
ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES HIPERTENSOS NA FARMÁCIA ESCOLA – UFPB

PHARMACOTHERAPEUTIC MONITORING OF HYPERTENSIVE PATIENTS IN PHARMACY SCHOOL - UFPB

Vinicius Lins FERREIRA¹, Maria Ladjane Sodré de MELO²

1 - Docente do Curso de Farmácia da Universidade Federal da Paraíba.

2 - Professora Doutora do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal da Paraiba.

Autor para correspondência: vinicius_lins1991@hotmail.com

RESUMO:

A hipertensão arterial sistêmica   uma doença associada   eleva o dos níveis da pressão arterial e tem sido umas das principais causadoras de morte do mundo. A preven o, detec o, tratamento e controle da hipertensão são de grande importância para diminui o dos eventos cardiovasculares. A Aten o Farmacêutica tem por finalidade tornar o tratamento medicamentoso mais seguro, racional e eficiente. Procura detectar, prevenir e resolver problemas relacionados com medicamentos. Esse trabalho teve como objetivos acompanhar pacientes hipertensos e avaliar a efetividade farmacoterapêutica e incentivar a prática da Aten o Farmacêutica. No primeiro contato com os pacientes hipertensos foi realizado preenchimento da ficha da Aten o Farmacêutica e medida da pressão arterial. A cada retorno do paciente verificava-se a pressão arterial e se estavam sendo cumpridas as recomenda es médicas, além da avalia o das queixas dos pacientes em rela o a saúde e problemas relacionados com medicamento (classificados segundo Consenso de Granada). Foram acompanhados 31 pacientes, sendo 29 hipertensos (16 homens e 13 mulheres). Os pacientes possuíam idade entre 35 e 81 anos. Dos 29 hipertensos, 18 apresentaram algum problema relacionado ao medicamento, sendo os mais frequentes o problemas relacionados com medicamento 1 e 5. Foi observado que a classe medicamentosa mais predominante foi a dos antagonistas do receptor angiotensina II e os medicamentos mais prescritos foram losartana, atenolol, anlodipino, captopril, hidroclorotiazida e valsartana.

Palavras-chave: Aten o Farmacêutica, Hipertensão, Farmacoterapia.

ABSTRACT:

The systemic arterial hypertension is a disease associated with elevated levels of the blood pressure. The prevention, detection, treatment and control of hypertension are important to reduce cardiovascular events. Pharmaceutical care objective is to turn drug therapy more secure, efficient and rational. This project aimed monitor hypertensive patients, evaluate the pharmacotherapy effectiveness and encourage the practice of pharmaceutical care. At each visit the patient checked the blood pressure and if medical recommendations were being complied, healthy lifestyle habits and the fulfillment of the prescribed pharmacotherapy. We observed the frequent complaints of patients for symptoms of their disease and drug related problems. We monitor 31 patients. We measured 110 blood pressures. Thirty-five were above the acceptable limit

(130x90 mmHg). Fourteen patients had drug related problems. The most frequent problems were the not using medication and health problem by an unsafe non-quantitative medicament dose. Among the most prescribed medications, the most used class was the antagonists of angiotensin II receptor.

Keywords: Hypertension, Pharmaceutical care, Drug Therapy

1 INTRODUÇÃO

1.1 Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma patologia associada à elevação dos níveis da pressão arterial (PA). Normalmente está relacionada a alterações funcionais ou estruturais do organismo, bem como alterações metabólicas. Essas modificações podem se tornar um grande risco para saúde, pois aumentam o risco de problemas cardíacos e vasculares (MOLINA, 2003).

A HAS tem sido umas das principais causadoras de morte e internações em todo o mundo. Possui alta prevalência, porém mesmo assim, a taxa de controle ainda é considerada baixa. A prevenção, detecção, tratamento e controle da HAS são de grande importância para redução dos eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Muitos são os aspectos que predispõem risco de HAS. Em relação à idade, a HAS é mais frequente em indivíduos acima dos 60 anos. Os indivíduos de cor não branca possuem duas vezes mais chances de desenvolver um quadro hipertensivo. O excesso de consumo de sal, obesidade, sedentarismo, histórico familiar e consumo de álcool são outros causadores da HAS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A prevenção da HAS está relacionada com mudança de hábitos de vida e devem ser praticados desde a infância. São exemplos: a prática exercícios físicos, consumo adequado de sódio e potássio, alimentação saudável e não fumar. A prevenção primária e detecção são fundamentais para evitar os eventos cardiovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A HAS é diagnosticada pela elevação dos níveis da PA. A figura 01 apresenta os valores que classificam os indivíduos acima de 18 anos.

Tabela 01: Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Categoria	PA diastólica (mmHg)	PA sistólica (mmHg)
Pressão ótima	< 80	<120
Pressão normal	< 85	<130
Pressão limítrofe*	85-89	130-139
Hipertensão estágio 1	90-99	140-159
Hipertensão estágio 2	100-109	160-179
Hipertensão estágio 3	≥110	≥180
Hipertensão sistólica isolada	< 90	≥140

O diagnóstico deve ser feito depois de repetidas avaliações da PA. Valores acima de 140 mmHg para pressão sistólica e 90 mmHg para pressão diastólica são visto como acima do limite aceitável. Os níveis de PA são considerados normais quando a PA está abaixo de 130 x 85 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Deve-se ter cuidado com algumas situações ao se verificar PA como: o efeito do avental branco, a hipertensão mascarada (no consultório são encontrados valores normais, porém elevado durante a noite) e quando a pressão obtida no consultório e fora dele são muito diferentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O tratamento da HAS consiste na terapia medicamentosa e tratamento não farmacológico.

O tratamento não medicamentoso consiste em estratégias que visam mudar o estilo de vida do portador de HAS. Dessa forma, pode ser possível diminuir a dose medicamentosa ou até mesmo dispensar a utilização de medicamentos. O controle do peso e alimentação, mudanças de hábitos como consumo de bebidas alcoólicas e fumo, a prática de exercícios físicos são exemplos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O tratamento farmacológico visa reduzir os eventos cardiovasculares através da redução da PA. Muitas são as classes de medicamentos utilizados no controle da HAS tais como diuréticos, beta bloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonista dos canais de cálcio, entre outros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A escolha do anti-hipertensivo é baseada na análise de alguns fatores, tais como: avaliação da presença de efeitos colaterais, segurança e tolerância, preferência por medicamentos de dose diária, entre outros pontos. É importante que o hipertenso siga o tratamento preconizado, como forma e horário de administração, para assim obter resultados significativos (KOROLKOVAS, 2011).

1.2 Atenção farmacêutica

A Atenção Farmacêutica (ATENFAR) tem por finalidade tornar o tratamento medicamentoso mais seguro, racional e eficiente. Essa atividade pode ser realizada através do Seguimento Farmacoterapêutico (SFT), componente da Atenção Farmacêutica que procura detectar, prevenir e resolver problemas relacionados com medicamentos (PRMs). Sendo assim, possui o propósito de alcançar resultados concretos e que melhorem a qualidade de vida dos usuários de medicamentos. (OLIVEIRA, 2005).

Através da ATENFAR, o farmacêutico age visando o uso racional e o sucesso da terapia. Assim, contribui para adesão ao tratamento do paciente, garante o cumprimento da prescrição e o uso correto do medicamento, além de minimizar os erros de prescrição (OPAS, 2002c).

Muitos são os usuários de medicamentos que estão sujeitos às reações adversas por diversas razões, que incluem: esquecimento, dificuldade para se adequar ao tratamento, dependência física, polifarmácia e principalmente as alterações farmacocinéticas, que podem facilmente causar PRM. Esses fatores podem conduzir ao não sucesso da terapia (GOMES, 2011).

A presença do farmacêutico nessas situações se torna importante para proporcionar aos usuários a segurança e a eficácia adequada no tratamento das doenças, contribuindo dessa maneira para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas (SILVA, 2011).

A prática da ATENFAR permite ao profissional se responsabilizar pelo cumprimento da farmacoterapia do paciente e assim alcançar resultados positivos (LEE e RAY, 1993). Assim, através de uma Intervenção Farmacêutica (IF), é possível fazer correções e adequar o esquema terapêutico na busca de melhores resultados (GRAINGER-ROUSSEAU, 1995).

O termo intervenção farmacêutica é utilizado para denominar as ações e tomadas de decisões que partem do farmacêutico, o qual participa ativamente da terapia dos pacientes e na avaliação dos resultados. (ZUBIOLI, 2000).

As ações do farmacêutico, no modelo de atenção farmacêutica, em sua grande maioria, são atos clínicos individuais. As sistematizações das intervenções farmacêuticas e a troca de informações dentro de um sistema de informação composto por outros profissionais de saúde podem contribuir para um impacto em nível coletivo e na promoção do uso seguro e racional de medicamentos. (OPAS, 2002c).

Um SFT bastante utilizado atualmente é o Método Dáder o qual foi desenvolvido na Universidade de Granada (Espanha). As Intervenções Farmacêuticas (IF) e notificações desses problemas podem levar a maior qualidade e diminuição no custo/tempo do tratamento (MACHUCA, 2003).

Os PRMs mais comuns são: prescrição inadequada, interações medicamentosas, falha ao receber o medicamento, superdose, uso inadequado, dose sub terapêutica, efeitos adversos, e automedicação (GOMES, 2011).

Esse artigo teve como objetivos: acompanhar pacientes hipertensos e avaliar efetividade farmacoterapêutica e incentivar a prática da atenção farmacêutica visando a redução dos problemas relacionados ao uso de medicamentos.

2 MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Levantamento bibliográfico e especificação dos materiais utilizados

O levantamento bibliográfico foi realizado no decorrer da pesquisa através de pesquisa em bases de dados na internet (SciELO, MEDLINE e Periodicos CAPES) e nos

livros didáticos: Farmacologia Básica e Clínica (KATZUNG, 2007) e Dicionário Terapêutico Guanabara (KOROLKOVAS, 2011).

Foi utilizado no decorrer do projeto o formulário de atenção farmacêutica (apêndice 1), o qual foi elaborado baseado no método Dáder de acordo com a metodologia descrita por Machuca (2003). Também foram utilizados os seguintes materiais auxiliares na investigação farmacoterapêutica: tensiômetro, livros, computador e bases de dados para consultas.

2.2 Fase Investigatória

Foram convidados para participar do estudo frequentadores da Farmácia Escola da Universidade Federal da Paraíba, que possuíam hipertensão e que faziam uso de algum medicamento para controle da pressão arterial. O convite para participação do projeto foi feito por comunicação verbal. Nesse momento foi explicado o objetivo e a importância do acompanhamento farmacoterapêutico e da pesquisa. As consultas foram realizadas na Farmácia Escola da Universidade Federal da Paraíba com 29 clientes que aceitaram participar do projeto.

O projeto seguiu todas as recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba (CCS/UFPB), Certidão de aprovação da pesquisa com o nº do Aceite e Apreciação Ética (CAAE) nº 06668512.80000.5188 (aprovado em 30/08/2012). Foram obtidos termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) de todos participantes a cada primeira consulta.

O primeiro contato com os pacientes teve como objetivos demonstrar: a responsabilidade que os mesmos possuíam no sucesso do tratamento, a importância do seguimento farmacoterapêutico na maximização da eficácia terapêutica e os fatores negativos que qualquer tratamento medicamentoso pode ocasionar. A fase investigatória consistia em duas etapas:

a) Preenchimento da ficha da Atenção Farmacêutica a fim de obter informações sobre problemas de saúde, medicamentos em uso, grau de preocupação atribuído ao problema, cumprimento das recomendações médicas;

b) Medida da pressão arterial e agendamento do retorno para controle.

2.3 Fase de acompanhamento

Foi estabelecido uma consulta mensal para cada paciente. Estas eram agendadas no final de cada consulta com o participante e confirmadas através de contato por telefone. A cada retorno do paciente, verificava-se a pressão arterial, bem

como a obediência as recomendações médicas. Nessa fase eram anotadas as queixas dos pacientes em relação aos problemas de saúde e PRMs para obtenção de dados importantes necessários à solução dos problemas.

A caracterização dos PRMs foi baseada em três propriedades fundamentais da farmacoterapia: necessidade, efetividade e segurança, de acordo com o método Dáder (MACHUCA, 2003) (QUADRO 01).

QUADRO 01: Classificação de PRM segundo Consenso de Granada (COMITÉ DE CONSENSO, 2007)

NECESSIDADE	<p>Problema de Saúde não tratado O doente sofre de um problema de saúde associado a não receber a medicação que necessita.</p> <p>Efeito de medicamento não necessário O doente sofre de um problema de saúde associado a receber um medicamento que não necessita.</p>
EFETIVIDADE	<p>Inefetividade não quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade não quantitativa da medicação.</p> <p>Inefetividade quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa da medicação.</p>
SEGURIDADE	<p>Inseguridade não quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inseguridade não quantitativa de um medicamento.</p> <p>Inseguridade quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inseguridade quantitativa de um medicamento</p>

2.4 Fase de intervenção farmacêutica

Nessa etapa, era realizada uma análise global e conclusiva dos problemas relacionados com: o uso dos medicamentos prescritos; hábitos alimentares e modo de vida dos pacientes. Os dados eram registrados em um relatório e caso necessário procedia-se uma Intervenção Farmacêutica.

Na fase de intervenção, era elaborado um plano de atuação em acordo com o paciente, para solucionar os PRMs detectados. As intervenções eram feitas através de dois tipos de interações:

- Farmacêutico-paciente: explanação da forma correta de se utilizar o medicamento, facilitação da adesão.
- Farmacêutico-paciente-médico: essa IF era aplicada mediante comunicação oral ou escrita do farmacêutico para o médico, sugerindo uma mudança da posologia ou medicamento em consequência do registro de PRM.

2.5 Fase de acompanhamento da intervenção

Os pacientes permaneciam sendo monitorados para análise dos resultados obtidos com as mudanças propostas, verificação da eficácia do plano de atuação ou surgimento de novos PRMs.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização dos participantes do projeto

Foram acompanhados 29 pacientes hipertensos durante o período de 01 de maio de 2013 a 31 de agosto de 2013 na Farmácia Escola da Universidade Federal da Paraíba. Os pacientes possuíam idade entre 35 e 81 anos. A média de idade dos pacientes foi de 57 anos.

Dos acompanhados, 16 eram homens (55%) e 13 eram mulheres (45%). Em estudo feito por Faria e colaboradores (2008), também foi relatado predominância da participação de hipertensos do sexo masculino (62%). Em contrapartida Dall'Agnol (2003) e Biguelini (2013) apontaram maior participação de pacientes do sexo feminino.

A cada consulta, os integrantes do projeto aferiram a pressão arterial. Dos 29 participantes, 17 (54,8%) apresentaram níveis acima do limítrofe aceitável de 130x90 mmHg entre a PA normal e o primeiro estágio de hipertensão, de acordo com a VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010). Além disso, foram registrados muitos casos onde as pressões estavam na faixa de limite (130x90 mmHg).

Em comparação, um estudo semelhante proposto por Ribeiro et al. (2013) mostrou que apenas 50% dos pacientes tinham pressão arterial controlada. Já Nobre e colaboradores avaliaram 2.810 pacientes hipertensos, em 291 centros. Desses, 1.497 (53,3%) deles apresentavam-se com pressão arterial (PA) menor que 140 x 90 mmHg. Assim, este estudo apresentou resultados semelhantes a outros relatos da literatura.

Através das consultas, foi possível visualizar a presença de muitos PRMs. Entre os principais detectados estavam: a) falta de adesão ao tratamento por negligência, b) o não cumprimento da posologia/horário, c) a presença de reações adversas, d) descumprimento das medidas não farmacológicas. Isso favoreceu ao alto grau de hipertensão.

Ao todo, foram detectados 25 problemas relacionados ao medicamento, média de 0,86 PRM por paciente. 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.

Dos 29 participantes que faziam uso de medicamento, 18 apresentou algum tipo de PRM, equivalente a 62% do total dos participantes do projeto. Assim, 44% dos PRM encontraram-se no nível de necessidade, 28% no nível de efetividade e 28% no de segurança (gráfico 01).

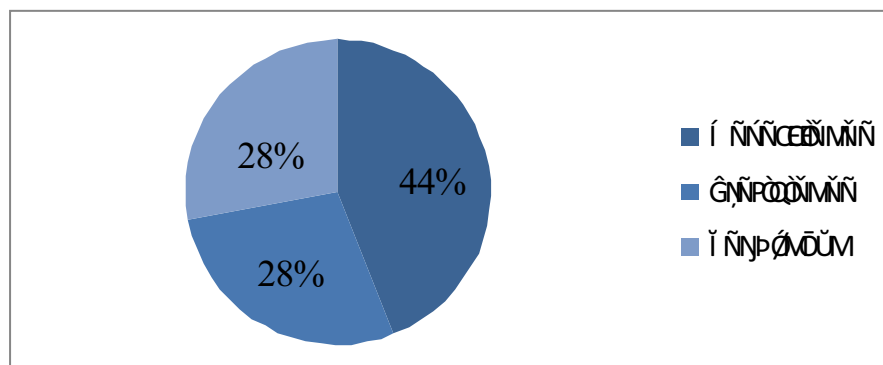


GRÁFICO 01: Distribuição dos PRMs em pacientes hipertensos na Farmácia Escola da UFPB, de acordo com a Classificação de PRM segundo Consenso de Granada.

Em comparação, estudo realizado por Biguelini (2013) com 15 hipertensos apresentou resultados semelhantes aos nossos relacionados a distribuição de PRM: 53% encontraram-se no nível de necessidade, 34.30% no nível de efetividade e 12.60% no de segurança.

Na classificação dos PRMs, de acordo com o método Dáder (MACHUCA, 2003), o majoritário dentre os 25 detectados, foi o PRM está relacionado a não utilização da farmacoterapia que o paciente necessita (44%) em razão de: negligência, falta de recursos, intolerância ou descumprimento da posologia e/ou horários.

Na sequência, problema de saúde resultante de uma insegurança não quantitativa no uso do medicamento, correspondeu a 28% entre todos os problemas encontrados. Este PRM é resultante do aparecimento de efeitos colaterais, reações adversas, interações com medicamentos e alimentos.

Outro PRM recorrente foi o de não efetividade a relacionado com a dose (24%). Nesse caso a dose pode estar muito baixa ou o intervalo entre as administrações é grande. Apenas um participante apresentou problema de não efetividade não relacionado a dose (4%).

A partir da detecção de PRMs, foi traçado um plano de atuação e realizadas as intervenções farmacêuticas necessárias. No entanto, não foram descartadas em todas consultas estratégias de atenção em saúde, tais como mudança de hábitos de vida e alimentares, visando uma melhor adesão ao tratamento não farmacológico.

3.2 Relatos de alguns casos de intervenções farmacêuticas

O nosso estudo demonstrou uma alta taxa de hipertensos que possuem algum tipo de PRM e que pode estar relacionado com o não sucesso da terapia medicamentosa.

Diante da situação apresentada anteriormente, serão relatados alguns casos de problemas relacionado ao uso destes medicamentos e as consequentes intervenções farmacêuticas realizadas:

- **Caso 1**

Em uma das intervenções, o hipertenso D.A.M., 57 anos, do sexo masculino, relatou suspensão por contra própria da terapia medicamentosa (losartana 50 mg) a mais de um ano em razão de redução de potência sexual. Com isso, a pressão do paciente estava acima do normal (160x100 mmHg).

O problema relatado pelo participante do projeto não é confirmado na literatura. Llisterri et al. (2001) sugere a melhoria da satisfação sexual de 7% para 58,5% dos pacientes que utilizavam losartana em um tratamento de 12 semanas, como também aumento na frequência de relações sexuais e qualidade de vida.

Assim, foi levantada a hipótese de que o problema do paciente poderia estar relacionado a causas psicológicas, e não em decorrência da utilização de losartana. As principais causas da Disfunção Erétil (DE), podem ser divididas entre psicogênicas e orgânicas. As causas psicológicas podem estar relacionadas a problemas familiares, no trabalho, estresse emocional, entre outros fatores (FRANÇA, 2004).

Ainda assim, em virtude das queixas dos efeitos colaterais, foi recomendado que o paciente retorna-se ao médico para nova avaliação da prescrição. O paciente voltou ao médico e foi prescrito uma associação de valsartana + hidroclorotiazida (126mg+25mg). Estudo feito por Fogari et al. (2001) demonstra que valsartana não diminui atividade sexual dos usuários dessa medicação e que pode até melhorar o desempenho sexual.

A pressão do paciente foi controlada (120x90 mmHg) e o paciente não relata mais efeitos colaterais.

- **Caso 2**

O paciente G.D.S., 57 anos e hipertenso, não cumpria o tratamento farmacológico (espironolactona), pois relatava perda de libido. Essa não adesão ao tratamento farmacológico provocou elevação da PA (160x120 mmHg).

Após estudo sobre o fármaco, foi observado que espironolactona pode

provocar diminuição da libido e impotência sexual (KOROLKOVAS, 2011).

Foi realizada uma intervenção farmacêutica, na qual foi comunicado ao médico sobre a necessidade de mudança de medicamento. Após nova consulta médica, foi prescrito anlodipino e losartana para o paciente, o qual não apresentou mais os efeitos colaterais e sua pressão retornou ao normal (120x80 mmHg).

- **Caso 3**

O paciente J.S.A., 48 anos, possuía hipertensão e fazia uso de losartana (100mg) uma vez ao dia, no cuidado da manutenção de níveis de pressão arterial adequados. Em uma das consultas o participante relatou que não estava fazendo uso de losartana a três dias motivadas por esquecimento e por ter ingerido bebidas alcoólicas. Em decorrência disso, a pressão arterial do participante J.S.A. estava bastante elevada (150x90 mmHg).

Através do acompanhamento farmacêutico, foi possível informar ao paciente sobre a importância do cumprimento da prescrição médica, a fim de evitar problemas cardiovasculares maiores, bem como no cuidado da manutenção de níveis satisfatório de pressão arterial. O paciente retornou a Farmácia Escola uma semana após as orientações. Após nova medição da pressão arterial foram registrados níveis adequados (120x80 mmHg).

Gusmão et al. (2009) aponta que os principais fatores que afetam a adesão ao tratamento estão relacionados com a complexidade do regime terapêutico, como número de doses, comprimidos e horário das tomadas, duração do tratamento, falha de tratamentos anteriores, mudanças frequentes no tratamento e influência sobre a qualidade de vida.

O farmacêutico deve assegurar que o paciente tenha e entenda a informação necessária para utilizar o medicamento que lhe é entregue de maneira segura e eficaz (CAMPMANY, 2006).

3.3 Análise dos medicamentos anti-hipertensivos prescritos aos participantes do projeto

O farmacêutico é um profissional bastante importante na saúde pública, pois garante um tratamento eficaz, seguro e de qualidade com as correções dos PRMs.

Ao longo de todo acompanhamento, foi realizada uma educação contínua, onde os pacientes conseguiam compreender a importância da adesão ao tratamento farmacológico e não medicamentoso.

Em uma análise dos medicamentos anti-hipertensivos dos pacientes, foram observado 17 prescrições diferentes. Os medicamentos mais prescritos foram

losartana, atenolol, anlodipino, captopril, hidroclorotiazida (HTZ) e valsartana.

Shinya et al. (2011) indicou que os anti hipertensivos mais prescritos nos municipios de Ouroeste e Populina foram captopril, hidroclorotiazida e losartana.

Os medicamentos foram agrupados em suas respectivas classes. Foi observado que a mais predominante foi a dos antagonistas do receptor AT-II, sendo a losartana o medicamento mais prescrito (gráfico 02).

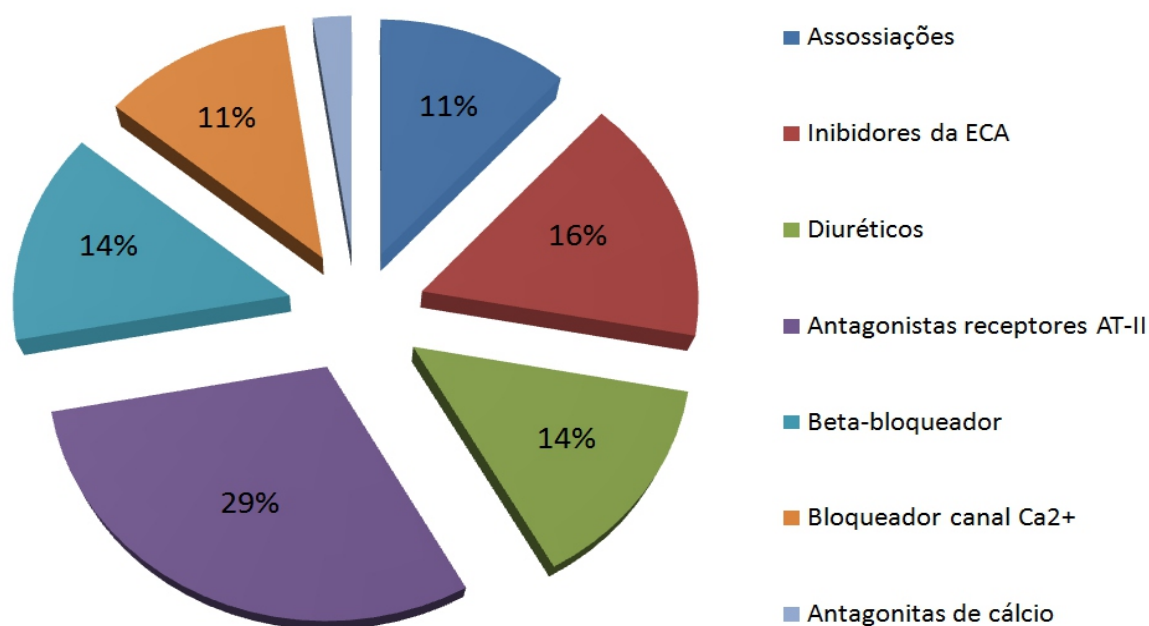


GRÁFICO 02: Distribuição das classes dos medicamentos anti-hipertensivos prescritos aos pacientes hipertensos.

Ao contrario, estudo realizado por Obreli Neto e colaboradores (2009) apontou a associação entre os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e diuréticos tiazídicos como a combinação mais prescrita.

Longo et al. (2011) observou que os IECA foi o grupo de medicamentos mais utilizado, em especial o captopril, seguido pelo grupo dos diuréticos tiazídicos.

Marchioli et al. (2010) também constatou que a classe dos tiazídicos e dos IECA, foram as mais prescritas em quatro Unidades de Saúde da Família.

Ao longo do projeto também foram realizadas consultas com usuários da Farmácia Escola não hipertensos, que suspeitavam da doença. Foi feita uma conscientização quanto a importância da adoção de medidas não farmacológicas, tais como mudanças na alimentação e de hábitos de vida e prática de exercícios físicos. Nos casos de PA elevada, mesmo com as as medidas não farmacológicas, era indicado ao paciente que ele procurasse um médico para analisar a possibilidade de iniciar o uso de medicação adequada.

4 CONCLUSÃO

Durante o estudo foi verificado uma alta taxa de PRMs nos participantes e isso traz como consequência uma baixa efetividade do tratamento. O principal problema encontrado foi a baixa adesão ao tratamento motivados por esquecimento e aparecimento de eventos adversos. O projeto colaborou de forma ativa no aumento da adesão dos participantes ao tratamento através das medidas educacionais e intervenções farmacêuticas realizadas a cada consulta.

A atenção farmacêutica constitui um novo modelo de atuação do profissional farmacêutico, capaz de avaliar e identificar os riscos da farmacoterapia. Dessa forma, pode prevenir e evitar possíveis PRMs, reações adversas e interações medicamentosas.

Assim, além de melhorar a qualidade de vida do paciente, a atenção farmacêutica torna o tratamento mais seguro, racional e eficiente. Associado a isso, estão as medidas não farmacológicas que contribuem para o controle da pressão arterial.

5.REFERÊNCIAS

BIGUELINE, C. P. Atenção farmacêutica domiciliar a hipertensos: experiência baseada no método Dader de acompanhamento farmacoterapêutico. **Infarma**, v. 25,n.1, p. 51-61, 2013.

CAMPMANY, M. E. Identificación Del paciente y estratégias de comunicación. Âmbito Farmacêutico. **Dispensación Activa**, v. 25, v. 3, p. 78-84, 2006.

COMITÊ DE CONSENSO. Tercero Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos Asociados a la Medicación (RNM). **Ars Pharmaceutica**, v. 48, n.1 p. 5-17, 2007.

DALL'AGNOL, A. R. S. **Identificação e Quantificação dos Problemas Relacionados com Medicamentos em Pacientes que Buscam Atendimento no Serviço de Emergência do HCPA**. Dissertação (mestrado). UFRGS. 112 p. Porto Alegre, 2003.

FARIA, D.P.; ROSSIGNOLI, P.; CORRER, C.J.; SOUZA, R.A.P. Acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes hipertensos de muito alto risco. **RUBS**, v.1, n.3, p. 29-36, 2008.

FRANÇA, C. P. Ejaculação Precoce e Disfunção Erétil: uma abordagem psicanalítica. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

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.

GOMES, M. J. V de M.; REIS, A. M. M. **Ciências Farmacêuticas: uma abordagem em Farmácia Hospitalar**. 1ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2011.

GRAINGER-ROUSSEAU, T.J. et al. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. **Journal of American Pharmacists Association**, v. 37, n.6, p. 647-661, 2007.

GUSMÃO, J. L. de G.; GINANI, G. F.; SILVA, G. V.; ORTEGA, K. C.; MION, D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Brasileira Hipertensão**, v.16, n.1, p. 38-43.

KATZUNG, B. G. Farmacologia Básica e Clínica. 10 ed. São Paulo: Lange: São Paulo; 2007. 1060p.

KOROLKOVAS, A. Dicionário Terapêutico Guanabara. Ed. 2011-2012. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. 700p.

LEE, M.P.; RAY, M. D. Planning for pharmaceutical care. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v.50, n. 6, p. 1153-1158, 1993.

LLISTERRI, J. L.; LOZANO, J. V.; AZNAR VICENTE, J. ROCA, M. A.; BRAVO, C. P.; ZAMORANO, M. A. S.; FERRARIO, C. M. Sexual dysfunction in hypertensive patients treated with losartan. **American Journal of the Medical Sciences**, v. 321, n. 5, p. 336-341, 2001.

LONGO, M. A.T.; MARTELLI, A.; ZIMMERMANN, A. Hipertensão Arterial Sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de Psicogeriatria do Instituto Bairral de Psiquiatria, no Município de Itapira, SP. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.14, v.2, 2011.

MACHUCA, M.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; FAUS, M. J. **Método Dáder: manual de acompanhamento farmacoterapêutico**. Granada: GIAF-UGR, 2003.

MARCHIOLI, M. MARIN, M. J.S.; PIZOLETTO, B. H. M.; OLIVEIRA, C. A. P. S.; SANTOS, R. V. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde. Brasília (DF); 2006. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 682-693, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo / Ministério da Saúde. Brasília (DF); 2001.

MOLINA, M. D. C.; CUNHA, R. D. S.; HERKENHOFF, L.F.; MILL, J. G. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 743-750, 2003.

NOBRE, F.; SILVA, C. P.; LIMA, N.K . C. et al. Características e resultados do atendimento de pacientes na Unidade de Hipertensão do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina**, b.57, n. 7, p. 694-708, 2000.

OBRELI NETO, P. R.; VIEIRA, J. C.; OLIVEIRA JUNIOR, L. R.; CUMAN, R. K. N. Seguimento Farmacoterapêutico em pacientes idosos portadores de hipertensão arterial – Resultados preliminares. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 30, n. 3, p. 323-329, 2009..

OLIVEIRA, A. B.; OYAKAWA, C. N.; MIGUEL, M. D.; ZANIN, S. M. W.; MONTRUCCHIO, D. P. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 41, n.4, p. 409-413, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Termo de Referência para reunião do grupo de trabalho: Interface entre Atenção Farmacêutica e Farmacovigilância. Brasília, 2002c. 28p.

RENOVATO, R. D. Implementação da Atenção Farmacêutica para Pacientes com Hipertensão e Desordens Cardiovasculares. **Infarma**, v.14, n. 7, p. 52-56, 2002.

RIBEIRO, M. S. F.; FARIA, L.A.; LEMOS, G. S. Atenção farmacêutica em paciente com hipertensão arterial sistêmica em uma unidade de saúde de Jequié, Bahia. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 4, n. 3, p. 176-182, 2013..

SILVAA. S. et al. Acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes com dislipidemia em uso de sinvastatina no componente especializado de assistência farmacêutica: um estudo piloto. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 34, n. 1, 2011.

SHINYA, A. L.; MORISSUGUI, H.; MENEZES, M. M.; MENEZES, W. M. **Levantamento**

de medicamentos anti hipertensivos mais utilizados nos municípios de Ouroeste e Populina localizados no noroeste paulista [monografia]. Fernandópolis: Fundação Educacional de Fernandópolis; 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA**, v. 95, n. 1, p, 1-51, 2010.

ZUBIOLI, A. O farmacêutico e a automedicação responsável. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 3, n. 22, p. 23-26, 2000.

FICHA DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DOS MEDICAMENTOS

Paciente:

Médico:

Data:

Tipos de PRM :

- PRM 1 Problema de saúde não tratado;
- PRM 2 Efeito de medicamento não necessário;
- PRM 3 Inefetividade não quantitativa;
- PRM 4 Inefetividade quantitativa;
- PRM 5 Insegurança não quantitativa;
- PRM 6 Insegurança quantitativa.

PRM(s):

Medicamento(s)	Código	Tipo de PRM

Descrição detalhada

Intervenção Farmacêutica