

# Adesão ao tratamento para hipertensão em uma Unidade Básica de Saúde do Ceará

*Adherence to treatment for hypertension in a Basic Health Unit of Ceará*

*Bruna Cristina Cardoso Martins<sup>1,4</sup>, Paulo Yuri Milen Firmino<sup>1,2,4</sup>, Sarah de Carvalho Freitas Alves<sup>1,4</sup>, Lívia Falcão Lima<sup>1,4</sup>, Bruna Esmeraldo Oliveira<sup>2,4</sup>, Andréa Castro Porto<sup>1,4</sup>, Vanessa Maria de S. F. Vieira<sup>2,4</sup>, Maria Vaudelice Mota<sup>3</sup>, Ângela Maria de Souza Ponciano<sup>1,4</sup>, Marta Maria de França Fonteles<sup>1,2,4</sup>*

## RESUMO

Estudos referem que o Acompanhamento Farmacoterapêutico (AFT) otimiza a farmacoterapia dos pacientes hipertensos, por estes serem polimedicados e apresentarem problemas de adesão ao tratamento. O trabalho objetivou avaliar a influência do AFT sobre a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão em uma Unidade de Cuidados Farmacêuticos situada em uma unidade básica de saúde de Fortaleza, Ceará. Pacientes foram monitorados durante seis meses, usando-se o método Dáder. Os Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM) foram classificados conforme o 2º Consenso de Granada. Para a avaliação da adesão, utilizou-se o Teste de Morisky-Green (questionário específico) e valores da pressão arterial (PA). Os dados foram analisados nos programas Epi Info e Sigma Plot. Dos 23 pacientes acompanhados, 70% (n = 16) eram do sexo feminino, com idade > 60 anos, baixa escolaridade, renda de 1 – 2 salários mínimos. No final do AFT, 65,2% (n = 15) foram classificados como “pouco aderente” por ainda descuidarem do horário de tomada do medicamento; mas o número de pacientes que se esquecia de administrar os medicamentos diariamente diminuiu significativamente (p < 0,05). Foram registrados 60 PRM, dos quais 71,7% (n = 43) foram reais, destacando-se os PRM 01 (35%; n = 21; categoria: necessidade) e PRM 04 (26,6%; n = 16; categoria: efetividade). Realizaram-se 53 intervenções farmacêuticas. Inicialmente, 52,18% (n = 12) dos pacientes apresentaram PA ≥ 140/90 mmHg; após as intervenções, o número de pacientes com PA descontrolada teve redução estatisticamente significante. Nossos achados sugerem que o AFT pode ser eficaz na promoção da adesão do paciente hipertenso ao tratamento em nível de atenção primária.

## PALAVRAS-CHAVE

Hipertensão; adesão à medicação; atenção farmacêutica; centros de saúde.

## ABSTRACT

Studies reveal that pharmacotherapeutic follow-up (PF) optimizes the pharmacotherapy of hypertensive patients, since they are polymedicated and have problems with adherence to treatment. The study aimed to evaluate the influence of the PF of patients on adherence to treatment of hypertension in a Pharmaceutical Care Service placed in primary health care unit of Fortaleza, Ceará. Patients were monitored during six months, using the Dáder method. Drug related problems (DRP) were classified according to 2<sup>nd</sup> Consensus of Granada. For adherence evaluation, the Morisky-Green test (specific questionnaire) and values of blood pressure (BP) were used. Data were analyzed using the Epi Info and Sigma Plot. Of the 23 patients followed-up, 70% (n = 16) were female, with age > 60 years old, low schooling and individual income of 1 – 2 minimum wages. At the end of the PF, 65.2% (n = 15) were classified as “little adherent” due to still neglect the time of medication intake; but the number of patients who forgot to take the drugs every day decreased significantly (p < 0,05). Of 60 DRP recorded, 71.7% (n = 43) were actual, especially the PRM 01 (35%, n = 21; category: needs) and PRM 04 (26.6%, n = 16; category: effectiveness). At baseline, 52.18% (n = 12) of the patients were monitored with BP ≥ 140/90 mmHg and, after interventions, this number had a statistically significant reduction. Our findings suggest that the PF can be effective in promoting adherence to treatment of hypertension patients in primary care level.

## KEYWORDS

Hypertension; medication adherence; pharmaceutical care; health centers.

Recebido em: 05/01/2014. Aprovado em: 08/02/2014.

<sup>1</sup>Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.

<sup>2</sup>Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da UFC – Fortaleza (CE), Brasil.

<sup>3</sup>Unidade Básica de Saúde Dr. Anastácio Magalhães da Regional III do Sistema Único de Saúde (SUS) – Fortaleza (CE), Brasil.

<sup>4</sup>Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica do Departamento de Farmácia da UFC – Fortaleza (CE), Brasil.

Correspondência para: Bruna Cristina Cardoso Martins – Departamento de Farmácia da UFC, Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM) – Rua Capitão Francisco Pedro, 1.210, Rodolfo Teófilo – CEP: 60430-170 – Fortaleza (CE), Brasil – E-mail: brunacristina.martins@bol.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar.

## INTRODUÇÃO

A VI Diretriz Brasileira de Hipertensão considera o limite de normalidade para a pressão arterial sistólica < 130 mmHg e pressão arterial diastólica < 85 mmHg.<sup>1</sup> Devido ao crescente número de hipertensos na população brasileira, o governo criou o Sistema Nacional de Cadastro e Monitoramento de Hipertensos e/ou Diabéticos (sistema HiperDia), que permite o monitoramento dos pacientes captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes *Mellitus* e gera informação para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados.<sup>2</sup> Atualmente, o HiperDia possui 8.657.224 hipertensos registrados em seu sistema.<sup>3</sup>

A hipertensão arterial possui elevados custos sociais, porque se tem de enfrentar dois grandes desafios: o primeiro é a adesão do paciente ao tratamento; o segundo se refere à colocação dos pacientes que aderem ao tratamento dentro das metas preconizadas pelas diversas diretrizes publicadas pelas sociedades científicas nacionais e internacionais.<sup>4</sup> Além disso, por ser uma doença crônica, requer, geralmente, o tratamento com medicamento de uso contínuo, sendo comum a associação de outros medicamentos para o tratamento de doenças associadas ou de complicações do próprio quadro hipertensivo. Isto aumenta a possibilidade de ocorrência de interações medicamentosas e de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM).<sup>5,6</sup> Seu tratamento requer a ação de uma equipe multiprofissional para que se alcance às metas esperadas e o controle do paciente hipertenso.

Melhorar o conhecimento destes pacientes em relação ao tratamento e um relacionamento produtivo entre farmacêutico e paciente, podem constituir estratégias efetivas para promover a adesão.<sup>7,8</sup> A inserção da prática da atenção farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS) possibilita que o farmacêutico seja integrante e atuante da equipe, a fim de resolver e prevenir problemas relacionados aos medicamentos.<sup>9</sup> Rovers e Currie afirmam que a estruturação e promoção de funções assistenciais e clínicas, em unidades básicas de saúde, são capazes de incrementar a interação paciente-farmacêutico e multiprofissional.<sup>7</sup>

Nesse contexto, o presente trabalho objetivou avaliar a influência do acompanhamento farmacoterapêutico, realizado pelo farmacêutico em interação com a equipe multidisciplinar, sobre a adesão ao tratamento para hipertensão, em pacientes/usuários assistidos por uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e prospectivo, destinado a avaliar a adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos assistidos pela Unidade de Cuidados

Farmacêuticos (UCF) da UBS Dr. Anastácio Magalhães (UBS-AM), da Regional III do SUS, no município de Fortaleza, Ceará. Para o Acompanhamento Farmacoterapêutico (AFT) realizado na UCF, foram incluídos os pacientes/usuários cadastrados na UBS-AM, referenciados por médicos e pela enfermeira responsável pela triagem de pacientes com hipertensão, bem como pelo farmacêutico da Farmácia de dispensação da UBS-AM, por se enquadrarem em pelo menos uma das seguintes características: início do tratamento para hipertensão arterial sistêmica; paciente utilizando dois ou mais anti-hipertensivos; paciente relatando não efetividade de seu tratamento anti-hipertensivo; paciente referindo não entender como ou quando administrar o medicamento anti-hipertensivo; paciente relata não entender o motivo de uso do medicamento e, particularmente, os pacientes-alvo com problemas de adesão ao tratamento e com um ou mais fatores de risco cardiovascular.

Dos pacientes referenciados, segundo os critérios citados anteriormente, foram selecionados somente aqueles que realizaram 6 meses de acompanhamento na UBS-AM no período de julho/2009 a julho/2010, contabilizado a partir da primeira entrevista, sendo, então, traçado o perfil de adesão de 23 pacientes. O acompanhamento farmacoterapêutico foi desenvolvido de acordo com o método Dáder,<sup>8</sup> abrangendo as seguintes etapas: 1) oferta do serviço/convide para participar do AFT; 2) entrevista inicial para registros na ficha clínica que incluiu dados pessoais, hábitos de vida, história clínica e perfil farmacoterapêutico; 3) estado de situação; 4) fase de estudo do estado situacional; 5) avaliação global; 6) intervenção farmacêutica e 7) avaliação sistemática dos resultados, incluindo agendamento de retorno e entrevistas sucessivas.

Utilizou-se, para a avaliação da influência do AFT sobre a adesão, indicadores clínicos como a aferição da pressão arterial (PA) a cada visita e medidas de adesão no início e final do AFT, por meio da aplicação do Teste de Morisky e Green.<sup>10</sup>

Os PRM causados por falta de adesão do paciente ao tratamento farmacológico foram quantificados e categorizados conforme o 2º Consenso de Granada,<sup>11</sup> em reuniões técnicas pelos especialistas do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (CEATENF), que preconiza as seguintes categorias:

- Necessidade: PRM 01 – o paciente possui um problema de saúde por não utilizar o medicamento que necessita; PRM 02 – o paciente possui um problema de saúde por utilizar o medicamento que não necessita;
- Efetividade: PRM 03 – o paciente tem um problema de saúde por uma inefetividade não quantitativa do medicamento; PRM 04 – o paciente tem um problema de saúde por uma inefetividade quantitativa do medicamento;

- Segurança: PRM 05 – o paciente tem um problema de saúde por uma insegurança não quantitativa do medicamento; PRM 06 – o paciente tem um problema de saúde por uma insegurança quantitativa do medicamento.

Os medicamentos utilizados pelos pacientes no AFT foram classificados de acordo com a *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC).<sup>12</sup> Por sua vez, as intervenções realizadas durante o acompanhamento dos pacientes na UCF foram baseadas em Reis.<sup>13</sup>

Foi utilizado o programa *Epi Info*, versão 3.5.1, para realizar as análises dos dados, e os testes de hipótese foram feitos no programa *Sigma Plot*, versão 10.0. Os testes estatísticos utilizados para análise da amostra foram análise de variância (ANOVA) e o teste McNemar, utilizados quando a amostra era dividida em três e dois grupos, respectivamente. O valor de significância considerado para as análises comparativas foi de  $p < 0,05$ . Foi realizada a tabulação das observações de cada variável, juntamente com a apresentação das estatísticas descritivas das variáveis do tipo quantitativa, sendo também apresentadas graficamente, quando conveniente.

O estudo foi projetado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE) — número do protocolo de aprovação: 88/09.

## RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta o perfil farmacoepidemiológico dos 23 pacientes acompanhados por 6 meses na UCF da UBS-AM. A maioria era do sexo feminino (69,6%;  $n = 16$ ), não tinha cuidador (74%;  $n = 17$ ) e com idade entre 59 a 68 anos. Quanto ao nível de escolaridade, 40,9% ( $n = 9$ ) tinham o ensino fundamental incompleto. Quase a metade da população estudada possuía renda entre 1 – 2 salários mínimos, e 52,4% ( $n = 11$ ) alegavam não ter condição econômica para comprar o medicamento quando faltava na farmácia da UBS-AM. Em relação ao tempo de diagnóstico de hipertensão arterial, 54,6% ( $n = 12$ ) estavam na faixa de 2 a 10 anos.

Cerca de 40% dos pacientes hipertensos acompanhados eram portadores de mais duas doenças crônicas. As doenças crônicas associadas à hipertensão predominantes foram dislipidemia e diabetes.

Durante o AFT, foi investigada a quantidade de medicamentos que os pacientes utilizavam diariamente, sendo os medicamentos categorizados de acordo com suas classes farmacológicas, obtendo-se, então, que 34,8% ( $n = 8$ ) utilizavam 2 a 6 medicamentos; 56,4% ( $n = 13$ ) dos pacientes acompanhados faziam uso de 7 a 11 medicamentos; 8,6% ( $n = 2$ ) administravam diariamente 12 a 16 medicamentos. Do total de 173 medicamentos usados, os grupos farmacológicos prevalentes, segundo a classificação ATC, foram aqueles de atuação sobre o sistema cardiovascular

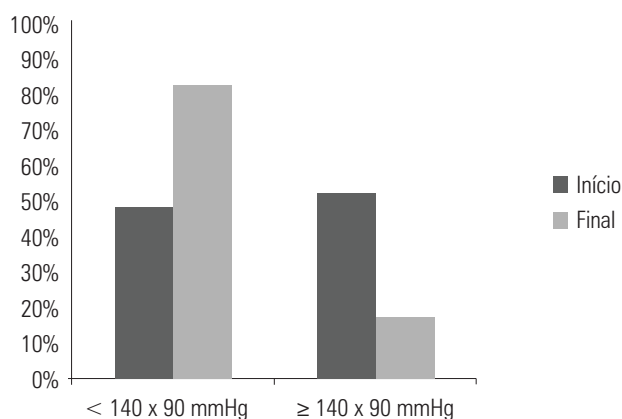
**Tabela 1.** Perfil farmacoepidemiológico dos pacientes hipertensos atendidos na Unidade de Cuidados Farmacêuticos da Unidade Básica de Saúde Dr. Anastácio Magalhães ( $n = 23$ ), Fortaleza, Ceará, 2010.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	16 (69,6)
Masculino	7 (30,4)
Faixa etária	
49 – 58 anos	7 (30,4)
59 – 68 anos	9 (39,1)
69 – 78 anos	6 (26,1)
> 79 anos	1 (4,3)
Escolaridade*	
Analfabeto	2 (9,1)
Fundamental Incompleto	9 (40,9)
Fundamental Completo	2 (9,1)
Médio Incompleto	4 (18,2)
Médio Completo	4 (18,2)
Superior Completo	1 (4,5)
Cuidador	
Sim	6 (26,1)
Não	17 (73,9)
Renda†	
< 1 salário mínimo	5 (25,0)
1 – 2 salários mínimos	10 (50,0)
2 – 3 salários mínimos	4 (20,0)
3 – 4 salários mínimos	1 (5,0)
Condição de comprar o medicamento‡	
Sim	6 (28,6)
Às vezes	4 (19,0)
Não	11 (52,4)
Tempo de diagnóstico da hipertensão§	
2 – 10 anos	12 (54,6)
11 – 20 anos	7 (31,8)
21 – 30 anos	1 (4,5)
40 – 41 anos	2 (9,1)

\*Um paciente não declarou sua escolaridade; †três pacientes não declararam sua renda; ‡dois pacientes não disseram se tinham condição de comprar o medicamento; §um paciente não declarou o tempo de diagnóstico.

(40,69%;  $n = 70$ ), aparelho digestivo e metabolismo (22,5%;  $n = 39$ ), sistema nervoso central (16,8%;  $n = 29$ ), sangue e órgãos hematopoiéticos (8,7%;  $n = 15$ ) e sistema respiratório (4,6%;  $n = 8$ ). Posteriormente, somente os medicamentos anti-hipertensivos foram analisados ( $n = 47$ ). A hidroclorotiazida e captopril foram os mais prescritos pelos médicos.

No início do acompanhamento farmacoterapêutico, 52,2% ( $n = 12$ ) dos pacientes não utilizavam nenhuma estratégia para melhorar sua adesão ao tratamento farmacológico. O resultado do Teste de Morisky-Green aplicado no primeiro encontro do AFT mostrou que 60,9% ( $n = 14$ ) dos hipertensos atendidos na UCF da UBS-AM eram “pouco aderentes” ao tratamento farmacoterapêutico anti-hipertensivo (Figura 1).



**Figura 1.** Resultados do Teste de Morisky-Green no início e final do acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde Dr. Anastácio Magalhães, Fortaleza, Ceará, 2011.

**Tabela 2.** Relação entre as respostas ao Teste de Morisky-Green no início e final do acompanhamento farmacoterapêutico (n = 23), Fortaleza, Ceará, 2010.

Perguntas	Início		Final		Valor de p*
	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	
Esquece de tomar o medicamento	16 (69,6)	7 (30,4)	7 (30,4)	16 (69,6)	0,008**
Descuida quanto ao horário de tomar o medicamento	15 (65,2)	8 (34,8)	17 (73,9)	6 (26,1)	0,480
Deixa de tomar o medicamento quando se sente bem	4 (17,4)	19 (82,6)	2 (8,7)	21 (91,3)	0,480
Deixa de tomar o medicamento quando se sente mal	4 (17,4)	19 (82,6)	7 (30,4)	16 (69,6)	0,280

\*p < 0,05; \*\*teste de McNemar.

**Tabela 3.** Medida inicial da pressão arterial *versus* medida final da pressão arterial\* dos pacientes hipertensos atendidos na Unidade de Cuidados Farmacêuticos da Unidade Básica de Saúde Dr. Anastácio Magalhães, Fortaleza, Ceará, 2010.

Medida da PA – Final		< 140 x 90 mmHg	≥ 140 x 90 mmHg	Total
Medida da PA – Início	< 140 x 90 mmHg	47,8% (n = 11)	0	47,8% (n = 11)
	≥ 140 x 90 mmHg	34,8% (n = 8)	17,4% (n = 4)	52,2% (n = 12)
Total		82,6% (n = 19) <sup>b</sup>	17,4% (n = 4)	100% (n = 23)

\*Teste de McNemar – p = 0,023 (em relação à pressão arterial – PA – inicial e final dos pacientes).

Após a identificação dos PRM relacionados à adesão dos pacientes ao tratamento anti-hipertensivo e a realização das intervenções necessárias, foi aplicado, novamente, o Teste de Morisky-Green, analisando-se a adesão dos pacientes ao tratamento no final do AFT. A percentagem de pacientes classificados como “não aderentes” ao tratamento foi de 17,4% (n = 4). Por sua vez, 65,2% dos pacientes acompanhados (n = 15) mostram-se “pouco aderentes”, enquanto que 17,4% (n = 4) foram considerados “aderentes” ao tratamento (Figura 1). Contudo, o número de pacientes que responderam que não se esqueciam de tomar os medicamentos diariamente foi estatisticamente significativo (p = 0,008), quando comparada à resposta obtida na primeira entrevista (Tabela 2). Da mesma forma, na última aplicação do Teste de Morisky-Green, foi observado que 73,9% (n = 17) descuidavam quanto ao horário de administração dos anti-hipertensivos, porém 91,3% (n = 21) não deixavam de tomar o medicamento mesmo quando não estavam sentindo sintomas da pressão arterial elevada (Tabela 2).

Durante o AFT, além do teste de Morisky-Green, também se utilizou a aferição da PA a cada entrevista para auxiliar na avaliação do grau de adesão do paciente ao tratamento para o controle desta. Assim, no primeiro encontro, foi visto que 52,18% (n = 12) apresentaram valores de PA ≥ 140 x 90 mmHg e 47,8% (n = 11) possuíam PA < 140 x 90 mmHg. No final do AFT, 82,60% (n = 19) apresentaram PA abaixo de 140 x 90 mmHg, sendo estatisticamente significativa essa diferença (p < 0,05) (Figura 2). Contudo, foi observado que cerca de 17% (n = 4) dos pacientes que no início do AFT estavam com a PA ≥ 140 x 90 mmHg permaneceram com essa mesma medida da PA no final (Tabela 3).

Durante o AFT, foram identificados 251 PRM dos quais 60 foram ocasionados por não adesão do paciente ao tratamento farmacoterapêutico. Os PRM mais frequentes causados por não adesão foram o PRM 01, com 35% (n = 21), que é caracterizado pelo paciente não fazer uso de um medicamento que necessita, e o PRM 04, com 26,6% (n = 16), que ocorreu devido a uma ineficácia quantitativa do medicamento (Figura 3). Além disso, 71,7% (n = 43) PRM por não adesão foram descritos como “reais”, uma vez que problemas de saúde causados por medicamento realmente aconteceram. Cerca de 28% (n = 17) foram considerados como “potenciais” e foram prevenidos com as intervenções farmacêuticas. Também foi observado, durante o AFT, que 52,2% (n = 12) dos pacientes apresentaram queixas em relação à farmacoterapia e interferiam na adesão destes à terapia.

Foram realizadas 53 intervenções farmacêuticas. As duas intervenções principais realizadas foram aquelas referentes a alertar o paciente sobre as consequências da omissão na administração do medicamento no horário estabelecido e sobre

alteração dos parâmetros farmacocinéticos ou farmacodinâmicos devido o medicamento não está sendo administrado corretamente (Tabela 4). Após as intervenções necessárias, foram resolvidos 75,5% (n = 40) dos problemas de saúde relacionados aos medicamentos que foram causados por não adesão do paciente ao tratamento.

## DISCUSSÃO

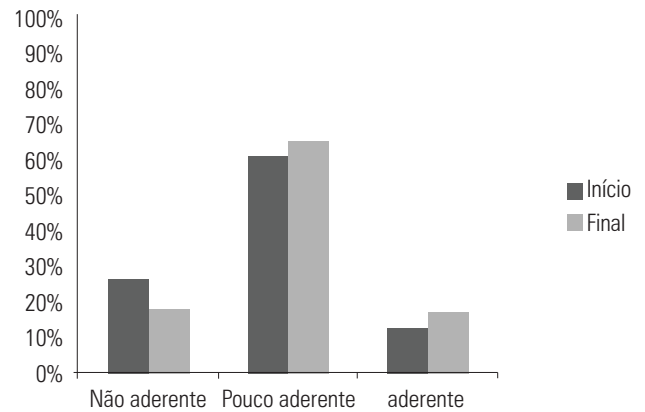
Observações feitas por Cesarino<sup>14</sup> referem que a prevalência global de hipertensão arterial sistêmica entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década, existindo, também, relação direta e linear da pressão arterial com a idade, sendo a prevalência de hipertensão superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos. Referem também que a maioria dos pacientes hipertensos tem baixa escolaridade e poder econômico. De fato, o delineamento do perfil da população do presente estudo demonstrou informações semelhantes, diferenciando-se apenas por apresentar maior prevalência de pacientes do sexo feminino.

Lima et al.<sup>15</sup> também encontraram semelhantes comorbidades associadas à hipertensão arterial sistêmica identificadas neste estudo, ou seja, predominância da dislipidemia e diabetes *mellitus*. Por sua vez, um elevado número de medicamentos utilizados pelos pacientes hipertensos do estudo também foi mencionado por Souza et al.<sup>8</sup> Diuréticos e os inibidores da enzima conversora de angiotensina foram os anti-hipertensivos mais usados devido ao fornecimento comum dessas classes pelo SUS.<sup>16</sup>

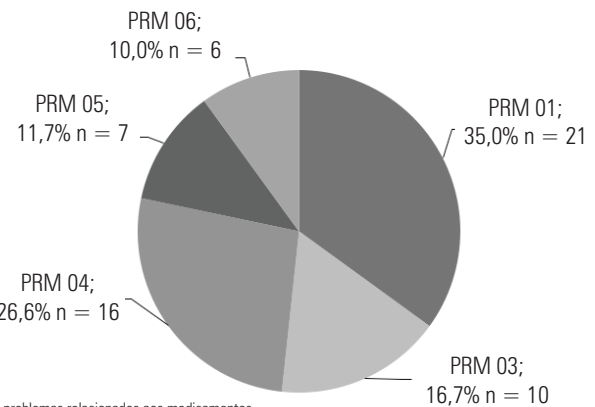
O resultado final da aplicação do teste de Morisky-Green no primeiro encontro do AFT mostrou que, apesar de a maioria dos pacientes relatar não deixar de seguir a terapia quando estão sem sintomas da hipertensão e/ou quando têm alguma reação adversa a algum medicamento, a maioria foi classificada como “pouco aderentes” ao tratamento. Isso ocorreu porque mais da metade dos pacientes sob AFT se esqueciam de tomar o anti-hipertensivo e descuidavam do horário de tomada dos medicamentos.

Constituem fatores limitantes para a adesão ao tratamento de alguns pacientes, principalmente idosos, lembrar-se de tomar ou observar o horário apropriado para ingerir os medicamentos anti-hipertensivos, bem como manter a terapêutica sem interrupções quando falta o medicamento antes de retornarem a unidade de saúde na data determinada.<sup>15</sup>

Apesar de no final do AFT haver pacientes categorizados como “pouco aderentes”, o número de pacientes que responderam afirmativamente que se esqueciam de tomar os medicamentos diminuiu significativamente. A relação contínua entre paciente e farmacêutico é fundamental para que os serviços de



**Figura 2.** Medida da pressão arterial no início e no final do acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde Dr. Anastácio Magalhães, Fortaleza, Ceará, 2010.



PRM: problemas relacionados aos medicamentos.

**Figura 3.** Problemas relacionados aos medicamentos identificados, relacionados com a adesão (n = 60) durante o acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes hipertensos atendidos na Unidade de Cuidados Farmacêuticos da Unidade Básica de Saúde Dr. Anastácio Magalhães, Fortaleza, Ceará, 2011.

**Tabela 4.** Intervenções farmacêuticas realizadas durante o acompanhamento farmacoterapêutico para pacientes hipertensos na Unidade de Cuidados Farmacêuticos da Unidade Básica de Saúde Dr. Anastácio Magalhães, Fortaleza, Ceará, 2010.

Intervenções farmacêuticas	n (%)
Paciente alertado para a omissão na administração do medicamento prescrito no horário estabelecido	19 (35,8)
Paciente alertado para a administração do medicamento com um quantitativo superior ao prescrito	4 (7,6)
Paciente alertado para a administração do medicamento com um quantitativo inferior ao prescrito	10 (18,9)
Paciente alertado sobre a inadequação da administração do medicamento que leva à alteração dos parâmetros farmacocinéticos/farmacodinâmicos	19 (35,8)
Paciente alertado para a identificação da reação adversa medicamentosa	1 (1,9)
Total	53 (100)

Fonte: Pesquisa direta com base em Reis.<sup>13</sup>

intervenção farmacêutica sejam realizados de maneira ética e legal, fornecendo resultados permanentes, assegurando a efetividade da terapia estabelecida.<sup>17</sup> Silvestre-Busto et al.,<sup>18</sup> no estudo que comparou vários métodos indiretos para verificar a adesão à terapêutica, observaram que o Teste de Morisky e Green superestima o “não aderente” em cerca de 8%.

A maioria dos hipertensos estudados, no final do AFT, ainda descuidava do horário de administração dos medicamentos. Isso é justificado pelo fato de tratar-se de uma amostra com predominância idosa em que poucos pacientes possuíam cuidador. Adesão a regimes terapêuticos de longo prazo requer mudanças comportamentais, as quais envolvem aprendizado, adoção e manutenção de um comportamento de tomada de medicamentos.<sup>19</sup>

As intervenções farmacêuticas realizadas demonstraram resultados adequados e de benefício para os usuários, uma vez que os níveis de pressão arterial obtidos na aferição do primeiro encontro, em relação aos índices detectados no último encontro, foram estatisticamente diferentes, alcançando medidas dentro do que é preconizado pela VI Diretriz de Hipertensão.<sup>1</sup> Souza et al.,<sup>8</sup> reafirmam a ideia de que as intervenções farmacêuticas são responsáveis pela otimização dos resultados terapêuticos no uso dos medicamentos anti-hipertensivos, refletindo, diretamente, na diminuição da PA.

Dentre os problemas farmacoterapêuticos identificados durante o acompanhamento dos pacientes, os associados à necessidade e efetividade predominaram, pois os pacientes não estavam utilizando o medicamento que necessitava para o controle da PA. Os problemas relacionados à efetividade ocorreram devido os pacientes não estarem administrando a quantidade de medicamento que seria efetiva. Resultados semelhantes foram vistos no estudo de Victorio et al.<sup>20</sup> A causa identificada para que esse problema estivesse ocorrendo foi a não adesão dos pacientes ao tratamento anti-hipertensivo, servindo, então, de base para o plano de cuidados de cada usuário. A polifarmácia ou uso de muitos medicamentos é a principal causa do número elevado de PRM em pacientes hipertensos e devidamente comprovado por Renovato e Trindade.<sup>21</sup>

As intervenções farmacêuticas foram aceitas pelo agente envolvido e resolveram a maioria dos problemas relacionados aos medicamentos identificados durante o acompanhamento. As intervenções farmacêuticas foram realizadas na forma de recomendações e sugestões, tendo como comunicação principal, o farmacêutico-paciente. Em alguns casos, a interação farmacêutico-paciente-médico foi necessária. As principais orientações dadas aos pacientes referiram-se à importância de se seguir o tratamento corretamente e, também, em geral,

foi feito o aprazamento dos medicamentos em uma tabela de horários que era entregue aos pacientes, de forma a adequar o processo de tomada às peculiaridades e hábitos de cada paciente, atentando-se para as características farmacocinéticas dos fármacos, principalmente os anti-hipertensivos.

É importante salientar que, mesmo que o tamanho da amostra analisada neste estudo não seja tão expressiva, isso se deveu, principalmente, a nossa falta em não incrementar o mecanismo de referenciamento dos pacientes-alvo a partir dos profissionais da equipe da unidade de saúde envolvida; também pelo tempo de o AFT ter sido somente de seis meses, nossos resultados foram capazes de demonstrar os benefícios do acompanhamento, realizado pelo farmacêutico em parceria com a equipe multiprofissional, sobre o cumprimento do tratamento para hipertensão. A literatura relata que o AFT realizado por mais de seis meses traz melhora na qualidade de vida dos pacientes.<sup>8</sup>

Desta maneira, nossos resultados nos permitem encorajar a estruturação de unidades de cuidados farmacêuticos em nível de atenção básica e primária, principalmente para a realização do acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes/usuários-alvo com hipertensão não controlada, a fim de promover desfechos positivos no tratamento proposto, melhoria do paciente e maior interação com a equipe multiprofissional envolvida.

## CONCLUSÃO

As dificuldades relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso constituem um problema de saúde que aflige diferentes populações, particularmente, os hipertensos, pelo caráter crônico da doença e uso de vários medicamentos tanto para a hipertensão, como doença de base, como também para comorbidades associadas.

Particularmente, por meio do AFT, que se refere, conceitualmente, como um processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do paciente/usuário em relação à farmacoterapia proposta, os problemas relacionados com os medicamentos são identificados e resolvidos, com intervenções apropriadas, envolvendo a equipe multiprofissional e o próprio paciente, favorecendo a ocorrência de resultados positivos no tratamento e melhoria na qualidade de vida. Nesse contexto, aspectos envolvendo a adesão ao tratamento são contemplados demasiadamente.

De fato, conforme nossos achados, o AFT pareceu ser eficaz na promoção da adesão do paciente/usuário hipertenso ao tratamento, em nível de atenção básica e primária, uma vez que promoveu a inserção dos níveis pressóricos da população estudada na faixa de valores preconizados pela VI Diretriz de Hipertensão.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos profissionais de saúde da UBS-AM pelo apoio. Ao CNPq e projeto Pró-saúde do MEC-MS, pela bolsa de Iniciação Científica e recursos para a realização do trabalho. E, principalmente, aos pacientes/usuários que foram acompanhados e responderam, prontamente, as entrevistas feitas e seguiram as orientações farmacêuticas disponibilizadas.

## REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Hipertensão [Internet]. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rio de Janeiro; 2010 [acesso em 20 jan. 2011]. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)
2. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. HiperDia - Sistema de Cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Brasília; 2002 [acesso em 8 nov. 2010]. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/acesso\\_rapido/auditoria/manual-HIPERDIA\\_1\\_5\\_M\\_02.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/acesso_rapido/auditoria/manual-HIPERDIA_1_5_M_02.pdf)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS [Internet]. Sistema de Gestão Clínica de hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica [acesso em 19 mar. 2011]. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>
4. Machado CA. Adesão ao tratamento – Tema cada vez mais atual [comunicação breve]. Rev Bras Hiperten. 2008;15:220-21.
5. Strelec MAM, Pierin AMG, Mion D Jr. A influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol. 2003;81:349-54.
6. Maletta RF, Ribeiro AQ. Serviço de acompanhamento ao hipertenso desenvolvido pela Farmácia Universitária da UFMG: avaliação e perspectivas. Infarma. 2006;18: 21-8.
7. Rovers JP, Currie JD. Guia Prático da Atenção Farmacêutica: Manual de Habilidades Clínicas. São Paulo: Pharmabooks; 2010.
8. Souza TRCL, Silva AS, Leal LB, Santana DP. Método Dáder de seguimento farmacoterapêutico: um estudo piloto. Rev Ciênc Farm Bás Apl. 2009;30:90-4.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. A Universidade construindo o farmacêutico generalista para o SUS. Fórum nacional de ensino e as pesquisas da atenção farmacêutica no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
10. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24:67-74.
11. Comitê de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos. Ars Pharmaceutica. 2002;43:175-84.
12. World Health Organization [Internet]. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2010 [acesso em 16 abr. 2011]. Oslo; 2011. Disponível em: <http://www.whooc.no/filearchive/publications/2010guidelines.pdf>
13. Reis HPLC. Adequação da metodologia Dáder em pacientes hospitalizados com pé diabético: abordagem em atenção farmacêutica [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2005.
14. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. Arq Bras Cardiol. 2008;91:31-5.
15. Lima TM, Sole O, Meiners MMMA. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. Rev Pan-amaz Saúde. 2010;2:113-20.
16. Schroeter G, Trombetta T, Faggiani FT, et al. Terapia anti-hipertensiva utilizada por pacientes idosos de Porto Alegre/RS, Brasil. Rev Scientia Medica. 2007;17:14-9.
17. Amaral MFZJ, Amaral RG, Provin MP. Intervenção farmacêutica no processo de cuidado farmacêutico: uma revisão. Rev Eletr Farm. 2008;1:60-6.
18. Silvestre-Busto C, Ramalle-Gómara E, Arnáez García R, et al. Estudio multicêntrico sobre adhesión al tratamiento em población infantil em atención primaria. Aten Primaria. 2001;27:554-8.
19. Ungari AQ. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto, SP [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
20. Victorio CJM, Castilho SR, Nunes PHC. Identificação de potenciais problemas relacionados com medicamentos a partir da análise de prescrições de pacientes hipertensos. Rev Bras Farm. 2008;89:233-5.
21. Renovato RD, Trindade MF. Atenção Farmacêutica na Hipertensão Arterial em uma farmácia de Dourados, Mato Grosso do Sul. Rev Infarma. 2004;16:11-2.