



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
CURSO DE FARMÁCIA**

ROSILVA DA SILVA DIAS

**CUIDADOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA E SUAS
CONTRIBUIÇÕES NA SAÚDE PÚBLICA**

**CAMPINA GRANDE - PB
2017**

ROSILVA DA SILVA DIAS

**CUIDADOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA E SUAS
CONTRIBUIÇÕES NA SAÚDE PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Farmacêutico Generalista.

Orientador(a): Prof. Dr. Maria do Socorro Ramos de Queiroz.

**CAMPINA GRANDE - PB
2017**

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.

D541c Dias, Rosilva da Silva.
Cuidados farmacêuticos na atenção básica e suas contribuições na saúde pública [manuscrito] : / Rosilva da Silva Dias. - 2017.
45 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.

"Orientação : Profa. Dra. Maria do Socorro Ramos de Queiroz, Coordenação do Curso de Farmácia - CCBS."

1. Serviços farmacêuticos. 2. Farmácia clínica. 3. Doenças Crônicas não Transmissíveis. 4. Assistência farmacêutica.

21. ed. CDD 615

ROSILVA DA SILVA DIAS

CUIDADOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA E SUAS CONTRIBUIÇÕES
NA SAÚDE PÚBLICA

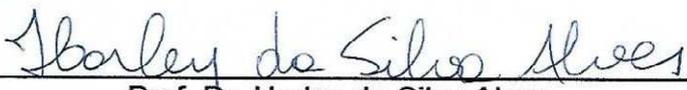
Trabalho de Conclusão de Curso de
Graduação de Farmácia da Universidade
Estadual da Paraíba, em cumprimento à
exigência para obtenção do grau Bacharel
em Farmácia

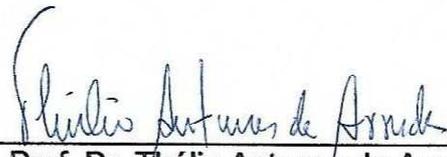
Orientadora: Prof. Dra. Maria do Socorro
Ramos de Queiroz.

Aprovada em: 28/11/2017.

BANCA EXAMINADORA


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


Prof. Dr. Harley da Silva Alves
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Dr. Thúlio Antunes de Arruda
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, meu auxílio e protetor durante toda a minha trajetória acadêmica. Que me deu forças pra prosseguir na caminhada e chegar até aqui vencendo todos os percalços e as dificuldades que encontrei pelo caminho.

Sou imensamente grata aos meus familiares e ao meu esposo, que souberam compreender a minha ausência em determinados momentos durante estes cinco anos. E que, principalmente, investiram em mim a realização desse sonho “coletivo”. Obrigada por todas as vezes que vocês me deram o ombro para eu chorar e não me deixaram desistir! Por isso, e tantas outras coisas, eu amo cada um de vocês.

Não poderia deixar de agradecer a minha orientadora, que transmitiu um pouco de todo o seu vasto conhecimento ao longo destes últimos anos. Aos meus tutores do PET Farmácia e todos os petianos, que me ensinaram a humanizar meus conhecimentos e aplicá-los à comunidade que tanto precisa deles. Saibam que vocês foram de uma importância imensa à minha carreira como farmacêutica.

Agradeço aos meus colegas que vão deixar muita saudade.

RESUMO

O cuidado farmacêutico está inserido na Assistência Farmacêutica, que exerce um importante papel na Atenção Básica à Saúde e constitui a ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos. Nesse sentido, este trabalho teve como objetivo realizar os serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde e avaliar os resultados apresentados pelos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2). Tratou-se de uma pesquisa quantitativa e descritiva realizada em duas Estratégias de Saúde da Família no distrito de Galante, no município de Campina Grande – PB. A amostra contou com 68 usuários do Programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *mellitus* (HIPERDIA). Destes, 44 (65%) foram do gênero feminino e a média de idade dos pacientes foi de 63 ± 13 anos. O grupo de usuários foi representado por 49 pacientes (72%) portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 18 pacientes (26%) portadores de HAS e Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) e apenas 1 (2%) era portador apenas de DM2. A análise de Obesidade Central revelou que a maioria dos pacientes possui valores acima do considerado normal. Quanto ao controle Glicêmico, a maior parte dos pacientes demonstraram estar com a glicemia capilar com valores inferiores a 200 mg.dL^{-1} de glicose. Na avaliação da Média e do Desvio Padrão nos 3 períodos, 2014-2015, 2015-2016 e 2016-2017, constatou-se que a população se manteve na classificação de Pré-hipertensos, em sua maioria. Quanto ao Índice de Massa Corpórea (IMC), em 2017, 33% deles estavam em normalidade. Neste teste os pacientes se mantiveram dentro de critérios para sobrepeso em todo o período, embora tenha havido significância ($p < 0,05$) apenas no intervalo de (2016-2017, $p = 0,028$), indicando que neste período a população teve tendência a reduzir o IMC, atingindo critérios de normalidade. Na análise de Resultados Negativos Relacionados aos Medicamentos (RNM's), constatou-se problemas de Inefetividade não-quantitativa, devido à presença de Interações entre medicamentos, em sua grande maioria. As interações mais frequentes ocorreram entre hidroclorotiazida e glibenclamida. Ainda houve uma parcela de 7 pacientes (10%) que apresentou RNM's de Segurança. Percebe-se neste caso, que é de fundamental importância que o profissional Farmacêutico faça parte da equipe multidisciplinar em Saúde, pois ele é capaz de realizar a monitorização terapêutica dos medicamentos, acompanhamento farmacoterapêutico de cada um desses pacientes, a fim de que seja possível estabilizar o quadro da HAS e/ou DM e dar autonomia para que o paciente se mantenha saudável e tenha controle nas condições de sua saúde, por meio da educação em saúde.

Palavras-Chave: Serviços Farmacêuticos. Atenção à Saúde. Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

ABSTRACT

Pharmaceutical care is part of the Pharmaceutical Assistance, which plays an important role in Primary Health Care and is the integrated action of the pharmacist with the health team, centered on the user, for promotion, protection and recovery of health and prevention of diseases. In this sense, this work aimed to perform the pharmaceutical services in Primary Health Care and to evaluate the results presented by patients with chronic noncommunicable diseases such as systemic arterial hypertension (SAH) and type 2 Diabetes *mellitus* (DM2). This was a quantitative and descriptive research carried out in two Family Health Strategies in the district of Galante, in the city of Campina Grande - PB. The sample consisted of 68 users of the Systemic Arterial Hypertension and Diabetes *mellitus* Program (HIPERDIA). Of these, 44 (65%) were of the female gender and the mean age of the patients was 63 ± 13 years. The group of users was represented by 49 patients (72%) with Systemic Arterial Hypertension (SAH), 18 patients (26%) with SAH and Type 2 Diabetes *mellitus* (DM2) and only 1 (2%) had only DM2. The analysis of Central Obesity revealed that the majority of patients had values above that considered normal. Regarding glycemic control, the majority of the patients demonstrated to be with capillary glycemia values below 200 mg.dL⁻¹ glucose. In the evaluation of the Mean and Standard Deviation in the 3 periods, 2014-2015, 2015-2016 and 2016-2017, it was verified that the population remained in the classification of Pre-hypertensive, in the majority. As for the Body Mass Index (BMI), in 2017, 33% of them were in normalcy. In this test, the patients remained within the criteria for overweight throughout the period, although there was a significant ($p < 0.05$) only in the range of (2016-2017, $p = 0.028$), indicating that in this period the population tended to reduce BMI, reaching normality criteria. In the analysis of Negative Results Related to Medicines (MRI), there were problems of non-quantitative ineffectiveness, due to the presence of Interactions between drugs, in the great majority. The most frequent interactions occurred between hydrochlorothiazide and glibenclamide. There was still a portion of 7 patients (10%) who presented Safety MRIs. In this case, it is of fundamental importance that the pharmacist is part of the multidisciplinary team in Health, since he is able to perform the therapeutic monitoring of the drugs, the pharmacotherapeutic monitoring of each of these patients, so that it is possible to stabilize the picture of SAH and / or DM and give autonomy so that the patient stays healthy and has control in the conditions of his health, through health education.

Key Words: Pharmaceutical Services. Health Care. Chronic Noncommunicable Diseases.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1:	Fluxograma dos cuidados farmacêuticos	16
FIGURA 2:	Classificação dos RNM's de acordo com o Terceiro Consenso de Granada.	24
FIGURA 3:	Percentuais anuais da Pressão Arterial.	26
FIGURA 4:	Percentuais anuais para o Índice de Massa Corpórea.	27
FIGURA 5:	Percentuais anuais para Obesidade Central.	27
FIGURA 6:	Percentuais anuais para Glicemia Capilar.	28

LISTA DE TABELAS

TABELA 1:	Níveis de Pressão Arterial para Maiores de 18 anos	19
TABELA 2:	Valores de Glicose Plasmática (em mg.dL^{-1}) para diagnóstico da DM2 e seus estágios pré-clínicos	20
TABELA 3:	Classificação Internacional de Obesidade segundo o IMC	21
TABELA 4:	Médias e desvio padrão das variáveis estudadas na amostra.	28
TABELA 5:	Significância das variáveis analisadas na amostra	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DAP	Doença Arterial Periférica
DBO	Diretrizes Brasileiras de Obesidade
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
FR	Fatores de Risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IECA	Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina
IMC	Índice de Massa Corpórea
IC	Insuficiência Cardíaca
NCEP	National Cholesterol Education Program
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RNM	Resultado Negativo à Medicamento
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	12
2.1	Objetivo Geral	12
2.2	Objetivos Específicos	12
3	REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1	Assistência Farmacêutica na Atenção Básica do SUS	13
3.2	Farmácia Clínica	14
3.3	Cuidados e Serviços Farmacêuticos	15
3.4	Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	17
3.4.1	Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	17
3.4.2	Diabetes <i>mellitus</i> (DM)	18
3.4.3	Índice de Massa Corporal (IMC)	20
3.4.4	Obesidade Central (OC)	21
4	MATERIAL E MÉTODOS	22
4.1	Tipo de pesquisa	22
4.2	Amostra estudada	22
4.3	Critério de inclusão e critério de exclusão	22
4.4	Instrumentos de coleta de dados	22
4.5	Avaliação do perfil farmacoterapêutico	23
4.6	Método de aferição da pressão arterial e glicemia capilar	23
4.7	Aspectos éticos	24
4.8	Análise estatística	24
5	RESULTADOS	25
6	DISCUSSÃO	29
7	CONCLUSÃO	33
	REFERÊNCIAS	34
	ANEXOS	
	APÊNDICE	

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica à Saúde (ABS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e de autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. A atenção básica é desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais a equipe de saúde assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2011).

A ABS é o centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e tem um papel chave na sua estruturação, como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2006, BRASIL, 2010). Dentre os atendimentos prestados à comunidade local na ABS destacam-se: campanhas educativas e preventivas de homem, mulher, idoso e criança, pré-natal, imunização, nutrição, consultas, intervenções farmacológicas e não farmacológicas para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e outras ações estratégicas de saúde importantes (RODRIGUES, 2012; CAPILHEIRA; SANTOS, 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde “é importante destacar que a melhoria do sistema de saúde, com ênfase na qualidade da atenção primária em saúde, com investimentos na educação continuada de recursos humanos, na atenção farmacêutica e em outras áreas estratégicas, resultará em melhora do manejo para o conjunto das DCNT” (BRASIL, 2011).

O cuidado farmacêutico está inserido na Assistência Farmacêutica que exerce um importante papel na ABS, na medida em que busca garantir o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos. A Assistência Farmacêutica apresenta componentes de natureza técnica, científica, de inovação tecnológica e operativa, tendo por objeto a relação com o usuário, organizada de acordo com a complexidade, as necessidades da população e as finalidades dos serviços de saúde (BRASIL, 2015).

A ação integrada do Farmacêutico com a equipe de saúde está diretamente ligada ao cuidado farmacêutico, sendo este inserido nos termos da Farmácia Clínica,

que é centrada no usuário, para promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos. Visa à educação em saúde e à promoção do uso racional de medicamentos prescritos e não prescritos, de terapias alternativas e complementares, por meio dos serviços da clínica farmacêutica e das atividades técnico-pedagógicas voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, este trabalho teve como objetivo realizar os serviços farmacêuticos na ABS e avaliar os resultados apresentados pelos portadores de DCNT como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), em Estratégias Saúde da Família.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar os serviços farmacêuticos realizados em duas Estratégias de Saúde da Família do Município de Campina Grande-PB.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as características sociodemográficas e econômicas;
- Identificar o tipo de DCNT;
- Analisar os dados pressóricos, antropométricos e glicêmicos dos usuários fazendo um parâmetro anual de 2014 a 2017, bem como o teste pareado nos intervalos de 2014-2015, 2015-2016 e 2016-2017;
- Avaliar os medicamentos utilizados pela amostra em estudo;
- Traçar o perfil farmacoterapêutico dos usuários;
- Verificar as contribuições que os serviços farmacêuticos proporcionaram ao usuário da ABS.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Assistência Farmacêutica na Atenção Básica do SUS

A Atenção Básica à Saúde tem como característica principal a atuação em saúde tanto no âmbito individual quanto no coletivo. Possui ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, desenvolvidas através do trabalho em equipe. Deve ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011).

Segundo Machado (2008), a Assistência Farmacêutica é parte estruturante da Atenção Básica, gerindo forte influência sobre a efetividade e garantia do serviço, levando em consideração não só o acesso ao medicamento, mas também a demanda e a capacidade de utilização da população.

A organização dos serviços de Assistência Farmacêutica pode ser apontada de duas formas distintas: por um lado existe a Assistência Farmacêutica legal, apresentando uma estrutura consolidada por leis e portarias e a Assistência Farmacêutica real, na qual apresenta os problemas de ordem estrutural, financeira e organizacional, na qual compromete o acesso a um serviço de qualidade e eficácia (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Segundo Oliveira, Assis e Barboni (2010) a deficiência na programação de compras, no controle de estoque e nas condições de armazenamento em conjunto com falta de comprometimentos dos gestores são falhas que afetam a qualidade do atendimento.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), nos países em desenvolvimento, o gasto com medicamentos varia entre 24% a 65% dos recursos investidos em saúde. Mesmo assim, cerca de dois bilhões de pessoas, um terço da população mundial, ainda não tem acesso a medicamentos essenciais (WHO, 2004; GARCIA et al., 2013).

Mesmo com os problemas citados, estudos apontam que a distribuição gratuita de medicamentos e a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica são

muito importantes para parte significativa da população, evitando assim gastos e iniquidades ainda maiores no que diz respeito aos medicamentos (GARCIA et al., 2013).

3.2 Farmácia Clínica

Corresponde ao modelo de prática profissional desenvolvido no contexto da Assistência Farmacêutica. Tem como ferramenta reintroduzir o farmacêutico como membro integrante da equipe de saúde e estreitar as relações com o paciente que é o principal beneficiado dessa.

De acordo com a Resolução nº 585/2013 do Conselho Federal de Farmácia (CFF), a Farmácia Clínica teve início no âmbito hospitalar, mas a partir da década de sessenta se expandiu a todos os níveis de atenção à saúde. Neste sentido, o farmacêutico contemporâneo atua no cuidado direto ao paciente, promovendo o uso racional de medicamentos e redefinindo suas práticas a partir das necessidades de cada paciente (CFF, 2016a). “Como ciência, tem contribuído para o acúmulo de conhecimentos sobre a atuação clínica do farmacêutico e o aprimoramento de práticas profissionais” (CFF, 2016b).

Segundo a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), a prática clínica do farmacêutico compreende 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 (BRASIL, 2015).

Para Storpirtis, Ribeiro e Marcolongo (2003) a Farmácia Clínica corresponde a uma troca mutuamente benéfica, na qual o paciente confere autoridade ao farmacêutico e este, por sua vez, oferece conhecimento e comprometimento com o seu tratamento. Tem como princípios:

» **Medicamento** – os serviços farmacêuticos não se preocupam apenas com o fornecimento correto dos itens necessários, mas também com a participação do profissional nas decisões sobre o tratamento;

» **Cuidado** – diz respeito ao acompanhamento do tratamento dos usuários pelos profissionais envolvidos, com a finalidade de evitar erros, garantindo assim bons resultados na farmacoterapia;

» **Resultados** – consiste na busca da cura da enfermidade, redução dos sintomas apresentados pelo paciente e interrupção ou retardamento do processo patológico.

3.3 Cuidados e serviços farmacêuticos

Constitui um conjunto de ações e serviços desenvolvidos no SUS que inclui a educação em saúde para a equipe e usuário, atividades de promoção da saúde de caráter geral e ações de promoção do uso racional de medicamentos, com o desenvolvimento de atividades clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas. A atividade assistencial, praticada nos pontos de atenção, inclui os serviços de clínica farmacêutica, que podem ser ofertados ao usuário de forma individual e/ou em atendimentos compartilhados com outros membros da equipe de saúde. As atividades técnico-pedagógicas, de forma complementar, visam à educação e a conscientização da equipe de saúde e da comunidade para a promoção do uso racional de medicamentos (BRASIL, 2015).

Desta maneira, o cuidado farmacêutico orienta a provisão de diferentes serviços farmacêuticos que são diretamente destinados ao paciente, visando à prevenção e resolução dos Resultados Negativos Relacionados aos Medicamentos (RNMs), ao uso racional destes, à promoção, à proteção e recuperação da saúde, bem como a prevenção de doenças. No processo do cuidado, o acolhimento e identificação do paciente são os primeiros passos. Por conseguinte, o profissional deve identificar as necessidades do paciente por meio da anamnese farmacêutica. Esta compreende a coleta de dados do paciente com o objetivo de conhecer a história de saúde do usuário, elaborar o perfil farmacoterapêutico e a verificação dos parâmetros clínicos, quando for necessário. Deve-se, então, elaborar um plano de cuidado para este paciente e acompanhar a evolução clínica do mesmo a partir desse plano (CFF, 2016b). É possível compreender este processo na figura a seguir (Figura 1).

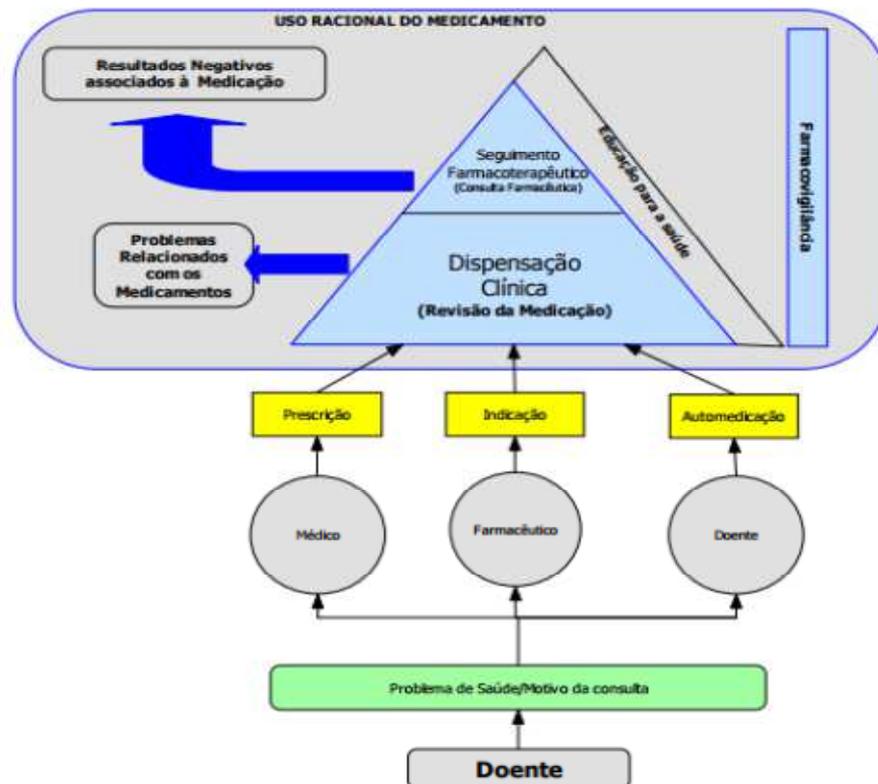


Figura 1: Fluxograma dos cuidados farmacêuticos

Fonte: SANTOS et al., 2007.

Neste sentido, os “serviços farmacêuticos compreendem um conjunto de atividades organizadas em um processo de trabalho, que visa a contribuir para a prevenção de doenças, promoção, a proteção e recuperação da saúde, e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas” (CFF, 2016b).

Com a inserção de novas práticas, é possível ampliar o cuidado em saúde e aumentar a resolutividade do uso de medicamentos, bem como conhecer os principais problemas relacionados com os medicamentos vivenciados pelos usuários. Este novo processo de trabalho dos farmacêuticos cria novos indicadores úteis aos gestores e aos profissionais da Saúde, não apenas direcionados ao acesso aos medicamentos, mas também aos resultados de saúde obtidos a partir deles (BRASIL, 2015).

Assim, os serviços farmacêuticos na ABS irão incluir, sob o ponto de vista da logística, o planejamento e o abastecimento de medicamentos; e sob o ponto de

vista do cuidado farmacêutico, irão incluir os serviços de clínica farmacêutica e as atividades técnico-pedagógicas.

Ainda assim, a atuação do profissional farmacêutico no cuidado direto ao paciente, a fim de reduzir a morbimortalidade relacionada ao uso racional dos medicamentos, promover a saúde e prevenir doenças continua sendo um desafio para o sistema de saúde brasileiro (CFF, 2016b).

3.4 Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

Compõem um grupo de entidades que se caracterizam por apresentar, de uma forma geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, etiologia não elucidada totalmente, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito. São também denominadas de doenças não infecciosas e doenças crônicas degenerativas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), apresentando características comuns e são de fácil diagnóstico. Ambas apresentam um longo período assintomático, curso clínico lento e podem evoluir para graus variados de incapacidade ou para a morte, sendo responsáveis por dois milhões de mortes por ano no mundo (SILVA, 2015).

3.4.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Atualmente a Diretriz Brasileira de Hipertensão preconiza cinco níveis pressóricos para a Pressão Arterial de pessoas a partir de 18 anos como indica a Tabela a seguir (TABELA 1).

TABELA 1: Níveis de Pressão Arterial para Maiores de 18 anos.

CLASSIFICAÇÃO	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
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
Hipertensão Sistólica Isolada	≥ 140	<90

Fonte: SBC, 2016.

PAS=Pressão Arterial Sistólica; **PAD**=Pressão Arterial Diastólica.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) 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 DM (KDIGO, 2012; CAI; ZHENG; SUN; CHEN, 2013). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (LV et al., 2013; SBC, 2016).

Dados norte-americanos de 2015 revelaram que HA estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de IAM, 77% de AVE, 75% com IC e 60% com DAP (KDIGO, 2012). A HAS é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE (LV et al., 2013). No Brasil, HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV) (HEERSPINK et al., 2009). Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (AGARWAL et al., 2009).

3.4.2 Diabetes mellitus (DM)

O Diabetes mellitus (DM) constitui o grupo das doenças crônicas responsável pelas principais causas de morte no mundo e é considerado um dos problemas de saúde de maior magnitude (SHAW; SICREE; ZIMMET, 2010). Nesse sentido,

pesquisas nacionais e internacionais têm discutido ações que possam ajudar a controlar o avanço dessa doença e de suas complicações e que, muitas vezes, são consequência de uma assistência que não considera as especificidades da cronicidade, com modelos assistenciais inadequados e voltados para a cura das doenças, presente na lógica do modelo biomédico (COLEMAN et al., 2010; SCHAWAB et al., 2014; NARAYAN, 2016; SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

A evolução do Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) ocorre em um período de tempo geralmente variável, e passa por estágios que são denominados de glicemia de jejum alterada e tolerância à glicose diminuída. O diagnóstico da DM2 atualmente, possui três critérios com a utilização da glicemia (TABELA 2), que são aceitos pela American Diabetes Association (ADA), Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (MILECH et al., 2016).

TABELA 2: Valores de glicose plasmática (em mg.dL⁻¹) para diagnóstico da DM2 e seus estágios pré-clínicos.

CATEGORIA	Jejum	2h após 75g de glicose	Casual
Glicemia normal	<100	<140	
Tolerância à glicose diminuída	≥100 a <126	≥140 a <200	
Diabetes <i>mellitus</i>	≥126	≥200	≥200 (com sintomas clássicos)

Fonte: MILECH et al., 2016.

Neste caso, o jejum é entendido como a não ingestão calórica por até 8 horas antecedidas ao exame, enquanto a glicemia casual é aquela realizada a qualquer hora do dia sem levar em consideração o intervalo da ingestão calórica do paciente desde a última refeição. Os sintomas clássicos do DM2 incluem poliúria, polidipsia e perda de peso não explicada (MILECH et al., 2016).

3.4.3 Índice de Massa corporal (IMC)

O IMC é calculado através da divisão do peso (em Kg) pela altura (em metros) elevada ao quadrado, e expresso na unidade Kg/m². Este é o cálculo mais usado para avaliação da adiposidade corporal, embora possa haver diferenças na composição corporal em função do sexo, idade e etnia por exemplo. Ainda existem outras desvantagens da utilização deste método isoladamente, pois ele não distingue massa gordurosa de massa magra e assim ele pode ser menos preciso em pacientes mais idosos em decorrência da perda de massa magra e diminuição do peso. Entretanto, a medida de distribuição de gordura é extremamente importante na avaliação de sobrepeso e obesidade, pois a gordura visceral ou intra-abdominal é um fator de risco para a doença, independentemente da gordura corporal total. Daí entende-se a importância da associação com o método de aferição da Obesidade Central (OC) (ABESO, 2016).

Na tabela a seguir (TABELA 3), destacam-se os graus de obesidade que a divide em graus de adiposidade corporal segundo a Organização Mundial de Saúde.

TABELA 3: Classificação Internacional de Obesidade segundo o IMC

IMC (Kg/m²)	CLASSIFICAÇÃO	OBESIDADE GRAU/CLASSE	RISCO DE DOENÇA
<18,5	Baixo peso	0	Normal
18,5 – 24,9	Normal	0	Normal
25 – 29,9	Sobrepeso	0	Pouco elevado
30 – 34,9	Obesidade	I	Elevado
35 – 39,9	Obesidade	II	Muito elevado
≥40	Obesidade grave	III	Muitíssimo elevado

Fonte: ABESO, 2016.

IMC=Índice de Massa Corporal.

3.4.4 Obesidade Central (OC)

A medida da Circunferência Abdominal reflete o conteúdo de gordura visceral, e se associa muito à gordura corporal total. Deve ser medida no maior perímetro entre a última costela e a crista ilíaca, segundo recomendações da OMS. A relação entre circunferência abdominal e gordura corporal difere segundo a idade e etnia, sendo que os pontos de corte para asiáticos e indianos são menores por se associarem a um aumento de risco para complicações metabólicas (ABESO, 2016).

De acordo com o *National Cholesterol Education Program* (NCEP) – *Adult Treatment Panel III* (ATP-III) (2002), o ponto de corte deve ser de 102cm para homens e 88cm para mulheres.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo e local da pesquisa

Tratou-se de uma pesquisa quantitativa e descritiva realizada com usuários que participavam do grupo de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) de duas Estratégias Saúde da Família, em Galante, Campina Grande-PB. Na avaliação quantitativa levou-se em consideração características sociodemográficas e econômicas e os resultados obtidos através dos serviços farmacêuticos realizados durante o período de 2014-2017. Estes serviços incluíram os parâmetros fisiológicos como: acompanhamento mensal da aferição da Pressão Arterial (PA), leitura de dados antropométricos (Índice de Massa Corpórea (IMC) e Obesidade Central (OC)) e a Glicemia Capilar (HGT), sendo esta nos casos de pacientes com DM.

4.2 Amostra estudada

A amostra do estudo foi constituída por 68 usuários que participavam do grupo HIPERDIA de duas Estratégias Saúde da Família, em Galante, Campina Grande-PB e que se dispuseram a contribuir com o estudo.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão, fizeram parte do estudo todos os usuários portadores de HAS e/ou DM2 que participaram no período de 2014-2017 e que concordaram em participar do projeto. Foram excluídos aqueles que não participaram do grupo HIPERDIA no período citado anteriormente.

4.4 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado o formulário (APÊNDICE A) constituído por questões referentes às características sociodemográficas e econômicas, medicamentos utilizados e resultados dos parâmetros fisiológicos e bioquímicos de cada participante.

4.5 Avaliação do perfil farmacoterapêutico

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

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

FIGURA 2: Classificação dos RNM's de acordo com o Terceiro Consenso de Granada.

Fonte: Comitê de Consenso, 2007.

4.6 Método de aferição da pressão arterial e glicemia capilar

A pressão arterial dos pacientes/usuários foi aferida após descanso de pelo menos dez minutos da chegada do usuário a sala de reuniões. A medida foi realizada com esfigmomanômetro aneróide, com o paciente na posição sentada e o braço elevado na altura do coração. Antes de efetuar a medida, foi verificado o atendimento

de todas as condições necessárias para a correta aferição. (MACHUCA; PARRAS, 2003; SBC, 2016).

A glicemia capilar foi dosada utilizando-se um glicosímetro Optium Xceed em diabéticos em jejum ou não (glicemia casual) e a interpretação dos resultados realizou-se conforme os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (AMARAL; OLIVEIRA; VIANA, 2016).

4.7 Aspectos Éticos

Para a viabilização deste estudo, no que se refere aos seus aspectos éticos, em concordância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba, 11637812.7.0000.5187.

Após aprovação os participantes foram informados a cerca dos objetivos, da metodologia e dos possíveis desconfortos e/ou benefícios que a pesquisa poderia resultar. Após explicações sobre o estudo e concordando com o protocolo do mesmo, os participantes assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (ANEXO A).

4.8 Análise estatística

Os resultados foram digitados no Microsoft Excel (2007) e analisados quanto à distribuição normal. Obtidos os resultados, eles foram tratados no Epi-info®, no Statistical Package for the Social Science® (SPSS) e descritos como média \pm desvio padrão ou números absolutos e percentuais. Foi realizado o teste t de *Student* utilizando o corte de significância ($p < 0,05$) para avaliar os resultados de Pressão Arterial (PA), Índice de Massa Corporal (IMC), Obesidade Central (OC) e Glicemia Capilar média (HGT). Confirmada a normalidade (*Shapiro Wilk*) foi realizado o teste "t" de *Student* para comparar a PA, IMC, OC e HGT inicial e final dos usuários no período de 2014 a 2017. Os dados foram analisados ano a ano e em pares nos intervalos de 2014-2015, 2015-2016 e 2016-2017. Os dados obtidos foram confrontados com aqueles existentes na literatura.

5 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 68 pacientes, dos quais 44 (65%) deles estavam representados pelo gênero feminino. A média de idade dos pacientes foi de 63 ± 13 anos, dos quais 39 (58%) deles estavam na faixa etária entre 60 a 74 anos, 11 (16%) na faixa de 75 a 90 anos e 18 pacientes (26%) se encontraram com 29 a 57 anos de idade.

O grupo de usuários foi representado por 49 pacientes (72%) portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 18 pacientes (26%) portadores de HAS e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e apenas 1 paciente (2%) era portador apenas de DM2.

Quanto aos resultados referentes à PA da referida população, foi possível observar que a maioria dos pacientes se encontrou no estágio de Pré-hipertensão, de acordo com a classificação da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SBC, 2016). Sendo 44% no ano de 2014, 49% no ano de 2015, 58% no ano de 2016 e 55% no ano de 2017 (FIGURA 3).

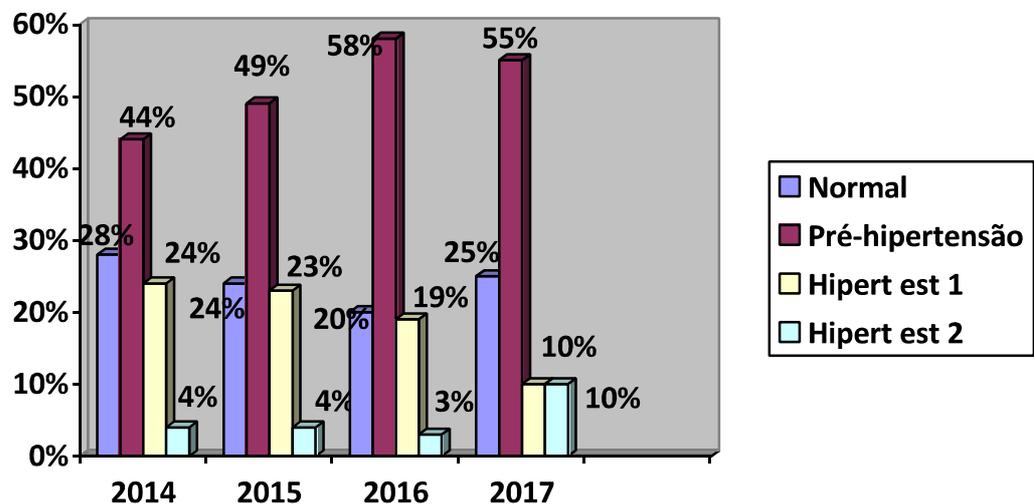


FIGURA 3: Percentuais anuais da Pressão Arterial.

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao Índice de Massa Corporal (IMC) percebeu-se que 29% dos pacientes encontravam-se com IMC menor ou igual a 25 no ano de 2014. No ano de 2015, foi de 29% para peso normal e para sobrepeso. Em 2016, a maior parte da amostra esteve em sobrepeso, representada por 33% dos pacientes. Em 2017, 33% deles estavam em normalidade, segundo as Diretrizes Brasileiras de Obesidade (ABESO, 2016). Os valores obtidos estão representados na FIGURA 4.

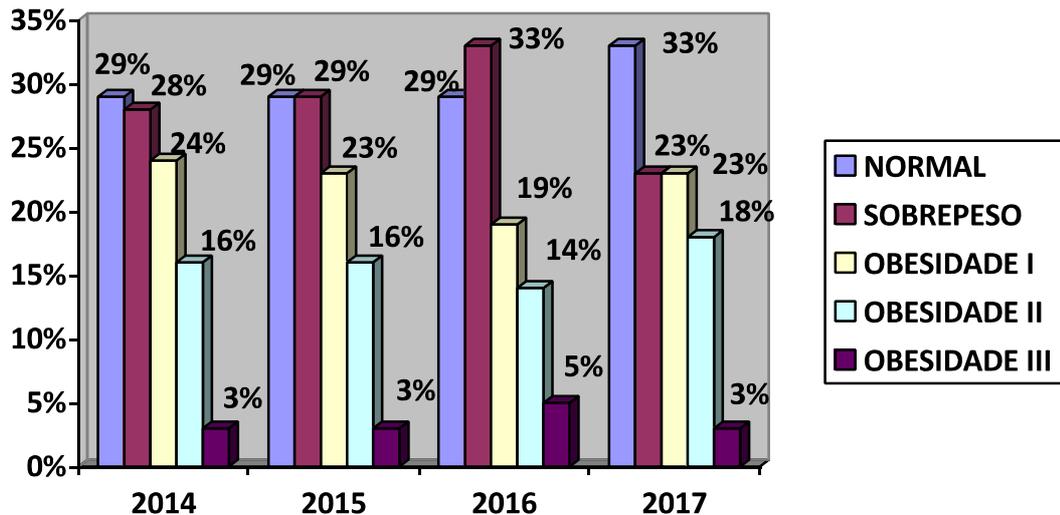


FIGURA 4: Percentuais anuais para o Índice de Massa Corpórea.

Fonte: Dados da pesquisa.

A OC foi analisada segundo o *National Cholesterol Education Program* (NCEP) (2002) e a partir dos dados observou-se que em todos os anos mais de 65% dos pacientes estavam com este parâmetro acima do indicado (FIGURA 5).

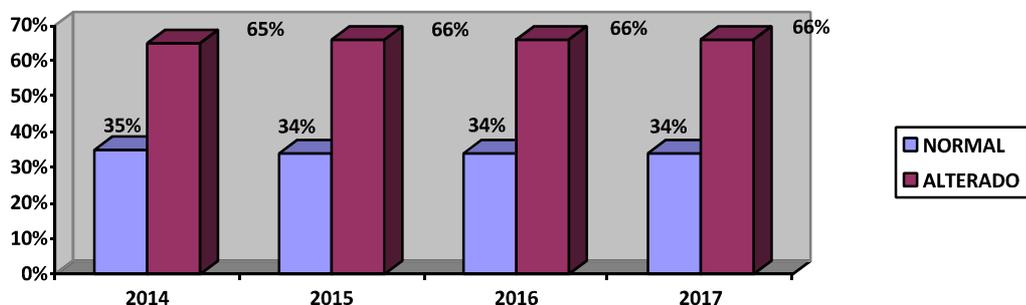


FIGURA 5: Percentuais anuais para Obesidade Central.

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao controle Glicêmico, a maior parte dos pacientes demonstraram estar com a glicemia capilar casual com valores inferiores a 200 mg.dL⁻¹ de glicose, (FIGURA 6) seguindo os parâmetros das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (MILECH et al., 2016).

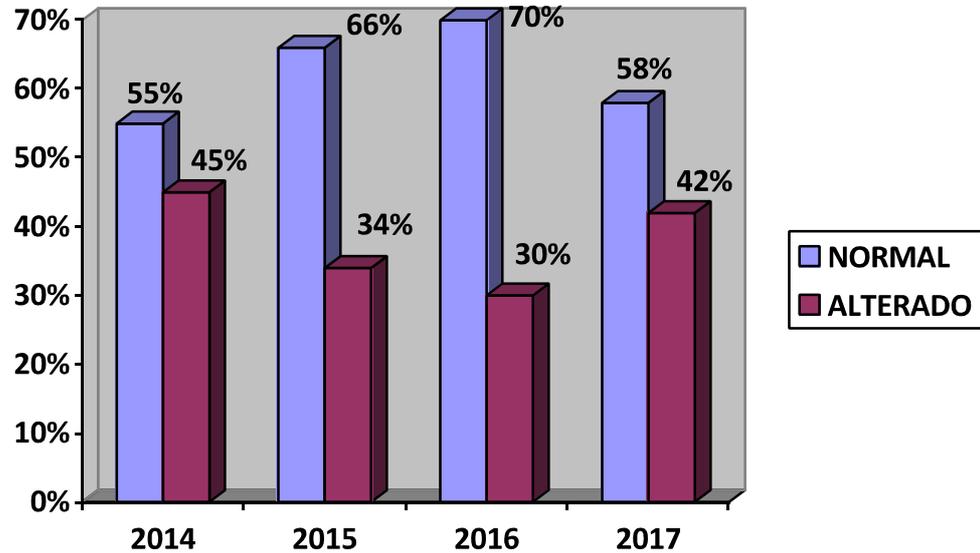


FIGURA 6: Percentuais anuais para Glicemia Capilar.

Fonte: Dados da pesquisa.

Na avaliação da Média e do Desvio Padrão no período, 2014, 2015, 2016 e 2017, constatou-se que a população se manteve na classificação de Pré-hipertensos, em sua maioria (TABELA 4).

TABELA 4: Médias e Desvio Padrão das variáveis estudadas na amostra.

VARIÁVEIS	2014 (M ± DP)	2015 (M ± DP)	2016 (M ± DP)	2017 (M ± DP)
PA	2,09 ± 0,836	2,09 ± 0,805	2,04 ± 0,721	2,06 ± 0,0879
IMC	29,19 ± 6,03	29,13 ± 6,00	28,86 ± 6,24	28,76 ± 6,22
OC	99,37 ± 12,22	99,43 ± 11,98	99,43 ± 11,98	99,56 ± 12,01
HGT	210,04 ± 69,69	186,57 ± 68,83	191,85 ± 95,51	207,37 ± 89,51

Fonte: Dados da pesquisa

PA= Pressão Arterial; IMC= Índice de Massa Corporal; OC= Obesidade Central; HGT=Glicemia Capilar Casual; M= Média; DM= Desvio Padrão.

Quanto ao IMC, o teste detectou que os pacientes se mantiveram dentro de critérios para sobrepeso em todo o período, embora tenha havido significância ($p < 0,05$) apenas no intervalo de (2016-2017, $p = 0,028$), indicando que neste período a população teve tendência a reduzir o IMC, atingindo critérios de normalidade (TABELA 5).

TABELA 5: Significância das variáveis analisadas na amostra

VARIÁVEIS	SIGNIFICÂNCIA ($p < 0,05$)		
	2014-2015	2015-2016	2016-2017
PA	0,658	0,605	0,859
IMC	0,702	0,317	0,028
OC	0,821	1,000	0,644
HGT	0,638	0,505	0,108

PA= Pressão Arterial; IMC= Índice de Massa Corporal; OC= Obesidade Central; HGT=Glicemia Capilar Casual; p = Significância.

Na análise de Resultados Relacionados aos Medicamentos (RNM's), constatou-se que 28 pacientes (41%) apresentavam algum tipo. Sendo que 20 (30%) desses pacientes tinham problemas de Inefetividade não-quantitativa, devido à presença de Interações entre medicamentos, em sua grande maioria. As interações mais frequentes ocorreram entre hidroclorotiazida e glibenclamida. Ainda houve uma parcela de 7 pacientes (10%) que apresentou RNM's de Segurança.

Por fim, apenas 1 paciente apresentou RNM de Necessidade, demonstrando níveis pressóricos alterados persistentes e este não fazia uso de alguns dos itens da terapia anti-hipertensiva prescrita.

6 DISCUSSÃO

No presente estudo a participação feminina se sobrepôs à masculina, representando 65% do total. Várias pesquisas realizadas por todo o país detectam a maior procura das mulheres aos serviços de saúde. Estudo semelhante na cidade de Dourados-MS revelou que 64,9% dos participantes da pesquisa eram do gênero feminino, indicando que as mulheres procuram mais as Unidades de Saúde, obtendo assim resultados mais efetivos no tratamento, bem como tem melhor adesão a terapia farmacológica e não farmacológica (BEZERRA, 2009; CARVALHO; ALMEIDA; GARBINATO, 2012).

Quanto ao quadro clínico, a pesquisa demonstrou que a HAS é prevalente em quase a totalidade da população estudada, seguida DM que representou mais de 26% da população em questão. Outros estudos obtiveram resultados semelhantes a este, em que a HAS e DM2, representam a maior parte de DCNT diagnosticadas na população idosa, e são consideradas o principal problema de saúde pública na atualidade (LIMA et. al., 2016; CARVALHO; SENA, 2017). Ainda há evidências que a idade tem envolvimento direto com a prevalência de HAS na população, visto que a expectativa de vida tem aumentado no Brasil, bem como o número de idosos também têm se elevado (SBC, 2016). Essas evidências são demonstradas neste estudo na medida em que se percebe que 50 pacientes (74%) da amostra são idosos com idade superior a 60 anos, nos quais apenas 1 possui apenas DM2, isto é, 98% deles são portadores de HAS.

Os dados da pesquisa demonstram claramente que a população estudada possui resultados satisfatórios quanto à avaliação da PA, visto que, mais de 60% dos pacientes encontram-se no estado normotenso ou pré-hipertenso, parâmetros estes considerados ideais para um paciente hipertenso segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (SBC, 2016), embora os pré-hipertensos devam ser monitorados mais de perto. A média, desvio padrão e significância do estudo também revelaram existir uma continuidade ao longo do período deste quadro na amostra estudada, revelando que a terapia farmacológica e não farmacológica tem obtido efetividade.

Os resultados glicêmicos dos pacientes indicaram que anualmente mais de 55% dos diabéticos mantém níveis glicêmicos medidos em casualidade abaixo de 200mg.dL⁻¹. Também foi observado o aumento da frequência de pacientes

diabéticos, sendo de 11 pacientes no início do estudo e 19 em 2017 ao final da pesquisa. As Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (MILECH et al., 2016) revelaram que o número de diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento da população. Estes ainda estão associados ao sedentarismo e a obesidade que são fatores de risco extremamente importantes para o desenvolvimento desta enfermidade.

As medidas antropométricas foram calculadas a partir do IMC e a determinação da OC dos pacientes seguiu os critérios da OMS contidos nas Diretrizes Brasileiras de Obesidade (ABESO, 2016). O IMC foi resultado do quociente da divisão do peso (em kg) pela altura (em metros) elevada ao quadrado, kg/m^2 , de cada paciente e é o cálculo mais usado para avaliação da adiposidade corporal. Sendo considerado bom indicador, mas não totalmente correlacionado com a gordura corporal. No entanto, o uso do IMC com outros parâmetros como a OC dos pacientes ajuda a solucionar os problemas de usar cada um deles isoladamente.

Este estudo revelou que anualmente a população analisada se apresentou em sua maioria, em estado de sobrepeso ($30\text{kg/m}^2 > \text{IMC} > 25\text{kg/m}^2$), havendo uma tendência a variação para a normalidade no ano de 2017, de acordo com a significância obtida no teste t. Dados do Vigitel (2014), revelaram haver prevalência do aumento de peso ($\text{IMC} > 25\text{kg/m}^2$) com valores acima de 50% na população brasileira, em indivíduos com idade compreendida entre 35 e 64 anos, em sua maioria mulheres (SBC, 2016).

Quanto aos resultados da OC, foi observado que é constante e aumentado o resultado da medida da cintura dos pacientes analisados. A medida da OC reflete melhor a quantidade de gordura visceral de cada paciente e pode ser medida, segundo orientações da OMS, tomando a medida com fita métrica do ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca. “De acordo com o *National Cholesterol Education Program (NCEP) – Adult Treatment Panel III (ATP-III)*, o ponto de corte deve ser de 102 cm para homens e 88 cm para mulheres” (ABESO, 2016). Desta maneira, os resultados obtidos indicaram que a população têm características antropométricas elevadas, aumentando assim o risco de ocorrência de eventos cardiovasculares indesejados, como AVE, IAM, placa aterosclerótica, dentre outros.

Esses resultados demonstraram que a proposta de educação em saúde realizada pelo Programa de Educação Tutorial, do curso de Farmácia, da UEPB, na comunidade estudada, tem feito com que os pacientes adquiram autonomia e

entendam a responsabilidade dos mesmos pelos resultados do seu tratamento. Pois, “a prática educativa visa o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos pelas decisões diárias que envolvem o seu cuidado com a saúde” (CFF, 2016b). Neste sentido, o conhecimento não é transmitido de forma vertical pelo profissional da saúde, mas a horizontalidade e a participação ativa na vida da comunidade demonstraram ter resultados positivos.

Quanto aos RNM's foram detectados problemas em 28 pacientes, representando assim 41% do total. Se compararmos com os valores pelos quais foram obtidos melhora ou estabilidade do quadro, é possível perceber que essa parcela da amostra é aquela que obteve resultados negativos ou se mantiveram sem melhora nos sinais e sintomas da HAS e DM. Os resultados referentes a Interações entre medicamentos ocorrem, em geral, quando o efeito de um fármaco é modificado pela presença de outro, aumentando ou diminuindo a eficácia terapêutica, ou até mesmo gerando toxicidade ao organismo. Os casos identificados referem-se ao hipoglicemiante glibenclamida que pode ter sua efetividade reduzida em função do uso do diurético tiazídico. Ainda foi frequente a interação entre o AAS e hidroclorotiazida, em que o ácido pode reduzir a eficácia do diurético, muitas vezes indispensável ao tratamento anti-hipertensivo (SANTOS; TORRIANI; BARROS, 2013). Este tipo de RNM se classifica na categoria de resultados relacionados à efetividade do tipo não quantitativo, segundo o Terceiro Consenso de Granada.

Os casos de Segurança identificados estavam relacionados ao efeito colateral apresentado pelos usuários que é a “tosse seca”, eles utilizavam o Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina II (IECA), o captopril. A tosse indesejada levou a realizar a troca desse medicamento por Antagonistas do Receptor de Angiotensina II, que não apresentam estes efeitos indesejados.

Quanto a ocorrência do RNM referente à Necessidade aconteceu porque os medicamentos que eram prescritos não eram adquiridos muitas vezes por situação financeira, contribuindo assim para o aumento dos níveis pressóricos podendo resultar em um evento cardiovascular.

Durante o processo de envelhecimento, a busca por medicamentos aumenta e o cuidado farmacêutico se torna essencial, para que haja intervenção por meio de orientação e ações educativas que possam proporcionar uma maior qualidade de vida a este paciente. “O papel do farmacêutico na atenção aos idosos é o monitoramento da prescrição, a garantia da efetividade e segurança da

farmacoterapia, tendo como objetivo principal minimizar impactos sobre a saúde desses indivíduos” (BALDONI et. al., 2014; CARVALHO; SENA, 2017).

As intervenções não farmacológicas evidenciam que os resultados do tratamento dependem exclusivamente do entendimento do paciente em relação a sua terapia. A prática regular de exercícios físicos e redução do consumo de sódio constituem as duas principais intervenções nos pacientes em questão. A ingestão de sódio é uma destas intervenções que está na terapia em toda a população estudada, visto que esta é um dos principais fatores de risco para ocorrência de eventos cardiovasculares e renais. Dados do Vigitel (2014) indicam que apenas 15,5% da população estudada demonstraram conhecer o teor de sódio nos alimentos. Um estudo realizado na Unicamp revelou ainda que atividades físicas quando praticadas regular e constantemente, por pelo menos três vezes na semana e aliados a uma dieta adequada, são capazes de reduzir a PA, bem como de melhorar os níveis corporais de captação de glicose e de liberação de insulina no organismo (ZAMAI, 2016).

7 CONCLUSÃO

Diante o que foi exposto na pesquisa em questão, foi possível concluir que os pacientes apresentaram resultados esperados para o estudo em questão, demonstrando níveis pressóricos e glicêmicos controlados. Através do teste t de Student percebeu-se que os pacientes mantiveram esses resultados ano a ano sem variações significativas nos três intervalos analisados. Foi possível observar também, a prevalência dos RNM's e assim poder intervir nestes casos e possibilitar a resolução do problema através da interação com a equipe multidisciplinar em saúde. Percebe-se neste caso, que é de fundamental importância que o profissional Farmacêutico faça parte da equipe multidisciplinar em Saúde, pois ele é capaz de realizar a monitorização terapêutica dos medicamentos, revisão da farmacoterapia e acompanhamento farmacoterapêutico de cada um desses pacientes, a fim de que seja possível estabilizar o quadro da DCNT e dar autonomia para que o paciente se mantenha saudável e tenha controle nas condições de sua saúde, através da educação em saúde.

REFERÊNCIAS

ABESO, Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016**. 4. ed. São Paulo, 2016. 188 p. Acesso: 15 mar. 2017.

AGARWAL, R., ALBORZI, P., SATYAN, S., LIGHT, R. P. Dry-weight reduction in hypertensive hemodialysis patients (DRIP): a randomized, controlled trial. **Hypertension**. n. 3, v. 53, p. 500-507, 2009.

AMARAL, M. E. C. do; OLIVEIRA, I. B. de; VIANA, B. G. Avaliação da glicemia capilar e do percentil do índice de massa corpórea em estudantes do ensino médio. **RBAC**. n. 2, v. 48, p. 149-152, 2016.

BALDONI, A. O. ET AL. Dificuldades de acesso aos serviços farmacêuticos pelos idosos. **Rev. Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. v. 35, n. 4, 2014, p. 615-621. Disponível em: <http://serbib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/3224/3224>. Acesso em: 26 nov. 2017.

BEZERRA, D. S. ET AL. Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em uma Unidade de Saúde Pública no município de Jaboaão dos Guararapes – PE. **Revista Ciência Farm. Básica Aplicada**. v. 30, n.1, p. 69- 73, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cuidado farmacêutico na atenção básica. Caderno n. 1. 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 108p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 de dezembro de 2010, Seção I, página 89.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde 2006. Disponível em: http://bvs.sms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf
Acesso em: 17 ago. 2017.

CAI, G., ZHENG, Y., SUN, X., CHEN, X. Survey of Prevalence, Awareness, and Treatment Rates in Chronic Kidney Disease Patients with Hypertension in China Collaborative Group. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in elderly adults with chronic kidney disease: results from the survey of Prevalence, Awareness, and Treatment Rates in Chronic Kidney Disease Patients With Hypertension in China. **J Am Geriatr Soc.** n. 12, v. 61, p. 2160-2167, 2013.

CAPILHEIRA, M., SANTOS, I. S. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Cad Saude Pub.** n. 6, v. 27, p. 1143-1153, 2011.

CARVALHO, J. C.; SENA, C. F. A. PROBLEMAS RELACIONADOS À MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO EM PACIENTES IDOSOS E AS CONTRIBUIÇÕES DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, [S.l.], v. 5, n. 1, jul. 2017. ISSN 2525-359X. Disponível em: <http://jornal.faculdadecienciasdavidacom.br/index.php/RBCV/article/view/112>
>. Acesso em: 26 nov. 2017.

CARVALHO, M. C.; ALMEIDA, A. P. M.; GARBINATO, L. R. A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ATENDIMENTO AOS PACIENTES DO HIPERTENSAO DO ESF 18 E 19 DA CIDADE DE DOURADOS/MS. **Interbio**, [S.l.], v. 6, n. 2, p.5-15, 2012.

COLEMAN, K., AUSTIN, B., BRACH, C., WAGNER, E. H. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. **Health Affairs.** n. 7, v. 79, p. 530-538, 2010.

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.

CFF, Conselho Federal de Farmácia. **Programa de Suporte ao cuidado farmacêutico na Atenção à Saúde – PROFAR**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016a. 76 p.

CFF, Conselho Federal de Farmácia. **Serviços Farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade**: Contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016b. 200 p.

GARCIA, L. P.; MAGALHÃES, L. C. G.; SANT'ANNA, A. C.; FREITAS, L.R.S.; AUREA A. P.; POSENATO, L. Dimensões do Acesso a Medicamentos no Brasil: Perfil e Desigualdades dos Gastos das Famílias, segundo as Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 E 2008-2009. **Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)**. Rio de Janeiro: Ipea, junho de 2013.

HEERSPINK, H. J., NINOMIYA, T., ZOUNGAS, S. de., ZEEUW, D., GROBBEE D. E., JARDINE, M. J., ET AL. Effect of lowering blood pressure on cardiovascular events and mortality in patients on dialysis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **Lancet**. n. 373, v. 9668, p.1009-1015, 2009.

KDIGO, Blood Pressure Work Group. KDIGO clinical practice guideline for the management of blood pressure in chronic kidney disease. **Kidney Int**. n. 2, v. 5, p. 337-414, 2012.

LIMA, T. A. M. ET AL. Acompanhamento farmacoterapêutico em idosos. **Rev. Arquivos de Ciências da Saúde**., v. 23, n. 1, 2016, p. 52-57. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/229>. Acesso em: 26 nov. 2017

LV, J., EHTESHAMI, P., SARNAK, M. J., TIGHIOUART, H., JUN, M., NINOMIYA, T., ET AL. Effects of intensive blood pressure lowering on the progression of chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. **CMAJ**. n. 11, v. 185, p. 949-957, 2013.

MACHADO, R. C. Atenção básica e medicamentos: a dualidade da política nacional de assistência farmacêutica no período Lula. **Monografia [especialização em Saúde Pública]**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

MACHUCA, M.; PARRAS, M. **Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre hipertensión**. Disponível em:
<http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_HIPERTENSION.pdf>.

MILECH, A. ET AL. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. 348 p.

NARAYAN, K. M. V. Type 2 diabetes: why we are winning the battle but losing the war? **Diabetes Care**. n. 39, p.653-663, 2016.

NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM. Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report. **Nih Publication**, *Jama*, v. 5215, n. 02, p.1-284, set. 2002. Disponível em:
<<https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/resources/heart/atp-3-cholesterol-full-report.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2017.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos a Atenção Básica a Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. n. 15, s. 3, p.3561-3567, 2010.

RODRIGUES, L. M. P. Medicamentos utilizados no controle da hipertensão no Distrito Administrativo em Belém – PA. [dissertação] Belém: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, 2012. Disponível em:
<http://www.ppgcf.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/dissertacoes/luizmario.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2017.

SALCI, M. A., MEIRELLES, B. H. S., SILVA, D. M. G. V. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. **Rev Latino-Am Enfermagem**. n. 25, 2882, 2017.

SANTOS, H. M. ET AL. **Introdução ao Seguimento Farmacoterapéutico**. [s.l.]: Gicuf-ulht, 2007. 37 p. Disponível em:
<<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ipqq/assistencia-farmaceutica/gicuf-introducaoaosegumentofarmacoterapeutico.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2017.

SANTOS, L.; TORRIANI, M. S.; BARROS, E. (Org.). **Medicamentos na prática da farmácia clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. 1120 p.

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**. n. 3, v. 107, s. 3, p.82, 2016.

SCHAWAB, G. L. ET AL. Percepção de inovação na atenção às doenças/condições crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. **Saúde Debate**. n. 38, 307-318, 2014.

SHAW, J. E., SICREE, R. A., ZIMMET, P. Z. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. **Diabetes Res Clin Practice**. n. 87, p. 4-14, 2010.

SILVA, A. R. Doenças crônicas não transmissíveis e sinais e sintomas de depressão e de declínio cognitivo em idosos na atenção primária à saúde. [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2015. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/7452/1/000471684-Texto%2BParcial-0.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

STORPIRTIS, S.; RIBEIRO, E.; MARCOLONGO, R. Novas diretrizes para a Assistência Farmacêutica Hospitalar: Atenção Farmacêutica / Farmácia Clínica. In: GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. **Ciências Farmacêuticas: uma abordagem em Farmácia Hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 521-530.

VIGITEL BRASIL 2014. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf>. Acesso em 26 nov. 2017.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world medicines situation. Genebra; WHO: 2004.

ZAMAI, Carlos Aparecido et al. Intervenção da atividade física na hipertensão arterial e diabetes de servidores da UNICAMP. **Sínteses: Revista Eletrônica do SIMTEC**, Campinas, SP, n. 5, p. 156-156, maio 2016. ISSN 2525-5398. Disponível em: <http://www.sbu.unicamp.br/seer/ojs/index.php/simte/article/view/7189/2523>. Acesso em: 26 nov. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.20396/sinteses.v0i5.7189>.

ANEXOS

ANEXO A - 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 **“Cuidados farmacêuticos na atenção básica e suas contribuições na saúde pública”** .

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

O trabalho **“Cuidados farmacêuticos na atenção básica e suas contribuições na saúde pública”** terá como objetivo geral:

Avaliar os serviços farmacêuticos realizados nas Unidades de Atenção Básicas de Saúde do Município do Campina Grande-PB.

Portanto estou ciente que:

- O estudo se faz necessário para esclarecer os serviços farmacêuticos desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde;
- A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento terapêutico e será sem custo algum para mim;
- Preciso responder a um formulário para contribuir com o desenvolvimento da pesquisa;
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- 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 e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

-Não haverá nenhum risco de maior potencial ao voluntário e 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; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- 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.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

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

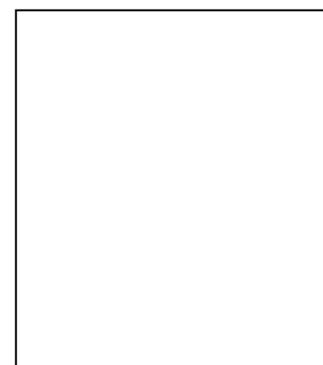
Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica

Participante da pesquisa

(caso o/a participante esteja impedido(a) de assinar)



ANEXO B - Termo de compromisso do pesquisador.



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, autora e orientanda da pesquisa intitulada **Cuidados farmacêuticos na atenção básica e suas contribuições na saúde pública**” 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, e a Resolução/UEPB/CONSEPE/10/2001 de 10/10/2001.

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 CCEP/UEPB (Conselho Central de Ética em Pesquisa/ Universidade Estadual da Paraíba), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas na presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CCEP/UEPB, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, ____ de _____ de

Autor (a) da Pesquisa

Orientanda

ANEXO C- Solicitação do local para realizar a pesquisa.

ANEXO C – Termo de Autorização Institucional.



PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
DIRETORIA DE GESTÃO NO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **Cuidados farmacêuticos na atenção básica e suas contribuições na saúde pública**”, desenvolvido pela docente Maria do Socorro Ramos de Queiroz, tendo como cenário de pesquisa a Unidade Mista de Galante.

A aceitação está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução do **CNS 466/2012** e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para fins da pesquisa.

O responsável pela pesquisa deverá apresentar os resultados finais no local onde colocou os dados.

Campina Grande, ____/____/2017.

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

APÊNDICE

APÊNDICE A - Formulário para coleta de dados.**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**

PROJETO: “Cuidados farmacêuticos na atenção básica e suas contribuições na saúde pública”

PEQUISADORA: Maria do Socorro Ramos de Queiroz.

Nº: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

- 1) Gênero:
- 2) Idade:
- 3) Estado Civil:
- 4) Renda mensal:
- 5) Tipo de DNCT:
- 6) Ano que iniciou no Grupo de Atenção Farmacêutica:
- 7) Medicamentos que utiliza:
- 8) Resultados Negativos à Medicamentos identificados:
- 9) Avaliação antropométrica:
- 10) Avaliação pressórica:
- 11) Avaliação da glicemia capilar:
- 12) Intervenção Farmacêutica:
- 13) OBSERVAÇÕES: