

DELINEAMENTO DO PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO E TENDÊNCIA DA ADESÃO A FARMACOTERAPIA DE PACIENTES ASSISTIDOS PELO HIPERDIA

Maria Luisa de Sá Vieira ¹
Anna Júlia de Souza Freitas ²
Dayverson Luan de Araújo Guimarães ³
Maria do Socorro Ramos de Queiroz ⁴

RESUMO

O perfil farmacoterapêutico é um instrumento utilizado pelo farmacêutico na promoção do cuidado farmacêutico, este estudo possui como público-alvo os pacientes idosos hipertensos e/ou diabéticos que precisam desse monitoramento. O estudo foi do tipo transversal, com abordagem quantitativa e descritiva, realizado no período de março a abril de 2019 e focado no delineamento do perfil farmacoterapêutico e na tendência de adesão ao tratamento por usuários hipertensos e/ou diabético cadastrados na Unidade Básica de Saúde da Família Bonald Filho, em Campina Grande-PB. Participaram do estudo 20 pacientes domiciliados, sendo que 70% (n = 14) pertenciam ao gênero feminino, a maioria encontrava-se na faixa etária igual ou superior a 80 anos (40%) e possuía uma renda de 1 salário mínimo (45%). Avaliando a prevalência das DCNT, observou-se que a HAS isolada esteve presente em 60% da amostra e associada a DM2 em 35%. A polifarmácia foi identificada na prescrição de alguns pacientes acompanhados. Sabendo que a farmácia clínica é a área voltada para o cuidado do paciente que visa à promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de seus agravos, buscou-se otimizar a farmacoterapia, promover o uso racional de medicamentos, buscando sempre melhorar a qualidade de vida do paciente e estimular o autocuidado.

Palavras-chave: Cuidados farmacêuticos, Perfil farmacoterapêutico, Diabetes *mellitus*, Hipertensão arterial.

INTRODUÇÃO

A farmácia clínica é a área voltada para o cuidado do paciente que visa à promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de seus agravos, devido ao uso inadequado de medicamentos. Na prestação desse serviço o farmacêutico busca otimizar a farmacoterapia,

¹Graduando do Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, marialuisasavieira@gmail.com;

²Graduando pelo Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba UEPB, annajuliasfreitas@hotmail.com

³ Graduando do Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, dayversonluan@hotmail.com;

⁴Doutor pelo Curso de Farmácia da Rede Nordeste de Biotecnologia - RENORBIO, queirozsocorroramos@yahoo.com.br.

promover o uso racional de medicamentos, buscando sempre melhorar a qualidade de vida do paciente (LIMA et al., 2017).

O cuidado voltado para o paciente prestado pelo farmacêutico na Atenção Básica a Saúde é denominado cuidado farmacêutico e consiste na identificação de uma necessidade social, o enfoque centrado no paciente, a identificação, resolução e prevenção dos problemas da terapêutica farmacológica (CIPOLLE e col., 2006).

O perfil farmacoterapêutico e a tendência de adesão do paciente a sua farmacoterapia são alguns dos instrumentos utilizados pelo farmacêutico na promoção do cuidado farmacêutico. O primeiro trata-se de um registro cronológico da informação relacionada ao uso dos medicamentos de um paciente. Este registro permite ao farmacêutico realizar o acompanhamento do paciente e contribuir para o uso seguro e efetividade dos medicamentos, cujas importâncias compreendem o estabelecimento de uma ligação permanente do farmacêutico com o paciente e o vínculo do paciente pelo serviço prestado pelo farmacêutico (CFF, 2017).

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus são classificadas como doenças crônicas não transmissíveis, ambas de alta prevalência no Brasil. Os pacientes hipertensos e/ou diabéticos são os principais usuários de medicamentos e mais suscetíveis ao seu uso inadequado, à polifarmácia e às interações medicamentosas (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2016; SILVA, et. al., 2016).

- **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM)**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica caracterizada pelo nível pressórico constante em valores maiores ou iguais a 140x90 mmHg. É um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente (FUCHS, 2004). Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (PASSOS et al., 2006).

A HAS contempla três itens importantes na sua caracterização: prevalência, acomete entre 22,3% a 43,9% da população maior de 18 anos (32% em média, pontuando 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% para > 70 anos) e responde por uma parcela significativa das consultas da rede básica; transcendência, é um dos principais fatores de risco associado ao

infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE) e outros agravos, inclusive morte, além de sua forma silenciosa de desenvolvimento; e vulnerabilidade, facilmente tratável e controlável no âmbito da APS, uma vez que 50 a 80% dos casos se resolve na rede básica (SBC, 2016).

Apesar de ser considerada um grave problema de saúde pública, ainda apresenta baixa taxa de controle no Brasil (18% a 19,6%) ocasionando custo médico-social, principalmente por suas complicações. No cenário mundial, a média europeia de controle da HAS na APS é de 8%. Os EUA entre 1988-2008 duplicaram o percentual de controle (27,3% vs. 53,5%) e o Canadá quintuplicou entre 1992-2009 (13,2% vs. 64,6%), refletindo importantes avanços na sua detecção e tratamento. O Canadá, seguido de Cuba, apresenta os melhores indicadores no tocante à prevalência (22% e 20% respectivamente da população em geral e 50% na > de 50 anos), ao diagnóstico (87% – 78%), tratamento (82% – 61%) e controle (66% – 40%) (LÓPEZ-JARAMILLO et al., 2014).

Visando definir metas terapêuticas e abordagens específicas no tratamento para atingi-las, a Sociedade Brasileira de Cardiologia criou a VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão visando padronizar a classificação dos tipos de HAS de acordo com os níveis pressóricos aferidos (Tabela 1).

Tabela 1 – Classificação da hipertensão arterial de acordo com os níveis de pressão sistólica e diastólica.

Classificação	Pressão sistólica	Pressão diastólica
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão leve	140-159	90-99
Hipertensão moderada	160-179	100-109
Hipertensão grave	>180	>110
Hipertensão Sistólica	>140	<90

Quando as pressões sistólicas e diastólicas se situam em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação da pressão arterial

Fonte: SBC, 2016.

Outra doença de importância clínica e epidemiológica no nosso país é a Diabetes Mellitus (DM). É considerada um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos e pode ser classificada de acordo com a etiologia, principalmente em:

DM1, caracterizada pela destruição das células beta pancreáticas com consequente deficiência de insulina e a DM2, caracterizada por defeitos na ação e secreção da insulina (SBD, 2015-2016). A Figura 1, mostra os valores glicêmicos considerados para diagnóstico da doença, associando-se o quadro clínico apresentado pelo indivíduo e mediante confirmação dos resultados laboratoriais alterados para confirmação do diagnóstico.

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, uma epidemia da doença está em curso, com um número atual de aproximadamente 200 milhões de diabéticos no mundo, com projeção de chegar aos 300 milhões em 2030. Cerca de dois terços desse número vivem nos países em desenvolvimento, onde a epidemia acontece com maior intensidade (SBD, 2015-2016).

Ainda segundo o documento da SBD, o número de diabéticos vem aumentando devido à maior prevalência de sedentarismo e obesidade, envelhecimento e crescimento populacional, maior urbanização, bem como à maior sobrevivência dos pacientes diabéticos.

Figura 1 – Valores de glicose plasmática (em mg/dL) para diagnóstico da DM e seus estágios pré-clínicos.

Categoria	Jejum	Duas horas após 75 g de glicose	Casual
Glicemia normal	Menor que 100	Menor que 140	-
Tolerância à glicose reduzida	Entre 100 e 126	Igual ou superior a 140 a menor que 200	-
Diabetes Mellitus	Igual ou superior a 126	Igual ou superior a 200	Igual ou superior a 200 (com sintomas clássicos)

Fonte: SBD, 2015-2016.

A DM é associada fortemente ao risco cardiovascular devido aos seus efeitos deletérios micro e macrovasculares, a angiopatia. De acordo com Siqueira (2007), pacientes com diabetes apresentam risco aumentado de 3 a 4 vezes de sofrer algum evento cardiovascular e o dobro de risco de morrer desse evento se comparado com a população em geral, estando 70% dos óbitos, em diabéticos, relacionados a esse tipo de ocorrência. O controle glicêmico rígido, especialmente naqueles indivíduos em início de terapia antidiabética, tem benefícios reais na prevenção de eventos cardiovasculares deletérios, o que indica associação comprovada entre hiperglicemia e esses episódios (MATHEUS et al., 2013). Inclusive, segundo as recomendações das Diretrizes para Hipertensão (SBC, 2016) e das Diretrizes sobre Dislipidemias (SBC, 2013), a presença de DM exige uma maior rigidez no controle pressórico em pacientes hipertensos (é necessária uma redução incremental de 10 mmHg tanto nos níveis sistólicos quanto nos

diastólicos para atingir as metas terapêuticas) e no controle do perfil lipídico em pacientes com dislipidemia (exige metas equivalentes à presença de alto risco cardiovascular).

Associado a esses fatos, o custo para o tratamento da DM no Brasil é considerado alto para o sistema público de saúde e para a sociedade, tendendo a se elevar ainda mais com a duração da doença e presença de complicações de saúde (SBC, 2016).

Desse modo, a referida doença exige um manejo e cuidado adequado para redução da morbidade associada e garantia da sobrevivência do paciente, além de uma mudança no paradigma atual do tratamento da mesma, realocando recursos para estratégias de prevenção primária da doença e suas complicações, principalmente quando existe associação com a HAS e outras comorbidades.

- **Adesão ao tratamento**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adesão ao tratamento pode ser definida como “a extensão com a qual o comportamento do indivíduo, uso dos medicamentos, seguimento de uma dieta e/ou execução de mudanças de estilo de vida, coincidem com as recomendações dos profissionais de saúde” (WHO, 2003). Segundo Blackburn, Swidrovic e Lemstra (2013), simplesmente a extensão com a qual indivíduos tomam medicamentos com efeitos benéficos à saúde reconhecidos.

Apesar de existirem divergências entre autores, quanto ao conceito de adesão, muitos consideram como adesão em terapias crônicas, incluindo-se a HAS e o DM, o uso de pelo menos 80% do total de medicamentos prescritos, observando-se doses, horários e tempo de tratamento (GRÉGOIRE et al., 2010).

A OMS indica, ainda, que apenas cerca de 50% dos pacientes com doenças crônicas sob acompanhamento médico tomam pelo menos 80% dos medicamentos prescritos. Como consequência, aproximadamente 75% desses pacientes não atingem as metas terapêuticas pré-estabelecidas, o que pode levar ao agravamento dos estados de saúde desses pacientes, aumento dos custos de tratamento, aumento da morbimortalidade associada aos medicamentos e, ainda, deteriorar a relação paciente-profissional de saúde (WHO, 2003). Em uma revisão sobre o tema, é relatado ainda que a adesão pode chegar a níveis ainda mais baixos, como apenas 36% dos usuários de medicamentos seguindo novos tratamentos a contento (BLACKBURN; SWIDROVIC; LEMSTRA, 2013).

- **Acompanhamento Farmacoterapêutico**

É o serviço pelo qual o farmacêutico realiza o gerenciamento da farmacoterapia, por meio da análise das condições de saúde, dos fatores de risco e do tratamento do paciente, da implantação de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e do acompanhamento do paciente, com o objetivo principal de prevenir e resolver problemas da farmacoterapia, a fim de alcançar bons resultados clínicos, reduzir os riscos, e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde. Inclui, ainda, atividades de prevenção e proteção da saúde (CFF, 2017).

No âmbito do cuidado farmacêutico voltado para diabéticos, uma meta-análise realizada por Collins et al., (2011) foi conduzida com o objetivo de avaliar o efeito da intervenção farmacêutica no controle glicêmico de pacientes com DM. Em 14 estudos foi possível avaliar o efeito da prática farmacêutica, sendo este, uma redução significativa da taxa de hemoglobina glicada (A1C), em todos os ensaios, e da glicemia em boa parte dos mesmos. Os autores concluíram que o acompanhamento feito pelo farmacêutico proveu benefícios clínicos no controle glicêmico, demonstrando sua importância e efeito positivo para esse tipo de população.

Os parâmetros determinantes do risco cardiovascular (níveis de colesterol e pressão arterial sistólica) e seus agravantes, como a DM, com os resultados positivos de estudos científicos envolvendo os cuidados farmacêuticos, pode-se inferir que essa prática farmacêutica pode ter um impacto positivo, também, quanto ao manejo do risco cardiovascular. Estudos recentes desenvolvidos por Lyra Junior (2011), Firmino (2012) e Firmino (2015) demonstraram que a realização de um Acompanhamento Farmacoterapêutico é capaz de influenciar positivamente o manejo do risco cardiovascular em pacientes hipertensos e diabéticos.

Segundo Ayala (2010) e Calixto (2010), um acompanhamento farmacoterapêutico é capaz de melhorar o perfil de adesão e a qualidade de vida dos pacientes-alvo, ou seja, hipertensos e diabéticos. Também enfatizaram a relevância da implantação desse tipo de serviço na rede de APS.

Diante disso, o estudo é de fundamental relevância, pois o público-alvo são os pacientes hipertensos e/ou diabéticos que precisam desse monitoramento, o qual é possibilitado pelo perfil farmacoterapêutico, e o estudo da tendência de adesão desses pacientes a sua farmacoterapia.

METODOLOGIA

O estudo foi do tipo transversal, com abordagem quantitativa e descritiva, realizado no período de março a abril de 2019 e focado no delineamento do perfil farmacoterapêutico e na tendência de adesão ao tratamento por usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na Unidade Básica de Saúde da Família Bonald Filho, em Campina Grande-PB.

A amostra foi composta por todas as pessoas domiciliadas cadastradas no programa HIPERDIA, o qual contempla pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

Os instrumentos utilizados para coleta de dados, tanto do perfil farmacoterapêutico como da tendência de adesão dos pacientes as suas farmacoterapias, foram os preconizados pelo Manual de Cuidados Farmacêuticos, elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015). Os participantes foram abordados sem a presença de terceiros, em ambiente fechado.

Na tendência de adesão do paciente a farmacoterapia foi usado o instrumento *Beliefs about Medicines Questionnaire*, o qual leva em consideração as crenças dos pacientes, avaliando as necessidades e as preocupações sobre os medicamentos e associando-as a não adesão ao tratamento (BRASIL, 2015).

Como critérios de inclusão se fez necessário que os usuários fossem portadores de HAS e/ou DM2, maiores de 18 anos e que concordassem em participar da pesquisa. Foram excluídos aqueles que não eram domiciliados e que não concordaram com os objetivos da pesquisa.

A pesquisa foi autorizada pelo comitê de ética em pesquisa do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (CESED/PB), em Campina Grande-PB, com parecer de nº 03216818.0.0000.5175. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme recomenda a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Desta forma, este projeto estava de acordo com as diretrizes éticas da pesquisa com seres humanos, recomendadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Na avaliação dos dados referentes ao resultado de tendência da adesão do paciente, foi realizada pela razão Necessidades/Preocupações (N/P), sendo a tendência a aderir ao tratamento diretamente proporcional ao resultado da razão N/P: $N/P > 1$: Maior tendência a aderir ao tratamento; $N/P = 1$: Tendência a aderir igual à tendência a não aderir; $N/P < 1$: Menor tendência a aderir ao tratamento.

Os outros resultados foram analisados pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 17.0). As variáveis quantitativas foram avaliadas quanto a sua distribuição normal pelo teste Kolmogorov-Smirnov.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 20 pacientes domiciliados, sendo que 70% (n = 14) pertenciam ao gênero feminino, a maioria encontrava-se na faixa etária igual ou superior a 80 anos (40%), possuía uma renda de 1 salário mínimo (45%) e era portador de HAS (60%) (TABELA 1).

Tabela 1 – Dados demográficos, socioeconômicos e presença de DCNT da amostra estudada.

Variáveis	N	%
Gênero		
Feminino	14	70
Masculino	6	30
Grupo etário		
<60 anos	1	5
60 a 69 anos	4	20
70 a 79 anos	7	35
≥ 80 anos	8	40
Estado civil		
Com companheiro	7	35
Sem companheiro	13	65
Renda		
1 SM	9	45
> 1 SM e < 2 SM	7	35
> 2 SM e < 3 SM	3	15
> 4 SM	1	5
DCNT		
HAS	12	60
DM2	1	5
HAS e DM2	7	35

Fonte: Dados da pesquisa.

SM = Salário mínimo; **DCNT** = Doenças Crônicas Não Transmissíveis; **HAS** = Hipertensão Arterial Sistêmica; **DM2** = Diabetes Mellitus tipo 2.

Os dados deste estudo corroboram com várias pesquisas realizadas no Brasil e no mundo, a longevidade é crescente e as estimativas projetam que o número de idosos até 2025 será superior a 30 milhões e a velhice tanto poderá ser acompanhada por altos níveis de doenças crônicas quanto por saúde e bem-estar (DEBERT, 1999; LIMA, 2003; LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008).

Com relação ao gênero, as mulheres tiveram maior participação. Este dado pode ser justificado pela maior expectativa de vida da mulher, em relação ao homem. A proteção cardiovascular dada pelos hormônios femininos, o menor consumo de tabaco e álcool, além da maior procura por assistência médica são hipóteses levantadas por alguns autores para explicar essa diferença populacional entre os gêneros na terceira idade (ROCHA et al., 2008).

Foi importante observar que, a maioria da amostra estudada sobrevive com um salário mínimo, podemos considerar um dos fatores socioeconômico agravante para a saúde, pois dificulta o acesso a melhores condições de vida. De acordo com Neri e Guariento (2011), é importante melhorar as condições socioeconômicas, principalmente nos países emergentes, como o Brasil, para possibilitar uma boa qualidade de vida aos idosos em sua velhice. É preciso observar que as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos.

No referido estudo foi observado que dos oito pacientes pertencentes à faixa etária mais avançada, seis eram totalmente dependentes de cuidadores, que eram os próprios familiares e dois vivem sozinhos em seus domicílios, sem auxílio de cuidadores dependendo da ajuda de terceiros, dificultando assim o processo de cuidado em saúde.

Avaliando a prevalência das DCNT, observou-se que a HAS isolada esteve presente em 60% da amostra e associada a DM2 em 35%. Estas doenças representam seguimento ainda mais difícil, porque são condições relacionadas à faixa etária mais avançada. Alguns estudos têm mostrado que pessoas com mais de 60 anos aderem menos ao tratamento e apresentam pior controle da pressão arterial e da glicemia e que esse grupo habitualmente necessita de outros medicamentos ou possui algumas outras limitações que dificultam a aplicação do tratamento por completo (GUSMÃO et al., 2009).

A Tabela 2 apresenta o delineamento do perfil farmacoterapêutico, sendo possível observar que 5 pacientes fazem o uso de cinco ou mais medicamentos, a maioria das prescrições é originária da UBSF, 85% conheciam a indicação do medicamento, faziam uso de acordo com a posologia prescrita e 70% revelaram que apresentam bons resultados, ou seja, o medicamento funciona muito bem.

A polifarmácia foi identificada na prescrição de alguns pacientes acompanhados. Esta pode ser definida como o uso de múltiplos medicamentos por um paciente. Segundo Clyne et al., (2015) a polifarmácia e a prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos são problemas de saúde pública e têm sido associados com eventos adversos tais como quedas, hospitalização e morte. É um fator preocupante, porque as mudanças fisiológicas relacionadas ao envelhecimento podem alterar as propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas no paciente idoso (COELHO; MARCOPITO; CASTELO, 2004).

Tabela 2 – Delineamento do perfil farmacoterapêutico da amostra estudada.

Variáveis	N	%
Quantidade de medicamentos utilizados		
1 medicamento	2	10
2 medicamentos	3	15
3 medicamentos	7	35
4 medicamentos	3	15
5 medicamentos	1	5
6 medicamentos	2	10
7 medicamentos	1	5
10 medicamentos	1	5
Origem da prescrição		
UBSF	14	70
Cardiologista	3	15
Endocrinologista	1	5
Pneumologista e cardiologista	1	5
Cardiologista e endocrinologista	1	5
Sabe para que utiliza		
Sim	17	85
Não	3	15
Como funciona pra você		
Funciona muito bem	14	70
Funciona regular	1	5
Não funciona bem	1	5
Não sei	4	20
Posologia prescrita x posologia utilizada		
Sim	17	85
Não	3	15

Fonte: Dados da pesquisa.

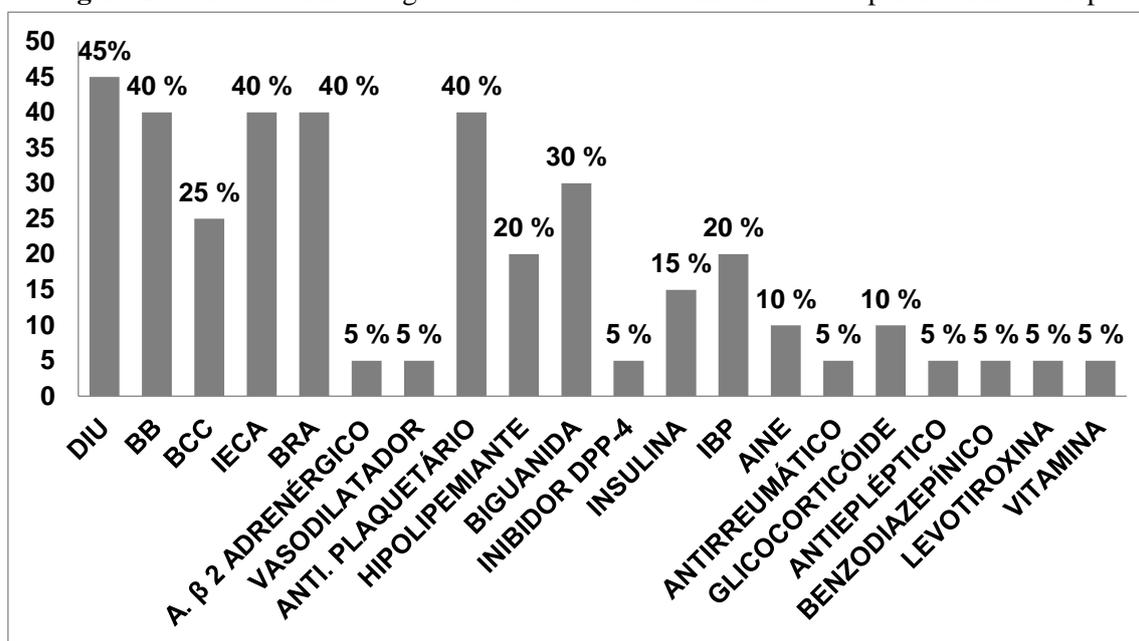
UBSF = Unidade Básica de Saúde da Família.

A origem das prescrições em sua maioria é oriunda da UBSF, dado justificado devido à dificuldade de locomoção dos idosos, sendo as consultas realizadas pelas equipes de saúde durante a realização das visitas domiciliares. Para Romanholi e Cyrino (2012), a UBSF prevê a atenção domiciliar à saúde como forma de assistência àqueles que precisam de cuidados contínuos, mas, sobretudo, como instrumento de diagnóstico local e programação das ações a partir da realidade. Vários estudos apontam o importante papel da visita domiciliar no estabelecimento de vínculos com a população, bem como seu caráter estratégico para integralidade e humanização das ações, pois permite uma maior proximidade e, conseqüentemente, maior responsabilização dos profissionais com as necessidades de saúde da população, de sua vida social e familiar.

Como citado anteriormente, 85% dos pacientes conhecem o tipo de doença que apresenta e o tratamento prescrito. É um dado notório, porque se espera que um bom conhecimento em relação à sua doença e ao tratamento possam ter melhora significativa em relação à adesão, na medida em que, gradativamente, aceitem e compreendam sua situação, seus recursos e suas potencialidades.

As classes farmacológicas mais prescritas no presente estudo foram os diuréticos (45%), seguido dos betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueador dos receptores de angiotensina II e antiagregante plaquetário, com 40 % respectivamente (FIGURA 2).

Figura 2 – Classes farmacológicas identificadas no delineamento do perfil Farmacoterapêutico.



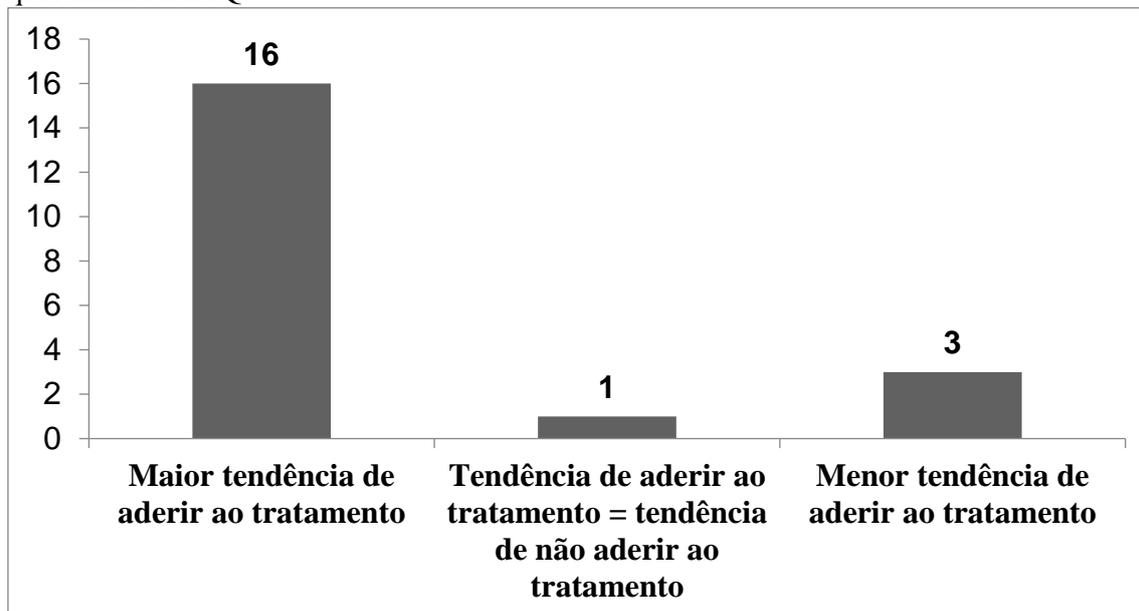
Fonte: Dados da pesquisa.

DIU = Diuréticos; **BB** = Betabloqueador; **BCC** = Bloqueador dos canais de cálcio; **IECA** = Inibidores da enzima conversora de angiotensina; **BRA** = Bloqueador dos receptores de angiotensina II; **A. β 2 ADRENÉRGICO** = Agonista beta-2-adrenérgico; **ANTI. PLAQUETÁRIO** = Antiagregante plaquetário; **IBP** = Inibidor da bomba de prótons; **AINE** = Anti-inflamatórios não esteroides.

Para avaliar a possível tendência de adesão ao tratamento, foi utilizado o questionário BaMQ, que possui como objetivo avaliar a natureza das crenças sobre os medicamentos, a distribuição dessas crenças entre diferentes populações e as relações entre crenças sobre medicamentos, crenças sobre doenças e comportamento de adesão ao tratamento.

Apesar de ser uma população idosa, que apresenta várias limitações intrínsecas a idade, os resultados foram satisfatórios, uma vez que 16 deles apresentaram uma maior tendência à adesão (FIGURA 3).

Figura 3 – Classificação da tendência de adesão por paciente a sua farmacoterapia, segundo o questionário BaMQ.



Fonte: Dados da pesquisa.

Pacientes que não apresentaram maior tendência de adesão fazem parte do grupo que utiliza o maior número de medicamentos ou não aceita a doença. A relação entre as crenças e a adesão a medicação, deve ser levada em consideração para que sejam traçadas intervenções entre profissional - paciente que possam contribuir com informações relacionadas a importância do conhecimento acerca da doença e de seus agravos, do tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados expostos acima, observou-se que o farmacêutico como membro de uma equipe multidisciplinar na UBSF foi capaz de realizar visitas domiciliares, serviços farmacêuticos, acompanhamento farmacoterapêutico, incentivando a autoestima do paciente, de modo a contribuir para o autocuidado. A maior tendência de adesão a farmacoterapia foi justificada pelo acompanhamento mensal e pelas orientações fornecidas aos pacientes e seus cuidadores.

REFERÊNCIAS

AYALA, L. K., CONDEZO, K., JUÁREZ, J. R. Impacto Del Seguimiento Farmacoterapéutico En La Calidad De Vida Relacionada A La Salud De Pacientes Con Hipertension Arterial. **Ciencia e Investigación**. v. 13, n. 2, p. 77-80, 2010.

BLACKBURN, D. F.; SWIDROVICH, J.; LEMSTRA, M. Non-adherence in type 2 diabetes: practical considerations for interpreting the literature. *Patient Preference and Adherence*. v. 7, p. 183-189, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cuidado farmacêutico na atenção básica: Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, caderno n. 2. 1 ed. 308p, 2015.

CALIXTO, A. A. T. F. **Adesão ao Tratamento: Estudo entre portadores de hipertensão arterial internados em um hospital privado do interior paulista**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto. 2010, 109p.

CFE, Conselho Federal de Farmácia. **Serviços Farmacêuticos Diretamente Destinados ao Paciente, à Família e à Comunidade Contextualização e Arcabouço Conceitual**. Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde, 2017.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. Um novo exercício profissional. In: CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **O exercício do cuidado farmacêutico**. Tradução de Denise Borges Bittar. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2006. 396 p.

CLYNE, B.; SMITH, S. M.; HUGHES, C. M.; BOLAND, F.; BRADLEY, M. C.; COOPER, J. A.; FAHEY, T. Eficácia de uma intervenção multifacetada para prescrição potencialmente inadequada em pacientes mais velhos na atenção primária: um estudo controlado por randomização de grupo (Estudo OPTI-SCRIPT). **Ann Fam Med**. v. 13, p. 545-553, 2015.

COELHO, F. J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**. v. 38, n. 4, p. 557-564, 2004.

COLLINS, C., LIMONE, B. L., SCHOLLE, J. M., COLEMAN, C. I. **Effect of pharmacist intervention on glycemic control in diabetes**. *Diabetes research and clinical practice*. v. 92, p. 145-152, 2011.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: EDUSP, 1999.

CFE, Conselho Federal de Farmácia. **Serviços Farmacêuticos Diretamente Destinados ao Paciente, à Família e à Comunidade Contextualização e Arcabouço Conceitual**. Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde, 2017.

FIRMINO, P. Y. M.; MARTINS, B. C. C.; FONTELES, M. M. F. Avaliação do Risco Cardiovascular em Pacientes Hipertensos sob Acompanhamento Farmacoterapêutico em Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. v.3, n.2, p. 42-46, 2012.

FIRMINO, P. Y. M.; VASCONCELOS, T. O., FERREIRA, C. C. MOREIRA, L. M., ROMERO, N. R., DIAS, L. A., QUEIROZ, M. G. R. de., LOPES, M. V. de O., FONTELES, M. M. de F. Cardiovascular risk rate in hypertensive patients attended in primary health care units: the influence of pharmaceutical care. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. v. 51, n. 3, p. 617-627, 2015.

FUCHS, F. D. **Hipertensão arterial sistêmica.** In: DUNCAN, B. B., SCHMIDT, M. I., GIUGLIANI, E. R. J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed. p. 641-656, 2004.

GRÉGOIRE, J. P.; SIROIS, G.; BLANC, G.; POIRIER, P.; MOISAN, J. Persistence Patterns with Oral Antidiabetes Drug Treatment in Newly Treated Patients - A Population-Based Study. **Value in Health.** v. 13, n. 6, p. 820-828, 2010.

GUSMÃO, J. L.; GINANI, G. F.; SILVA, G. V.; ORTEGA, K. C.; MION JÚNIOR, D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens.** v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

LIMA, A. M. M.; SILVA, H. S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface.** v. 12, n. 27, p. 795-807, 2008.

LIMA, E. D.; SILVA, R. G.; RICIÉRI, M. C.; BLATT, C. R. Farmácia Clínica em ambiente hospitalar: enfoque no registro das atividades. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde.** v. 8, n.4, p. 18-24, 2017.

LÓPEZ-JARAMILLO, P.; SÁNCHEZ, R. A.; DIAZ, D.; COBOS, L.; BRYCE, A.; PARRA-CARRILLO, J. Z.; LIZCANO, F.; LANAS, F.; SINAY, I.; SIERRA, I. D.; PEÑAHERRERA, E.; BENDERSKY, M.; SCHMID, H.; BOTERO, R.; URINA, M.; LARA, J.; FOSS, M. C.; MÁRQUEZ, G.; HARRAP, S.; RAMÍREZ, A. J.; ZANCHETTI, A. Consenso latino-americano de hipertensão em pacientes com diabetes tipo 2 e síndrome metabólica. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v. 58, n. 3, p. 205-225, 2014.

LYRA JUNIOR, D. P., OBRELI NETO, P. R., MARUSIC, S., *et al.* Effect of a 36-month Pharmaceutical Care program on coronary heart disease risk in elderly diabetics and hypertensive patients. **Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences,** v. 14, n. 2, p. 249-263, 2011.

MATHEUS, A. S. de M., TANNUS, L. R. M., COBAS, R. A. PALMA, CATIA C. SOUSA., NEGRATO, C. A., GOMES, M. de B. **Impact of Diabetes on Cardiovascular Disease: An Update.** International Journal of Hypertension, v. 2013, p. 1-15, 2013.

NERI, A. L.; GUARIENTO, M. E. **Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas.** Campinas: Alínea, 2011.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Brasília: **Epidemiol Serv Saúde.** v.15, n. 1, p. 35-45, 2006.

PRADO, M. A. M. B.; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A. **Diabetes em idosos: uso de medicamentos e risco de interação medicamentosa.** Ciência & Saúde Coletiva, [S.1], v. 21, n. 11, p. 3447-3458, nov. 2016.

ROCHA, C. H.; OLIVEIRA, A. P. S.; FERREIRA, C.; FAGGIANI, F. T.; SCHROETER, G.; SOUZA, C. A. C. A.; DECARLI, G. A.; MORRONE, F. B.; WERLANG, M. C. Adesão à

prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciência & Saúde Coletiva**. v 13, p. 703-710, 2008.

ROMANHOLI, R.M.Z.; CYRINO, E.G. A Visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. **Interface - Comunic Saude Educ**. v. 16, n. 42, p. 693-705, 2012.

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia. **VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. n. 3, v. 107, s. 3, p.82, 2016.

SBD, Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016**. São Paulo. A. C. Farmacêutica, 2016.

SILVA, E. C., MARTINS, M. S. A. S., MARTINS, GUIMARÃES, L. V., SEGRI, N. J., LOPES, M. A. L., ESPINOSA, M. M. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. 1], v. 19, n. 1, p. 38-51, 2016.

SIQUEIRA, A. F. A., ALMEIDA-PITITTO, B., FERREIRA, S. R. G. Doença Cardiovascular no Diabetes Mellitus: Análise dos Fatores de Risco Clássicos e Não-Clássicos. **Arq Bras de End e Metab**. v. 51, n. 2, 2007.

WHO, World Health Organization. **Adherence to long term therapies: evidence for action**. Geneva, 2003.