



**AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE
IDOSOS HIPERTENSOS DO MUNICÍPIO DE TRINDADE-GO**

**Mariana Luzia Vieira Costa
Marilene Marques Caballero de Paula**

Orientadora: Msc. Stefani Garcia Rezende

Trindade - GO
2016

**FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE FARMÁCIA**

**AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE
IDOSOS HIPERTENSOS DO MUNICÍPIO DE TRINDADE-GO**

**Mariana Luzia Vieira Costa
Marilene Marques Caballero de Paula**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Farmácia.

**Orientador: Prof. (a) Msc. Stefani Garcia Rezende
Co-orientador (a): Msc. Laís Carneiro Naziasene Lima Marreto**

Trindade - GO
2016

Mariana Luzia Vieira Costa
Marilene Marques Caballero de Paula

**AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE
IDOSOS HIPERTENSOS DO MUNICÍPIO DE TRINDADE-GO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Farmácia, aprovada pela seguinte
banca examinadora:

Prof. (a) Msc: Stefani Garcia Rezende
Faculdade União de Goyazes

Prof. (a) Msc: Juliana Rodrigues Moura
Faculdade União de Goyazes

Farmacêutico Esp: Jalisson Guimarães
Drogaria Poupe +

Trindade - GO

14/12/2016

AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE IDOSOS HIPERTENSOS DO MUNICÍPIO DE TRINDADE-GO

Mariana Luzia Vieira Costa 1¹
Marilene Marques Caballero de Paula 2¹
Stefani Garcia Rezende²
Laís Carneiro Naziasene Lima Marreto³

RESUMO

Hipertensão arterial (HA) caracteriza-se como uma doença crônica com sintomas inespecíficos caracterizados por uma constante elevação anormal da pressão arterial. O presente estudo tem como objetivo geral avaliar a existência do acompanhamento farmacoterapêutico de indivíduos com HA de faixa etária acima de 60 anos da cidade de Trindade/Goiás, em relação à adesão terapêutica e, ao estilo de vida, por meio do monitoramento da pressão arterial. A média geral da pressão arterial aferida foi de 13/6 mmHg. A maioria dos idosos reconhece a importância da presença de um farmacêutico na drogaria/farmácia, porém, desconhece o trabalho do mesmo. Diante dos dados que foram levantados, e após uma análise objetiva, identificou-se que o acompanhamento farmacoterapêutico em Trindade/GO é escasso e a assistência farmacêutica deficiente.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial. Idosos. Atenção Farmacêutica. Trindade - GO

EVALUATION OF PHARMACOTHERAPEUTICAL MONITORING OF HYPERTENSIVE ELDERLY PEOPLE IN THE MUNICIPALITY OF TRINDADE- GO

ABSTRACT

Hypertension (AH) is characterized as a chronic disease with nonspecific symptoms characterized by a constant abnormal elevation of blood pressure. The present study has the general objective of evaluating the existence of the pharmacotherapeutic follow-up of person with hypertension over 60 years of age in the city of Trindade / Goiás, in about to therapeutic adhesion and lifestyle, by monitoring blood pressure . On the whole as rule blood pressure was 13/6. The majority of the elderly recognizes the importance of the presence of a pharmacist in the drugstore/pharmacy, but, he ignores of the work's pharmacist. In the face of the data that were collected, and after an objective

analysis, it was identified that the pharmacotherapeutic monitoring in Trindade / GO is insufficient and the pharmaceutical deficient assistance.

PALAVRAS-CHAVE: Arterial hypertension. Elderly. Pharmaceutical attention. Trindade - GO

¹ Acadêmico do Curso de Farmácia da Faculdade União de Goyazes

² Orientador: Prof.^a Me. da Faculdade União de Goyazes;

³ Co-orientadora: Prof.^a Me. da Faculdade Unidas de Campinas.

INTRODUÇÃO

Hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica com sintomas inespecíficos caracterizados por uma constante elevação anormal da pressão arterial. Essa patologia apresenta alta prevalência mundial, afetando cerca de 30% da população adulta e é considerado um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, como o acidente vascular cerebral e o infarto do miocárdio (MIURA, 2013; NAGAI, 2013; OHKUBO, 2013; VERA et al., 2012; JARDIM, 2007; FILHO, 2006; MACEDO et al., 2005).

Indivíduos acima de 65 anos de idade apresentam prevalência de HA superior a 60% e vários são os fatores de risco para o desenvolvimento da HA. O estilo de vida pouco saudável abordado por diversas famílias com um padrão de dieta composta por grande quantidade de sal, açúcar e gordura; sedentarismo, tabagismo e ingestão de álcool por longos períodos de tempo contribuem para o sobrepeso e obesidade sendo considerados fatores de risco diretos para a aparição de HA. Além desses fatores, predisposição genética, fatores ambientais e socioeconômicos fazem combinações para o desenvolvimento dessa patologia (LUO et al., 2013; SHATAT, 2013; FLYNN, 2013; MIURA, 2013; NAGAI, 2013; OHKUBO, 2013; LIM et al., 2012; GU et al, 2008; BOWMAN et al., 2007; JARDIM, 2007; FILHO, 2006).

O tratamento da HA é realizado para atenuar e evitar complicações dos sintomas. Uma vez que a HA apresenta elevada prevalência entre essa classe de pacientes e ter atuação sistêmica, o acompanhamento e tratamento possuem elevado custo da medicação e do tratamento em geral, além de médico, também social. Nesse contexto, a atenção farmacêutica (AF) é extremamente necessária para que haja a conscientização desses pacientes para a adesão a terapêutica e as mudanças necessárias no estilo de vida, visto que a evolução e o prognóstico ruim de uma prolongada HA pode levar a modificações cardíacas importantes como atrofia do músculo do coração, causando arritmia cardíaca, infarto agudo do miocárdio, além de complicações

como acidente vascular cerebral (AVC) e doença renal crônica (SANTOS et al., 2013; DOBLINSK et al., 2006 ; FILHO, 2006).

A prática da AF ainda é pouco exercida no Brasil. No entanto, como grande parte dos medicamentos é utilizada fora dos domínios hospitalares, possibilita a atuação farmacêutica junto à dispensação dos medicamentos. Além disso, amplia a sua atuação para além do balcão, possibilitando a centralização no paciente, individualizando a orientação e interagindo de forma concreta. A atuação eficaz do farmacêutico interfere de forma direta na adesão terapêutica com uso efetivo e racional dos medicamentos melhorando a qualidade de vida desses pacientes (AGUIAR et al., 2012; CALERO, LOPES, p. 402 a 410, 2011; AUREA et al., 2010; DOBLINSK et. al., 2006; RENOVATO, 2004).

O presente estudo tem como objetivo avaliar a existência do acompanhamento farmacoterapêutico de indivíduos com Hipertensão Arterial de faixa etária acima de 60 anos da cidade de Trindade/Goiás, em relação à adesão terapêutica por meio do monitoramento da pressão arterial. Além de traçar o possível perfil desses idosos identificando possíveis níveis de descontrole de hipertensão, medicamentos usuais e possíveis interações.

REFERENCIAL TEÓRICO

Hipertensão Arterial e Envelhecimento

Tem-se observado uma elevação no número de idosos na população brasileira alterando o perfil epidemiológico, conseqüentemente aumentando a prevalência de doenças crônicas. Destacam-se aquelas relacionadas ao sistema cardiovascular (CARNAVALLI, 2015; IBGE, 2013).

Com o envelhecimento ocorre dilatação e hipertrofia da artéria aorta, dilatação do ventrículo esquerdo e conseqüentemente aumento da pressão arterial, pois as paredes das artérias tendem a apresentarem-se mais rígidas, elevando a resistência periférica ao fluxo sanguíneo acarretando ao aumento

da pressão arterial, como exemplo o acidente vascular cerebral e o infarto do miocárdio (CARNAVALLI, 2015; JARDIM, 2007).

A HA pode ser classificada segundo a causa, aspectos hemodinâmicos, características clínicas ou prognósticas. A forma primária, também denominada essencial, é a mais frequente e não existe o conhecimento da causa. Na HA secundária, a alteração da pressão se deve a uma patologia pré-existente, sendo possível a identificação da origem da hipertensão. Definida como elevada após múltiplas aferições, com resultados iguais ou superiores para pressão arterial sistólica de 140 mmHg ou pressão arterial diastólica de 90 mmHg. Para determinar os níveis pressóricos arteriais entre normais e alterados deve-se orientar-se pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, conforme Tabela 1 abaixo. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; JARDIM, 2007; FILHO, 2006).

Tabela 1 - Classificação da medida arterial de acordo com a média casual no consultório (para maiores de 18 anos)

Classificação ¹	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	> 140	< 90

¹Quando as pressões arterial sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, escolher a maior para ser utilizada na classificação da pressão arterial.

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2016.

Tratamento

Segundo Cabrera et. al. (2013), o tratamento para HA pode ser medicamentoso e/ou não-medicamentoso, como o objetivo de evitar agravantes futuros. O tratamento medicamentoso é embasado na utilização de anti-hipertensivos, destacando-se as classes dos inibidores da enzima de conversão da Angiotensina (IECA), Antagonistas dos receptores da Angiotensina II; e os diuréticos destacando-se os tiazídicos (BARBOSA; GONZALES; SOUZA, 2015).

O tratamento não medicamentoso inclui modificações no estilo de vida, por meio de hábitos saudáveis e promoção à saúde com recomendações para controle de peso, padrão alimentar, como na redução do consumo de sódio, evitar consumo de álcool, tabaco entre outros, e a prática de atividade física quando permitida (CARNAVALLI, 2015).

Atenção Farmacêutica

Estudo relacionado à segurança do paciente e erros de medicação vem aumentando nos últimos anos e a grande incidência de erros cometidos pelos pacientes em referência à forma correta de administração e armazenamento dos medicamentos, representa riscos à saúde, principalmente em idosos. Esta vertente é bastante acentuada nestes indivíduos, principalmente pelo elevado número e consumo contínuo de medicamentos (OLIVEIRA, 2012; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2010; DOBLINSKI et. al., 2006).

O papel do farmacêutico voltado à Atenção Farmacêutica contribui de forma primordial para esses pacientes. Sendo esta atenção conceituada segundo o Consenso Brasileiro De Atenção Farmacêutica como:

Um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidade, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a óptica da integralidade das ações de saúde (p.16-17).

Segundo a Resolução 585 de 29 de Agosto de 2013, são atribuições clínicas do Farmacêutico, o cuidado à saúde nos âmbitos individuais e coletivos (Art. nº 7), comunicação e educação em saúde (Art. nº 8), e gestão da prática, produção e aplicação do conhecimento (Art. nº 9). Com o intuito de superar desafios como, aumentar a adesão ao tratamento e a compreensão dos pacientes sobre os medicamentos; minimizar os erros de medicação promovendo condutas baseadas em evidências e aumentar a efetividade do

controle das condições crônicas reduzindo eventos adversos a medicamentos. Sendo o acompanhamento farmacoterápico uma ferramenta importante no desenvolvimento dos serviços de Atenção Farmacêutica. O qual é crucial a responsabilidade do farmacêutico para uso correto do medicamento, visando identificar, prevenir e resolver Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) (CARNAVALLI, 2015; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2014).

METODOLOGIA

Este trabalho caracteriza-se por ser um estudo observacional, prospectivo e retrospectivo com base na aplicação de questionário (apêndice 1) e realização de procedimentos como aferição de pressão, mensuração de peso e altura corporal.

A amostra foi constituída de indivíduos idosos, acima de 60 anos, do município de Trindade/GO e a coleta foi realizada entre janeiro de 2015 a julho de 2016. Foi praticada de forma aleatória, com sorteio de 18 setores do município, definindo os bairros Califórnia, Centro, Jardim Imperial, Jardim Salvador, Oeste, Pontakayana, Redenção, Samara, Santo Onofre, Santuário, Sol Dourado, Sul, Vila Augusta, Vila Emanuel, Vila João Brás, Vila Maria, Vila Pai Eterno e Vila Perpétuo Socorro. Realizaram-se duas visitas às residências escolhidas aleatoriamente. No primeiro encontro, foi esclarecido aos idosos o desenvolvimento da pesquisa, coleta de assinatura do próprio participante ou seu responsável/procurador assim como a impressão digital do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (apêndice 2), respondido o questionário e realizada às duas primeiras aferições da pressão, sendo uma no início da entrevista e outra no final. O segundo encontro, que ocorreu entre o 15^a dia ao 30^o dias após o primeiro, foi verificado alguma nova situação quanto aos medicamentos, aferindo a pressão novamente procedendo como na primeira visita, confirmando peso com balança digital, e estatura através de medição com fita métrica. Para os dados do cálculo do IMC foi utilizada balança portátil (marca G.Tech) e fita métrica manual. Já para a aferição da pressão utilizou-se aparelho digital-automático (marca Omron) e aparelho

convencional manual com Esfigmomanômetro e Estetoscópio (marca Premium).

Foram incluídos no estudo voluntários de ambos os sexos, na faixa etária maior de 60 anos que aceitaram responder o formulário, aferição de pressão, verificação de peso e altura. Os critérios de exclusão foram à recusa das informações anteriores ou desistência na participação durante o processo de recolhimento dos dados.

Para a coleta dos dados, durante as visitas, foi aplicado um questionário composto por sete seções e fragmentado em 36 perguntas, semiestruturado de acordo com a metodologia de Dader (2009) modificada, composto por questões relacionadas aos dados pessoais, renda, família, cuidadores, medicamentos, acompanhamento farmacoterapêutico, estilo de vida, informações do peso e altura. Para verificação das possíveis interações medicamentosas foram utilizados o software Medscape, Bulário ANVISA e Bulário Explicativo da Editora Rideel.

Foi realizado um projeto piloto para treinamento e avaliação da compreensão do questionário utilizado, onde foi coletada uma pequena amostragem de 15 idosos que se identificavam hipertensos ou não, ocorrida também de forma aleatória.

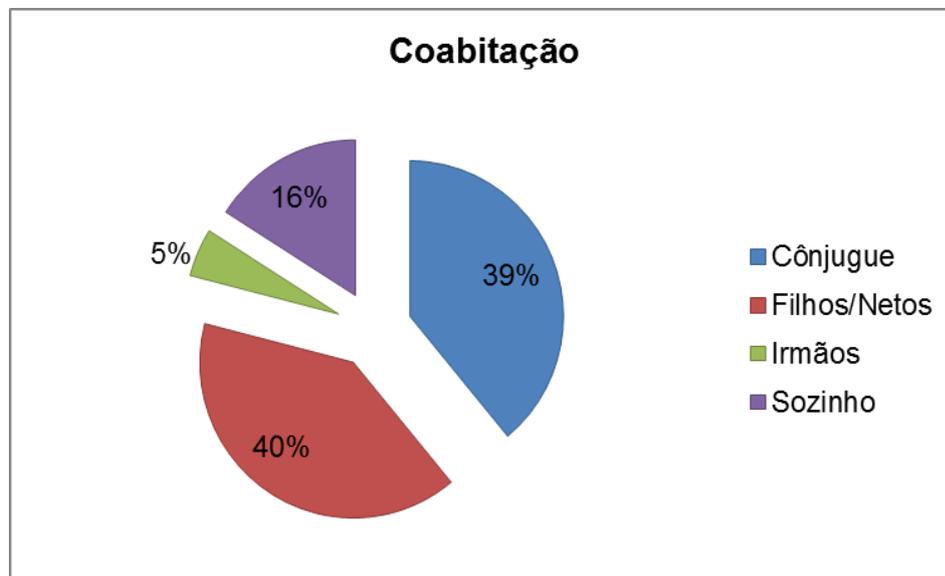
O estudo foi aprovado pelo Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade União de Goyazes (FUG) sob o protocolo de número 048/2014-1.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram coletados dados de 100 voluntários de 18 bairros aleatórios do município, sendo 47 voluntários homens e 53 mulheres. Em relação à raça, a amostragem foi composta por 74 idosos brancos, 24 negros e 2 pardos, assim por eles declarados. Os resultados encontrados vão de acordo com Andrade et. al. (2013) em uma pesquisa sobre prevalência de HA auto referida no Brasil quando o número de mulheres hipertensas superam o sexo masculino, diferença que também prevalece para o estado de Goiás, porém se difere quanto a raça onde a prevalência nacional seria a raça negra em detrimento a branca. E dentre esses, durante o preenchimento do questionário, 84 alegaram

residir em companhia do esposo (a) e/ou filhos/netos, enquanto 16 informaram que moravam sozinhos, conforme podemos identificar no Gráfico 1 abaixo.

Gráfico 1 - Perfil do idoso/moradia

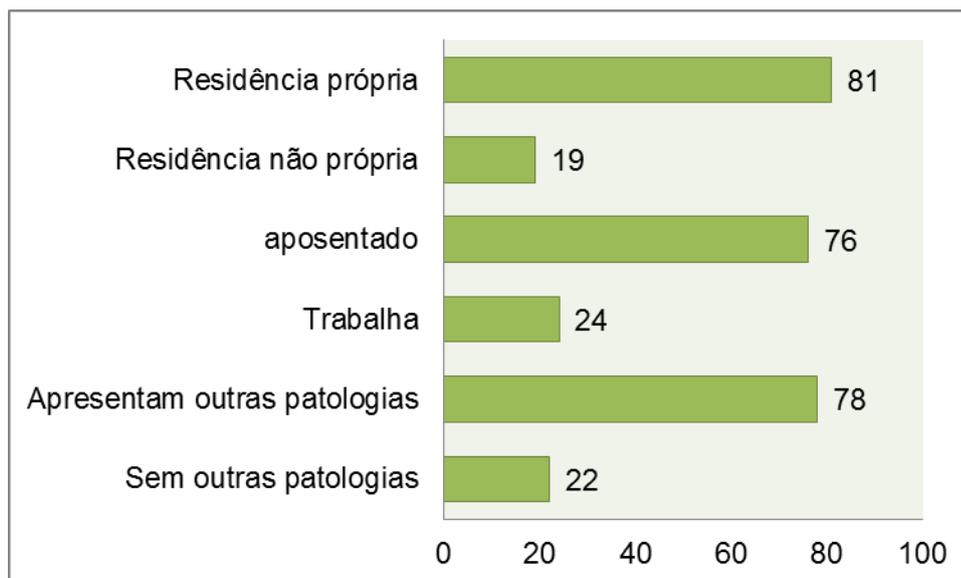


Segundo Freitas; Nielson e Porto (2015) a adesão terapêutica não é influenciada somente ao costume de tomar medicamentos prescritos, devendo-se levar em conta erros no cumprimento da posologia, como exemplo uma sub ou superdosagem. Apesar de o tratamento ser mais significativo quando o idoso é acompanhado seja por parentes ou cuidadores, é de fundamental importância o perfil da companhia, pois quando ambos são idosos esses erros podem ocorrer.

Praticamente todos tiveram diagnósticos realizados pelos médicos, com exceção de um, que faz uso de medicação para HA sem prescrição médica, com indicação terapêutica sugerida por um profissional farmacêutico. A maior parte possui residência própria (81%), são aposentados (76%), tendo como antiga profissão desde advocacia a trabalhador rural, destacando 16 do lar, 8 trabalhadores rurais, 6 auxiliares de serviços gerais, 5 professores, 5 operadores de máquina e 4 motoristas (Gráfico 2). Apresentando renda média mensal de um salário mínimo e meio e nível de escolaridade média de 1º grau completo ou incompleto para 63% dos casos. Este dado confirma a estimativa brasileira onde foi citado por Andrade et. al. (2015) que a maioria dos hipertensos brasileiros não possui o ensino fundamental completo e discorre

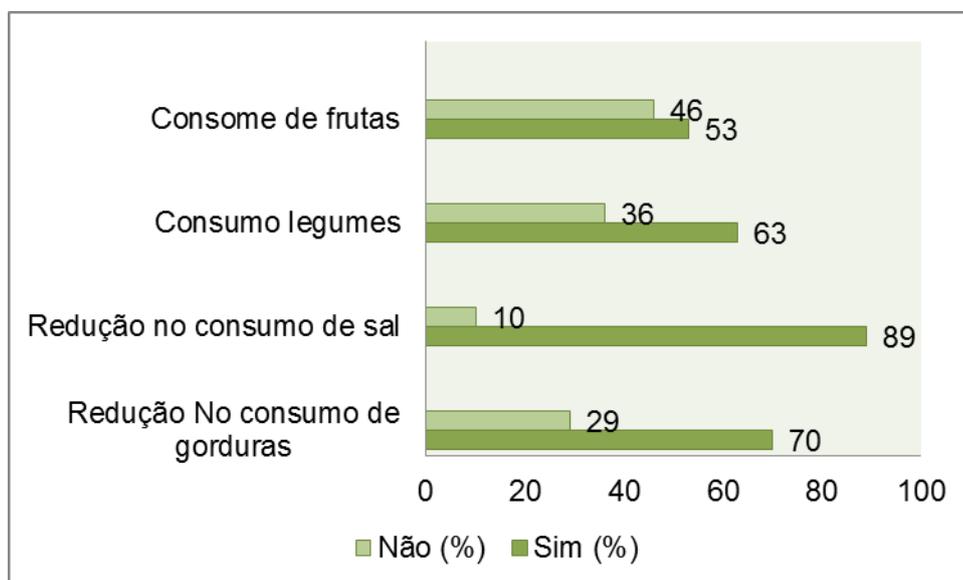
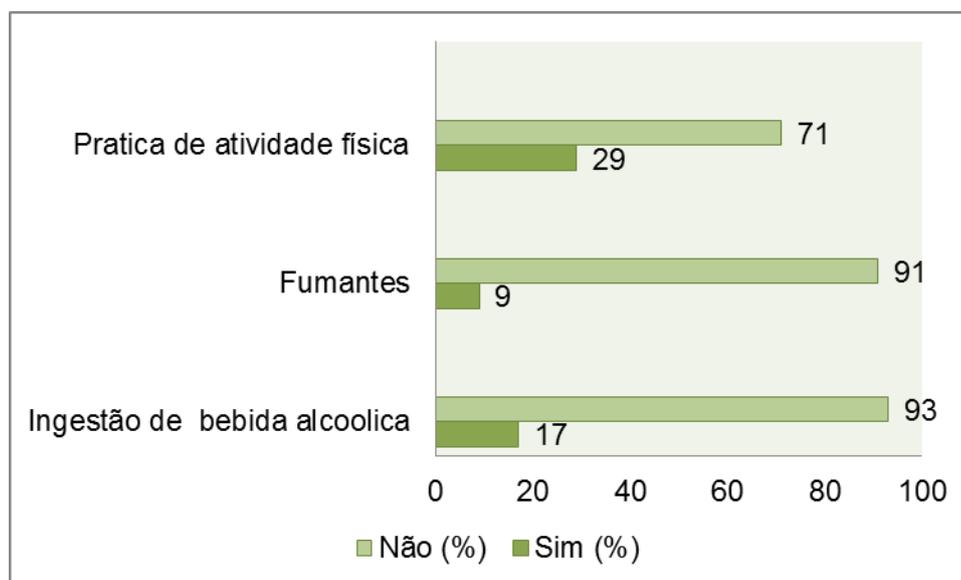
que a literatura informa a prevalência de doenças crônicas em indivíduos com escolaridade baixa, refletindo também de forma significativa nas condições e na qualidade de vida desses indivíduos. Dos entrevistados, 78 apresentam outras patologias, destacando-se o diabetes, dislipidemia entre outras.

Gráfico 2 - Características dos idosos quanto ao tipo de moradia, situação trabalhista e patologias

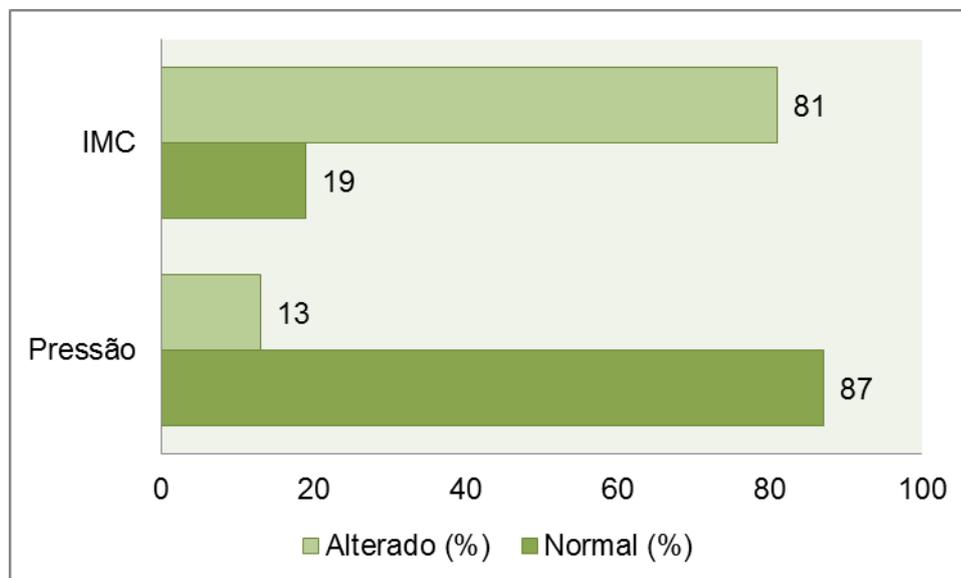


A adesão e a manutenção do tratamento estão diretamente ligadas às características mencionadas no texto acima, pois como já foi mencionado em Freitas; Nielson e Porto (2015), pacientes aposentados e do lar apresentam melhores resultados ao cumprimento da terapêutica, ressaltando que residirem em moradia própria significa também um ponto positivo.

Dos idosos entrevistados a maioria não pratica atividade física, não fuma ou ingere bebida alcoólica; quanto à ingestão de frutas, verduras, carboidratos, gorduras, açúcares e sal, conforme descrito nos Gráficos 3 e 4, pode-se perceber um controle quanto ao último e os possíveis problemas percebidos pelos pesquisadores para uma dieta não apropriada é a questão cultural associada ao custo financeiro, não evidenciando interferência alimentar ao tratamento.

Gráfico 3 - Hábitos alimentares dos Idosos**Gráfico 4 – Características do estilo de vida dos voluntários do estudo**

Para traçar o perfil dos idosos aferiu-se a pressão arterial e foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), com valores médios descritos no Gráfico 5 abaixo:

Gráfico 5 - Índice de massa corporal e média da pressão arterial

A média geral da pressão arterial aferida foi de 13/6 mmHg tendo sido detectada por meio de quatro aferições durante duas visitas, sendo observado possível descontrole em 13 dos voluntários, considerando alterados aqueles com pressão arterial acima de 14/9 mmHg, conforme determina as diretrizes da Associação Brasileira de Hipertensão. Identificou-se dentro do índice de 13% que as alterações da pressão variaram de 14/9 mmHg a 17/8 mmHg. Foram detectados 19 idosos com peso ideal, 55 levemente acima do peso, 16 com grau I de obesidade e 10 com grau II / III. Durante a entrevista foi identificado que apenas 2 se encontravam acamados e em relação ao modo de caminhar 6 voluntários apresentavam muita dificuldade, 10 pouca dificuldade e 81 normalidade ao se locomover. As alterações da pressão alteradas associadas ao elevado valor do IMC podem vir a surgir outras comorbidades ou piora do quadro clínico. Diversos estudos regionais e mundiais estão sendo realizados comprovando a associação da HA com a obesidade, sendo o controle do peso um fator importante para a manutenção em níveis normais da pressão arterial (AMER; MARCON e SANTANA, 2010).

Em referência aos medicamentos prescritos para HA observou-se (Gráficos 6 e 7) que a maioria faz uso de um diurético em conjunto com anti-hipertensivo (associados ou não), destacando os diuréticos tiazídicos

(Hidroclorotiazida 25 mg) e os bloqueadores de angiotensina II (Losartana 50 mg). Conforme Marrone et. al 2007, os diuréticos caracterizam-se como a classe mais valiosa de anti-hipertensivos para idosos, segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde. Ocorrendo a distribuição dos diuréticos em 11% correspondendo aos de alça e 41% aos tiazídicos, foram avaliadas 8 classes dos anti-hipertensivos sendo citadas 54% dos bloqueadores de angiotensina II, 43% de betabloqueadores, 15% bloqueadores dos canais de cálcio e 10% inibidores da ECA. Em relação a estudos já realizados, quando a utilização das classes o presente estudo se iguala na utilização de betabloqueadores, mas se diferenciam quanto aos bloqueadores de angiotensina II, uma vez que as mais citadas são os inibidores da ECA. (MARRONE et. al, 2007). Nos seguintes gráficos observam-se os medicamentos utilizados para o tratamento da HAS:

Gráfico 6 - Classes dos diuréticos

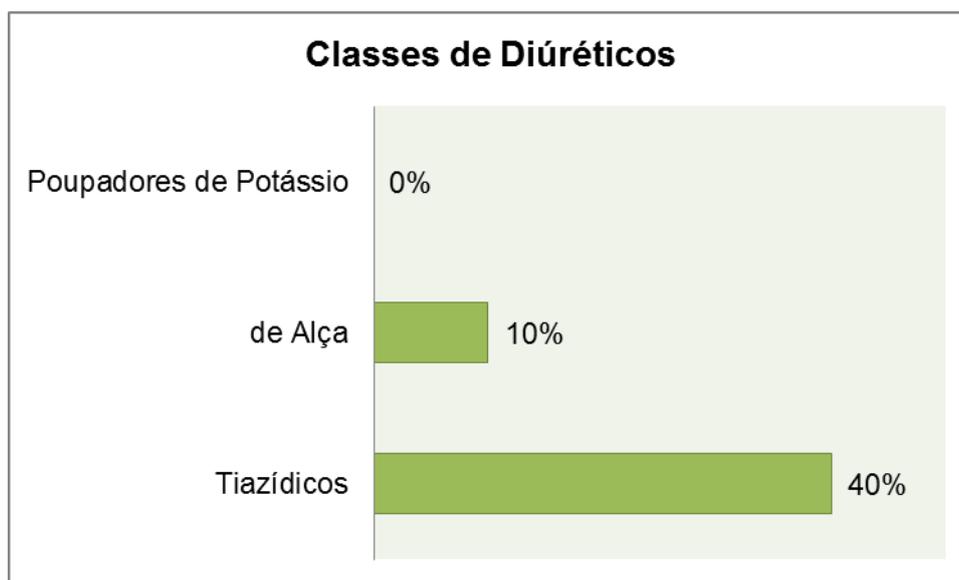
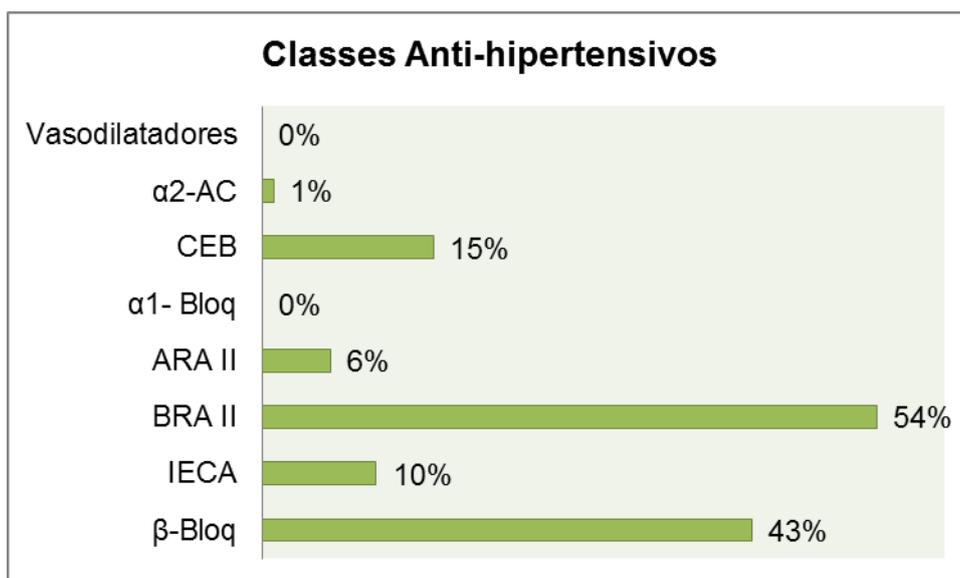


Gráfico 7- Anti-hipertensivos mais utilizados

Legenda: **β-Bloq**: β-bloqueadores; **IECA**: Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina; **BRA II**: Bloqueadores da angiotensina II; **ARA II**: Antagonistas dos receptores da aldosterona; **α1- Bloq**: Bloqueadores do receptor alfa-1; **CEB**: Bloqueadores dos canais de cálcio; **α2-AC**: Agonistas alfa-2 de ação central.

Segundo Ribeiro et al. (2010) as associações medicamentosas reconhecidas como mais eficazes incluem dois anti-hipertensivos em detrimento com diuréticos. Apesar de que no presente estudo não foi localizado nenhuma anormalidade da pressão arterial vinculada às associações utilizadas.

Quanto as doenças concomitantes os medicamentos mais utilizados foram para diabetes (cloridrato de metformina 500 mg) e dislipidemia (sinvastatina 20 mg). Grande parte dos entrevistados relatou ser adeptos ao uso de chás caseiros como boldo, folha de algodão, camomila, hortelã e destacando o capim cidreira, não evidenciando interferência no tratamento.

Apesar de ter ocorrências como a administração de medicamentos com leite e até mesmo refrigerante a maioria faz uso de água na ingestão (95%), a adesão ao tratamento é evidenciada, porém notou-se durante o questionamento o não cumprimento de horários, esquecimento constante, redução da dose por custos financeiros, administração de todos os medicamentos do período sem intervalo entre os fármacos, desconhecimento do motivo da utilização e possibilidade de interação alimentar, um pouco das informações sobre o tratamento advém da receita prescrita. A pressão arterial é

pouco verificada devido à dificuldade de acesso aos profissionais de saúde (escassez de agentes de saúde, restrição de acesso às unidades de saúde e não participação do farmacêutico na dispensação dos medicamentos).

O tratamento com anti-hipertensivos em idosos tem que ser realizado com cautela, devendo ser considerados vários fatores individuais do perfil de cada paciente. Já que estes podem apresentar diminuição tanto das funções renais quanto hepáticas e/ou comorbidades.

Durante a verificação das interações medicamentosas, que não se considerou a concentração ou tempo de utilização das medicações. Observou-se que 51% dos voluntários apresentaram algum tipo de potencial interação medicamentosa, sendo detectadas 78 situações potenciais, destacadas no gráfico 9, dentre estas 70 casos foram de potenciais interações moderadas, necessitando, portanto, de acompanhamento durante a terapia conforme encontrado também nos estudos de Monteiro et. al. (2015) uma vez que o moderado pode se tornar grave quando não controlado.

Uma possível hipotensão severa foi verificada em 28,9% dos casos analisados, passível assim de monitoração cardíaca, assim como uma possível situação de hipercalemia causada, principalmente, pelo hidroclorotiazida em utilização concomitante com losartana, passível de ocorrer entre 58% dos entrevistados, o que em casos graves pode levar a alterações dos batimentos cardíacos, parada cardíaca, fraqueza muscular, paralisia entre outros, principalmente em idosos, existem estudos como os de Leão et. al. (2013) e Monteiro et. al. (2015) que encontraram dados semelhantes, mas considerando essa associação clinicamente utilizada a monitoração e orientação se tornam estritamente necessária e recomendada. Foi detectado que 9,8% dos voluntários podem apresentar absorção diminuída do anti-hipertensivo por um ou outro medicamento concomitante, sendo necessária também a monitoração da pressão arterial.

Conforme tabela 2 os medicamentos utilizados pelos idosos que apresentaram maior número de interações foram losartana potássica com 45 casos e hidroclorotiazida com 14 casos o que se assemelha com Pereira et. al. (2014) que identifica ainda que idosos por apresentarem várias doenças crônicas são passíveis da politerapia e conseqüentemente sujeitos a ocorrência de interações.

Tabela 2 – Potenciais interações medicamentosas e sua relevância clínica nos dados coletados

Medicamento	Potencial Medicamento de Interação	Número de casos (%)	Relevância Clínica
Nifedipino	Ranitidina	1	Moderada
Nimesulida	Furosemida	1	Moderada
Hidroclorotiazida	Paracetamol, Diclofenaco	1	Moderada
	Sódico		
Losartana	Cloreto de Potássio	1	Moderada
Losartana	Nifedipino	1	Moderada
Losartana	Carvedilol	1	Moderada
Losartana	Glifage	1	Moderada
Losartana	Hidroclorotiazida	24	Moderada
	Anti-inflamatórios (AAS, Meloxicam, Feldene, Diclofenaco, Dipirona, Piroxican, Ibuprofeno, Paracetamol)		
Losartana	Fenitoina	1	Moderada
Losartana	Amiodarona	1	Moderada
Losartana	Metoprolol	2	Moderada
Losartana	Dimenidrinato	1	Moderada
Atenolol	Losartana	2	Moderada
Atenolol	Hidroclorotiazida	4	Moderada
Atenolol	Fenitoina	1	Moderada
	Paracetamol, Diclofenaco		
Atenolol	Sódico	1	Leve
Atenolol	Diltiazem	1	Grave
Captopril	Hidroclorotiazida	7	Moderada
Captopril	Espiro lactona	2	Moderada
Glicazida	Nifedipino	1	Moderada
Propranolol	Furosemida	4	Moderada
Propranolol	Omeprazol	1	Moderada
Propranolol	Clonazepam	1	Moderada
Furosemida	Besilato de Anlodipino	1	Leve

Furosemida	Fenitoína	1	Moderada
Furosemida	Losartana	2	Moderada
Furosemida	Glibenclamida	1	Moderada

Quando questionados sobre a aquisição dos medicamentos todos informaram ser em drogaria/farmácia e quando perguntados sobre a atuação do farmacêutico e sua relevância as respostas seguem conforme tabela 3 e 4:

Tabela 3 - Dados obtidos em questionário aplicado aos voluntários sobre a relação com o profissional farmacêutico

Perguntas Realizadas	Sim (%)	Não (%)
Conhece o farmacêutico (a)	28%	72%
Possui boa relação com o farmacêutico (a)	21%	79%
Acha importante a presença do farmacêutico (a) na drogaria	65%	35%
Um balconista experiente supre as necessidades	64%	36%

A maioria reconhece a importância da presença de um farmacêutico na drogaria/farmácia, porém, desconhece o trabalho do mesmo, uma vez que esse reconhecimento, muitas vezes, deve-se a obrigatoriedade legislativa, já que quando perguntados sobre o posicionamento de um balconista experiente suprimindo a necessidade do mesmo, a maioria se diz satisfeita reconhecendo que o farmacêutico às vezes não é necessário. Com a lei 5.991/73 houve, de certa forma, uma perda da identidade da profissão farmacêutica, fazendo com que o farmacêutico perdesse sua autonomia e se distanciasse do seu papel como profissional da saúde o que infelizmente em muitos casos permanecem até hoje, mesmo com as mudanças de posicionamento que vem ocorrendo voltada à farmácia clínica situação que busca melhoras com a Lei 13021/14. (BRASIL, 2014; BRASIL, 1973).

Durante o processo de pesquisa entre os motivos relatados para justificar a importância do farmacêutico na drogaria destacaram-se serem dotados de conhecimento superior, terem estudado para serem capaz de ler as receitas prescritas e cumprimento da lei. Como pode ser percebido na tabela 4 abaixo a participação do Farmacêutico é falha:

Tabela 4 - Dados obtidos em questionário aplicado aos voluntários sobre a relação à participação do profissional farmacêutico.

Houve orientação do farmacêutico (a) para:	Sim (%)	Não (%)
Indicação de medicamentos	8	92
Posologia	11	89
Interação de outros medicamentos	11	89
Interação com alimentos	11	89
Prontificação à aferição de pressão	9	91
Continuidade do tratamento	8	92

Percebe-se que ocorre apenas a distribuição do medicamento por meio da leitura da receita, uma vez que no momento da entrega ao paciente, deveria ocorrer o ato da dispensação com as orientações pertinentes adequadas. A porcentagem relatada pelas orientações repassadas pelo farmacêutico são mínimas, destacando-se a continuidade do tratamento que é bem baixa para pacientes crônicos e o controle da eficácia da terapia, praticamente inexistente, já que dentre os nove que informaram terem esse controle pelo profissional, apenas dois foram por iniciativa do mesmo.

A relação entre paciente/farmacêutico nem sempre acontece, a maioria não teve contato com o profissional na aquisição dos medicamentos mesmo a maioria sendo de uso contínuo e desconhece a prática de atenção farmacêutica, alguns até se espantavam com os questionamentos a respeito do que o profissional poderia e deveria exercer, dizendo até que estes levantamentos deveriam ser executados somente pelos médicos. Como notado nos dados anteriores sugere-se que o farmacêutico não realiza uma assistência farmacêutica básica nas drogarias/farmácias de Trindade/GO em que os mesmos alegam adquirir seus medicamentos.

CONCLUSÃO

Diante dos dados que foram levantados, e após uma análise objetiva, identificou-se que o acompanhamento farmacoterapêutico em Trindade/GO é escasso e a assistência farmacêutica deficiente para o grupo de idosos avaliados, acarretando em informações desencontradas e insuficientes sobre

doença e terapia, apesar de não ter sido identificada uma falha na manutenção do tratamento, a qualidade de vida desses pacientes podem ser melhoradas com a participação desse profissional, pois como muitos balconistas são confundidos como farmacêuticos justamente por estes últimos estarem interessados apenas no lucro. Apesar de não terem sido identificadas ineficácias dos tratamentos para hipertensão arterial eles não ocorrem de forma totalmente controlada e acompanhada e a submissão do farmacêutico compromete não somente o uso racional dos medicamentos, mas qualidade de vida dos envolvidos, pois existem as interferências de outros fatores como estilo de vida (alimentação, exercícios físicos, etc.) e medicamentos concomitantes haja vista as possíveis interações identificadas.

Diante dos resultados esperados foi possível demonstrar a importância da padronização do atendimento dessa classe de pacientes mesmo sem a identificação de grandes ocorrências ou resultados discrepantes referentes ao controle da Pressão Arterial para o grupo analisado dentro das aferições realizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo como teve certas limitações, como a amostragem reduzida e resistência da adesão de voluntários, porém abre precedentes para uma pesquisa mais aprofundada e de caráter epidemiológico para um melhor conhecimento do perfil dos idosos hipertensos do município de Trindade-Go. Havendo indícios de problemas nos horários e esquecimentos da administração, falta de conhecimento sobre o medicamento e patologia, automedicação entre outros; e a tendência no aumento na quantidade de idosos e a não atuação do farmacêutico abrem margem de oportunidade para atuação do profissional farmacêutico na área da Atenção Farmacêutica. Pois um acompanhamento mais individualizado o farmacêutico pode identificar, prevenir e melhorar o tratamento.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Patricia M. et al .Pharmaceutical care in hypertensive patients: A systematic. **Research in Social and Administrative Pharmacy literature review**. [S.l.]. v 8, n 5, p. 383-396, jan. 2012.

ANDRADE, Silvânia Suely de Araújo et. al. Prevalência de Hipertensão Arterial Autorreferida na População Brasileira: Análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00297.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

ANVISA, **Bulário Eletrônico**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp > Acesso em: 28 nov 2016.

AMER, Nadia Mohamed; Marcon, Sonia Silva; SANTANA, Rosangela Getirana. Índice de Massa Corporal e Hipertensão Arterial em Indivíduos Adultos no Centro-Oeste do Brasil. Maringa, PR, 2010. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/2010nahead/aop14910>> Acesso em: 11 nov. 2016.

AUREA, AP, et al. Evolution of public expenditure with pharmaceutical Becton, Lauren J; SHATAT, Ibrahim F; FLYNN, Joseph T. Hypertension and Obesity: Epidemiology, Mechanisms and Clinical Approach. **Indian J Pediatr**. [S.l.]. v 79, p. 1056-1061, jun. 2012.

BOWMAN, Thomas S. et al. A Prospective Study of Cigarette Smoking and Risk of Incident Hypertension in Women. **Journal of the American College of Cardiology**. Massachusetts, v 50, n 21, p. 2085–92, nov. 2007.

BRASIL. Lei Nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. [S.L]: Conselho Federal de Farmácia. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/educacao_farmaceutica/Comissao_Ensino/Otras%20Legislacoes/Lein5991_1973.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2016.

BRASIL. Lei Nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Brasília: Imprensa Nacional, 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1000&pagina=1&data=11/08/2014>>. Acesso em: 29 nov. 2016.

BRASIL, Conselho Federal de Farmácia. Resolução Nº 585 de 29 de agosto de 2013. Ementa: Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá

outras providências. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>>. Acesso em 10 out. 2016. CABRERA, Marcos Aparecido Sarria et. al.. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, pág. 1763-1772, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/27>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

CALERO, Maria José Martim; LOPES, Luciane Cruz. Experiência em Atenção Farmacêutica. In: STORPIRTIS, Sílvia [et al.]. **Ciências Farmacêuticas: Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 402 a 410, 2011.

CARE IN BRAZIL DURING THE PERIOD 2005–2008. **Institute for Applied Economic Research**. Brasília, DF, p. 59. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000500008> Acesso em: 06 nov. 2016.

EGAN, Brent M.; ZHAO, Yumin. Different Definitions of Prevalent Hypertension Impact The Clinical Epidemiology of Hypertension and Attainment of Healthy People Goals. **National Institutes of Health**. Carolina: v. 15, p. 154-161, mar. 2013.

FERREIRA, Rosana Cristina Spezia org. **Bulário Explicativo**. São Paulo: Rideel, 2013.

FILHO, Geraldo Brasileiro. **Bogliolo, Patologia**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006.

FREITAS, Jacqueline Gleice Aparecida; NIELSON, Sylvia Escher de Oliveira; PORTO, Celmo Celeno. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. Goiânia, GO. 2015. **Rev Soc Bras Clin Med**. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4782.pdf>> Acesso em: 06 jan. 2016.

GU, Jian-Wei et al. Long-term high-salt diet causes hypertension and decreases renal expression of vascular endothelial growth factor in Sprague-Dawley rats. **Journal of the American Society of Hypertension**. [S.l.]. v 2, p. 275-285, mar. 2008.

HERMÁNDEZ, Daniel Sabater; CASTRO, Martha Milena Silva; DÁDER, Maria José Faus. **Método Dader: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico**. 3 ed, 2009. Disponível em: <http://pharmcare.pt/wp-content/uploads/file/Guia_dader.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2014.

HISHAM, Nur Fatirul; BAYRAKTUTAN, Ulvi. Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Hypertension in Ischaemic Stroke Patients. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**. Nottingham. v. 22, n. 7, out. 2013, p. 4-14.

IRVIN, Marguerite R. et al. Apparent treatment resistant hypertension and risk for stroke, coronary heart disease and all-cause mortality. **Jash** 459. [S.l.]. v 8, n 05, mar. 2014.

JARDIM, Paulo César B. Veiga. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq. Bras. Cardio**, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000400015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pthttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000400015>. Acesso em: 24 mar 2014.

LEÃO, Danyllo Fábio Lessa; MOURA, Cristiano Soares de. MEDEIROS, Danielle Souto de. Avaliação de interações medicamentosas potenciais em prescrições da atenção primária de Vitória da Conquista (BA), Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**. Bahia: v. 19 p. 311-318, jan 2013.

LIM, Seung Ji et al. Gender-specific combined effects of smoking and hypertension on cardiovascular disease mortality in elderly Koreans: The Kangwha Cohort Study. **Maturitas**. [S.l.]: v 73, n 4, p. 331-336, dez. 2012.

LLOYD-SHERLOCK, Peter et al. Hypertension among older adults in lowandmiddle-income countries: prevalence, awareness and control. **International Journal of Epidemiology**. [S.l.]: v 43, p. 116-128, fev. 2014.

LUO, Wenshu et al. Interaction of current alcohol consumption and abdominal obesity on hypertension risk. **Physiology & Behavior**. [S.l.]: v 122, n 2, p. 182-186, out. 2013.

MACEDO, Mário Espiga e. al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal: the PAP study. **Journal of Hypertension**. Portugal. v. 23, n. 9, p. 1661-1666, abr. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. [S.L]: Portal Saúde, 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 17 abr 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº196/96 versão 2012**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2014.

MIURA, Katsuyuki; NAGAI, Masato; OHKUBO, Takayoshi. Epidemiology of Hypertension in Japan. **Circulation Journal**. Japão, v. 77, n. 1, p. 2227-2231, jul. 2013.

MODESTI, Pietro Amedeo. et al. Epidemiology of hypertension in Yemen: effects of urbanization and geographical area. **The Japanese Society of Hypertension**. v. 36, p. 711-717, mar. 2013.

MONTEIRO, Sally Cristina Moutinho et al. Estudo de potenciais interações medicamentosas em pacientes hipertensos. *Infarma Ciências Farmacêuticas*. Maranhão: v 27, p. 117-125. Abr 2015.

OLIVEIRA, Célida Juliana de et al. Validação Clínica do Diagnóstico de Enfermagem “Falta de Adesão” em Pessoas com Hipertensão Arterial. *Research*, 2013. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0611.pdf>>. v 17. Dez 2013. Acesso em: 17 abr. 2014.

OLIVEIRA, Priscila Aparecida Reis; MENEZES, Fabiana Gatti de. Atenção Farmacêutica a Pacientes Hipertensos. **Revista Eletrônica de Farmácia**. [S.]: v x, p. 51-68, 2013.

PEREIRA, Fernanda Maria Vieira et al. Interações medicamentosas em prescrições de idosos hipertensos: prevalência e significância clínica. **Revista de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)**. v 6, p. 795-791. Nov 2014.

RAMPAL, L. et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Malaysia: A national study of 16,440 subjects. **Journal of the Royal Institute of Public Health**. [S.]: v. 122, p. 11-18, Nov. 2007.

RENOVATO, Rogerio Dias; TRINDADE, Marcellly de Freitas. **Atenção farmacêutica na hipertensão arterial em uma farmácia de dourados, mato grosso do sul**. 2004. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/77/i08-atencao.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2014.

Results of a National Survey. **The Japan Epidemiological Association**. [S.]: v. 22, p. 261-26, fev. 2012.

RIBEIRO et al. Tratamento Medicamentoso. **J.Bras. Nefrol**, volume 32, suplemento 1. São Paulo, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. O que é Hipertensão. São Paulo, 2014. Disponível em:< <http://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp> > Acesso em: 15 set. 2014.

VERA, Grujić et al. Epidemiology of Hypertension in Serbia: Results of a National Survey. **The Japan Epidemiological Association**. [S.]: v. 22, fev. 2012, p. 261-266.

Apêndice 1: Questionário

QUESTIONÁRIO

Número de identificação: _____ Data da entrevista: _____

DADOS PESSOAIS

Nome completo: _____

Raça: _____

Endereço: _____

Setor: _____

CEP: _____

Telefone: _____

Celular: _____

Data de nascimento: _____

Idade: _____

RENDA, FAMÍLIA E CUIDADORES

Possui filhos? Sim Não

Se sim, quantos? 1 2 3 4 5 > 5

Mora sozinho(a)? Sim Não

Se não, com quem? _____

Possui cuidador? Sim Não

Se sim, o cuidador possui formação na área? Sim Não

Moradia: Própria Aluguel Outro: _____

Renda: < 1 SM* 1 SM 2 SM 3 SM > 3 SM

*SM: salário mínimo

Escolaridade Analfabeto 1º grau incomp. 1º grau comp.

2º grau incomp. 2º grau comp. Superior

Outro: _____

Aposentado? Sim Não

Qual era(é) a profissão: _____

PATOLOGIAS

(Marcar a patologia referida)

Diabetes

Patologia renal

Infarto do Miocárdio

Catarata

Enxaqueca

Fibromialgia

AVC

Alzheimer

Parkinson

Demência

Artrose/Artrite

Hipertensão arterial

Gota

Dor nas costas

Depressão

Epilepsia

Aterosclerose

Osteoporose

Outros

Se sim para **hipertensão arterial**, o diagnóstico foi feito por (médico ou outros): _____

ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

A compra de medicamentos é feita em Drogarias? Sim Não

Outro: _____

Um balconista experiente supre as necessidades? Sim Não

Acha importante a presença de um farmacêutico na Drogaria? Sim Não

Conhece o(a) farmacêutico(a)? Sim Não

Como o identificou: Crachá Roupas Se apresentou

Possui boa relação com o(a) farmacêutico(a)? Sim Não

Houve orientação do farmacêutico para:

Indicação de medicamentos? Sim Não

Posologia? Sim Não

Interação de outros medicamentos? Sim Não

Interação de alimentos? Sim Não

Prontificação à aferição de pressão Sim Não

MEDICAMENTOS*(Solicitar a caixa de medicamentos e anotar todos)***Medicamento 1:**

1. Utiliza? () Sim () Não

2. Quem prescreveu?

3. Para quê?

4. Está melhor? () Sim () Não

5. Desde quando?

6. Quanto usa?

7. Como usa?

8. Até quando?

9. Dificuldade?

10. Algo estranho?

Medicamento 2:

1. Utiliza? () Sim () Não

2. Quem prescreveu?

3. Para quê?

4. Está melhor? () Sim () Não

5. Desde quando?

6. Quanto usa?

7. Como usa?

8. Até quando?

9. Dificuldade?

10. Algo estranho?

Medicamento 3:

1. Utiliza? () Sim () Não

2. Quem prescreveu?

3. Para quê?

4. Está melhor? () Sim () Não

5. Desde quando?

6. Quanto usa?

7. Como usa?

8. Até quando?

9. Dificuldade?

10. Algo estranho?

Medicamento 4:

1. Utiliza? () Sim () Não

2. Quem prescreveu?

3. Para quê?

4. Está melhor? () Sim () Não

5. Desde quando?

6. Quanto usa?

7. Como usa?

8. Até quando?

9. Dificuldade?

10. Algo estranho?

Medicamento 5:

1. Utiliza? () Sim () Não

2. Quem prescreveu?

3. Para quê?

4. Está melhor? () Sim () Não

5. Desde quando?

6. Quanto usa?

7. Como usa?

8. Até quando?

9. Dificuldade?

10. Algo estranho?

Medicamento 6:

1. Utiliza? () Sim () Não

2. Quem prescreveu? _____
3. Para quê? _____
4. Está melhor? () Sim () Não
5. Desde quando? _____
6. Quanto usa? _____
7. Como usa? _____
8. Até quando? _____
9. Dificuldade? _____
10. Algo estranho? _____

Medicamento 7:

1. Utiliza? () Sim () Não
2. Quem prescreveu? _____
3. Para quê? _____
4. Está melhor? () Sim () Não
5. Desde quando? _____
6. Quanto usa? _____
7. Como usa? _____
8. Até quando? _____
9. Dificuldade? _____
10. Algo estranho? _____

Medicamento 8:

1. Utiliza? () Sim () Não
2. Quem prescreveu? _____
3. Para quê? _____
4. Está melhor? () Sim () Não
5. Desde quando? _____
6. Quanto usa? _____
7. Como usa? _____
8. Até quando? _____
9. Dificuldade? _____
10. Algo estranho? _____

Medicamento 9:

1. Utiliza? () Sim () Não
2. Quem prescreveu? _____
3. Para quê? _____
4. Está melhor? () Sim () Não
5. Desde quando? _____
6. Quanto uso? _____
7. Como usa? _____
8. Até quando? _____
9. Dificuldade? _____
10. Algo estranho? _____

Medicamento Caseiro

1. Utiliza? () Sim () Não
2. Quem prescreveu? _____
3. Para quê? _____
4. Está melhor? () Sim () Não
5. Desde quando? _____
6. Quanto uso? _____
7. Como usa? _____
8. Até quando? _____
9. Dificuldade? _____
10. Algo estranho? _____

ESTILO DE VIDA

Realiza alguma atividade física? () Sim () Não
Qual? () Caminhada () Hidroginástica () Musculação
() Outro: _____

Com que frequência na semana?
() > 3 vezes () 3 vezes () 2 vezes () 1 vez

Fuma? () Sim () Não
Com que frequência? _____

Ingere bebida alcoólica? () Sim () Não
Com que frequência?

Alimentação possui:

Frutas? () Sim () Não

Verduras? () Sim () Não

Muito sal? () Sim () Não

Muita gordura? () Sim () Não

Muito açúcar/doces? () Sim () Não

Carboidratos? () Sim () Não

AVALIAÇÕES DURANTE A ENTREVISTA

Pressão arterial

Encontro 1: Aferição 1:

Aferição 2:

Encontro 2: Aferição 1:

Aferição 2:

Peso _____ Altura _____

Como o idoso caminha?

() normal () com pouca dificuldade () com muita dificuldade

Assinatura entrevistador

Assinatura coletador

Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada **“AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE IDOSOS HIPERTENSOS DO MUNICÍPIO DE TRINDADE-GO”**. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Se aceitar participar e decidir retirar o seu consentimento, não será prejudicado. Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável M.Sc Stefani Garcia Rezende nos telefones: (0XX62) 984890323 e (0XX62) 3506-9300 e/ou M.Sc Laís Carneiro Naziasene Lima Marreto no telefone (0XX62) 98159-5976.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA “AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE IDOSOS HIPERTENSOS DO MUNICÍPIO DE TRINDADE-GO”.

PESQUISADORES PARTICIPANTES

M.Sc Stefani Garcia Rezende (pesquisadora responsável)

MSc Laís Carneiro Naziasene Lima Marreto (co-pesquisadora responsável)

Mariana Luzia Vieira Costa

Marilene Marques Caballero de Paula

OBJETIVO DO ESTUDO

Avaliar a influência do acompanhamento farmacoterapêutico de indivíduos com hipertensão arterial acima de 60 anos, de diferentes níveis de escolaridade da cidade de Trindade/Goiás, fazendo correlação com a adesão terapêutica, estilo de vida e pressão arterial.

CONDUÇÃO DO ESTUDO

O indivíduo será submetido a um questionário que contemplará as seguintes questões: dados pessoais, renda, família, cuidadores, patologias, acompanhamento farmacoterapêutico, medicamentos e estilo de vida. Além do questionamento, será aferida a pressão do idoso, avaliada a capacidade funcional, além da verificação de peso e altura.

PARTICIPAÇÃO AUTORIZADA

Participar deste estudo será uma decisão autorizada e este poderá se recusar a participar ou desiste a qualquer momento, sem necessidade de explicações.

PARTICIPANTES DO ESTUDO

Neste estudo serão incluídos todos os indivíduos acima de 60 anos que autorizarem participar a partir da assinatura deste termo.

RISCOS

É possível que haja riscos para o idoso durante a pesquisa, porém sem traços evidentes, sendo que nenhum tipo de substância estranha ao participante será utilizado e/ou modificado a sua forma de terapia ou atividade proposta. O participante ficará livre, podendo a qualquer momento se retirar da pesquisa, sem prejuízo a ele ocorrerá à proteção de todos os dados confidenciais coletados.

Todos os participantes não passarão por momentos de constrangimentos e nem serão maltratados durante a pesquisa.

BENEFÍCIOS

O estudo realizado por nós, possivelmente contribuirá enormemente para o esclarecimento da comunidade e dos profissionais farmacêuticos da necessidade de um melhor acompanhamento farmacoterapêutico, demonstrando os principais pontos de falha da ausência de atenção farmacêutica na terapia anti-hipertensiva.

CONFIDENCIALIDADE

Se houver concordância com a participação do idoso, as informações clínicas relacionadas ao indivíduo serão mantidas em sigilo o tempo todo. O nome ou mesmo as iniciais não irão constar em qualquer registro nesta pesquisa. O Comitê de Ética poderá necessitar ter acesso aos seus registros para verificação dos formulários e condução dos registros, no entanto, sua identidade será mantida em sigilo.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____
(nome completo do voluntário), após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do voluntário ou de seu representante
legal

Assinatura de uma testemunha

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário (ou de seu representante legal) para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Dados dos pesquisadores:

M.Sc. Stefani Garcia Rezende (pesquisadora responsável)

Telefone: (0XX 62)984890323

Email: stefanigr87@gmail.com

Faculdade União de Goyazes

M.Sc. Laís Carneiro Naziasene Lima Marreto (co-pesquisadora responsável)

Telefone: (0XX 62) 8156-9195

Email: laiscnlima@gmail.com

Faculdade União de Goyazes

Mariana Luzia Vieira Costa

Telefone: (0XX 62) 8479-4107

Email: maariana.roses@gmail.com

Faculdade União de Goyazes

Marilene Marques Caballero de Paula

Telefone: (0XX 62) 8586-1618

Email: marilenecaballero@gmail.com

Faculdade União de Goyazes