoriais (FERREIRA *et al.*, 2009). O profissional tem atribuição de solicitar exames laboratoriais, no âmbito de sua competência profissional, com a finalidade de monitorar os resultados da farmacoterapia, como também avaliar resultados de exames clínico-laboratoriais do paciente, como instrumento para individualização da farmacoterapia. O farmacêutico atua no contato direto com o paciente e da forma mais adequada possível, objetivando contribuir com a saúde pública, promovendo o uso racional de medicamento e proteção a saúde (BRASIL, 2013).

No plano do Cuidado Farmacêutico as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são de maior impacto na população, por significarem um problema de saúde global, têm influenciado ações de âmbito mundial para seu controle e diminuição, devido às implicações resultantes na qualidade de vida dos indivíduos acometidos que necessitam de acompanhamento farmacoterapêutico (ALLEYNE, 2013).



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Realizar o cuidado farmacêutico a pacientes portadores de doenças crônicas assistidos no Laboratório de Análises Clínicas – LAC, visando proporcionar um atendimento mais humanizado, promovendo o cuidado à saúde.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

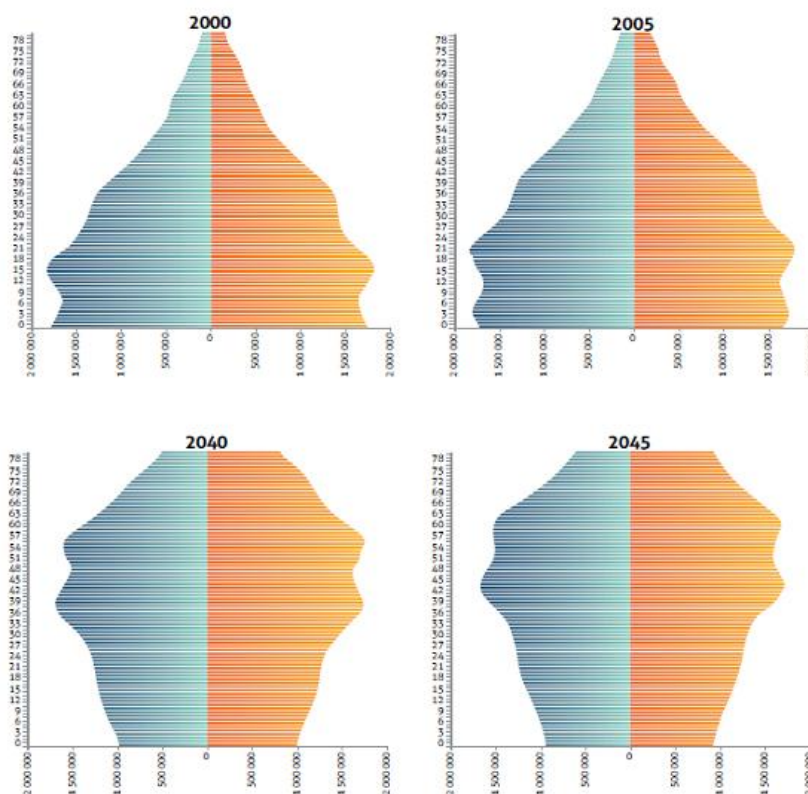
- Acolher de forma humanizada os pacientes assistidos no LAC.
- Prover informações sobre a importância dos exames laboratoriais para monitoramento das doenças crônicas.
- Compreender a relação risco benefício dos medicamentos utilizados pelos pacientes e as possíveis interações farmacológicas entre os mesmos, orientando os pacientes quanto à importância da terapia medicamentosa em conjunto da terapia não medicamentosa.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 Envelhecimento

O Brasil está mudando muito rapidamente a sua estrutura etária, reduzindo a proporção de crianças e jovens e aumentando a proporção de idosos e sua expectativa de vida. Essa mudança se faz de forma acelerada e, em breve, teremos pirâmides etárias semelhantes às dos países europeus (IBGE, 2008). Tais transformações trazem desafios para todos os setores, impondo a necessidade de se repensar à dimensão da oferta de serviços necessários para as próximas décadas. O aumento de idosos na população acarreta aumento da carga de doenças, em especial as DCNT (BRASIL, 2011).

**Figura 1.** Pirâmides etárias do Brasil de 2000 e 2005 e projeções para 2040 e 2045.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção da População do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Revisão 2008.

O envelhecimento da população é, antes de tudo, uma conquista social, econômica e sanitária (OMS, 2005). Entretanto, o perfil de saúde e social dos idosos brasileiros representa desafios consideráveis para o país (VERAS, 2009; BERENSTEINS & WAJNMAN, 2008; ANDRADE *et al.*, 2004). Torna-se cada vez

mais necessário entender o envelhecimento como um processo em que perdas funcionais podem ocorrer, mas que podem de certa forma ser minimizadas e até mesmo evitadas a partir de políticas voltadas para o envelhecimento saudável.

### **3.2 Farmacoepidemiologia**

Os medicamentos representam a principal tecnologia em saúde, e o acesso estendido a este recurso tem impacto positivo no perfil de saúde de uma população. No entanto, dentre uma realidade de acesso cada vez mais facilitado e ampliado a medicamentos, a sua utilização demasiada, em especial, configura um aspecto crítico entre a crescente população brasileira e mundial, em sua maioria a população idosa (IBGE, 2014; IBGE, 2013a; OMS, 2005).

No Brasil, o uso de grande número de medicamentos é amplamente observado entre indivíduos com 60 anos ou mais (RIBEIRO *et al.*, 2009; ROZENFELD *et al.*, 2003). Além dos fatores clínicos que fazem com que esses indivíduos necessitem de farmacoterapia, outros fatores podem estar relacionados ao uso excessivo de medicamentos, sendo um dos principais a ideia impregnada na sociedade de que a única possibilidade de se ter saúde é consumir saúde. Nesse entendimento inadequado, o medicamento auxilia para que as intervenções nas causas sociais e comportamentais das doenças, que quase sempre implicam trabalhosas mudanças de hábitos ou comportamentos, sejam inibidas (SILVA, 2009).

Devido um grande número de indivíduos apresentarem DCNT, a maior parte necessitará de terapia com uma ou mais classe de fármacos, podendo ou não ocasionar a polimedicação. O uso de múltiplos medicamentos está agregado a desfechos negativos como a ocorrência de interações medicamentosas, a não adesão ao tratamento, ao aumento dos custos da assistência à saúde, a redução da capacidade funcional e a ocorrência de eventos adversos. Os problemas associados ao uso de múltiplos medicamentos são intensificados pelas alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas associadas ao processo de envelhecimento, tornando necessária uma seleção e avaliação mais criteriosa da farmacoterapia (MAHER *et al.*, 2014; GUPTA & AGARWAL, 2013; PATTERSON *et al.*, 2012; SERGI *et al.*, 2011).

### 3.3 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Nas últimas décadas, o Brasil vem apresentando um novo perfil epidemiológico, em que ocupam espaço significativo as doenças crônicas, doenças essas associadas ao processo de modernização da sociedade, que passaram a ser responsáveis por cerca de 60% dos casos de óbitos (BATISTELLA, 2008).

As políticas públicas têm se voltado para determinar e atuar sobre os indicadores das doenças crônicas na busca por diminuir esse impacto. Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, entre elas o Acidente Vascular Encefálico (AVE), o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), a Hipertensão Arterial, o câncer, a diabetes e as doenças respiratórias crônicas. No país, essas doenças constituem o problema de saúde de maior magnitude, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis, com menor acesso a informações e aos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Diversos são os estudos e manuais de órgãos como o Ministério da Saúde ou mesmo a Organização Mundial de Saúde a fim de controlar esses problemas de saúde da população mundial. Dentre essas práticas, têm tido foco os fatores de risco modificáveis para as doenças crônicas, que envolvem hábitos de vida, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, fatores esses que viabilizam abordagens preventivas junto à população, além de protocolos de tratamento voltados para cada patologia. Contudo, não se tem observado a redução dos índices de tais patologias e suas complicações, o que pode ser entendido por falhas na adesão aos tratamentos farmacológicos preconizados (BRASIL, 2011).

As DCNT apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, e, geralmente, múltiplas causas. Seu tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que não visa à cura, mas à estabilização da condição de saúde e ao incremento da qualidade de vida do usuário. Em 2013, foi lançada a Portaria nº 252 do Ministério da Saúde, que institui a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

No Brasil, as DCNT são responsáveis por 72% das causas de morte, sendo 31,3% por doenças cardiovasculares, 16,3% por câncer, 5,2% por diabetes mellitus (DM) e 5,8% por doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011).

Frente a essas e outras questões, as doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus, que recebem aportes analíticos das áreas da saúde, passam a captar a atenção de pesquisadores. As áreas da saúde, que por enquanto não oferecem curas definitivas para essas doenças, têm consolidado práticas de controle como formas de tratamento (FLEISCHER, 2015).

### 3.3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica multifatorial definida por níveis pressóricos frequentemente elevados, acima de 140mmHg da pressão arterial sistólica (PAS) e 90mmHg da pressão arterial diastólica (PAD). Tem evolução lenta e silenciosa e necessita cuidados como hábitos saudáveis, prática de exercícios físicos e tratamento farmacológico (ROMERO *et al.*, 2010). Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus. Mantém associação independente com eventos como morte súbita, Acidente Vascular Encefálico, Infarto Agudo do Miocárdio, Insuficiência Cardíaca (IC), Doença Arterial Periférica (DAP) e Doença Renal Crônica (DRC), fatal e não fatal (SBC, 2016).

**Quadro 1.** Classificação de PA (maiores de 18 anos).

<i>Classificação</i>	<i>PAS (mm Hg)</i>	<i>PAD (mm Hg)</i>
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: SBC, 2016.

Dados epidemiológicos demonstram uma prevalência de 30–45% na população de hipertensão arterial, com um aumento acentuado no envelhecimento (SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO, 2014).

Com referência à Hipertensão Arterial Sistêmica, o quadro clínico, juntamente com a terapia medicamentosa, modifica as atividades cotidianas de um indivíduo, interferindo emocional e socialmente, afetando, também, a qualidade de vida. No Brasil

atinge 32, 5% (36 milhões) de indivíduos adultos, cerca de 50% a 70% dos idosos, tornando-se um dos principais fatores de mortalidade, sendo um fator de risco para doenças cardiovasculares, juntamente com a diabetes mellitus (ANDRADE, *et al.*, 2014; SBC, 2016).

### **3.3.2 Diabetes Mellitus**

A Diabetes Mellitus consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo (SBD, 2017). A hiperglicemia persistente está associada a complicações crônicas como, disfunção e falência de vários órgãos, levando a complicações graves como doenças cardiovasculares, retina, nefro e neuropatia (ADA, 2013).

O diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é uma doença autoimune, poligênica, decorrente de destruição das células  $\beta$  pancreáticas, ocasionando deficiência completa na produção de insulina. É mais frequente diagnosticado em crianças, adolescentes e, em alguns casos, em adultos jovens, afetando igualmente homens e mulheres. (SBD, 2018). Estima-se que mais de 30 mil brasileiros sejam portadores de DM1 e que o Brasil ocupe o terceiro lugar em prevalência de DM1 no mundo. Embora a prevalência de DM1 esteja aumentando, corresponde apenas 5 a 10% de todos os casos de diabetes mellitus. Subdivide-se em DM tipo I (forma autoimune) e DM tipo 1B (forma idiopática), a depender da presença ou da ausência laboratorial de autoanticorpos circulantes, respectivamente (IDF, 2015).

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) corresponde a 90 a 95% de todos os casos de DM. Possui etiologia complexa e multifatorial, envolvendo componente genético e ambiental (ADA, 2017). Geralmente, o DM2 acomete indivíduos a partir da quarta década de vida, embora se descreva, em alguns países, aumento na sua incidência em crianças e jovens (SYLER *et al.*, 2017).

O desenvolvimento e a perpetuação da hiperglicemia ocorrem concomitantemente com hiper glucagonemia, resistência dos tecidos periféricos à ação da insulina, aumento da produção hepática de glicose, disfunção incretínica, aumento de lipólise e conseqüente aumento de ácidos graxos livres circulantes, aumento da reabsorção renal de glicose e graus variados de deficiência na síntese e na secreção de insulina pela célula  $\beta$  pancreática. Sua fisiopatologia, diferentemente dos marcadores presentes no DM1, não apresenta indicadores específicos da doença. Em pelo menos 80

a 90% dos casos, associa-se ao excesso de peso e a outros componentes da síndrome metabólica (SBD, 2017).

A DM2 duplica o risco para doenças cardiovasculares, podendo ocorrer conjuntamente à hipertensão (SINGH *et al.*, 2014). O aumento na incidência do DM2 é atribuído a vários fatores: envelhecimento da população com fatores predisponentes; alterações dietéticas, com crescente substituição dos alimentos ricos em fibra, vitaminas e minerais por produtos industrializados; sedentarismo, favorecido por mudanças na estrutura de trabalho e avanços tecnológicos; obesidade; tabagismo, entre outros (SARTORELLI, FRANCO, 2006).

**Quadro 2.** Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e Diabetes Mellitus.

	<b>Glicose em jejum (mg/dL)</b>	<b>Glicose 2 horas após sobrecarga com 75g de glicose (mg/dL)</b>	<b>Glicose ao acaso</b>	<b>HbA1c</b>	<b>Observações</b>
Normoglicemia	< 100	< 140	-	< 5,7	OMS emprega valor de corte de 110mg/dL para normalidade da glicose em jejum.
Pré-diabetes ou risco aumentado para DM	≥ 100 e < 126	≥ 140 e < 200	-	≥ 5,7 e < 6,5	Positividade de qualquer parâmetros confirma diagnóstico de pré-diabetes.
Diabetes estabelecido	≥ 126	≥ 200	≥ 200 com sintomas inequívocos de hiperglicemia	≥ 6,5	Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de DM. Método de HbA1c deve ser padronizado. Na ausência de sintomas de hiperlicemia, é necessário confirmar o diagnóstico pela repetição de testes.

Fonte: SBD, 2017.

### 3.3.3 Síndrome Metabólica

A Síndrome Metabólica (SM) é um transtorno complexo representado por um conjunto de fatores de risco cardiovascular usualmente relacionados à deposição central de gordura e à resistência à insulina. A associação da SM com a doença cardiovascular tem aumentado a mortalidade geral em cerca de 1,5 vezes e a cardiovascular em cerca

de 2,5 vezes. A prevalência da SM varia de acordo com a idade e o sexo, sendo encarada como um problema de saúde pública (SBC, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III) determinaram critérios para diagnóstico da Síndrome Metabólica, sendo eles: obesidade central; glicemia de jejum  $\geq$  100 mg/dL; pressão arterial sistólica  $\geq$  130 e/ou diastólica  $\geq$  85 mmHg; triglicerídeos  $\geq$  150 mg/dL; HDL-colesterol: homens  $<$  40 mg/dL; mulheres  $<$  50 mg/dL. A I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica determina a Síndrome Metabólica pela combinação de pelo menos três componentes, como apresenta o quadro 3 (SBC, 2005).

A disfunção endotelial, resistência insulínica, dislipidemia e obesidade abdominal (comum entre os pacientes portadores da SM) são eventos que podem estar associados a vários fatores tais como: estresse oxidativo, estilo de vida (tabagismo, sedentarismo, dieta hipercalórica/hiper-gordurosa) e herança genética (para DM2, coronariopatia e dislipidemia) (FERREIRA *et al.*; 2011).

**Quadro 3.** Componentes da Síndrome Metabólica segundo o *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III).

Componente	Níveis
Obesidade abdominal por meio de circunferência abdominal:	
Homens	>102 cm
Mulheres	>88 cm
Triglicerídeos	$\geq$ 150 mg/dL
HDL Colesterol:	
Homens	<40 mg/dL
Mulheres	<50 mg/dL
Pressão Arterial	$\geq$ 130 mmHg ou 85 mmHg
Glicemia de jejum	$\geq$ 110 mg/dL

Fonte: I Diretriz de Diagnóstico e Tratamento de Síndrome Metabólica, 2005.

### 3.4 Cuidado Farmacêutico

Inicialmente a Atenção Farmacêutica surgiu a partir do aprofundamento da prática Farmácia Clínica, com a inserção de um componente fortemente humanístico. Essa nova filosofia de prática farmacêutica é voltada diretamente no usuário e não nos medicamentos precisamente. Trata-se do acompanhamento farmacoterapêutico



documentado do paciente, com o propósito de alcançar resultados específicos que melhorem a sua qualidade de vida (HEPLER; STRAND 1990).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 1993, entendeu que a Atenção Farmacêutica tem papel fundamental na atenção sanitária da comunidade, no que se entende a garantir uma farmacoterapia efetiva e a promoção da saúde. Desde então, esta prática tem se desenvolvido em diversos países. (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2000; CERULLI, 2001).

A prática sugere que os farmacêuticos assumam a responsabilidade pelos resultados terapêuticos, através da adoção de um papel ativo na gestão da atenção ao paciente, buscando controlar a enfermidade e melhorar a sua qualidade de vida. Estes profissionais identificam e resolvem os problemas relacionados com os medicamentos que são “qualquer evento indesejável experimentado pelo paciente que envolve ou é suspeito de envolver a farmacoterapia e que interfere de fato ou potencialmente com um resultado desejado para o paciente” (CORRER *et al.*, 2009).

O Cuidado Farmacêutico é implantado, pelo Conselho Federal de Farmácia, na Atenção Primária a Saúde. É um modelo de prática que orienta a provisão de uma variedade de serviços farmacêuticos ao paciente, família e comunidade, por meio da ação integrada do farmacêutico com a equipe multiprofissional de saúde. Centrado no usuário, o modelo visa à promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção de agravos, bem como a resolução de problemas da farmacoterapia e o uso racional de medicamentos (CFF, 2016).

As práticas relacionadas aos Cuidados Farmacêuticos são empregadas aos pacientes e para a sociedade por meio dos serviços farmacêuticos. Esses serviços podem ser tanto com o objetivo de educar e fazer rastreamento em saúde, quanto realizar a dispensação de medicamentos e manejo de problemas de saúde autolimitados. Podem ser prestados serviços como a conciliação de medicamentos, monitorização da terapêutica de medicamentos, revisão da farmacoterapia, gestão da condição de saúde e acompanhamento farmacoterapêutico. (CFF, 2016; BRASIL, 2014).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Métodos de Abordagem**

A estratégia geral de delineamento do estudo foi a de um inquérito transversal, descritivo e quali-quantitativo. As informações foram coletadas por meio de questionário padronizado, que abordavam questões socioeconômicas, presença de DM e/ou HAS, ocorrência de DM e/ou HAS no histórico familiar, uso de medicamentos, valores pressóricos, medidas antropométricas e os exames laboratoriais que seriam realizados.

### **4.2 Local do Estudo**

O estudo foi desenvolvido no Laboratório de Análises Clínicas da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, um espaço de ensino, pesquisa e ações de extensão, que promove o acesso de serviços laboratoriais à sociedade, estudantes, professores e funcionários.

### **4.3 Amostra e Critérios de Inclusão e Exclusão**

Foram analisados pacientes, de ambos os gêneros, com idade a partir de 18 anos, portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis. Os participantes foram informados sobre a importância da pesquisa e aqueles que concordaram assinaram um termo de compromisso livre e esclarecido. Sendo excluídos os indivíduos que não foram de acordo com a pesquisa.

### **4.4 Variáveis Analisadas**

A aferição da pressão arterial sistêmica foi realizada utilizando o esfigmomanômetro de marca P.A. med. Produtos Médicos e estetoscópio BIC®. A mensuração foi de acordo com as recomendações da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.

A antropometria foi realizada em duplicada, considerando-se a média das aferições. Para a obtenção do peso foi utilizada uma balança digital Lidor, modelo LD1050ZTFI com capacidade para 200 Kg e precisão de 100g. A altura foi aferida através de um estadiômetro de alumínio acoplado a balança com escala de 0,5cm. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado com as medidas de peso e altura, de

acordo com a seguinte fórmula  $IMC = \text{peso(kg)} / \text{altura}^2(\text{cm})$ , conforme preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para a avaliação do estado nutricional. Foram classificados com excesso de peso corporal aqueles que apresentaram valores de  $IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$  e acima  $30 \text{ Kg/m}^2$  para obesidade, conforme critério da OMS. A cintura abdominal (CA) foi medida através de uma fita inelástica com o paciente de pé, posição ereta.

As classes dos medicamentos utilizados, informados pelos pacientes, foram classificadas segundo a *Anatomical Therapeutic Classification* (ATC) e avaliadas seguindo as orientações da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes e do Ministério da Saúde.

#### **4.5 Análises Estatísticas**

Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica (Excel 2007) e as suas análises foram realizadas por técnica de estatística descritiva e os resultados serão apresentados em forma de tabelas e figuras.

#### **4.6 Considerações Éticas**

O presente estudo foi realizado de acordo com os aspectos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos, recomendados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, expressos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), com protocolo nº 03195418.3.0000.5182.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 78 pacientes, com idade de 19 até 91 anos, sendo 57 (73,1%) mulheres e 21 (26,9%) homens e destes 43 ( %) são hipertensos e 15 ( %) são diabéticos. E desses pacientes 52 (66,7%) fazem uso de medicamentos para tais doenças e também outras associadas (Asma, Hipotireoidismo, Osteoporose, entre outras).

Na Tabela 1 é apresentado a relação entre faixa etária e os dados antropométricos e bioquímicos sendo possível verificar associação significativa da faixa etária com os dados de pressão arterial, classificação da pressão arterial, diabetes, glicemia de jejum e síndrome metabólica. Para as variáveis com associação significativa se enfatiza que o percentual: com pressão arterial alterada foi mais elevado na faixa com 60 anos ou mais do que na faixa com menos de 60 anos (76,0% x 45,3%); de hipertensos mais elevados na faixa com 60 anos ou mais (76,0% x 45,3%); com diabetes mellitus também mais elevado na faixa com 60 anos ou mais (36,0% x 11,3%); com glicemia de jejum também se apresentou mais elevado na faixa com 60 anos ou mais (48,0% x 17,0%) e com síndrome metabólica também se observa percentual mais elevado na faixa com 60 anos ou mais (40,0% x 20,7%).

Observou-se que de acordo com os parâmetros citados as porcentagens mais elevadas correspondem entre os indivíduos portadores de síndrome metabólica. O complexo da síndrome metabólica está relacionado com a doença cardiovascular e diabetes mellitus tipo 2, identificada por hipertensão arterial sistêmica, hiperglicemia, dislipidemia e obesidade abdominal.

**Tabela 1.** Parâmetros antropométricos e bioquímicos segundo a faixa etária na amostra total. Campina Grande/PB, Brasil. 2019.

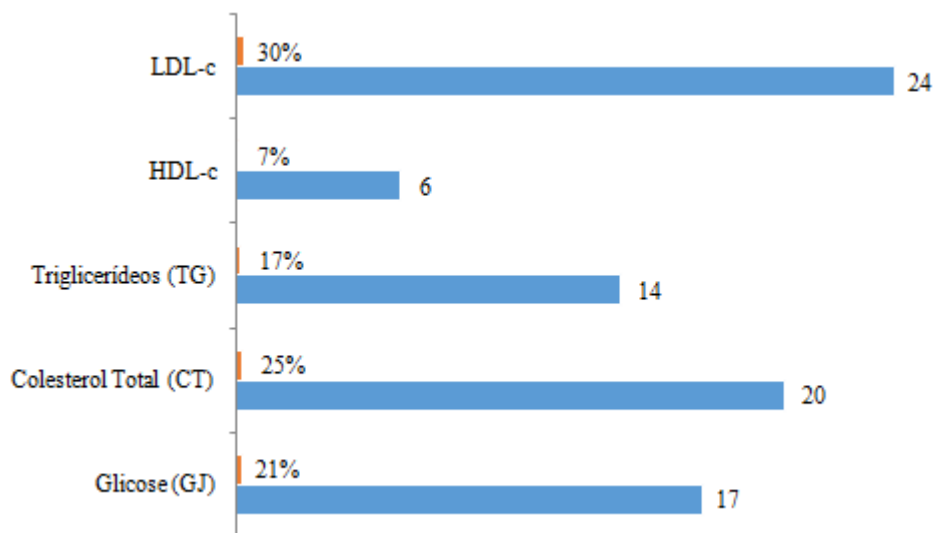
Variáveis	Amostra Total		Faixa Etária			
	N	%	60 anos ou mais		< 60 anos	
			N	%	N	%
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>32</b>	<b>53</b>	<b>68</b>
<b>CA</b>						
Aumentada	45	57,7	12	48,0	20	37,8
Normal	33	42,3	13	52,0	33	62,2
<b>IMC</b>						
Sobrepeso/Obesidade	57	73,1	16	64,0	41	77,4
Normal	21	26,9	9	36,0	12	22,6
<b>HAS</b>						
Alterada	42	53,9	19	76,0	24	45,3
Normal	36	46,1	6	24,0	29	54,7
<b>Classificação da hipertensão</b>						
Hipertensos	43	57,7	19	76,0	24	45,3
Não hipertensos	35	42,3	6	24,0	29	54,7
<b>Diabetes Mellitus (DM)</b>						
Sim	15	19,2	9	36,0	6	11,3
Não	63	80,8	16	64,0	47	88,7
<b>GJ</b>						
Alterada	21	27,0	12	48,0	9	17,0
Normal	57	73,0	13	52,0	44	83,0
<b>CT</b>						
Alterada	35	44,9	9	36,0	25	47,2
Normal	43	55,1	16	64,0	28	52,8
<b>TG</b>						
Alterada	22	28,2	4	16,0	18	34,0
Normal	56	71,8	21	84,0	35	66,0
<b>HDL</b>						
Alterada	9	11,5	4	16,0	5	9,4
Normal	69	88,5	21	84,0	48	90,6
<b>LDL</b>						
Alterada	37	47,4	15	60,0	22	42,0
Normal	41	52,6	10	40,0	31	58,0
<b>Síndrome metabólica</b>						
Sim	21	27,0	10	40,0	11	21,0
Não	57	73,0	15	60,0	42	79,0
<b>Número de critérios da síndrome metabólica</b>						
1 a 2	57	73,0	15	60,0	42	79,3
3	13	16,7	7	28,0	6	11,3
4	7	9,0	2	8,0	5	9,4
5	1	1,3	1	4,0	0	0

Fonte: Dados da Pesquisa (2019). \*CA: Circunferência abdominal/ IMC: Índice de massa corporea/ HAS: Hipertensão arterial sistêmica/ GJ: Glicose de jejum/ CT: Colesterol Total/ TG: Triglicerídeos.

Dos exames bioquímicos realizados nos pacientes assistidos no LAC da UEPB, portadores de doenças crônicas, observa-se alterações relevantes nos exames de glicose (21%), colesterol total (25%), triglicerídeos (17%) e LDL-c (30%). Essas alterações acometeram os indivíduos que apresentavam circunferências abdominais alteradas, bem como o IMC (sobrepeso/obesidade), dislipidemias ou problemas cardiovasculares, fatores que desencadeiam a síndrome metabólica. O sedentarismo e a idade são fatores que influenciam diretamente no desenvolvimento da síndrome.

Os pacientes com alterações nos exames laboratoriais fazem o uso de medicamentos, porém não existia uma ligação adequada da terapia medicamentosa com a terapia não medicamentosa o que pode propiciar as alterações nos resultados dos exames (Figura 2).

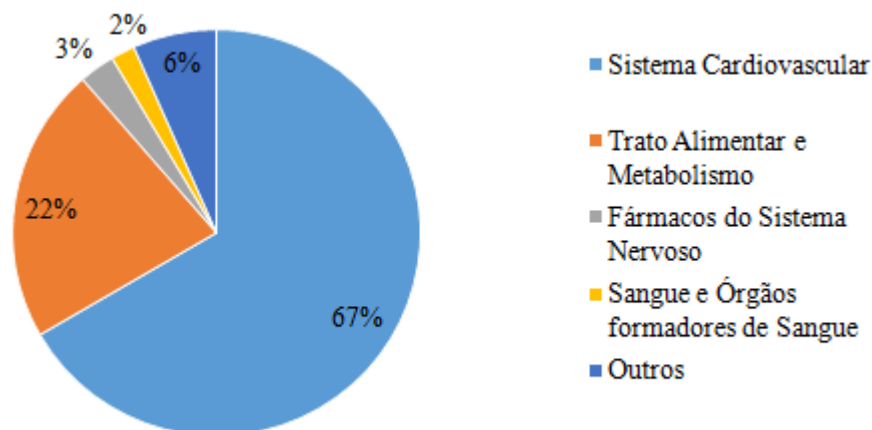
**Figura 2.** Exames bioquímicos com relevantes alterações dos pacientes assistidos no Laboratório de Análises Clínicas da UEPB, 2019.



Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

De acordo com a figura 3, dos pacientes analisados que fazem uso de medicamentos, (67,0%) utilizam fármacos para o Sistema Cardiovascular, (22,0%) para Trato Alimentar e Metabolismo, (3,0%) fármacos do Sistema Nervoso, (2,0%) fármacos do Sangue e Órgãos formadores de Sangue e (6,0%) utilizam fármacos de outras classes. O maior uso de fármacos para o Sistema Cardiovascular e do Trato Alimentar e Metabolismo ocorrem devido os pacientes apresentarem DCNT (Hipertensão Arterial ou Diabetes Mellitus).

**Figura 3.** Sistemas fisiológicos alvos dos medicamentos utilizados pelos pacientes assistidos no Laboratório de Análises Clínicas da UEPB, 2019.



Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Foi registrado um número total de 105 medicamentos utilizados, variando de 0 a 6 por indivíduo, dentre os quais ocorrem associações em doses fixas contendo de até 2 a 7 fármacos, assumindo a definição de polifarmácia numa prevalência de 4,8%.

O grupo terapêutico mais frequente, foi o dos agentes com ação sobre o sistema renina-angiotensina (33,6%), seguido dos fármacos usados nos diabetes (22,0%) e dos diuréticos (19,9%). O ácido acetilsalicílico (AAS) na apresentação farmacêutica com concentração de 100mg foi classificado no grupo terapêutico de medicamentos antitrombóticos, conforme demonstrado na Tabela 2.

Os diuréticos são considerados os fármacos anti-hipertensivos de primeira escolha de acordo aos benefícios comprovados em reduzir eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Caso o usuário não responda adequadamente a monoterapia com diuréticos associam-se IECA, beta-bloqueadores ou antagonistas dos canais de cálcio (BRASIL, 2006). Dos pacientes estudados, (23,0%; n=12) utilizavam apenas um medicamento para PA e (57,7%; n=40) dois ou mais medicamentos associados. Observou-se também que mesmo com a associação de medicamentos, (74,4%; n=) dos pacientes encontravam-se com a PA alterada, enquanto (25,6%; n= 11) estavam com a PA normal. Para o tratamento farmacológico do diabetes, a metformina, é o medicamento de escolha para a maioria dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2, reduzindo 29% das complicações microvasculares. Reduzindo eventos cardiovasculares e mortalidade com tratamento intensivo juntamente com o controle intenso da hipertensão (BRASIL, 2006).

**Tabela 2.** Principais classes terapêuticas, segundo a *Anatomical Therapeutic Classification (ATC)*, utilizadas pelos indivíduos assistido no Laboratório de Análises Clínicas da UEPB, 2019.

ATC1 – Grupo anatómico	ATC2 – Subgrupo terapêutico	n (%)
C – Sistema Cardiovascular	<b>C03 – Diuréticos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidroclorotiazida</li> <li>• Furosemida</li> </ul>	<b>(19,9%)</b> 20 (19,0) 1 (0,9)
	<b>C07 – Agentes beta-bloqueadores</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenolol</li> <li>• Propranolol</li> </ul>	<b>(6,8%)</b> 4 (3,8) 3 (3,0)
	<b>C08 – Bloqueadores dos canais de cálcio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nifedipino</li> <li>• Anlodipino</li> <li>• Verapamil</li> </ul>	<b>(3,0%)</b> 0 (0,0) 3 (3,0) 0 (0,0)
	<b>C09 – Agentes que atuam no sistema renina-angiotensina</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Losartana</li> <li>• Captopril</li> <li>• Enalapril</li> <li>• Valsartana</li> </ul>	<b>(33,6%)</b> 24 (22,9) 3 (3,0) 6 (5,7) 2 (2,0)
	<b>C10 – Agente antilipêmicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinvastatina</li> <li>• Crestor</li> </ul>	<b>(1,8%)</b> 1 (0,9) 1 (0,9)
A – Trato Alimentar e Metabolismo	<b>A10 – Fármacos usados no diabetes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insulina</li> <li>• Metformina</li> <li>• Acarbose</li> <li>• Glibenclamida</li> <li>• Glicazida</li> </ul>	<b>(22%)</b> 2 (2,0) 16 (15,2) 1 (0,9) 3 (3,0) 1 (0,9)
N- Fármacos do Sistema Nervoso	<b>N03 – Antiepiléptico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clonazepam</li> </ul>	<b>(3,0%)</b> 3 (3,0)
B – Sangue e órgãos formadores de sangue	<b>B01 – Medicamentos antitrombóticos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AAS</li> </ul>	<b>(2,0%)</b> 2 (2,0)
Outros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Digoxina</li> <li>• Procolaran</li> <li>• Salbutamol</li> <li>• Prednisona</li> <li>• Mestionon</li> <li>• Roacutan</li> <li>• Osteofix</li> <li>• Alenia</li> <li>• Puran</li> </ul>	<b>(8,1%)</b> 1 (0,9) 1 (0,9) 1 (0,9) 1 (0,9) 1 (0,9) 1 (0,9) 1 (0,9) 1 (0,9) 1 (0,9)
Total		<b>105 (100%)</b>

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).



Dos pacientes diabéticos do estudo, (80%; n=12 ) utilizam apenas monoterapia para o tratamento do diabetes, enquanto (25,0%; n=3) fazem uso de medicamentos associados. Mesmo com a utilização de medicamentos hipoglicemiantes, (80,0%; n=12) dos pacientes apresentaram glicose de jejum alterada e (20,0%; n=3) glicose de jejum normal.

Diante da classificação dos fármacos, a losartana foi um dos fármacos mais utilizados pelos pacientes hipertensos, o seu mecanismos de ação anti-hipertensivo corresponde a antagonizar a ação da angiotensina II por meio do bloqueio específico dos receptores AT1, responsáveis pelas ações vasoconstritoras, proliferativas e estimuladoras da liberação de aldosterona, próprias da angiotensina II. No tratamento da HAS, especialmente em populações de alto risco CV (risco cardiovascular) ou com comorbidades, proporcionam redução da morbimortalidade CV e renal (nefropatia diabética) (SBC, 2016).

A metformina foi o medicamento mais utilizado pelos pacientes diabéticos no estudo. Faz parte da classe das biguanidas, o fármaco mais utilizado para o tratamento de diabetes mellitus tipo 2, tanto em imunoterapia, quanto em associações. Não devendo ser considerado um hipoglicemiante oral, e sim um normoglicemiante oral. Dentre todos os fármacos existentes, a metformina é o que menos causa a reação adversa da hipoglicemia, tomando esse nome de normoglicemiante, de acordo com seu mecanismo de ação que está relacionado com o aumento de glicose, o aumento da glicogenólise, da neoglicogénese intra-hepática e a sensibilização dos receptores, não estimulando a secreção de insulina pelo pâncreas.

No processo de envelhecimento alterações fisiológicas ocorrem no organismo, que afetam órgãos e variam de acordo com fatores genéticos, ambientais e psicológicos, sendo elas, alterações cardiovasculares, respiratórias, hepáticas e renais, gastrintestinais, no sistema nervoso central, imunitárias e endócrinas. Essas alterações ocasionam mudanças no perfil farmacológico, com consequência na farmacocinética e farmacodinâmica, aumentando o potencial para as interações medicamentosas e maiores efeitos adversos. As interações medicamentosas são incidentes ao uso simultâneo de anti-hipertensivos e hipolicemiantes.

Avaliando os fármacos utilizados pelos pacientes foram identificadas interações farmacocinéticas que podem ser responsáveis pelas alterações no metabolismo dos princípios ativos. São interações medicamentosas moderadas, que acontecem entre os

IECA e os diuréticos, IECA e salicilatos, IECA e bloqueadores do canal de cálcio, insulina e beta bloqueador, sulfoniluréia e salicilato, insulina e IECA.

Os pacientes acometidos por DCNT integram um dos principais grupos de risco cardiovasculares se tratando de situações de interações medicamentosas, não apenas pela combinação de fármacos utilizados no tratamento destas doenças, mas pelo fato de muitos sofrerem de outras patologias que também necessitam de medicações.

A associação de HAS e DM dobram o risco CV e tem aumentado o predomínio de HAS, fato ligado à elevação nas taxas de sobrepeso e obesidade, bem como ao aumento da população de idosos em nosso meio. Esse aumento na incidência de HAS pode atingir 75-80% nos pacientes com doença renal diabética. Cerca de 40% dos pacientes com diagnóstico recente de DM tipo 2 têm HAS (SBC, 2016).

A escolha da monoterapia para a maioria dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos em estudo não se encontrava adequada, sendo necessária a associação medicamentosa, nesse caso o índice de controle da PA alterado e da glicemia podem ocorrer devido a baixa adesão à terapia medicamentosa, ou falha na terapêutica medicamentosa implantada, ou ao fato de o tratamento medicamentoso estar desassociado do tratamento não medicamentoso, comprometendo sua eficácia.

## 6 CONCLUSÃO

Em todas as fases do exame laboratorial, a humanização na assistência pode produzir mudanças estruturais na relação analista clínico-paciente, em nível técnico e afetivo-emocional, levando à conscientização da necessidade de condutas e atitudes corretas e coerentes diante da qualidade de vida.

O diálogo com o paciente constitui uma premissa básica para um atendimento eficiente, sendo essencial a valorização dos cuidados farmacêuticos pelo profissional de saúde. A presença da hipertensão arterial, diabetes mellitus, sobrepeso/obesidade, circunferência abdominal alterada mostram-se significativamente elevadas nos indivíduos portadores de síndrome metabólica, desencadeando o uso de múltiplos medicamentos por indivíduo que sofrem alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas associadas ao processo de envelhecimento. Sendo de grande importância a racionalização dos medicamentos utilizados pelos pacientes para uma terapia medicamentosa efetiva, podendo-se minimizar os possíveis riscos associados ao uso de medicamentos.

Os pacientes devem ser orientados quanto à importância da prática regular de atividades físicas como uma das modalidades de cuidado a saúde, a adesão da terapia não medicamentosa em conjunto com a terapia medicamentosa mudaria a qualidade de vida dos pacientes, sendo um fator importante para o controle da PA, da glicemia e das comorbidades da HAS e do diabetes mellitus. O cuidado farmacêutico numa abordagem multiprofissional tem como objetivo principal promover o melhor controle da HAS e do DM diretamente relacionado à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

## REFERÊNCIAS

ALLEYNE G, BINAGWAHO A, HAINES A, JAHAN S, NUGENT R, ROJHANI A, et al. Embedding non-communicable diseases in the post-2015 development agenda. **Lancet**. 2013; 381(9866):566-74.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, **Diabetes Care**, v. 36, 2013.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**. 2017; 40 (Suppl 1):S1-131.

ANDRADE, J. M. O., RIOS, L. R., TEIXEIRA, L. S., VIEIRA, F. S., MENDES, D. C., VIERIA, M. A., & SILVEIRA, M. F. (2014). Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Ciência e Saúde Coletiva**, 19(8), 3497-3504.

ANDRADE, M.A.; SILVA, M.V.S.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**. v. 25, n. 1, p. 55-63, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação de Saúde**. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.160 p.

BRASIL. **Conselho Federal de Farmácia – CFF**. Resolução – RDC nº 585 de 29 de agosto de 2013. Ementa: Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em: 15 de Maio de 2019.

BRASIL. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Farmácia Clínica./ Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. – São Paulo: **Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo**, 2015. 1ª edição. 44 p.

BRASIL. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços Farmacêuticos na atenção básica à saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2014. 108p.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus – (Cadernos de Atenção Básica, n.6) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, 2006.

BATISTELLA, C. 2008. **Análise da situação de saúde: principais problemas de saúde da população brasileira**. In: Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Editado por Batistella, C. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz. Disponível em: <[http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis\\_analise\\_situacao\\_saude\\_volume\\_1.pdf](http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2019.

BERENSTEIN, C.K.; WAJNMAN, S. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 24, n. 10, p. 2301-13, 2008.

CERULLI, J. The role of the community pharmacist in identifying, preventing and resolving drug-related problems. **Medscape Pharmacists**, New York, v. 2, n. 2, p. 1-5, feb. 2001.

CFE. Conselho Federal de Farmácia. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e a comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: **Conselho Federal de Farmácia**, 2016. 200p.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. El ejercicio de la atención farmacéutica. Madrid: **McGraw Hill**, 2000. 352p.

CORRER C. J., PONTAROLO R., SOUZA R.A.P., VENSON R., MELCHIORS A.C., WIENS A. Effect of a Pharmaceutical Care Program on quality of life and satisfaction with pharmacy services in patients with type 2 diabetes mellitus. **Braz J Pharm Sci** 45: 809-817, 2009.

FLEISCHER, S., FRANCH, M. 2015. Uma dor que não passa: aportes teórico-metodológicos de uma antropologia das doenças compridas. **Rev Ciênc Sociais** 42: 13-28.

FERREIRA, B. C. et al. Estudos dos medicamentos utilizados pelos pacientes atendidos em laboratórios de análises clínicas e suas interferências em testes laboratoriais: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Farmácia** Vol 6(1), 33-43, 2009.

FERREIRA, A. L. A. et al. Síndrome metabólica: atualização de critérios diagnósticos e impacto do estresse oxidativo na patogênese. **Rer Bras Clín Med**. São Paulo, 2011 jan-fev;9(1):54-61.

GUPTA, M.; AGARWAL, M. Understanding medication errors in the elderly. **NZMJ**. v.126, n. 1385, p. 73-99, 2013.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Oportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, [S.l.], v. 47, p. 533-43, 1990.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2013a. **Síntese de indicadores sociais – uma análise das condições de vida da população brasileira 2013**. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>>. Acesso em: 28 de mar. 2019.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2014. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 – **Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm>>. Acesso em: 28 de mar. 2019.

INGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Coordenação de população e indicadores sociais, projeções da população do Brasil por sexo e faixa etária**. Revisão 2008. Rio de Janeiro, 2010b.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 7th ed. Brussels, Belgium: **International Diabetes Federation**; 2015. Disponível em: <<http://www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html>>. Acesso em: 17 de Set de 2019.

MAHER, R.L.; HANLON, J.T.; HAJJAR, E.R. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. **Expert Opin Drug Saf.** v. 13, n. 1, p. 57-65, 2014.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde/ **World Health Organization**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60 p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). Relatório 2001-2002: **Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos**. Brasília, 2002c. Disponível em: <[www.opas.org.br/medicamentos](http://www.opas.org.br/medicamentos)>. Acesso em: 7 de Maio de 2019.

PATTERSON, S.M.; HUGHES, C.; KERSE, N.; CARDWELL, C.R.; BRADLEY, M.C. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev.* In: **The Cochrane Library**, n. 9, Art. No. CD008165. 2012.

RIBEIRO AQ, ACURCIO FA, WICK JY. Pharmaco epidemiology of the elderly in Brazil: state of the art. **ConsultPharm**; 2009; 24:30-44.

ROMERO, A. D.; SILVA, M. J.; SILVA, A. R. V.; FREITAS, R. W. J. F.; DAMASCENO, M. M. C. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa unidade de saúde da família. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 72-78, 2010.

ROZENFELD S. Prevalência, fatores associados a mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. **Cad Saúde Pública**. 2003; 19:717-24.

SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J.; CARDOSO, M.A. Intervenção nutricional e prevenção primária do diabetes mellitus tipo 2: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.1, p.7-18, 2006.

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**. n. 3, v. 107, s. 3, p.21, 2016.

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arq Bras Cardiol**. V. 84, Suplemento I, Abril 2005.

SBD, Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. - São Paulo : **Editora Clannad**, 2017.

SERGI, G.; DE RUI, M.; SARTI, S.; MANZATO, E. Polypharmacy in the elderly: can comprehensive geriatric assessment reduce inappropriate medication use? **Drugs Aging**. v. 28, n. 7, p. 509-18, 2011.

SILVA AL. **Estudo de utilização de medicamentos por idosos brasileiros** [Dissertação de Mestrado] Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

SINGH, K; SEKARAN, A. M. C. ; BHAUMIK, S.; AISOLA, M.; CHATTOPADHYAY, K.; GAMAGE, A.; SILVA, P.; SELVARAJ, S. ; ROY, A.; PRABHAKARAN, D.; TANDON, N. Cost-effectiveness of interventions to control cardiovascular diseases and type 2 diabetes mellitus in South Asia: protocol for a systematic review. **BMJ Open**, 2015.

SKYLER JS, BAKRIS GL, BONIFACIO E, DARSOW T, ECKEL RH, GROOPL et al. Differentiation of diabetes by pathophysiology, natural history, and prognosis. **Diabetes Care**. 2017; 66(2):241-55.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO: **Guidelines de 2013 da ESH/ESC** para o Tratamento da Hipertensão Arterial, n. 39, 2014.

TAULOIS, Júlia Carneiro. **O cuidado farmacêutico no tratamento do Diabetes Mellitus**. 2011. 60p. Trabalho de Conclusão de Curso (Farmácia) – Universidade Católica de Brasília, Taguatinga, 2011.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**. v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PARTICIPANTES



### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

**Projeto: Atendimento humanizado aos pacientes usuários do SUS e da comunidade assistida no Laboratório de Análises Clínicas (LAC) da UEPB**

#### DADOS PESSOAIS:

1. Sexo ( ) M ( ) F  
 2. Idade: \_\_\_\_\_  
 3. Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 4. Escolaridade: \_\_\_\_\_  
 5. Estado civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado (a) ( ) Divorciado (a) ( ) Viúvo (a)

#### Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT):

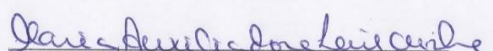
1. Qual (is) das DCNT você apresenta? ( ) HAS ( ) DM ( ) HAS e DM  
 2. Há quanto tempo apresenta essa doença? \_\_\_\_\_  
 3. Faz uso de qual medicação? \_\_\_\_\_  
 4. Fatores de risco apresentados?  
 ( ) Tabagismo  
 ( ) Bebidas alcoólicas  
 ( ) Familiar apresenta algum tipo de DCNT? Qual: \_\_\_\_\_  
 ( ) Praticar exercícios físicos? Qual? \_\_\_\_\_  
 ( ) Apresenta alguma dislipidemia? Qual: \_\_\_\_\_  
 ( ) Monitoramento da pressão arterial regularmente  
 ( ) Doença cardiovascular? Qual: \_\_\_\_\_  
 5. Exames Laboratoriais:  
 Realiza exames periodicamente para monitoramento da DM? ( ) SIM ( ) NÃO  
 Quais? \_\_\_\_\_  
 Há quanto tempo realizou os mesmos? \_\_\_\_\_  
 6. Dados antropométricos:  
 Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_  
 Circunferência abdominal: \_\_\_\_\_ Quadril: \_\_\_\_\_

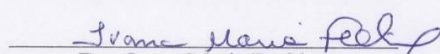
Obs: \_\_\_\_\_

\* HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica / DM: Diabetes mellitus / IMC: Índice de Massa Corporal.



Campina Grande, 16 de novembro de 2018.

  
Dra. Maria Auxiliadora Lins da Cunha

  
Dra. Ivana Maria Fechine  
**Orientadoras**

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE**

OBSERVAÇÃO: Para o caso de pessoas maiores de 18 anos e não incluídas no grupo de vulneráveis)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **“Atendimento humanizado aos pacientes usuários do SUS e da comunidade assistida no Laboratório de Análises Clínicas da UEPB”**. Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho Atendimento humanizado aos pacientes usuários do SUS e da comunidade assistida no Laboratório de Análises Clínicas (LAC) da UEPB, é um projeto de ação extensionista e contínua. A abordagem será conduzida, na sala de recepção do LAC, antes da realização do atendimento do paciente, onde será transmitida informações precisas, sobre os aspectos relacionados à orientação do paciente, destacando-se a necessidade ou não de jejum, a prática de atividade física, o uso de medicamentos capazes de interferir na análise, como também aferição da pressão arterial e determinação do índice de massa corpórea. Deste modo, este projeto contribuirá para que a comunidade assistida no LAC, receba um atendimento diferenciado, resultando na prestação de serviços mais eficientes. As informações prestadas contribuirão para uma melhor qualidade de vida para estes pacientes.

- O projeto tem como objetivo geral proporcionar um atendimento humanizado aos pacientes usuários do SUS e a comunidade assistida no Laboratório de Análises Clínicas da UEPB.
- Os objetivos específicos são : Acolher de forma humanizada os pacientes que buscam os serviços do LAC; prestar informações técnico-científica à comunidade assistida no LAC; registrar aferições de pressão arterial; registrar a medida da Cintura abdominal e Índice de Massa Corpórea; orientar os pacientes que procuram os serviços do LAC, quanto a importância da prática regular de atividades físicas como uma das modalidades de cuidado à saúde; realizar palestras educativas com temas atuais.
- Os participantes serão abordados na recepção do laboratório e informados sobre a importância da pesquisa e aqueles que concordarem, assinarão duas vias do TCLE e uma dessas vias ficarão em posse do participante da pesquisa. Aqueles que concordarem serão submetidos a um questionário elaborado e aplicado pelos pesquisadores, no qual será avaliado as características sociodemográficas. A avaliação dos índices antropométricos e pressóricos serão realizados numa sala fechada localizada ao lado da recepção do LAC da UEPB, como também

laboratoriais.

- Ao voluntário só caberá a autorização para responder a um questionário, mensuração do peso, da altura, da cintura abdominal, aferição da pressão arterial sistêmica e coleta sanguínea, de modo que o projeto de pesquisa oferece um risco mínimo ao participante, uma vez que poderão sentirem-se desconfortáveis ao responder o questionário como também na coleta sanguínea. A fim de minimizá-los e/ou eliminá-los, os participantes serão previamente esclarecidos sobre a pesquisa, na qual será enfatizado que a sua participação será voluntária e que poderá desistir da mesma em qualquer etapa, não havendo qualquer penalização ou prejuízo ao mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim, a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- **Conforme prevê a resolução 466/12-CNS estará garantido o ressarcimento de despesas realizadas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes, sendo de responsabilidade dos pesquisadores. Será garantido a indenização diante de eventuais danos imprevisíveis decorrentes da pesquisa.**
- Esta pesquisa poderá trazer benefícios aos participantes, que terão um atendimento humanizado ao buscar os serviços do Laboratório de Análises Clínicas e os serviços de assistência farmacêutica, assim como esclarecimento dos resultados dos exames laboratoriais no sentido de orientá-los a procurar o clínico. Deste modo, este projeto contribuirá para que a comunidade assistida no LAC, receba um atendimento diferenciado, resultando na prestação de serviços mais eficientes. As informações prestadas contribuirão para uma melhor qualidade de vida para estes pacientes.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimento, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 8815 – 0719 ou (083) 3315 – 3487 com Maria Auxiliadora Lins da Cunha.
- 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 esclarecimento e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Coordenadoras do projeto:

Dra. Maria Auxiliadora Lins da Cunha

Rua José Maria Tavares, nº 301, Apto. 2501, Brisamar, João Pessoa-PB

CEP: 58034220

Telefone: (83) 988150719 e (083) 3315 – 3487

Dra. Ivana Maria Fechine

Rua Durval Ribeiro de Lima, nº 101, Apto 904, Miramar

CEP: 58032085

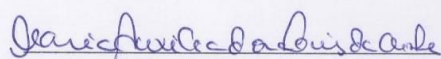
Telefone: (83) 987572007 e (083) 3315 – 3487

CEP: 58032085  
Telefone: (83) 987572007 e (083) 3315 – 3487

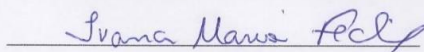
COMITÊ DE ÉTICA: CEP/HUAC

Endereço: Rua Dr. Carlos Chagas, s/n  
Bairro: São José  
UF: PB  
Município: CAMPINA GRANDE  
Telefone: (83)2101-5545

Campina Grande, 16 de novembro de 2018



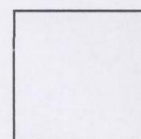
Dra. Maria Auxiliadora Lins da Cunha



Dra. Ivana Maria Fechine

Assinatura dos pesquisadores responsáveis

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante



Assinatura datiloscópica

**ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO  
SERES HUMANOS**

**UFCG - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ALCIDES  
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ATENDIMENTO HUMANIZADO AOS PACIENTES USUÁRIOS DO SUS E DA COMUNIDADE ASSISTIDA NO LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DA UEPB

**Pesquisador:** Maria Auxiliadora Lins da Cunha

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 03195418.3.0000.5182

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.176.131

**Apresentação do Projeto:**

É um projeto de ação extensionista, cuja proposta em questão trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa envolvendo a comunidade assistida pelo SUS que realiza exames laboratoriais no Laboratório de Análises Clínicas (LAC) da Universidade Estadual da Paraíba. Objetivando acolher de forma humanizada os pacientes que buscam os serviços do LAC, além de prestar informações técnico-científica a essa comunidade. Como critérios de inclusão o paciente deve ser cadastrado no SUS, e será aplicado um instrumento de coleta dos dados desenvolvido especificamente para esse projeto. O paciente atendido no LAC será convidado a participar da presente pesquisa, e uma vez tendo aceito será assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com os aspectos Éticos da Resolução 466/12 CNS/MS).

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

- Proporcionar um atendimento humanizado aos pacientes usuários do SUS e a comunidade assistida no Laboratório de Análises Clínicas da UEPB.

Objetivo Secundário:

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

**Bairro:** São José

**CEP:** 58.107-670

**UF:** PB

**Município:** CAMPINA GRANDE

**Telefone:** (83)2101-5545

**Fax:** (83)2101-5523

**E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ALCIDES  
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 3.176.131

- Acolher de forma humanizada os pacientes que buscam os serviços do LAC;
- Prestar informações técnico-científica à comunidade assistida no LAC;
- Registrar aferições de pressão arterial;
- Registrar a medida da Cintura abdominal e Índice de Massa Corpórea ;
- Orientar os pacientes que procuram os serviços do LAC, quanto a importância da prática regular de atividades físicas como uma das modalidades de cuidado à saúde;
- Realizar palestras educativas com temas atuais.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

- Esta pesquisa oferece um risco mínimo ao participante, pois poderão por ventura sentirem-se desconfortáveis ao responder o instrumento de coleta. Com a finalidade de minimizá-los e/ou eliminá-los, todos os participantes receberão esclarecimentos prévios sobre a pesquisa. Destacamos que a participação será voluntária e o sujeito poderá a qualquer etapa da pesquisa interromper sua participação. Além disso, terá resguardados seus dados pessoais, sigilo e confidencialidade.

Benefícios:

- Esta pesquisa poderá trazer benefícios, desde a humanização no seu atendimento com serviços de assistência farmacêutica, como a explicação dos resultados das dosagens bioquímicas realizadas de uma forma compreensível ao paciente. De modo que os resultados da pesquisa podem influenciar a assistência à saúde e estudos envolvendo a síndrome metabólica.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto apresenta relevância científica e social.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora apresentou a seguinte documentação:

- Termo de Compromisso de divulgação dos resultados;
- Termo de Compromisso dos pesquisadores;
- Termo de Autorização Institucional do Laboratório de Análises Clínicas da UEPB;
- Declaração de Concordância com Projeto de Pesquisa;

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

**Bairro:** São José

**CEP:** 58.107-670

**UF:** PB

**Município:** CAMPINA GRANDE

**Telefone:** (83)2101-5545

**Fax:** (83)2101-5523

**E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ALCIDES  
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 3.176.131

- Projeto de Pesquisa;
- Instrumento de coleta de dados;
- Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos;
- Termo de Compromisso Livre e Esclarecido;

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado, salvo melhor juízo desta assembleia.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1107371.pdf	21/02/2019 20:42:40		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_EXTENSAO_COMITE_ETICA.pdf	21/02/2019 20:35:07	Maria Auxiliadora Lins da Cunha	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_PARA_COLETA_DE_DADOS.pdf	21/02/2019 20:34:50	Maria Auxiliadora Lins da Cunha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	21/02/2019 20:33:51	Maria Auxiliadora Lins da Cunha	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_DE_DIVULGACAO_DOS_RESULTADOS.pdf	21/11/2018 12:34:20	IVANA MARIA FECHINE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_DO_PESQUISADOR.pdf	20/11/2018 17:35:16	Maria Auxiliadora Lins da Cunha	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_DE_INSTITUICAO.pdf	02/09/2018 12:29:01	Maria Auxiliadora Lins da Cunha	Aceito
Folha de Rosto	Folha_De_Rosto.pdf	02/09/2018 12:07:38	Maria Auxiliadora Lins da Cunha	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

**Bairro:** São José

**CEP:** 58.107-670

**UF:** PB

**Município:** CAMPINA GRANDE

**Telefone:** (83)2101-5545

**Fax:** (83)2101-5523

**E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br