

# ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UMA FARMÁCIA DE DOURADOS, MATO GROSSO DO SUL

ROGÉRIO DIAS RENOVATO<sup>1</sup>  
MARCELLY DE FREITAS TRINDADE<sup>2</sup>

1. Farmacêutico, Mestre em Engenharia de Produção, Docente da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – Dourados (MS), Rua Hilda Bergo Duarte, 296 - CEP 79806, Dourados (MS).
2. Bolsista de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Autor responsável e-mail: [rrenovato@uol.com.br](mailto:rrenovato@uol.com.br)

## 1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial é uma doença crônica que apresenta elevado custo médico-social, pois é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Em 1998, foram registrados 930 mil óbitos, sendo que 27% foram ocasionados por distúrbios cardiovasculares (IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2002).

A participação do farmacêutico na equipe multiprofissional tem sido consolidada, e a sua proximidade da comunidade reforça a implementação de projetos no combate à hipertensão, tendo como local de realização a própria farmácia e a aplicação de uma nova prática: a Atenção Farmacêutica. (EUROPHARM Fórum/CINDI, 2000, OPS/OMS, 2002).

A Atenção Farmacêutica é uma prática que tem como principal finalidade melhorar a qualidade de vida do paciente que faz uso de medicamentos. Otimizar o tratamento farmacológico e prevenir problemas relacionados ao uso de medicamentos são uns dos objetivos da Atenção Farmacêutica.

Em Atenção Farmacêutica, o paciente é o principal foco, e não a doença. Cipolle et al (1998) relatam que são os pacientes que têm doses e não o medicamento. Estabelecer uma relação terapêutica entre o profissional de saúde e o paciente compromete o acompanhamento farmacoterapêutico centrado no paciente.

A Atenção Farmacêutica foi aplicada a pacientes hipertensos assistidos em uma farmácia do Município de Dourados (MS). Neste trabalho, empregou-se a Metodologia Dáder (Faus et al, 2000) como instrumento do seguimento farmacoterapêutico dos pacientes em Atenção Farmacêutica. A avaliação da adesão ao tratamento e a verificação do nível de conhecimento sobre os medicamentos foram instrumentos também aplicados para obter mais dados e propor estratégias em Atenção Farmacêutica.

## 2. MÉTODOS

### 2.1 Metodologia Dáder

Doze pacientes foram acompanhados, conforme a Metodologia Dáder. Os critérios de inclusão da pesquisa foram: pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Distúrbios Cardiovasculares que faziam uso de medicamentos, há, pelo menos, um ano, e eram assistidos por uma farmácia, na cidade de Dourados. Para o acompanhamento farmacoterapêutico, foi empregada a Metodologia Dáder em todas as suas etapas (tabela 1).

A amostra foi do tipo intencional. As visitas foram agendadas por contato telefônico ou pessoalmente, desenvolvidas em suas residências ou em uma sala de atendimento privado na farmácia. Solicitou-se a autorização de cada paciente, e os objetivos e outros esclarecimentos necessários foram entregues a cada um em um impresso informati-

vo. As visitas ocorreram, no período de 27 de julho de 2002 a 14 de dezembro de 2002. Foram realizadas quatro visitas domiciliares para cada paciente, sendo em média uma visita, por mês.

Em cada visita, foi realizada a verificação da pressão arterial, da frequência cardíaca, da frequência respiratória, e o paciente foi inquirido sobre seus problemas de saúde e medicamentos utilizados. Esses dados foram coletados, através de um instrumento de acompanhamento. A última visita não foi realizada em três pacientes por motivo de ausência, e apenas um paciente recebeu duas visitas, pois nos dias marcados encontrava-se ausente em decorrência de viagem.

**Tabela 1.** Etapas da Metodologia Dáder para acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes com Hipertensão e Desordens Cardiovasculares.

Metodologia Dáder
1. Primeira Visita
2. Análise da Situação
3. Fase de Estudo
4. Avaliação Global e Suspeitas de Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs)
5. Segunda Visita

## 2.2 Verificação do conhecimento sobre medicamentos

O objetivo deste procedimento foi mensurar o nível de conhecimento sobre os medicamentos utilizados pelos pacientes. O instrumento para coleta de dados foi adaptado do trabalho de Silva et al (2000), sendo empregados os seguintes itens: nome do medicamento, dose, frequência, indicação terapêutica e reação adversa. Em nosso trabalho, excluímos os itens duração do tratamento e precaução presentes no trabalho citado acima, pois os medicamentos utilizados pelos pacientes são de uso contínuo, e o termo precaução pode ser facilmente confundido com reação adversa.

Foi realizado o inquérito para cada medicamento tomado pelo paciente. Os dados relativos à indicação terapêutica foram confrontados com as informações das monografias dos medicamentos de Zanini et al (1998) e *United States Pharmacopoeia Drug Information* (2000). Para o item *nome do medicamento* foi considerada como resposta correta, quando o paciente citava o nome genérico ou comercial, não sinalizando dúvida ou confusão.

Para o item *indicação terapêutica*, as respostas avaliadas como corretas correspondiam ao fato do paciente citar o órgão do aparelho ou sistema do organismo em que o medicamento atua ou onde se situa o sistema tratado, independente das diferenças na terminologia utilizadas. Quanto à dose, foram julgadas corretas as respostas quando o paciente se referia à mesma quantidade em unidades de medida (mg, g, ml) ou de forma farmacêutica (comprimidos, cápsulas).

Foram aceitas como corretas as respostas quanto à

frequência, quando o paciente citava o intervalo entre as doses (por exemplo, de oito em oito horas) ou o número de vezes, por dia (por exemplo, três vezes por dia). Quanto ao item *reações adversas*, foram consideradas como corretas as respostas em que o paciente citava apenas uma reação adversa. Durante a coleta de dados, o termo reação adversa foi substituído pelo termo efeito colateral, pois este termo é mais facilmente compreendido pelo paciente, apesar de o termo reação adversa ser mais adequado.

Os seguintes dados foram coletados de dez dos 12 pacientes integrantes da pesquisa, durante a terceira visita, no período de dois de novembro a 23 de novembro de 2002. Um escore foi desenvolvido, sendo atribuídos dois pontos para cada item correto. O conhecimento sobre os medicamentos foi classificado em três níveis: A) nível bom, o qual dá condições para o paciente usar o medicamento de forma segura em qualquer circunstância; B) nível regular, o qual dá condições para o paciente usar o medicamento de forma segura em condições ideais sem nenhum tipo de intercorrência, durante o tratamento; C) nível insuficiente, o qual não dá condições para o paciente utilizar o medicamento com segurança.

Paciente com menos de seis pontos apresenta o nível de conhecimento insuficiente. De seis a oito pontos, o paciente apresenta o nível regular. Com dez pontos, o paciente tem o nível de conhecimento bom.

## 2.3 Método para avaliar a adesão à terapêutica medicamentosa.

Um dos resultados mensuráveis da Atenção Farmacêutica é o aumento da adesão ao tratamento farmacológico. O conceito de adesão ao tratamento deste trabalho foi extraído de Gonçalves et al (1999), que ressalta a perspectiva do paciente como um ser capaz de uma decisão mais consciente e responsável por seu tratamento.

O paciente tem autonomia e habilidade para aceitar ou não as recomendações médicas, porém isto não significa ausência de responsabilidade, mas, sim, tornar o paciente o provedor e participante ativo do seu processo de cura. A adesão ao tratamento não deve se limitar à ideologia biomédica, onde o paciente é visto como um cumpridor de recomendações. Nas doenças crônicas, como a Hipertensão, o indivíduo desprende parte de sua vida no papel de paciente.

O método utilizado para mensurar a adesão ao tratamento foi o método de Morisky et al (1986), que desenvolveu uma escala para quantificar a adesão utilizando questionários. A escala é composta de quatro perguntas que visam determinar se o insucesso no seguimento do tratamento se deveu a: esquecimento, desleixo, ocorrência de melhora do estado geral do paciente ou por reações adversas provocadas pelos medicamentos.

As perguntas são elaboradas de tal forma que minimizem o viés das respostas predominantemente positivas. (figura 2). O nível de aderência ao tratamento é considerado elevado quando o número de respostas sim é zero. Nível mediano correlaciona-se a uma ou duas respostas *sim*. O nível baixo

refere-se quando o paciente responde com três ou quatro respostas afirmativas. Os dados foram coletados em nove dos 12 pacientes, no dia 14 de dezembro de 2002.

**Tabela 2.** Perguntas para avaliar a aderência ao tratamento segundo Morisky et al (1986).

• Pergunta 1 – Você já se esqueceu de tomar seu medicamento? Sim ou não
• Pergunta 2 – Mesmo lembrando, você já deixou de tomar seu medicamento? Sim ou não
• Pergunta 3 – Você alguma vez parou de tomar seu medicamento, quando se sente bem? Sim ou não
• Pergunta 4 – Você alguma vez parou de tomar seu medicamento, quando não sentiu se bem? Sim ou não

## 2.4 Algumas definições e parâmetros importantes

Com o intuito de delimitar criteriosamente os parâmetros apresentados neste trabalho, bem como as definições empregadas, a seguir estão descritas aquelas que são relevantes.

2.4.1 Problemas Relacionados a Medicamentos – problema de saúde vinculado à farmacoterapia, e que interfere ou pode interferir com os resultados de saúde esperados no paciente (Consenso, 1999)

2.4.2 Classificação dos Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs), conforme o Consenso de Granada (tabela 3) (Consenso, 1999) – Os PRMs são classificados em três categorias: necessidade, efetividade e segurança.

2.4.3 Classificação Diagnóstica da Hipertensão Arterial Sistêmica – a presente classificação foi extraída das IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial que atualizou o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial de 1998 (quadro 2) (IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2002)

**Tabela 3.** Classificação dos PRMs conforme o Consenso de Granada

NECESSIDADE	
PRM 1	O paciente não toma os medicamentos de que necessita
PRM 2	O paciente toma medicamento que não necessita
EFETIVIDADE	
PRM 3	O paciente toma um medicamento, que estando indicado para sua situação, está mal selecionado
PRM 4	O paciente toma uma dose inferior do medicamento indicado para sua situação
SEGURANÇA	
PRM 5	O paciente toma dose superior do medicamento indicado para sua situação
PRM 6	O paciente toma um medicamento que provoca uma reação adversa

2.4.4 Hipertensão Controlada – segundo as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, é considerada hipertensão controlada mediante tratamento medicamentoso ou não, quando os níveis pressóricos são inferiores a 140/90 mm de Hg.

2.4.5 Idoso – A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idoso o indivíduo com 65 anos ou mais. No entanto, para alguns autores brasileiros, admite-se que este ponto de corte ocorra aos 60 anos, em função de que a expectativa de vida, no Brasil, ainda não atingiu níveis altos como a dos países desenvolvidos (Veras, 1994). Portanto, neste trabalho será tido por idoso aquele que tiver mais de 60 anos.

## 3. RESULTADOS

### 3.1 Seguimento farmacoterapêutico conforme a Metodologia Dáder

Dos 12 pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica e Desordens Cardiovasculares, dez são do sexo feminino e dois do sexo masculino.

A idade média dos pacientes foi de 71 anos. Dez pacientes estão aposentados, um recebe auxílio da Previdência Social e outro não apresenta.

**Tabela 4.** Classificação Diagnóstica conforme IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (adultos com mais de 18 anos de idade)

PAD (mm Hg)	PAS (mm Hg)	Classificação
< 80	< 120	Ótima
<85	<130	Normal
85-89	130-139	Limítrofe
90-99	140-159	Hipertensão Leve (estágio 1)
100-109	160-179	Hipertensão moderada (estágio 2)
>110	>180	Hipertensão grave (estágio 3)
<90	>140	Hipertensão Sistólica Isolada

Nenhuma fonte de renda. Quanto ao nível de escolaridade, sete apresentam ensino fundamental incompleto, dois com ensino médio incompleto e três são analfabetos.

Os problemas de saúde relatados, durante a primeira visita foi de 5,08 para cada paciente (n=12). Os problemas de saúde relatados pelos pacientes na primeira visita foram categorizados de acordo com os sistemas do corpo humano conforme Tabela 5.

**Tabela 5.** Morbidades relatadas pelos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Doenças Cardiovasculares durante o acompanhamento farmacoterapêutico na Primeira Visita

Morbidades	Frequencia	Porcentagem
Cardiovascular	24	39,3
Endócrino	7	11,5
Gastrintestinal	3	4,9
Músculo-esquelético	12	19,7
Neurológico	5	8,2
Óculo-motor	5	8,2
Respiratório	2	3,3
Tegumentar	1	1,6
Urogenital	2	3,3
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>

Os problemas de saúde relatados pelos pacientes na quarta visita também foram categorizados. No entanto, não constam dos dados atualizados de três pacientes que estavam ausentes, no momento da visita (tabela 6).

**Tabela 6.** Morbidades relatadas pelos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Doenças Cardiovasculares, durante o acompanhamento farmacoterapêutico na quarta visita

Morbidades	Frequencia	Porcentagem
Cardiovascular	18	33,3
Endócrino	5	9,3
Gastrintestinal	2	3,6
Músculo-esquelético	13	24,0
Neurológico	4	7,4
Óculo-motor	5	9,3
Respiratório	5	9,3
Tegumentar	1	1,9
Urogenital	1	1,9
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>

O número de problemas de saúde relatados, na última e quarta visita, foi de 6,00 problemas por paciente (n=9). Os problemas de saúde do sistema acompanhamento.

O número de medicamentos utilizados pelos pacientes na primeira visita foi de 4,92 medicamentos por paciente (n=12) e, na última visita, a média foi de 5,78 medicamentos por paciente (n=9).

Os medicamentos mais utilizados pelos pacientes, de acordo com a primeira visita são os do sistema cardiovascular (38 – 64,41%). Os medicamentos anti-diabéticos utilizados foram 8 (13,56%), e no grupo de Outros, o total de 13 (22,03%).

Na categoria dos medicamentos do sistema cardiovascular, os medicamentos anti-hipertensivos representaram 76,32% (29/38). Em ordem decrescente quanto ao em-

prego dos anti-hipertensivos estão os diuréticos (34,48% - 10/29), Inibidores da enzima conversora de angiotensina (24,14% - 7/29), antagonistas do cálcio (20,69% - 6/29), beta-bloqueadores (17,24% - 5/29) e antagonistas de angiotensina (3,45% - 1/29). A monoterapia para a hipertensão foi verificada em dois pacientes, sendo a droga utilizada pertencente ao grupo dos Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA). Os demais pacientes fazem uso de associações.

Os resultados dos valores pressóricos dos paciente na primeira visita e sua classificação conforme as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002) foram: dois pacientes eram considerados Limítrofe, dois com hipertensão leve (estágio I), cinco com hipertensão moderada (estágio II), três com hipertensão grave (estágio III). Em contrapartida, na última e quarta visita, um paciente foi classificado como limítrofe, quatro com hipertensão leve, cinco com hipertensão moderada e dois pacientes com hipertensão grave.

A média de PRMs por pacientes foi de 3,5 (n=12), os quais foram classificadas conforme o Consenso de Granada (Consenso, 1999) (Tabela 3). 42 PRMs detectados 30 (71,43%) aparecem classificados como manifestados.

Em relação às intervenções farmacêuticas foram realizadas 47 com uma média de 3,9 intervenções para cada paciente. Das intervenções farmacêuticas, 14 (29,79%) relacionadas com a aderência ao tratamento, 28 intervenções (59,56%) sobre educação e orientação das patologias apresentadas pelos pacientes, 2 (4,26%) orientação sobre posologia e 1 (2,13%) orientação sobre a interrupção da utilização de medicamentos sem prescrição médica e 2 (4,26%) orientações sobre dieta alimentar.

**Tabela 7.** PRMs detectados na primeira visita

PRM	Manifestado	Não Manifestado	Total	%
1	5	0	5	11,90
2	1	0	1	2,38
3	18	2	20	47,62
4	1	0	1	2,38
5	0	0	0	0
6	5	10	15	35,72
	30	12	42	100,0

### 3.2 Verificação do Conhecimento sobre Medicamentos

Os dados foram coletados de dez dos 12 pacientes, sendo oito do sexo feminino e dois do sexo masculino. A média de idade foi de 77 anos. A verificação do conhecimento sobre medicamentos foi realizada para todos os medicamentos utilizados pelo paciente. A média de medicamentos por paciente foi de cinco. Na tabela 8, estão os resultados sobre a concordância entre a resposta do paciente e a indicação terapêutica em relação ao nome do medicamento, dose, frequência, indicação e reação.

**Tabela 8.** Concordância entre a resposta do paciente e a indicação terapêutica

Informação	Frequência - Percentagem
Nome do medicamento	22 – 17,32
Dose	15 - 11,81
Frequência	44 – 34,65
Indicação terapêutica	43 – 33,86
Reação adversa	3 – 2,36

Oito pacientes apresentaram nível insuficiente e dois pacientes têm nível bom sobre o conhecimento de medicamentos.

### 3.3 Avaliação da adesão à terapêutica

Os dados foram coletados em nove dos 12 pacientes, sendo oito mulheres e um homem. A média de idade foi de 79 anos.

Nenhum paciente apresentou o nível elevado de aderência ao tratamento. O nível mediano, que corresponde a uma ou duas respostas afirmativas, foi encontrado no total da amostra, os nove pacientes entrevistados.

## 4. DISCUSSÃO

### 4.1 Seguimento farmacoterapêutico conforme a Metodologia Dáder

Em relação aos problemas de saúde, as morbidades relatadas pelos pacientes não sofreram modificações se comparadas ao trabalho de Renovato (2002), predominantemente desordens do sistema cardiovascular e em seguida do sistema músculo-esquelético.

O número de medicamentos por paciente foi de 4,92, na primeira visita, o que comprovou aumento na média de medicamentos em relação ao resultado de Renovato (2002). Rossinholi et al (2002) relatou que a média de medicamentos em pacientes com mais de 59 anos foi de cinco medicamentos por pessoa. Ao término do projeto, a média parece mais elevada, no entanto o número de pacientes visitados foi menor, impossibilitando uma comparação mais criteriosa.

Os anti-hipertensivos mais utilizados pelos pacientes deste estudo foram em ordem decrescente: diuréticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), antagonistas de cálcio, beta-bloqueadores e antagonistas de angiotensina. No trabalho de Garção e Cabrita (2002), os IECA são os mais utilizados, seguidos dos diuréticos. Akashi et al (1998) encontrou resultados parecidos, onde os diuréticos foram os mais empregados, em seguida metildopa e IECA. Psaty et al (2002) em um estudo com duração de 10 anos, comprovou que o uso de diuréticos e beta-bloqueadores têm diminuído, enquanto que agentes anti-hipertensivos mais novos, como os IECA e antagonistas de cálcio, têm aumentado. O mesmo foi observado em um estudo que avaliou o consumo de anti-hipertensivos, no período de

1993 a 1998, em Navarra, Espanha, onde os IECA representam 42% dos medicamentos empregados no tratamento da Hipertensão (Martinez & Pascual, 1999).

Neste trabalho, o emprego da monoterapia foi restrito a apenas dois pacientes, o que comprova a tendência de se utilizar cada vez mais associações medicamentosas. Akashi et al (1998) e Mion Jr et al (2001) confirmam a tendência de se empregar as associações: IECA + diurético e beta-bloqueador + diurético. As associações medicamentosas neste trabalho confirmam a presença predominante dos diuréticos em quase todas associações, com exceção de uma. Mas não se observa uma prescrição fixa em relação às associações e, sim, uma gama de varias combinações, que estão vinculadas principalmente à experiência pessoal do médico com o fármaco, as características do paciente e a eficácia das drogas (Mion Jr et al, 2001).

A média de PRMs apresentou um decréscimo em relação ao trabalho de Renovato (2002). Mas esse número foi superior ao relatado por Garção e Cabrita (2002), onde foram detectados 34 PRMs para uma amostra de 41 indivíduos, o que resulta numa média de 0,82 PRMs por paciente. Rossinholi et al (2002) verificaram que 70% dos pacientes com idade superior a 59 anos, ou seja 12 pacientes, apresentavam PRM, enquanto que o grupo com faixa etária inferior a 59 anos apenas 40% tiveram algum PRM detectado. A polifarmácia ou uso de muitos medicamentos é a principal causa do número elevado de PRMs em idosos e devidamente comprovado neste estudo.

Os PRMs 3 e 6 foram os mais detectados, coincidindo com os achados do trabalho de Renovato (2002). Rossinholi et al identificaram predominantemente em seus pacientes os problemas de efetividade (PRM 3 e 4). Em Garção e Cabrita (2002), os problemas de segurança foram mais identificados, seguidos pelos problemas de efetividade.

A eficácia do tratamento anti-hipertensivo em idosos foi um dos pontos de considerável reflexão levantadas neste trabalho. Cerca de 48% dos PRMs detectados referem-se à não eficácia do medicamento, sendo do tipo não quantitativo. Mas o que seria um tratamento eficaz para um paciente idoso. Com exceção de um paciente, todos os demais apresentam níveis pressóricos acima de 140/90 mmHg, mesmo tomando medicamentos. Portanto, uma das saídas seria aumentar a dose do medicamento, ou acrescentar mais um medicamento ou trocar o medicamento.

No entanto, sabe-se que os parâmetros farmacocinéticos de um idoso são diferentes de um indivíduo adulto. Seu processo de biotransformação e excreção são mais lentos e, portanto, se a dose do medicamento fosse aumentada, provavelmente a concentração plasmática do fármaco também aumentaria, e atingiria níveis tóxicos. Ou pelo menos, a incidência de reações adversas seria maior.

Outra possibilidade seria adicionar fármacos com mecanismos de ação diferentes, que juntos teriam um efeito maior em regularizar a pressão arterial. Essa prática tem sido bastante adotada, pois apresenta resultados satisfatórios e retarda, muitas vezes, processos que podem evoluir para quadros mais graves, como a hipertrofia ventricular que pode

culminar em insuficiência cardíaca. Mas, por outro lado, sempre existe a possibilidade de que, ao se adicionar mais um fármaco, o quadro de interações medicamentosas torne-se mais complexo, e as reações adversas são mais incidentes, conforme comprovam os problemas de segurança identificados.

Em um estudo de intervenção, realizado com idosos não-institucionalizados, na Índia e Bangladesh, apenas 10% de todos os hipertensos apresentavam o quadro pressórico controlado (WHO, 2001). O nível de normalização da hipertensão com tratamento não é diferente desse estudo, como no Canadá, que apresenta 16% dos hipertensos com níveis pressóricos normais, Estados Unidos, 24%, Bélgica, 15,5% e Itália, 28% (Martinez & Pascual, 1999). Em outro estudo, este realizado, no Brasil, chegou-se ao seguinte número: apenas um terço dos 60% de pacientes que tomavam medicação anti-hipertensiva apresentava hipertensão controlada.

Mas neste trabalho foi considerado como hipertensão controlada níveis pressóricos menores ou iguais que 160/90mmHg (Piccini & Victora, 1997). Portanto, se se aplicar as recomendações das IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, esse número seria mais reduzido ainda.

Mesmo diante do quadro configurado acima e dos questionamentos levantados, o objetivo é claramente alcançar os níveis pressóricos normais, pois segundo as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a redução diminui drasticamente a mortalidade e morbidades relacionadas à hipertensão.

A educação em saúde é parte integrante do processo de Atenção Farmacêutica, como afirma a proposta do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica. É importante ressaltar que o consenso obtido considera a promoção da saúde, incluindo a educação em saúde, como componente do conceito de Atenção Farmacêutica, o que constitui um diferencial marcante em relação ao conceito adotado em outros países (Consenso, 2002).

Dessa forma, as intervenções educativas foram prioritárias na continuidade deste projeto. O maior enfoque em nossas visitas foi transmitir conhecimento sobre sua doença, orientar sobre o uso racional de medicamentos, sugerir dietas alimentares, quando necessário, e cuidados gerais em relação à sua saúde. Foram preparados três folhetos informativos. Um sobre Hipertensão, com o título “Viva a Hipertensão sem problemas”. O outro se refere ao Diabetes e tem o título de “Conhecendo o Diabetes”. O terceiro é mais específico ainda, pois traz orientações sobre os cuidados do pé diabético, visto que cinco dos 12 pacientes são diabéticos. As orientações sobre dietas alimentares também foram realizadas, sendo que duas de forma escrita.

#### 4.2 Verificação do conhecimento sobre medicamentos

Comparando com os resultados de Silva et al (2000), o nível de informação que garante o uso racional e seguro de medicamentos foi bem abaixo. No trabalho citado acima, 57% dos pacientes apresentaram nível regular, 34%, nível bom e 9%, nível insuficiente. No entanto, algumas variáveis

são diferentes, como a média de idade (57 anos) e número de medicamentos indicados (2,4 por pessoa). O nível de escolaridade apresentou similaridade. Bernsten et al (2001) e Toledo et al (2001) relatam em suas metodologias o parâmetro conhecimento dos medicamentos, no entanto não declaram como foram realizadas e, portanto, a comparação aos nossos resultados não foi possível.

O nível insuficiente e o desconhecimento de menos de 50% em todos os itens são preocupantes e requer estratégias com o intuito de amenizar o *deficit* sobre o nível de informação dos medicamentos cronicamente utilizados por esses pacientes.

O nível de escolaridade, o processo de envelhecimento e o número de medicamentos por paciente interferem negativamente quanto ao uso seguro dos medicamentos, requerendo muitas vezes o auxílio de terceiros, e configurando em dependência. A adesão ao tratamento e a obtenção de uma hipertensão controlada são mais difíceis quando o paciente desconhece itens fundamentais sobre o seu tratamento.

#### 4.3 Avaliação da adesão à terapêutica

Os resultados de adesão à terapêutica mostram que os indivíduos integrantes desse estudo apresentam média adesão ao tratamento medicamentoso. Outro estudo (Pinto & Gondin, 2002) que empregou a mesma metodologia, verificou 42% de alta adesão, mas não relata a faixa etária do grupo pesquisado.

A partir desses dados, é possível levantar alguns questionamentos. Os pacientes pesquisados têm conhecimento de sua doença, relatam ser cumpridores do tratamento, no entanto algumas características podem interferir para a sua adesão.

O *deficit* cognitivo interfere negativamente, pois o esquecimento relatado por alguns pacientes dificulta a adesão e principalmente os níveis pressóricos não são reduzidos. O nível de conhecimento sobre os medicamentos conjuntamente com o nível de escolaridade e a polifarmácia constituem obstáculos para a tomada de medicamentos e a prática de medidas não farmacológicas.

Dessa forma, a Atenção Farmacêutica é o instrumento eficaz para não só otimizar o tratamento farmacológico, mas incentivar o paciente, respeitando sua individualidade a superar as dificuldades impostas pelo envelhecimento e co-morbidades, como o diabetes.

### 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Farmacêutica em Hipertensão Arterial é uma prática totalmente possível e capaz de produzir inúmeros resultados positivos, tanto para o paciente, como para o farmacêutico, que vê a possibilidade de exercer com mais clareza sua função social. Nesse estudo que deu continuidade a outra pesquisa (Renovato, 2002), muito mais dados foram coletados. Diante desses dados, é possível desenvolver estratégias mais eficazes para garantir ao paciente

não só melhoria da qualidade de vida, mas aprender a respeitar sua individualidade e compreender seu modo de encarar a vida.

As intervenções educativas devem ser mais exploradas, pois o compartilhar do conhecimento e das experiências, enriquece e fortalece a relação terapêutica. Não basta apenas traçar diagnósticos e esquemas de tratamento, é preciso aprofundar-se na essência do paciente com hipertensão, pois somente assim, será possível intervir com efetividade e eficácia, e os resultados clínicos serão muito melhores.

O avançar da Atenção Farmacêutica, no Brasil, trará benefícios ao farmacêutico ou ao paciente, mas, a partir dessa prática, novas tentativas de integração entre os profissionais de saúde serão fomentadas, construídas, desconstruídas, com frustrações, derrotas, porém com novas possibilidades de vitórias. É preciso avançar!

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKASHI, D. et al. Tratamento anti-hipertensivo. Prescrição e Custo de Medicamentos. Pesquisa em Hospital Terciário. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.71, n.1, p.55-57, 1998.
- CIPOLLE RJ et al. **Pharmaceutical care practice**. Minneapolis: Mc Graw-hill, 1998.
- CONSENSO de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos**. Pharmaceutical Care España, Barcelona, v.1, n.2, p.107-112, 1999.
- CONSENSO** brasileiro de atenção farmacêutica: proposta / Adriana Mitsue Ivama
- [et al.]. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24 p.
- IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**. 2002. Disponível em: [www.sbh.org.br](http://www.sbh.org.br) Acesso em 20/03/2003.
- EUROPHARM Forum/CINDI**. Pharmacy-based Hypertension Management Model. Protocol and Guidelines, 2000.
- FAUS, M.J. et al. **Programa Dáder de Implantación del Seguimiento del Tratamiento Farmacológico**. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada, 2000. Disponível em: <http://www.ugr.es/~atencfar>. Acesso em: 10/05/2001.
- GARÇÃO, J.A., CABRITA, J. Evaluation of a Pharmaceutical Care Program for Hypertensive Patients in Rural Portugal. **Journal of American Pharmaceutical Association**, v.42, n.6, p.858-864, 2002.
- GONÇALVES, H. et al. Adesão à Terapêutica da Tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, n.4, p. 777-787, 1999.
- MARTINEZ, M.S & PASCUAL, C.A. Hipertensión Arterial: Encuesta de actitudes em atención primaria y análisis del consumo de antihipertensivos en Navarra (1993-1998). **Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra**, v. 7, n.3, 1999.
- MION JR, D. et al. Tratamento da Hipertensão Arterial – Respostas de Médicos brasileiros a um inquérito. **Rev. Ass. Med. Brasil.**, v.47, n.3, p.249-254, 2001.
- MORISKY, D.E et al. Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence. **Medical Care**, v.24, n.1, p.67-74, 1986.
- OPS/OMS Proyecto: Atención Farmacéutica en Hipertensión Arterial**, 2002. Disponível em [www.paho.org](http://www.paho.org). Acesso em /15/06/2003
- PICCINI, R.X. & VICTORA, C.G. How well is hipertension managed in the community? A population-based survey in a Brazilian city. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, n.4, p.595-600, 1997.
- PINTO, M.E. & GONDIN, A. P.S. Hipertensão: uma análise da adesão ao tratamento em um Posto de Saúde da Família de Itapipoca – Ceará. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Suplemento Especial, Livro de Resumos, V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, p.509, março, 2002
- PSATY, B.M. et al. Time Trends in High Blood Pressure Control and the Use of Antihypertensive Medications in Older Adults. The Cardiovascular Health Study. **Arch Intern Med**, v.162, p.2325-2332, 2002.
- RENOVATO, R.D. Implementação da Atenção Farmacêutica para Pacientes com Hipertensão e Distúrbios Cardiovasculares.. **Infarma**, v.14, n.7/8, p.52-56, 2002.
- ROSSINHOLI, P.S. et al. Resultados iniciais do acompanhamento farmacoterapêutico: A Experiência da Farmácia Usimed – Curitiba-PR. **Infarma**, v.14, n.7/8, p.81-84, 2002.
- SILVA, T. et al. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Cadernos de Saúde Pública**, v.16, n.2, p.449-455, 2000.
- UNITED STATES PHARMA COPEA DRUG INFORMATION**, v. I, 2000. Drug Information for the Health Care Professional. Englewood: Micromedex.
- VERAS, R.P. **País jovem com cabelos brancos**. 3 ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, UERJ, 1994, 224p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION**. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among the elderly in Bangladesh and India: a multicentre study. Bulletin of the World Health Organization, v.79, n.6, p.490-500, 2001.
- ZANINI, A. C ; et al. **Guia de medicamentos São Roque**: Ipex, 2º ed. 1998