



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA E FARMACOLOGIA
BACHARELADO EM FARMÁCIA

**UMA PROPOSTA DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA À GESTANTE: DA
GRAVIDEZ AO PUERPÉRIO**

TERESINA

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA E FARMACOLOGIA
BACHARELADO EM FARMÁCIA

**UMA PROPOSTA DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA À GESTANTE: DA
GRAVIDEZ AO PUERPÉRIO**

Monografia de Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Farmácia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas

TERESINA

2011

EDIVALDO PINTO RODRIGUES FILHO

UMA PROPOSTA DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA À GESTANTE: DA GRAVIDEZ
AO PUERPÉRIO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado junto
ao curso de Farmácia da Universidade Federal do
Piauí, como requisito parcial para a obtenção do
título de Bacharel.

Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas

Aprovado em: ___/___/_____

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**REITOR**

Prof. Dr. Luiz de Sousa Santos Júnior

VICE-REITOR

Prof. Dr. Edwar de Alencar Castelo Branco

PRÓ-REITOR DE ENSINO DE GRADUAÇÃO

Prof^ª. Dr.^a Regina Ferraz Mendes

DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr. Antônio dos Santos Rocha Filho

VICE-DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr. José Guilherme Ferre Pompeu

CORRDENADOR DO CURSO DE FARMÁCIA

Prof^ª. Dr.^a Maria das Graças Freire de Medeiros

VICE-COORDENADOR DO CURSO DE FARMÁCIA

Prof^ª. Eilika Andréa Feitosa Vasconcelos

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Edivaldo e Iranildes**, aos quais devo a educação que possuo hoje, por serem exemplos de humildade e fé, proveram recursos e tempo e formaram tudo que sou.

Aos meus irmãos, **Uriel e Haniel**, por estarem sempre presentes e pela amizade sincera.

À minha bisavó, **Margarida**, e aos meus avós, **Francisco e Adalgisa** por ensinarem valores como respeito e perseverança.

A todos os meus **primos e tios** que tiveram de conviver com minha ausência em muitos momentos importantes da família.

A todas as gestantes que diariamente levam em seu ventre uma esperança, uma semente para o futuro, a qual todos fomos um dia.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a **Deus**, pela verdadeira vida, pela sua infinita bondade e grandeza, que tem olhado e cuidado de mim.

Ao **Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas**, pela atenção, tempo e paciência a mim dedicados, por me orientar nesse caminho árduo e por despertar em mim o desejo de usar minhas habilidades profissionais para cuidar do próximo.

À **Maternidade Dona Evangelina Rosa** e à todos os funcionários e colaboradores do Instituto de Perinatologia Social, em especial, **Elizete e Maria de Jesus**, pelo acompanhamento e auxílio no desenvolvimento do trabalho.

À **toda minha família**, pelo o amor e pelo incentivo de todos.

À minha amada igreja, **Igreja Batista do Calvário**, pela comunhão que faz fluir o amor e pelas orações que me sustentaram até aqui.

À **Lara**, por entender os momentos em que não pude estar presente, pelo carinho e apoio constante.

À **Karol e Mônica**, por me apresentarem ao Prof. Rivelilson e pelo amparo mútuo durante a pesquisa.

Aos **Invisíveis**, por todos esses anos de amizade, pelos momentos que vivemos, os quais guardarei com carinho.

EPÍGRAFE

*“Os medicamentos não têm doses,
pessoas têm doses”.*

Cipolle

RESUMO

PINTO, E.R.F. **Uma proposta de Atenção Farmacêutica à gestante: da gravidez ao puerpério**, 2011. 83p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Farmácia) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2011.

A Atenção Farmacêutica é uma prática profissional desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica, que compreende a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando a uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definitivos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Essa prática objetiva a identificação dos problemas relacionados a medicamentos (PRMs), para a resolução e prevenção de resultados negativos associados com medicamentos (RNMs), que levam à tomada de decisões terapêuticas, de forma sistemática e racional. E como toda a população, a gestante está sujeita a intercorrências de saúde que impõem o uso de medicamentos. A gestação compreende uma situação única, na qual a exposição a determinados fármacos envolve dois organismos. O objetivo do trabalho foi coletar, registrar e detectar dados para subsidiar a implantação de um programa de Atenção Farmacêutica durante o atendimento do serviço de pré-natal às gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí. Foi efetuado um estudo exploratório descritivo em abordagem quantitativa. A população de estudo foram as gestantes que recebiam serviço de pré-natal no Instituto de Perinatologia Social. Foram entrevistadas 62 gestantes observando-se a predominância de mulheres com faixa etária entre 21 a 30 anos, que possuem o ensino médio completo, procedentes de Teresina e que moram com o marido e filho(s). A maioria não é etilista, nem tabagista, bem como não realizam atividade física. As gestantes entrevistadas utilizavam pelo menos um medicamento, sendo os medicamentos sob prescrição médica mais utilizados as vitaminas e antianêmicos. Em relação aos medicamentos utilizados por meio de automedicação destacou-se a dipirona, e quanto ao uso de plantas medicinais na forma de chás a mais utilizada foi a de *Melissa officinalis L.* (Erva cidreira). Foi desenvolvido o seguimento farmacoterapêutico com uma gestante hipertensa diabética, sendo identificados PRMs e RNMs, um total de 13 situações. Após o processo de intervenção sobre os RNMs, obteve-se 76,92% de efetividade. A partir do estudo realizado, percebeu-se a necessidade do profissional farmacêutico junto à equipe de saúde no serviço de pré-natal, tendo em vista a comprovação que PRMs e RNMs podem aparecer durante a evolução gestacional.

ABSTRACT

PINTO, E.R.F. **A proposal for Pharmaceutical Care to pregnant women: from pregnancy to postpartum**, 2011. 83p. End of Course Work (Bachelor of Pharmacy) - Federal University of Piauí, Teresina, 2011.

The Pharmaceutical Care is a practice developed in the context of pharmaceutical assistance, which includes the direct interaction between the pharmacist and the user, aiming at a rational pharmacotherapy and the provision of definitive and measurable results, aimed at improving the quality of life. This practice aims to identify the drugs related problems (DRPs) for resolution and prevention of negative outcomes associated with medications (NOMs), leading to therapeutic decision-making in a systematic and rational way. And as the whole population, the pregnant woman is subject to health complications requiring the use of medications. Pregnancy involves a unique situation, in which exposure to certain drugs involves two bodies. The objective was collect record and track data to support the implementation of a Pharmaceutical Care program for the care of pre-natal service for pregnant women treated at the Institute of Perinatology Social of Evangelina Rosa Maternity Hospital in the city of Teresina, Piauí. It was a descriptive exploratory study conducted in a quantitative approach. The study population was pregnant women receiving prenatal services at the Institute of Social Perinatology. Pregnant women (n=62) was interviewed and observed the predominance of women aged between 21 and 30 years who have completed high school, coming from Teresina and living with her husband and son(s). Most are not alcoholic or a smoker, and do not perform physical activity. The women interviewed were using at least one drug and the prescription drugs most commonly used vitamins and antianemics. In relation to drugs used for self-medication by dipyrone stood out, and for the use of herbal in the form of teas the most used was that of *Melissa officinalis L.* (Erva cidreira). Pharmacotherapeutic follow-up was developed with a hypertensive diabetic pregnant woman, identified DRPs and NOMs, a total of 13 situations. After the intervention process on NOMs, were obtained 76,92% of effectiveness. From the study it was realized the need of the pharmacist by the health team in the service of pre-natal care in order to prove that DRPs and NOMs may appear during the course of pregnancy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Classificação de PRM do Segundo Consenso de Granada.	26
Quadro 2: Principais problemas relacionados com medicamentos (PRMs).	27
Quadro 3: Classificação dos resultados negativos associados ao medicamento (RNMs).	27
Quadro 4: Marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação.	30
Quadro 5: Fatores de risco referente a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação.	31
Quadro 6: Classificação etiológica do diabetes na gestação.	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil sócio demográfico das gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.	38
Tabela 2: Hábitos de vida das gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.	40
Tabela 3: Prevalência do uso de medicamentos durante a gestação, segundo a classe dos medicamentos prescritos, pelas gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.	42
Tabela 4: Principais doenças associadas à gravidez das gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.	43
Tabela 5: Prevalência das plantas medicinais utilizadas na forma de chás pelas gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.	45
Tabela 6: Valores da pressão arterial de gestante hipertensa diabética durante SFT.	47
Tabela 7: Valores da glicemia em jejum e capilar de gestante hipertensa diabética durante SFT.	48
Tabela 8: Efetividade alcançada com as intervenções sobre os RNMs identificados.	55

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Distribuição das consultas de pré-natal, de acordo com o grau de risco gestacional, realizadas em 2010 no Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí. 37
- Figura 2:** Com quem convivem as gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí. 39
- Figura 3:** Principais medicamentos utilizados sem prescrição médica pelas gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí. 44

LISTA DE ABREVIATURAS

ATENFAR – Atenção Farmacêutica.

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde.

PRM – Problema Relacionado ao Medicamento.

RNM – Resultado Negativo Associado ao Medicamento.

SFT – Seguimento Farmacoterapêutico.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 Objetivos.....	19
1.1.1 Geral	19
1.1.2 Específicos.....	19
1.2 Justificativa.....	20
2. REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 Evolução da Atenção Farmacêutica (ATENFAR)	21
2.2 Seguimento Farmacoterapêutico (SFT) e o Método Dáder	23
2.3 Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRMs) e Resultados Negativos Associados ao Medicamento (RNMs)	25
2.4 O papel do profissional farmacêutico	28
2.5 Paciente gestante.....	29
2.6 Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na gestação.....	32
3. MATERIAIS E MÉTODOS	34
3.1 Tipo de estudo	34
3.2 Local de estudo	34
3.3 Coleta de dados.....	35
3.4 Sujeitos	35
3.5 Limitação do trabalho.....	36
3.6 Análise dos dados	36
3.7 Questões de ética	36
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
4.1 Perfil sócio demográfico das gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social no município de Teresina, Piauí	37

4.2 Avaliação qualitativa e quantitativa das gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social no município de Teresina, Piauí	40
4.3 Acompanhamento farmacoterapêutico de gestante hipertensa diabética atendida no Instituto de Perinatologia Social no município de Teresina, Piauí.....	46
4.3.1 Descrição do caso	46
4.3.1.1 Primeira Entrevista (Dia 21/03/2011)	47
4.3.1.2 Segunda Entrevista (Dia 10/02/2011)	48
4.3.1.3 Terceira Entrevista (Dia 21/02/2011).....	49
4.3.1.4 Quarta Entrevista (Dia 15/03/2011)	49
4.3.1.5 Quinta Entrevista (Dia 21/03/2011)	50
4.3.1.6 Sexta Entrevista (Dia 29/03/2011)	50
4.3.1.7 Sétima Entrevista (Dia 06/04/2011)	51
4.3.1.8 Oitava Entrevista (Dia 25/04/2011).....	51
4.3.1.9 Nona Entrevista (Dia 12/05/2011).....	51
4.3.1.10 Décima Entrevista (Dia 09/06/2011).....	52
4.3.1.11 Décima Primeira Entrevista (Dia 14/06/2011)	53
4.3.1.12 Décima Segunda Entrevista (Dia 30/06/2011)	53
4.3.1.13 Décima Terceira Entrevista (Dia 14/07/2011).....	54
5. CONCLUSÃO.....	57
REFERÊNCIAS	58
ANEXOS	64
APÊNDICES.....	66

1. INTRODUÇÃO

O Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica diz que atenção farmacêutica (ATENFAR) é um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades 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 biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (IVAMA et al., 2002).

No entanto é comum haver certa confusão no Brasil entre os termos ATENFAR e Assistência Farmacêutica. Segundo a Portaria 3916/98, do Ministério da Saúde, Assistência Farmacêutica se refere a todas as atividades relacionadas aos medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Compreende abastecimento, conservação, controle de qualidade, segurança, eficácia terapêutica, acompanhamento, avaliação da utilização, obtenção e difusão dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.

O próprio Consenso Brasileiro de ATENFAR coloca a Assistência Farmacêutica como um conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico, e outros profissionais da saúde voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional (IVAMA et al., 2002).

Ao contrário da ATENFAR, que é uma atividade exclusiva do profissional farmacêutico, uma vez que há uma interação direta deste com o paciente, assim como colocou a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1993, uma prática profissional na qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico, com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e qualidade de vida do paciente.

E no Brasil a busca da sociedade por medicamentos vem crescendo a cada ano. Dados da Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias mostram que, em 2010, a comercialização de medicamentos nas 26 grandes redes associadas à entidade chegou a R\$ 12,23 bilhões, índice 16,93% superior a 2009, enquanto que em 2003 os volumes de vendas

superaram 3,6 bilhões de reais. O Ministério da Saúde, em 2000, despendeu 1,1 bilhões de reais para a aquisição e distribuição de medicamentos para uso em unidades ambulatoriais e também o programa de excepcionais, e em 2010 esse valor subiu para 3,3 bilhões de reais. Portanto, estes são valores que demonstram um elevado gasto com medicamentos que são utilizados pela população, no entanto, geram uma preocupação no sentido de que pode haver muita irracionalidade no seu uso, aumentando o risco de surgimento de morbidade e mortalidade relacionada aos medicamentos, gerando uma elevação dos custos para os sistemas de saúde.

E a prática da ATENFAR tem por objetivo a identificação dos problemas relacionados a medicamentos (PRMs), para a resolução e prevenção de resultados negativos associados com medicamentos (RNMs), que levam à tomada de decisões terapêuticas, de forma sistemática e racional (PERETTA, 2000). Para seu desenvolvimento é necessário o envolvimento de macrocomponentes como a educação em saúde, orientação farmacêutica, dispensação, atendimento farmacêutico e seguimento farmacoterapêutico (SFT), além do registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados. Dessa forma, requer uma sistemática de coleta de informações necessárias para detectar, classificar e propor plano de intervenção farmacêutica (IVAMA et al., 2002).

No sentido da necessidade de fomento à qualidade da assistência farmacêutica, em 1990, Hepler e Strand expuseram sua preocupação com os problemas que os medicamentos podem causar em relação à diminuição da qualidade de vida do paciente. Identificaram oito categorias de PRMs (indicações não tratadas, seleção de medicamentos inadequada, dose subterapêutica, o paciente não recebe o medicamento, dose excessiva, reações adversas a medicamentos, interações medicamentosas, e o uso de drogas sem indicação). Este foi o impulso inicial para o surgimento de uma nova prática, a ATENFAR. Inúmeros profissionais e instituições de ensino farmacêutico buscam a implantação dessas atividades nos serviços de saúde e em aulas práticas com o objetivo de tornar seus ambientes de trabalho qualificados para a prática da ATENFAR e seus alunos treinados para desenvolverem essa prática a grupos específicos de pacientes.

Em 1999 foi criado o método Dáder, com o objetivo de proporcionar um procedimento operacional simples de se usar no acompanhamento da farmacoterapia de qualquer tipo de paciente, portador de alguma morbidade ou qualquer problema de saúde, em qualquer ambiente, por todos os profissionais farmacêuticos. Depois se seguiram episódios que consolidaram cada vez mais a prática da ATENFAR: em 2001 o Consenso Espanhol de ATENFAR, em 2002 o Consenso Brasileiro de ATENFAR, e em 2004 o Consenso de

Decisões da Profissão Farmacêutica, proposto pela Sociedade Americana de Faculdades de Farmácia, que em resumo propõem atividades centradas em identificar PRMs, prevenir e solucionar RMNs.

No entanto inúmeros obstáculos impedem a realização plena da ATENFAR no Brasil, entre eles, o despreparo do farmacêutico na área clínica e o próprio desconhecimento, resultado de uma preparação acadêmica deficiente, além da resistência por parte de alguns profissionais e dos proprietários de estabelecimentos farmacêuticos (OLIVEIRA et al., 2005).

1.1. Objetivos

1.1.1. Geral

O objetivo do presente estudo é coletar, registrar e detectar dados para subsidiar a implantação de um programa de Atenção Farmacêutica durante o atendimento do serviço de pré-natal às gestantes hipertensas e diabéticas atendidas no Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.

1.1.2. Específicos

1. Delinear o perfil sócio demográfico das gestantes em estudo, para determinação da prevalência da faixa etária, da escolaridade, entre outros;
2. Identificar os principais problemas de saúde e os hábitos de vida das gestantes;
3. Realizar um levantamento dos principais medicamentos utilizados com prescrição e os usados na prática da automedicação, e ainda detectar as plantas medicinais que mais são utilizados pela população em estudo;
4. Promover o acompanhamento farmacoterapêutico de gestantes hipertensas e diabéticas para identificar, solucionar e prevenir o aparecimento de resultados negativos associados ao medicamento.

1.2. Justificativa

A gravidez é um evento biologicamente natural, porém especial na vida da mulher, e pode ser desenvolvida em um contexto social e cultural que influencia e determina a sua evolução e a sua ocorrência (DOURADO; PELLOSO, 2007). Na maior parte dos casos, a evolução da gestação se dá sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de “gestantes de alto risco”, e dentro desse grupo destaca-se as gestantes hipertensas e diabéticas (BRASIL, 2010).

Existem vários tipos de fatores geradores de risco gestacional. Alguns desses fatores podem estar presentes ainda antes da ocorrência da gravidez. Entre esses marcadores e fatores de risco gestacionais há as condições clínicas da gestante preexistentes, como presença de hipertensão arterial e endocrinopatias (principalmente diabetes), além de doenças obstétricas, dentre elas diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia (BRASIL, 2010).

A importância do estudo das gestações de risco decorre do fato de elas relacionarem-se com uma maior morbi-mortalidade materna e perinatal. Uma vez identificadas, algumas condições de risco podem ser tratadas e eliminadas, enquanto outras podem ser controladas, diminuindo seu impacto na gravidez (SILVA; SANTOS; PARADA, 2004).

Diante disso sente-se a necessidade de apontar a importância do profissional farmacêutico no controle desses fatores de risco, já que para o tratamento dessas condições clínicas as gestantes precisam fazer uma terapia medicamentosa. Aliás, o uso de medicamentos na gestação merece especial atenção pelos riscos potenciais ao feto em desenvolvimento. A gravidez é uma ocasião única, dado que a exposição de um afeta dois organismos (CASTRO et al., 2004).

Assim, é também de grande importância destacar que uma terapia medicamentosa sem o acompanhamento de um profissional de saúde e sem uma orientação adequada pode trazer grandes riscos, com surgimento de PRMs e RMNs e até mesmo a falha no controle dos fatores de risco gestacional, sendo o farmacêutico o profissional capacitado para intervir nessas situações promovendo, assim, a saúde da gestante e do feto.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Evolução da Atenção Farmacêutica (ATENFAR)

Ao longo do tempo a profissão farmacêutica sofreu várias transformações. Desde o seu início ela esteve muito interligada à medicina, não havendo uma clara separação entre as duas, o que proporcionava um contato direto do farmacêutico com o paciente (FLANNERY, 2001).

No ano de 1233, no sul da Itália, foi promulgado o Édito de Frederico II da Suábia, que decretava a separação entre o exercício da medicina e o exercício da farmácia, sendo considerado por muitos, a Carta Magna da Farmácia. No século XVII a profissão farmacêutica já tinha um significado preciso: arte e técnica da combinação de substâncias simples para formar compostos, remédios e antídotos. No século XVIII, o farmacêutico era conhecido por boticário e o seu local de trabalho de botica (HADDAD et al., 2006).

Um ponto chave nesse processo de transformações foi o desenvolvimento e a mecanização da indústria farmacêutica, fenômeno que roubou o espaço dos farmacêuticos que, antes, não só eram os proprietários das farmácias, como também atuavam, manipulando e até produzindo princípios ativos. Com a massificação da produção, o farmacêutico passou, então, a ser visto pela sociedade cada vez menos como um profissional de saúde e mais como um mero vendedor de medicamento (MENEZES, 2000).

Na década de 1960, estudantes e professores da Universidade de São Francisco (Estados Unidos da América) insatisfeitos com esta condição, iniciaram uma reflexão, a qual resultou no movimento denominado “Farmácia Clínica”. Esta nova atividade objetivava a aproximação do farmacêutico ao paciente e à equipe de saúde, possibilitando o desenvolvimento de habilidades relacionadas à farmacoterapia (FREITAS; CHAUD; SHUHAMA, 2002)

No entanto em meados da década de 70 alguns autores notaram que a Farmácia Clínica estava restrita ao ambiente hospitalar e voltada principalmente para a análise da farmacoterapia dos pacientes, sendo que o farmacêutico ficava próximo apenas à equipe de saúde, então se empenharam em redefinir o seu papel (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Em 1975, Mikeal e colaboradores, através da publicação de um trabalho que visava nortear e estender a atuação do profissional farmacêutico para as ações de atenção primária em saúde, tendo o medicamento como insumo estratégico e o paciente como foco principal, começaram a construir o conceito de ATENFAR. Nesse trabalho afirmaram que o

farmacêutico deveria prestar a “atenção que dado paciente requer e recebe, com garantias de um uso seguro e racional dos medicamentos” (MIKEAL et al., 1975 apud ARANTES, 2008).

Em 1980, Brodie, Parish e Poston complementaram a definição proposta por Mikel e colaboradores, sugerindo que farmacêutico deveria oferecer e realizar todos os serviços necessários para um tratamento farmacoterapêutico eficaz (BRODIE; PARISH; POSTON, 1980).

Em 1990, Hepler e Strand utilizaram pela primeira vez o termo ATENFAR. Foi colocado pelos autores que ATENFAR é a provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida do paciente. E esses resultados seriam a cura da enfermidade, a redução ou eliminação dos sintomas, a interrupção ou retardamento do avanço de uma enfermidade, e a prevenção de uma nova doença ou de seus sintomas (HEPLER; STRAND, 1999).

E com o objetivo de examinar as responsabilidades do farmacêutico em relação às necessidades de cuidados dos pacientes e da comunidade, a OMS se reuniu em 1993, em Tóquio, sendo o profissional farmacêutico reconhecido como um dispensador de atenção à saúde, que pode participar ativamente na prevenção de enfermidades e na promoção da saúde (OMS, 1993).

Também nessa mesma reunião em 1993, a OMS definiu ATENFAR como:

“É a prática em que o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico, composta pelo conjunto de atitudes, comportamentos, compromissos, preocupações, valores éticos, funções, conhecimentos, competências e habilidades do farmacêutico na prestação de terapia medicamentosa, a fim de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e qualidade de vida dos pacientes”.

Alguns anos depois, em 1999, na Espanha pesquisadores da Universidade de Granada criaram um grupo de investigação em ATENFAR, e desenvolveram um modelo de SFT, denominado Método Dáder. Nesse país também foram realizados consensos para definir conceitos, modelos de acompanhamento e classificar PRMs (PEREIRA; FREITAS, 2008).

E no Brasil o termo ATENFAR foi adotado e oficializado, a partir de discussões lideradas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), OMS, e Ministério da Saúde, no Consenso Brasileiro de ATENFAR, em 2002, onde ficou definido que ATENFAR é:

“Um modelo de prática farmacêutica desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças e na promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando a uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definitivos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde”.

A ATENFAR é uma proposta de prática profissional que recoloca o farmacêutico em contato direto com o paciente com o objetivo de garantir uma melhor qualidade de vida.

2.2. Seguimento Farmacoterapêutico (SFT) e o Método Dáder

De forma geral a ATENFAR engloba todas as atividades assistenciais do farmacêutico orientadas para o doente que utiliza medicamentos. Entre essas atividades está o SFT, uma prática clínica que tem por fim monitorar e avaliar, continuamente, a farmacoterapia do doente com o objetivo de melhorar os resultados em saúde (HERNANDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

O Consenso Brasileiro de ATENFAR define SFT como:

“É um componente da ATENFAR e configura um processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do usuário relacionadas ao medicamento, por meio da detecção, prevenção e resolução de PRMs, de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar resultados definidos, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário”.

É importante que o SFT seja realizado de forma sistemática, ou seja, seguindo normas ou orientações, ordenadas entre si, para que se alcance os resultados desejados: a cura, o controle ou retardamento da enfermidade. Para o seu desenvolvimento é necessário a utilização de procedimentos (métodos), facilmente aplicáveis, em qualquer âmbito assistencial, que definam um modo estruturado e ordenado de atuar, e que, por sua vez, ajudem a focar o trabalho do farmacêutico (IVAMA et al., 2002).

Com esse fim o Método Dáder de Acompanhamento Farmacoterapêutico foi desenvolvido pelo Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada em 1999, sendo hoje utilizado em diversos países, dentre eles o Brasil (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Então o Método Dáder apresenta-se como uma ferramenta útil, permitindo ao farmacêutico seguir normas claras e simples para realizar SFT de forma sistematizada. Ele se baseia na obtenção da história farmacoterapêutica do paciente, isto é, os problemas de saúde que ele apresenta e os medicamentos que utiliza, e na avaliação de seu estado de situação em uma data determinada a fim de identificar e resolver os possíveis PRMs e RMNs apresentados pelo paciente. Após esta identificação, se realizam as intervenções farmacêuticas necessárias para resolvê-los e posteriormente são avaliados os resultados obtidos. A aplicação do SFT utilizando-se o Método Dáder passa por sete etapas: oferta do serviço, entrevistas farmacêuticas, estado de situação, fase de estudo, fase de avaliação, fase de intervenção, e entrevistas sucessivas (HERNANDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

Todo o processo se inicia com a oferta do serviço, que em traços gerais consiste em explicar, de forma clara e concisa, a prestação dos cuidados de saúde que o paciente vai receber: o que é, o que pretende e quais são as suas características principais. O destinatário indiscutível da oferta do serviço é o doente. Este é quem vai receber a assistência e, por isto, é quem deve tomar a decisão de aceitar ou não o serviço que lhe foi oferecido (MACHUCA et al., 2003).

As entrevistas têm por objetivo identificar as necessidades relacionadas à medicação do paciente e obter as informações necessárias para identificar os problemas que se manifestam ou não associados à medicação, bem como obter um bom relacionamento com o paciente em um clima de confiança e cooperação. A primeira entrevista tem a finalidade de obter a informação inicial sobre os problemas de saúde e os medicamentos do usuário, que permita iniciar sua história farmacoterapêutica. Essa entrevista é estruturada em três partes: preocupações e problemas de saúde, medicamentos e revisão (CALLES et al., 2002).

Após a obtenção de informações da história farmacoterapêutica do doente constrói-se o estado de situação, que mostra, resumidamente, a relação entre os seus problemas de saúde e os medicamentos utilizados. E em geral, o estado de situação elabora-se com os seguintes fins: avaliar a sua farmacoterapia, visualizar o panorama global do seu estado de saúde, expor o caso numa sessão clínica (HERNANDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

Em seguida vem a fase de estudo que tem por objetivo obter informações necessárias dos problemas de saúde e dos medicamentos registrados no estado de situação, para sua

posterior avaliação. Essa etapa tem de aportar informações que permitam: avaliar criticamente a necessidade, a efetividade e a segurança da medicação que o doente utiliza numa determinada data, e identificar RMNs relacionados (fase de avaliação); desenhar um plano de atuação com o doente, e promover a tomada de decisões clínicas (fase de intervenção) (MACHUCA et al., 2003).

O plano de atuação é um programa de trabalho continuado no tempo, desenhado em conjunto com o doente, sendo registradas as diferentes intervenções farmacêuticas que são aplicadas para melhorar ou preservar o seu estado de saúde. É importante “negociar”, educar e informar o paciente o caminho mais adequado, evitando sempre termos técnicos, frases curtas e de emoção que possam resultar no não entendimento do doente, já que sua participação no desenho do plano de atuação é imprescindível (CALLES et al., 2002).

2.3. Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRMs) e Resultados Negativos Associados ao Medicamento (RNMs)

O conceito de PRM começou a ser formulado por Hepler e Strand em 1990, que colocaram que um PRM “é um evento ou circunstância que envolve terapia medicamentosa que realmente ou potencialmente interfere com a experiência do paciente de obter os melhores resultados nos cuidados de saúde”, identificando oito categorias.

No entanto quando vários autores utilizaram essa classificação proposta por Hepler e Strand observou-se que não se produzia resultados homogêneos. Então, em Dezembro de 1998, um grupo de farmacêuticos reuniu-se em Granada (Espanha) para chegar a um acordo sobre alguns conceitos e estabelecer critérios comuns de interpretação para os PRMs. E diferentes interpretações da definição original levaram a que o conceito fosse revisto novamente no ano de 2002, no Segundo Consenso de Granada, onde finalmente ficou definido como “problemas de saúde, entendidos como resultados clínicos negativos, devidos à farmacoterapia que, provocados por diversas causas, conduzem ao não alcance do objetivo terapêutico ou ao aparecimento de efeitos não desejados” (SANTOS et al., 2004).

Assim, o PRM foi colocado como uma variável de resultado clínico, uma falha do tratamento farmacológico que conduz ao aparecimento de um problema de saúde, a um mau controle da doença ou a algum efeito indesejado. Os PRMs foram divididos em três tipos: os relacionados com a necessidade de medicamentos por parte do paciente, com sua efetividade ou segurança. Foram distribuídos de acordo com essas categorias e classificados com numeração de 1 a 6 (**Quadro 1**) (MACHUCA et al., 2003).

Quadro 1: Classificação de PRM do Segundo Consenso de Granada.

<p>NECESSIDADE</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ PRM 1 – O doente tem um problema de saúde por não utilizar a medicação que necessita ❖ PRM 2 – O doente tem um problema de saúde por utilizar um medicamento que não necessita <p>EFETIVIDADE</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ PRM 3 – O doente tem um problema de saúde por uma inefetividade não quantitativa da medicação ❖ PRM 4 – O doente tem um problema de saúde por uma inefetividade quantitativa da medicação <p>SEGURANÇA</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ PRM 5 – O doente tem um problema de saúde por uma insegurança não quantitativa de um medicamento ❖ PRM 6 – O doente tem um problema de saúde por uma insegurança quantitativa de um medicamento

Fonte: Segundo Consenso de Granada, 2002.

No entanto, após a colocação dessa definição surgiram novas discussões que levaram a realização de um novo consenso, o Terceiro Consenso de Granada sobre PRM e RMN, que coloca novas definições e classificações para esses dois termos.

De acordo com o Segundo Consenso de Granada ao se discutir sobre PRM como “...resultados..., devidos à farmacoterapia...”, entende-se que estes eram uma consequência (mudança no estado de saúde) do uso (ou desuso) dos medicamentos, que, neste caso, constituiriam a intervenção em saúde. Por isto, os PRMs não deviam ser confundidos com os problemas que podem aparecer ou produzir-se durante o processo de uso dos medicamentos, que, em todo o caso, poderiam ser as causas dos PRM (HERNANDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

Isso estava causando problemas na utilização do termo PRM, onde autores misturavam o processo (causas) com o resultado. Então com o objetivo de facilitar, o Terceiro Consenso de Granada definiu PRMs como aqueles parâmetros circunstanciais (**Quadro 2**) que causam ou podem causar o aparecimento de um RNM (**Quadro 3**). Os RNMs foram definidos como

problemas de saúde, mudanças não desejadas no estado de saúde do paciente atribuíveis ao uso (ou desuso) dos medicamentos (HERNANDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

Quadro 2: Principais problemas relacionados com medicamentos (PRMs).

- Administração errônea do medicamento;
- Características pessoais;
- Conservação inadequada e/ou contra indicação;
- Dose, pauta, duração inadequada e/ou duplicidade;
- Erros de dispensação;
- Não adesão e/ ou Interações;
- Outros problemas de saúde que afetam o tratamento;
- Probabilidade de efeitos adversos;
- Problema de saúde insuficientemente tratado;
- Outros;

Fonte: HERNANDEZ, CASTRO, DÁDER, 2007.

Quadro 3: Classificação dos resultados negativos associados ao medicamento (RNMs).

NECESSIDADE

- ❖ **Problema de saúde não tratado:** O paciente sofre um problema de saúde associado ao fato de não receber um medicamento que necessita.
- ❖ **Efeito do medicamento não necessário:** O paciente sofre um problema de saúde associado ao fato de receber um medicamento que não necessita.

EFETIVIDADE

- ❖ **Inefetividade não quantitativa:** O paciente sofre um problema de saúde associado a uma inefetividade não quantitativa do medicamento.
- ❖ **Inefetividade quantitativa:** O paciente sofre um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa do medicamento.

SEGURANÇA

- ❖ **Insegurança não quantitativa:** O paciente sofre um problema de saúde associado a uma insegurança não quantitativa de um medicamento.
- ❖ **Insegurança quantitativa:** O paciente sofre um problema de saúde associado a uma insegurança quantitativa de um medicamento.

Fonte: Terceiro Consenso de Granada, 2007.

Observa-se que desapareceram os números que associavam a cada tipo de PRM, e que a classificação dos RNMs é semelhante à estabelecida para os PRMs no Segundo Consenso de Granada, considerando três premissas que a farmacoterapia utilizada pelos doentes deve cumprir: necessária (deve existir um problema de saúde que justifique o seu uso), efetiva (deve atingir os objetivos terapêuticos planejados) e segura (não deve produzir nem agravar outros problemas de saúde). E a partir dessas definições compreende-se que o SFT procura resolver e prevenir a manifestação de RNMs no doente. Estes poderão ser detectados, pois existem variáveis clínicas que permitem confirmar a sua presença (sintoma, sinal, evento clínico, medidas metabólicas ou fisiológicas, morte). E em casos em que não se possa confirmar a presença do RNM, poderá se identificar a situação de risco (PRM ou outras causas) que aumenta a probabilidade do RNM aparecer ou se manifestar (HERNANDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

2.4. O papel do profissional farmacêutico

A filosofia da ATENFAR prevê uma prática centrada no paciente, que busque atender a necessidade social de controlar a morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos. Dessa forma, o núcleo fundamental dessa prática é uma estreita relação entre o farmacêutico e o paciente, que trabalham juntos para prevenir, identificar e resolver os problemas derivados do tratamento medicamentoso (PEREIRA, FREITAS, 2008).

O farmacêutico possui uma formação sólida em medicamentos e é o profissional de saúde com maior conhecimento sobre os medicamentos e seus efeitos no organismo humano. Estas características o torna tecnicamente preparado para desempenhar as atividades da ATENFAR (ARANTES, 2008).

Para o desenvolvimento do SFT, o farmacêutico tem que assumir a responsabilidade pelas necessidades que os doentes têm em relação aos seus medicamentos. Portanto, não se trata de uma simples aplicação de conhecimentos técnicos, mas sim do farmacêutico ser capaz de utilizá-los e aplicá-los para avaliar e intervir em cada situação (HERNANDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

O farmacêutico com a aplicação da ATENFAR torna-se uma peça fundamental no serviço de saúde, já que muitas vezes ele se torna o último elo entre o paciente e o medicamento, assim, é a última oportunidade de garantir uma terapia medicamentosa completa e sem erros, além de contribuir na redução de gastos públicos derivados da má utilização de medicamentos (ARANTES, 2008; PEREIRA, FREITAS, 2008).

E para alcançar esses objetivos o farmacêutico deve cooperar e colaborar com o doente por tempo indeterminado, firmando assim um compromisso. Para isto, o farmacêutico tem de se envolver, não apenas, na prevenção ou resolução dos RNMs quando estes surgem, mas também, no tratamento integral dos problemas de saúde do doente, desenvolver ações educativas, monitorizar os tratamentos e os seus efeitos ou, em geral, realizar qualquer atividade que permita otimizar o cuidado dos problemas de saúde e obter o maior benefício possível da farmacoterapia que o doente utiliza (HERNANDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

Para Hepler e Strand a prática da ATENFAR é muito mais que uma prática do farmacêutico, é o alcance da maturidade profissional, a travessia da fronteira para o estágio de atendimento ao paciente, que está muito relacionada com a maturidade pessoal (HEPLER; STRAND, 1999).

2.5. Paciente gestante

Como toda a população, a gestante está sujeita a intercorrências de saúde que impõem o uso de medicamentos. A gestação compreende situação única, na qual a exposição à determinada droga envolve dois organismos (GOMES et al., 1999).

O uso de fármacos na gestação é um evento freqüente. A amplitude do consumo se relaciona a vários fatores, tais como o surgimento de manifestações clínicas próprias da gravidez, o hábito da prescrição medicamentosa, a disponibilidade de recursos médicos oferecidos à comunidade, a prática da automedicação e outros fatores sócio-culturais e econômicos. Todos são aspectos que mostram a necessidade de uma apropriada seleção do medicamento para evitar riscos colaterais indesejáveis às gestantes e efeitos adversos ao feto ou recém-nascido (FUCHS; WANNMACHER 1992; GEIB et al., 2007).

Além disso, há aquelas situações que trazem riscos tanto para a mãe como para o feto, que caracterizam as gestações de risco. Gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”. (CALDEYRO-BARCIA, 1973).

Existem vários tipos de fatores geradores de risco gestacional. Alguns desses fatores podem estar presentes ainda antes da ocorrência da gravidez (**Quadro 4**), além daqueles que podem surgir no decorrer da gestação (**Quadro 5**) (BRASIL, 2010). Dentre esses fatores estão a hipertensão arterial e a diabetes.

Quadro 4: Marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação.

1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:

- ❖ Idade maior que 35 anos;
- ❖ Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos;
- ❖ Altura menor que 1,45m;
- ❖ Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30);
- ❖ Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos;
- ❖ Situação conjugal insegura;
- ❖ Conflitos familiares;
- ❖ Baixa escolaridade;
- ❖ Condições ambientais desfavoráveis;
- ❖ Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- ❖ Hábitos de vida – fumo e álcool;
- ❖ Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.

2. História reprodutiva anterior:

- ❖ Abortamento habitual;
- ❖ Morte perinatal explicada e inexplicada;
- ❖ História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado;
- ❖ Parto pré-termo anterior;
- ❖ Esterilidade/infertilidade;
- ❖ Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- ❖ Nuliparidade e grande multiparidade;
- ❖ Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
- ❖ Diabetes gestacional;
- ❖ Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).

3. Condições clínicas preexistentes:

- ❖ Hipertensão arterial e cardiopatias;
- ❖ Pneumopatias;
- ❖ Nefropatias;
- ❖ Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias) e hemopatias;
- ❖ Epilepsia;
- ❖ Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local) e autoimunes;
- ❖ Ginecopatias;
- ❖ Neoplasias.

Segundo BRASIL 2010, a morbimortalidade materna e perinatal continuam ainda muito elevadas no Brasil, e sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são preveníveis, mas para isso é necessária a participação ativa do sistema de saúde.

Quadro 5: Fatores de risco referente a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação.

1. Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.

2. Doença obstétrica na gravidez atual:

- ❖ Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- ❖ Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- ❖ Ganho ponderal inadequado;
- ❖ Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- ❖ Diabetes gestacional;
- ❖ Amniorrexe prematura;
- ❖ Hemorragias da gestação;
- ❖ Insuficiência istmo-cervical;
- ❖ Aloimunização;
- ❖ Óbito fetal.

3. Intercorrências clínicas:

- ❖ Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.);
- ❖ Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

Fonte: BRASIL, 2010.

A assistência pré-natal pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar, a depender do problema encontrado, de maneira a impedir um resultado desfavorável. A ausência de controle pré-natal, por si mesma, pode incrementar o risco para a gestante ou o recém-nascido (BRASIL, 2010).

Dessa forma o profissional farmacêutico pode estar inserido nessa equipe de saúde que presta acompanhamento pré-natal, já que a ATENFAR propõe ações que vão muito além do que apenas acompanhar a farmacoterapia do paciente, mas que buscam a sua saúde e qualidade de vida.

2.6. Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na gestação

O diabetes mellitus corresponde a um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, resultante de defeito na secreção de insulina, na sua ação ou em ambos. Vários processos patogênicos estão envolvidos no desenvolvimento do diabetes, desde a destruição auto-imune das células pancreáticas até anormalidades que resultam em resistência à ação da insulina. A base fisiopatológica das anomalias no metabolismo de carboidratos, gorduras e proteínas no diabete é a ação deficiente da insulina nos tecidos alvo, resultante da secreção inadequada e/ou diminuição da resposta dos tecidos à insulina (SCHMIDT; REICHELT, 1999).

De forma geral o diabetes é classificado de acordo com o tipo de doença (**Quadro 6**).

Quadro 6: Classificação etiológica do diabetes na gestação.

<p>I. Diabetes tipo 1 - destruição das células β / deficiência absoluta de insulina</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Imunológica ❖ Idiopática <p>II. Diabetes tipo 2 - resistência à insulina / deficiência relativa de insulina (predominantemente, defeito na secreção)</p> <p>III. Outros tipos específicos -</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ A - Defeitos Genéticos na função células β ❖ B - Defeitos genéticos na ação da insulina ❖ C - Doenças do pâncreas exócrino ❖ D - Endocrinopatias ❖ E - Indução química / drogas ❖ F - Infecções ❖ G - Formas incomuns / imunológicas ❖ H - Outras síndromes genéticas, eventualmente associadas ao diabetes <p>IV. Diabetes gestacional (GDM)</p>

Fonte: RUDGE; VASCONCELLOS, 2004.

O diabetes gestacional é definido como a “intolerância aos carboidratos, de graus variados de intensidade, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto” (BRASIL, 2010).

A HAS na gestação é caracterizada pela média de duas medidas igual ou superior a 140/90mmHg, sendo classificada da seguinte maneira: pré-eclâmpsia leve e grave/eclâmpsia, hipertensão crônica de qualquer etiologia, pré-eclâmpsia/eclâmpsia superposta à hipertensão crônica, e hipertensão gestacional transitória ou crônica (RUDGE; VASCONCELLOS, 2004).

A pré-eclâmpsia é o desenvolvimento de hipertensão, com proteinúria (excreção de 0,3g de proteínas ou mais em urina de 24 horas, ou 1+ ou mais na fita em duas ocasiões, em uma determinação de amostra única sem evidência de infecção.) significante e/ou edema de mãos e face. Ocorre após a 20ª semana de gravidez, ou anteriormente a esse período (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

A eclâmpsia é o aparecimento de convulsões numa paciente com pré-eclâmpsia. Devem ser excluídas epilepsia e outras doenças convulsivas. A hipertensão crônica é a presença de hipertensão persistente anterior à gravidez ou à 20ª semana de gestação, e que se mantém após o puerpério. E a pré-eclâmpsia ou eclâmpsia superposta à hipertensão crônica é o aparecimento de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia numa mulher com antecedentes de hipertensão crônica ou doença renal (PASCOAL, 2002).

A diabetes materna pode acarretar uma série de intercorrências fetais, como: maior frequência de aborto decorrente de alterações circulatórias e bioquímicas do endométrio; supercrescimento fetal, considerando-se o peso ao nascimento de 4.000g ou mais, sendo a incidência entre 15 a 25% no RN de mãe diabética, enquanto que o RN de mãe não diabética é de mais ou menos 3%; a ocorrência de malformações congênitas do sistema nervoso central, do aparelho urinário, cardiovascular e do esqueleto; maior morbidade neonatal com intercorrências graves como: hipoglicemia, icterícias, doença da membrana hialina, policitemia, e hipocalcemia; e a natimortalidade aumentada (GASPAR; NASCIMENTO, 2004).

E no caso de síndromes hipertensivas algumas das conseqüências que podem atingir o feto são: restrição grave do crescimento fetal, hipóxia, descolamento prematuro da placenta e prematuridade (BRASIL, 2010).

Essas duas patologias quando não diagnosticadas ou acompanhadas na gestação representam graves riscos à mãe e ao feto, podendo resultar na morte de ambos. E, geralmente, para o controle dos níveis glicêmicos e da pressão arterial as gestantes utilizam uma terapia farmacológica (BRASIL, 2010; RUDGE; VASCONCELLOS, 2004), e nesse ponto o profissional farmacêutico pode ser inserido para auxiliar no controle desses parâmetros e no desenvolvimento seguro da gestação.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. Tipo de estudo

As entrevistas foram realizadas segundo a metodologia descrita por CIPOLLE *et al.* (2000). Os dados foram coletados por meio da realização de um estudo do tipo exploratório descritivo em abordagem quantitativa, com emprego da técnica de observação direta e do Método Dáder, por meio da análise prospectiva das fichas dos atendimentos realizados as gestantes atendidas no serviço de pré-natal do Instituto de Perinatologia Social ligado à Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí, durante o período de Dezembro de 2010 a Julho de 2011.

O estudo foi dividido em duas etapas, a primeira foi o delineamento do perfil sócio demográfico e farmacológico das gestantes atendidas e a segunda etapa foi o desenvolvimento do SFT com uma gestante de alto risco hipertensa e diabética.

3.2. Local e amostra do estudo

O trabalho foi realizado no Instituto de Perinatologia Social ligado à Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí. Ambulatório público que presta assistência nos serviços de pré-natal de baixo e alto risco, onde mães e bebês recebem atendimento psicológico, nutricional e odontológico, e orientação para planejamento familiar, além de exames laboratoriais, orientação para mudança de hábito de vida para a gravidez e para o período após a gravidez, incentivo ao aleitamento materno e um posto permanente de vacinação para grávidas e a população em geral, serviço de ultra-sonografia e serviço de prevenção do câncer ginecológico.

Para o levantamento do perfil sócio-demográfico foram entrevistadas sessenta e duas (62) gestantes que faziam o pré-natal no Instituto de Perinatologia Social em Teresina, Piauí. Os critérios de inclusão foram: gestantes que faziam o pré-natal no Instituto de Perinatologia Social, que aceitaram participar de forma voluntária e que faziam uso de pelo menos um medicamento. Os critérios de exclusão foram: gestantes que tem dificuldade em ler e com dificuldade para responder ao questionário.

Após essa etapa de entrevistas, partiu-se para o desenvolvimento do SFT, e a amostra que foi acompanhada era constituída por uma (1) gestante. Os critérios de inclusão foram: gestantes que faziam o pré-natal no Instituto de Perinatologia Social, que apresentavam

gestação de risco, fossem diagnosticadas com diabetes e HAS, que aceitaram participar de forma voluntária e que faziam uso de pelo menos um medicamento. Os critérios de exclusão foram: gestantes que tem dificuldade em ler e com dificuldade para responder ao questionário. Não houve exclusão em relação às características sócio demográficas das gestantes.

3.3. Coleta de dados

A coleta foi realizada durante o período de Dezembro de 2010 a Julho de 2011, tendo por base as fichas preenchidas durante as entrevistas e os prontuários das pacientes. A coleta dos dados das gestantes foi realizada por um acadêmico do Curso de Farmácia da Universidade Federal do Piauí, treinado e sob supervisão. Os registros dos dados foram feitos em formulários próprios específicos (**Apêndice I**) para o estudo por meio de entrevista direta durante 20 minutos antes das consultas ambulatoriais de pré-natal com as gestantes para se obter as seguintes variáveis: idade, estado civil, escolaridade, principais problemas de saúde, hipóteses diagnósticas, interações medicamentosas, reações adversas a medicamentos, problemas relacionados ao medicamento (PRMs), resultados negativos associados ao medicamento (RNMs), medicamentos prescritos e os utilizados durante a prática da automedicação.

Além dos critérios de diagnóstico, ao se analisar os resultados, foi importante considerar as seguintes variáveis:

- a) **Busca ativa dos casos** – que foi realizada através de entrevista direta e pessoal da amostra do estudo.
- b) **Composição da amostra** – que obedeceu à estrutura da população quanto a idade, estado sócio demográfico, situação conjugal e inserção ocupacional.
- c) **Outras variáveis** – quanto ao tipo de questionário empregado, a formação dos entrevistadores, a aceitação do estudo pela população e horário da coleta.

3.4. Sujeitos

No tocante à entrevista farmacêutica, como critério de exclusão foi considerado a dificuldade das gestantes em responder a ficha do seguimento farmacoterapêutico. Portanto, no total, foram entrevistados 62 gestantes, e para o SFT 01 gestante para iniciar o estudo por meio da coleta de dados para subsidiar o acompanhamento farmacoterapêutico e a implantação da ATENFAR.

3.5. Limitação do trabalho

O desenvolvimento do estudo teve como principal dificuldade o fato de que após o parto as gestantes não recebem mais acompanhamento ambulatorial no Instituto de Perinatologia Social, sendo então necessário marcar visitas domiciliares para que o SFT não fosse interrompido, e o estudo pudesse ter prosseguimento.

3.6. Análise dos dados

Publicações regulares de periódicos nacionais e internacionais, livros citados na bibliografia foram utilizados como fonte de informação técnica. Os dados coletados foram tratados por meio do programa Excel, o que possibilitou a criação de figuras, planilhas, tabelas, dentre outros, contendo a frequência de utilização de cada classe de medicamento, de patologias, quantidade de PRMs e RNMs encontrados após a entrevista e análise dos prontuários dos sujeitos.

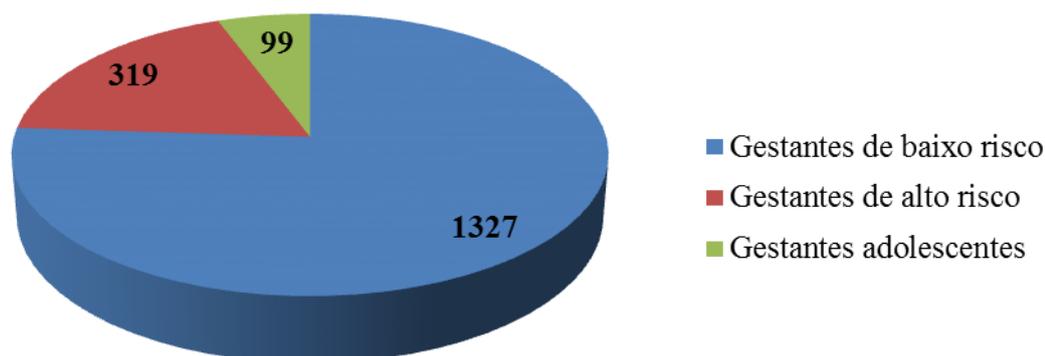
3.7. Questões de ética

O projeto (PROCESSO.: 2476/10) foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade Dona Evangelina Rosa (**Anexo I**), durante a execução dos estudos foi respeitado todos os direitos das gestantes. Todas as gestantes convidadas a participar foram esclarecidas quanto ao objetivo da entrevista e do acompanhamento farmacoterapêutico e quando aceitaram participar de forma voluntária assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE) (**Anexo II**). Não houve identificação nominal, nem risco moral para os pacientes, por se tratar apenas de dados farmacoepidemiológicos estatísticos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Perfil sócio demográfico das gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social no município de Teresina, Piauí.

O Instituto de Perinatologia Social ligado à Maternidade Dona Evangelina Rosa, segundo dados do Governo do Estado do Piauí, no ano de 2010 realizou mil setecentos e quarenta e cinco (1.745) consultas de pré-natal, sendo estas divididas em mil trezentas e vinte e sete (1.327) consultas a gestantes de baixo risco, trezentas e dezenove (319) consultas a gestantes de alto risco e noventa e nove (99) consultas a gestantes adolescentes (**Figura 1**).



Fonte: Governo do Estado do Piauí, 2010

Figura 1: Distribuição das consultas de pré-natal, de acordo com o grau de risco gestacional, realizadas em 2010 no Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.

Com relação ao perfil sócio demográfico das gestantes, exposto na Tabela 1, observou-se que a faixa etária se distribui da seguinte forma: entre 17 e 20 anos houve 8 casos (13%), entre 21 e 30 anos foram 26 casos (42%), entre 31 e 40 anos foram 24 casos (38%), e 4 (7%) gestantes tinham entre 41 e 46 anos. Quanto à escolaridade apenas 1 (1%) era analfabeta, 17 (27%) tinham o ensino fundamental incompleto, 6 (9%) tinham o ensino

fundamental completo, 11 (18%) relataram ter o ensino médio incompleto, 22 (35%) tinham o ensino médio completo, 3 (5%) o ensino superior incompleto, e 2 (3%) o ensino superior completo. Quanto à procedência das gestantes, 43 (69%) delas eram de Teresina, enquanto que 19 (31%) residiam no interior. E quando questionadas se moravam sozinhas, 61 (99%) responderam que não e apenas 1 (1%) respondeu que sim.

Tabela 1: Perfil sócio demográfico das gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.

Perfil sócio demográfico	Gestantes	
	n	(%)
Faixa etária		
17-20	8	13
21-30	26	42
31-40	24	38
41-46	4	7
Procedência		
Teresina	43	69
Interior	19	31
Escolaridade		
Analfabeta	1	1
Fundamental incompleto	17	27
Fundamental completo	6	9
Médio incompleto	11	18
Médio completo	22	35
Superior incompleto	3	5
Superior completo	2	3
Convívio social e familiar		
Sim	61	99
Não	1	1

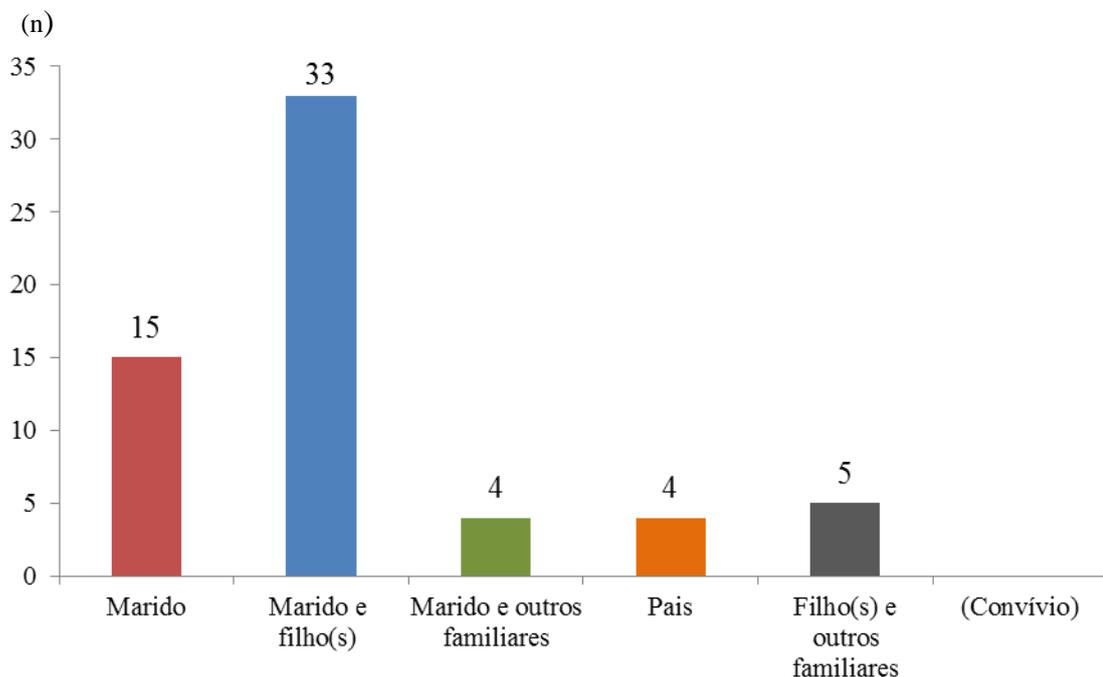
Fonte: Instituto de Perinatologia Social – Teresina, Piauí. 2010/2011

Os dados referentes à faixa etária das gestantes corroboram com os encontrados na literatura (CARMO, 2006; SILVA; PELLOSO, 2009; TENFEN, 2009;), importante uma vez

que as idades entre 20 e 35 anos são as mais adequadas para o parto, do ponto de vista obstétrico (CARMO, 2006).

A pesquisa do grau de escolaridade da população investigada mostrou que as entrevistadas, na sua maioria, havia estudado até o ensino médio, uma situação melhor do que a encontrada por SPINDOLA e colaboradores (2005), que demonstraram que a maioria das gestantes havia estudado até o ensino fundamental, ponto que pode ser visto como um indicador de condição social, além de essa baixa escolaridade também ser um marcador de risco gestacional, assim como, a situação conjugal insegura e conflitos familiares (BRASIL, 2010), refletindo a investigação sobre o convívio social e familiar dessas gestantes.

Com relação a esse ponto foi observado que apenas uma gestante morava sozinha e a grande maioria residia com algum familiar. Estas quando perguntadas com quem moravam, 15 (24%) disseram morar com o marido, 33 (54%) com o marido e filho(s), 4 (7%) moravam com o marido e outros familiares, enquanto que 9 (15%) relataram que moravam com outros familiares sem ser o companheiro (**Figura 2**), o que mostra que a maior parte das gestantes tinha uma situação conjugal estável, dados que estão de acordo com CARMO (2006).



Fonte: Instituto de Perinatologia Social – Teresina, Piauí. 2010/2011

Figura 2: Com quem convivem as gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.

Quanto à procedência das gestantes, o predomínio é de grávidas que residem em Teresina, achado que encontra-se em concordância com um estudo de TENFEN (2009), desenvolvido no município de Dourados, Mato Grosso do Sul, que demonstra que a maior parte da população atendida pelo serviço de pré-natal era oriunda da própria cidade.

4.2. Avaliação qualitativa e quantitativa das gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social no município de Teresina, Piauí.

A Tabela 2 mostra os hábitos de vida das gestantes relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas, ao tabagismo e à realização de atividade física. Observa-se que 11% relataram a prática do etilismo, 3% disseram que fumavam, e 79% das entrevistadas falaram que não realizavam atividade física. Dados da literatura mostram que o número de mulheres grávidas que fazem uso de algum tipo de bebida alcoólica no período gestacional varia de 9 a 40% (PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005; FIORENTIN; VARGAS, 2006; MORAES; REICHENHEIM, 2007).

Tabela 2: Hábitos de vida das gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.

Hábitos de vida	Gestantes	
	n	(%)
Etilismo		
Sim	7	11
Não	55	89
Tabagismo		
Sim	2	3
Não	60	97
Prática de exercício físico		
Sim	13	21
Não	49	79

Fonte: Instituto de Perinatologia Social – Teresina, Piauí. 2010/2011

A frequência de gestantes que relataram ser tabagista apresentou-se bem abaixo dos valores encontrados em outros estudos, que variavam entre 17 a 45% (KROEFF et al.; 2004; SILVA et al.; 2009; BRUM et al.; 2011).

A prática do etilismo e do tabagismo por gestantes é de grande preocupação devido às conseqüências que podem trazer ao feto. Os dois podem afetar o crescimento fetal devido a vários fatores, a nicotina, por exemplo, além de ser inibidor do apetite pode causar vasoconstrição uterina, e o álcool, além de ser teratogênico, pode causar hipóxia fetal e a incorporação diminuída de aminoácidos em proteínas (CARMO, 2006).

E com relação à realização de exercícios físicos a prevalência de gestantes que realizavam alguma prática física está em correlação com o que foi encontrado por BARROS e colaboradores (2006), que em sua investigação encontraram 13,2% de entrevistadas que realizavam atividade física.

Quanto ao perfil farmacológico, a prevalência do uso de pelo menos um medicamento na gravidez foi de 99%, número que corresponde com os estudos de GOMES e colaboradores (1999) e de FONSECA e colaboradores (2002) que encontraram que 97,6 e 94,6%, respectivamente, das gestantes utilizaram ao menos um fármaco durante a gravidez. Ao total foi relatado o uso de 135 medicamentos, dos quais 88%, ou seja, 119 deles foram prescritos por médico. Apenas 12% foram utilizados por automedicação.

Das gestantes que tinham feito uso de medicamentos por meio de prescrição médica foi vista a freqüência de consumo das seguintes classes de medicamentos (**Tabela 3**): vitaminas e antianêmicos (61,4%), anti-hipertensivos (14,3%), antiespasmóticos (8,4%), analgésicos e anti-inflamatórios (3,4%), hormônios (3,4%), antiemético (1,7%), antidiabético oral (1,7%), antiácido (1,7%), diurético (0,8%), vaginal (0,8%), antibiótico (0,8%), anti-histamínico (0,8%) e bloqueadores dos canais de cálcio (0,8%).

Como a quase totalidade dos medicamentos utilizados pelas gestantes foi prescrita por médicos e em contexto de atenção primária à saúde, os números achados refletem a prática prescritiva para gestantes nesse nível de atenção à saúde, como analisado por GOMES e colaboradores (1999), que em seu estudo observaram que a assistência pré-natal facilitou o acesso aos medicamentos, uma vez que as pacientes receberam os medicamentos gratuitamente na farmácia das unidades.

Os números mostram a grande quantidade de vitaminas e antianêmicos prescritos às gestantes, principalmente os sais de ferro (38%), seguido do ácido fólico (30%), das vitaminas (21%) e das associações (11%), uma prática médica rotineira, que pode ser visualizada em vários estudos (GOMES et al., 1999; FONSECA; FONSECA; MENDES, 2002; SILVA et al., 2009). Um estudo realizado por MENGUE e colaboradores (2001) em seis cidades de diferentes regiões do Brasil, mostra que há uma variação com relação à prevalência do uso desses medicamentos de cidade para cidade e essas diferenças seriam reflexo das

características dos serviços de atenção à saúde, dos problemas de saúde pública e das diferenças culturais entre os locais estudados.

Tabela 3: Prevalência do uso de medicamentos durante a gestação, segundo a classe dos medicamentos prescritos, pelas gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.

Classe de medicamentos	Prevalência	
	n	(%)
Vitaminas e Antianêmicos	73	61,4
Anti-hipertensivos	17	14,3
Antiespasmóticos	10	8,4
Analgésicos e Antiinflamatórios	4	3,4
Hormônios	4	3,4
Antiemético	2	1,7
Antidiabético oral	2	1,7
Antiácido	2	1,7
Diurético	1	0,8
Vaginal	1	0,8
Antibiótico	1	0,8
Anti-histamínico	1	0,8
Bloqueadores dos canais de cálcio	1	0,8
TOTAL	119	100

Fonte: Instituto de Perinatologia Social – Teresina, Piauí. 2010/2011

MENGUE e colaboradores (2001) em seu estudo também ressaltaram que as evidências que sustentam esta conduta são fracas e os benefícios do tratamento não são claramente definidos, e que suplementação de ferro deveria ser restrita àquelas gestantes que, comprovadamente, apresentassem deficiência de ferro.

No estudo realizado por CARMO e NITRINI (2004) é evidenciado que nas prescrições analisadas 94,8% dos medicamentos com ferro estavam em concentrações acima da dose recomendada, embora ainda dentro da faixa terapêutica (180 mg/dia). Esta informação é importante porque se sabe que os efeitos adversos do ferro oral são geralmente dose-dependente e a dose tóxica é muito próxima da dose terapêutica. Estes dados sugerem

um uso inadequado dos suplementos de ferro, sujeitando as gestantes e seus fetos aos efeitos adversos muitas vezes desnecessários.

No entanto, a prescrição de suplementos a base de ferro, é uma recomendação da OMS de que devido às altas taxas de anemia nos países de terceiro mundo, deve-se ministrar esses medicamentos a todas as mulheres nos últimos quatro a cinco meses de gravidez, além do fato de que os custos envolvidos no diagnóstico e no acompanhamento da avaliação sérica dos tratamentos com sais de ferro são maiores que os gastos com a sua suplementação (CARMO; NITRINI, 2004; SILVA et al., 2009).

Analisando-se os dados encontrados observa-se que a prevalência de utilização de anti-hipertensivos pelas gestantes encontra-se superior ao registrado pela literatura (GOMES et al., 1999), o que pode estar correlacionado com o fato de que durante a pesquisa foi encontrada uma alta prevalência de gestantes que apresentavam hipertensão. Como pode ser observado na Tabela 4, a principal doença associada à gravidez das entrevistadas foi a HAS (39%), em seguida vem a diabetes (3%), a HAS associada à diabetes (3%), asma (3%), anemia (3%), arritmia cardíaca (1%), hipotireoidismo (1%), epilepsia (1%) e hipercolesterolemia (1%).

Tabela 4: Principais doenças associadas à gravidez das gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.

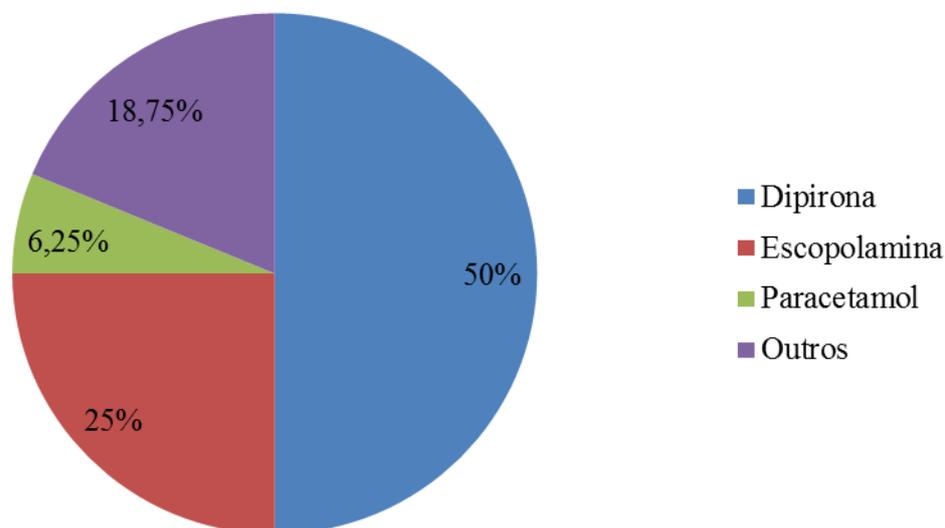
Principais doenças associadas à gravidez	Gestantes	
	n	(%)
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	24	39
Diabetes	2	3
HAS e Diabetes	2	3
Asma	2	3
Anemia	2	3
Arritmia cardíaca	1	1
Hipotireoidismo	1	1
Epilepsia	1	1
Hipercolesterolemia	1	1

Fonte: Instituto de Perinatologia Social – Teresina, Piauí. 2010/2011

SILVA e colaboradores (2009) relataram que em seu estudo 40% das grávidas tinham HAS, que concorda com os números encontrados, no entanto no trabalho de TENFEN (2009) esse número foi bem menor, apenas 2,9%.

A alta prevalência de pacientes hipertensas pode estar ligada ao fato de que o Instituto de Perinatologia Social está centralizando todos os atendimentos de pré-natal de gestantes de alto risco de Teresina.

Com relação à automedicação 26% das gestantes declararam fazer uso de medicamentos não prescrito pelo médico, sendo que os mais utilizados foram dipirona (50%), escopolamina (25%), paracetamol (6,25%) e outros (18,75%) (**Figura 3**). Nota-se a elevada utilização de antiinflamatórios pelas pacientes sem orientação médica, principalmente a dipirona. Na investigação realizada por MENGUE e colaboradores (2001) foi encontrado que $\frac{1}{4}$ das gestantes utilizaram antiinflamatórios, sendo a dipirona (43%) a mais freqüente, seguido do ácido acetilsalicílico e do paracetamol.



Fonte: Instituto de Perinatologia Social – Teresina, Piauí. 2010/2011

Figura 3: Principais medicamentos utilizados sem prescrição médica pelas gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.

As pesquisas desenvolvidas por SILVA e colaboradores (2009) e BRUM e colaboradores (2011) mostraram os antiinflamatórios como os medicamentos com maior

prevalência entre as gestantes que relataram automedicar-se, no entanto, em ambos os estudos o paracetamol foi o mais utilizado. Dados importantes devido ao fato de que a literatura sugere que o paracetamol seja o analgésico de primeira escolha para uso durante a gravidez e que há restrições específicas para a utilização da dipirona e outros medicamentos, como ácido acetilsalicílico. A dipirona tem o potencial de produzir agranulocitose, e uso regular de ácido acetilsalicílico em grandes doses tem sido associado ao baixo peso ao nascer, bem como o prolongamento da gestação e o sangramento intraparto em mães que utilizam esse fármaco no final da gravidez (FONSECA; FONSECA; MENDES, 2002; SILVA et al.; 2009).

E quanto ao uso de plantas medicinais 40% das gestantes relataram fazer uso terapêutico de plantas, destacando-se o uso de erva cidreira (*Melissa officinalis L.*) (46%), erva doce (*Foeniculum vulgare Miller*) (18%), capim-santo (*Cymbopogon citratus (DC) Stapf*) (12%) e camomila (*Matricaria recutita L.*) (9%), além de serem citados hortelã (*Mentha s.p.*), boldo (*Coleus barbatus Benth*), mate (*Ilex paraguariensis St.Hill*) e trevo (*Trifolium repens L.*) (**Tabela 5**). Um estudo realizado por GOULART e colaboradores (2004) relataram que 58% das gestantes que participaram da pesquisa utilizavam plantas medicinais, sendo as mais utilizadas: camomila, erva-doce, erva-cidreira e boldo. E nesse estudo ficou evidenciado que o emprego dessas plantas pelas gestantes corresponde a um saber empírico, herdado de sua afiliação sócio-cultural.

Tabela 5: Prevalência das plantas medicinais utilizadas na forma de chás pelas gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.

Plantas medicinais Nome popular/Nome científico	Prevalência	
	n	(%)
Erva cidreira/ <i>Melissa officinalis L.</i>	15	46
Erva doce/ <i>Foeniculum vulgare Miller</i>	6	18
Capim-santo ou capim-de-cheiro/ <i>Cymbopogon citratus (DC) Stapf</i>	4	12
Camomila/ <i>Matricaria recutita L.</i>	3	9
Hortelã/ <i>Mentha s.p.</i>	2	6
Boldo/ <i>Coleus barbatus Benth</i>	1	3
Mate/ <i>Ilex paraguariensis St.Hill</i>	1	3
Trevo/ <i>Trifolium repens L.</i>	1	3

Fonte: Instituto de Perinatologia Social – Teresina, Piauí. 2010/2011

GOULART e colaboradores (2004) também evidenciaram que apesar de algumas das plantas medicinais em forma de chás serem contra-indicadas no período gestacional, as gestantes as utilizavam por desconhecimento de seus efeitos indesejáveis nesta fase, podendo ocasionar inclusive, em casos extremos, o aborto. Em sua investigação observaram que o uso indiscriminado de 14 das plantas referidas pelas gestantes era contra-indicado na gravidez, de acordo com a Resolução da Secretaria de Saúde do Estado de Rio de Janeiro N° 1757 de 2002. E utilizando como base essa mesma resolução nota-se que 5 das plantas citadas no presente estudo (erva doce, capim-santo, camomila, hortelã e boldo) são contra-indicadas devido à seus potenciais tóxico, teratogênico e abortivo.

4.3. Acompanhamento farmacoterapêutico de gestante hipertensa diabética atendida no Instituto de Perinatologia Social no município de Teresina, Piauí.

Para o desenvolvimento do SFT levou-se em consideração que a gestação fosse de alto risco, devido ao fato de que a assistência pré-natal a essas gestantes pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar de maneira a impedir um resultado desfavorável, enquanto as necessidades das mulheres que não apresentam problemas durante a gravidez são resolvidas, de maneira geral, com procedimentos simples no nível primário de assistência (BRASIL, 2010), ou seja, a gestação de alto risco necessita de cuidados e atenção maiores.

Então, os fatores de risco gestacional escolhidos para fazerem parte dos critérios de inclusão foram a presença de HAS e diabetes, já que as duas de forma isolada são motivo de preocupação, e quando associadas as duas intercorrências a gestação fica condicionada uma maior gravidade e dificuldade de manuseio (RUDGE et al., 2004).

Dessa forma foi selecionada uma gestante que apresentava HAS e diabetes e que aceitou participar do SFT.

4.3.1. Descrição do caso.

F.P.R.F., sexo feminino, 35 anos, 1,54m de altura, IMC de 33 m/Kg², possui o fundamental incompleto e mora com o marido e dois filhos. Os problemas de saúde apresentados foram HAS, que se desenvolveu na presente gestação, e diabetes que há seis anos foi diagnosticada, sendo que em sua família houve o caso de sua tia que faleceu devido complicações da diabetes.

Quanto aos hábitos de vida, a paciente relatou que não era etilista e nem tabagista, bem como não realizava atividade física e, com relação os hábitos alimentares, que seguia as recomendações da nutricionista da maternidade.

Foram também coletados valores da pressão arterial (**Tabela 6**) e glicemia (**Tabela 7**), a partir de dados presentes no cartão da gestante, por relatos da paciente e por aferições nas entrevistas.

Tabela 6: Valores da pressão arterial de gestante hipertensa diabética durante SFT.

Datas	Pressão arterial (mmHg)
11/01/2011	120/80
28/01/2011	110/70
08/02/2011	120/80
10/02/2011	120/80
21/02/2011	110/60
15/03/2011	120/80
06/04/2011	120/80
12/04/2011	100/70
24/04/2011	120/80
14/06/2011	150/90
30/06/2011	160/100
07/07/2011	170/90
14/07/2011	140/90

Fonte: Instituto de Perinatologia Social – Teresina, Piauí. 2010/2011

4.3.1.1. Primeira Entrevista (Dia 21/01/2011).

A gestante fazia uso de apenas dois medicamentos prescritos: metildopa 250 mg (1/2 comprimido, 2 vezes ao dia) e insulina humana NPH 100 UI/mL (0,1 ml pela manhã e 0,15 ml à noite), esta substituiu metformina 850 mg e glimeperida 5 mg que eram tomados até o início da gestação. Ela narrou que no início do tratamento quando tomava metildopa sentia sonolência e com o uso da insulina teve episódios de sudorese, descrito por ela como “suor gelado”, característico de quadros de hipoglicemia. Disse que não utilizava nenhum medicamento sem prescrição, mas que fazia uso de chá de capim de cheiro e camomila.

A pressão arterial estava controlada, no entanto a glicemia em jejum estava bastante elevada, 216 mg/dL.

Tabela 7: Valores da glicemia em jejum e capilar de gestante hipertensa diabética durante SFT.

Data	Glicemia	
	Tipo	Valor (mg/dL)
14/12/2010	Jejum	216
25/01/2011	Jejum	250
10/02/2011	Capilar	223
01/03/2011	Capilar	228
10/03/2011	Capilar	347
07/04/2011	Jejum	162
12/04/2011	Capilar	109
11/05/2011	Capilar	345
10/06/2011	Capilar	109
07/07/2011	Capilar	190
14/07/2011	Capilar	170

Fonte: Instituto de Perinatologia Social – Teresina, Piauí. 2010/2011

4.3.1.2. Segunda Entrevista (Dia 10/02/2011).

Na segunda entrevista, um segundo exame de glicose, de 25/01/2011, mostrava que a glicemia continuava elevada, 250 mg/dL, então a gestante foi questionada mais profundamente sobre seus hábitos alimentares, sendo descoberto que rotineiramente jantava macarrão instantâneo.

Percebeu-se então a necessidade de informá-la melhor sobre suas doenças e os males que elas podem causar ao desenvolvimento do feto e a ela mesma, como também sobre a importância da terapia farmacológica associada a não-farmacológica, sobre como a alimentação saudável e controlada, e a realização de atividade física podem auxiliar no controle da pressão arterial e da glicemia. Desenvolveu-se então boletins informativos que repassassem essas informações (**Apêndices II, III e IV**). A gestante também foi orientada a não fazer mais uso de plantas medicinais na forma de chá.

4.3.1.3. Terceira Entrevista (Dia 21/02/2011).

Verificou-se que o esquema terapêutico da gestante havia sido alterado. Sob prescrição médica a gestante passou a fazer uso de sulfato ferroso 109 mg (1 comprimido após o almoço), ácido fólico 5 mg (1 comprimido após o almoço) e a associação escopolamina/dipirona 10 mg/250 mg (60 gotas quando sentisse dor), esse último foi prescrito porque a gestante se queixava de dores na região abdominal e cefaléia. Além disso, a posologia da insulina também foi alterada, passou a ser 0,1 ml pela manhã após o café e 0,2 ml à noite após o jantar. E a posologia da metildopa continuou da mesma forma.

Ela também relatou que havia parado de comer macarrão instantâneo no jantar e que estava realizando um controle maior da dieta, mas que continuava sem realizar atividade física.

Com o aumento no número de medicamentos utilizados pela gestante surgiu a preocupação de ocorrência de interações medicamentosas. E após pesquisa ficou confirmado a ocorrência de dois PRMs de interações.

A biodisponibilidade da metildopa é diminuída quando ingerido com o sulfato ferroso, o que pode afetar adversamente o controle da pressão arterial. E o ácido fólico pode interagir com dipirona presente na associação escopolamina/dipirona causando interferência na absorção do primeiro, diminuindo assim seu efeito terapêutico (Bulário Eletrônico da ANVISA, 2011). Esses dois PRMs poderiam resultar em dois RNMs de inefetividade não-quantitativa.

Como intervenção procurou-se informar melhor a gestante sobre o modo de uso, administração e posologia dos medicamentos, focando na necessidade desses fármacos não serem tomados juntos, mas que houvesse um intervalo de tempo entre a administração deles, reduzindo assim o risco de possível interação.

4.3.1.4. Quarta Entrevista (Dia 15/03/2011).

A gestante relatou que cinco dias antes tinha tido um pico hiperglicêmico de 347 mg/dL e que havia surgido úlceras diabéticas nas pernas, na região da coxa. Por esses motivos o médico alterou novamente a dose da insulina, que passou para 0,1 ml pela manhã e 0,25 ml à noite. E durante a entrevista verificou-se que a paciente não estava usando a metildopa de forma contínua, revelou que usava apenas “quando sentia palpitações”.

Constatou-se, então, um PRM claro de não adesão, de descumprimento da terapia farmacológica, resultando em um RNM de problema de saúde não tratado. E a intervenção procedeu-se de forma educativa para que aumentasse a adesão ao tratamento.

E com relação aos outros medicamentos, ela relatou que estava tomando normalmente todos os dias, nos horários corretos, mostrando que a intervenção anterior foi aceita e estava sendo cumprida.

No dia seguinte, 16/03/2011, a gestante foi internada na Maternidade Dona Evangelina Rosa para o controle da hiperglicemia.

4.3.1.5. Quinta Entrevista (Dia 21/03/2011).

A gestante estava internada e através da análise do prontuário verificou-se que o esquema terapêutico havia sido alterado. Ela passou a fazer uso de cefalotina 1 g (endovenoso, de 6 em 6 horas) para o tratamento das úlceras presentes nas pernas, e metoclopramida 10 mg (intramuscular) para o controle de náuseas e vômitos, continuou a utilização de sulfato ferroso 109 mg (1 comprimido após o almoço), escopolamina/dipirona, que passou a ser comprimido, e de insulina, mas com alterações: às 6 horas da manhã era administrado 20 UI de insulina NPH + 8 UI de insulina regular, e às 17 horas era administrado 10 UI de insulina NPH + 11 UI de insulina regular. E notou-se a ausência do ácido fólico e da metildopa.

A falta desses dois medicamentos caracterizava PRMs de não adesão, que acarretavam em RNMs de problemas de saúde não tratados. Então, como intervenção procurou-se a médica da internação para alertar sobre a ausência desses dois fármacos. A médica prescreveu, então, ácido fólico 5 mg (1 comprimido após o almoço), mas devido à pressão arterial da paciente está estável ela preferiu não prescrever a metildopa.

4.3.1.6. Sexta Entrevista (Dia 29/03/2011).

A gestante ainda se encontrava internada e apresentava evolução no tratamento das úlceras nos membros inferiores. No entanto, estava preocupada com o feto, uma vez que sentia que os seus movimentos haviam diminuído. A análise do prontuário mostrou que o esquema terapêutico havia sido alterado novamente: cefalotina e metoclopramida não estavam sendo mais usados e a dose insulina foi elevada, passando para 26 UI de insulina NPH + 14 UI de insulina regular às 6 horas da manhã, e às 17 horas, 9 UI de insulina NPH + 13 UI de

insulina regular, e os outros medicamentos continuavam da mesma forma. Tanto a glicemia como a pressão arterial estavam estáveis.

4.3.1.7. Sétima Entrevista (Dia 06/04/2011).

A gestante havia recebido alta e as lesões nas pernas haviam melhorado significativamente. No entanto quando questionada sobre o andamento da terapia farmacológica expôs que não estava utilizando a insulina. Quando recebeu alta, foi prescrito para gestante o mesmo esquema terapêutico de quando estava internada (26 UI de insulina NPH + 14 UI de insulina regular às 6 horas da manhã, e às 17 horas, 9 UI de insulina NPH + 13 UI de insulina regular), mas no posto de saúde próximo a sua residência não era dispensado a Insulina Regular, caracterizando mais um PRM de não adesão, que conseqüentemente resulta em um RNM de problema de saúde não tratado.

A paciente foi orientada a investigar a disponibilidade da maternidade em dispensar esse medicamento, e se não fosse possível, falasse com médico para que ele prescrevesse o esquema anterior a internação.

4.3.1.8. Oitava Entrevista (Dia 25/04/2011).

A gestante relatou que voltou a utilizar a insulina NPH 100 UI/ml (0,1 ml pela manhã e 0,25 ml à noite) e a glicemia apresentava-se estável, já que no exame de glicemia em jejum realizado dia 07/04/2011 o resultado foi 162 mg/dL, mas a glicemia capilar realizada no dia 12/04/2011 apresentou um resultado bem melhor, 109 mg/dL.

Ela se queixou que apresentava quadros de diarreia, e sabendo-se que essa é uma das reações adversas do sulfato ferroso se presumiu que poderia se tratar de um PRM de probabilidade de efeitos adversos, e que causaria um RNM de insegurança quantitativa.

A intervenção proposta foi que a paciente relatasse ao médico o seu quadro clínico para que ele analisasse a possibilidade de ser algo mais grave e revisse a necessidade da utilização do Sulfato ferroso, além de alertar a gestante a se hidratar constantemente. A intervenção foi seguida pela gestante e médico preferiu por manter o medicamento.

4.3.1.9. Nona Entrevista (Dia 12/05/2011).

A paciente estava internada desde o dia 03/05/2011, dia em que foi realizado seu parto, que ocorreu com muitas complicações. Segundo relatos da gestante houve a ocorrência de convulsões nos membros inferiores, descrito por ela como “tremedeiras nas pernas”, e quase perda da consciência, o que caracterizou eclâmpsia. Foi realizado parto normal e o peso do bebê foi de 4,300 kg, supercrescimento fetal decorrente da diabetes.

Com relação a terapia farmacológica, após o parto a paciente deixou de fazer uso dos medicamentos que utilizou no período da gestação, sendo-lhe prescrito o uso de metformina 850 mg (3 vezes ao dia, após as refeições) e glimeclamida 5 mg (1 vez ao dia, após o café) para o controle da diabetes, no entanto os medicamentos não estavam sendo utilizados pela indisponibilidade da paciente em ir ao posto de saúde recebê-los. Foi identificado, então, PRMs de não adesão que resultavam em RNMs de problemas de saúde não tratados, caracterizado pelo valor da glicemia capilar medido um dia anterior à visita que foi 345 mg/dL.

A paciente foi alertada que adquirisse o mais rápido possível os medicamentos e que aderisse ao tratamento.

4.3.1.10. Décima Entrevista (Dia 09/06/2011).

Ao contrário da última entrevista, a paciente estava tomando os medicamentos conforme orientado, mas relatou que no início sentiu náuseas, tontura e sudorese intensa, contudo não os sentia mais. Também expôs que sentia dores de cabeça frequentes e que para o alívio fazia uso de dipirona ou a associação isometepteno/dipirona/cafeína, sem prescrição médica, sendo que os dois são contra-indicados no período da amamentação (Bulário eletrônico da ANVISA, 2011).

Quando questionada sobre a alimentação e a realização de atividade física, a paciente revelou que continuava seguindo as orientações que recebeu da nutricionista e da intervenção farmacêutica não-farmacológica no período da gestação, mas não estava realizando atividade física, ressaltando não ter tempo suficiente já que se dedicava inteiramente aos cuidados do recém-nascido.

Pôde-se observar por meio da entrevista a ocorrência de PRMs de contra-indicação que poderiam causar RNMs de insegurança não-quantitativa, além da necessidade de enfatizar a orientação sobre a terapia não-farmacológica e sobre a amamentação. Foi produzido então um boletim informativo que focava em cuidados que devem ser tomados com a amamentação (**Apêndice V**) e um cartaz com informações nutricionais (**Apêndice VI**).

A paciente, então, foi orientada a suspender o uso de dipirona e isometepteno/dipirona/cafeína e que procurasse um médico para descobrir o que estava causando a cefaléia e para que prescrevesse um analgésico mais indicado para sua situação de lactante.

4.3.1.11. Décima Primeira Entrevista (Dia 14/06/2011).

A partir dessa entrevista os encontros com a paciente passaram a ser domiciliares, devido à necessidade de dar continuidade ao SFT, já que ela não iria mais freqüentar o Instituto de Perinatologia Social.

Com relação à última intervenção realizada a paciente suspendeu o uso da dipirona e da isometepteno/dipirona/cafeína, no entanto não procurou o médico, e continuava queixando-se de cefaléia. Quanto aos outros medicamentos, metformina e glibenclamida, a paciente seguia normalmente o tratamento e sem problemas.

Aferiu-se a pressão arterial e constatou-se que estava elevada, 150 por 90 mmHg, e correlacionada à cefaléia, suspeitando-se assim de um RNM de problema de saúde não tratado. A paciente foi orientada a procurar o médico, a relatar a ocorrência de dores de cabeça freqüentes, o valor da pressão arterial que foi encontrado na entrevista farmacêutica, e pedir para que ele também verificasse.

4.3.1.12. Décima Segunda Entrevista (Dia 30/06/2011).

O resultado da intervenção foi que a pressão quando aferida pelo médico também se encontrava 150 por 90 mmHg, sendo receitado então metildopa 250 mg (1/2 comprimido, 2 vezes ao dia).

A paciente relatou que estava cumprindo o tratamento farmacológico conforme passado pelo médico, mas continuava sentindo dores de cabeça. Fez-se a aferição da pressão arterial e o valor encontrado foi 160/110, bastante elevado.

Observou-se então um PRM de dose inadequada e um RNM de inefetividade quantitativa. Assim, foi dito à paciente que procurasse a assistência médica e que o alertasse que a pressão arterial continuava elevada, e que era necessário corrigir a dose do medicamento.

Durante a entrevista domiciliar aproveitou-se a oportunidade para saber como eram armazenados os medicamentos, e eles não foram encontrados adequadamente guardados.

Estavam em um armário, expostos a poeira, umidade, luz, entre outros fatores que poderiam prejudicar a qualidade e segurança dos medicamentos. Então foi providenciado um recipiente no qual seriam armazenados de forma mais adequada (**Ver fotos em apêndices**).

4.3.1.13. Décima Terceira Entrevista (Dia 14/07/2011).

Verificou-se que a intervenção havia sido aceita e a paciente passou a tomar metildopa 250 mg, 1 comprimido pela manhã e 1 comprimido à noite, no entanto ela reclamou que estava sentindo uma forte sonolência e passou a tomar apenas 1 comprimido à noite. E o valor da pressão arterial detectado durante a entrevista, 140 por 90 mmHg, mostrou-se bem menor que o último encontro, mas ainda encontrava-se elevada.

Identificou-se então 2 PRMs, um de ocorrência de efeitos adversos e outro de não adesão. E esses resultavam em RNMs, insegurança quantitativa e problema de saúde não tratado, respectivamente. A paciente foi alertada para a omissão na administração do medicamento prescrito, e foi colocado que obedecesse a posologia até a próxima consulta com o médico, e nela solicitasse que o medicamento fosse substituído devido à reação adversa. Ela aceitou a intervenção e aderiu ao tratamento seguindo a posologia corretamente, no entanto a paciente não pode solicitar ao médico que mudasse sua medicação já que ele estava em período de férias.

E com relação ao controle da diabetes a paciente continuava seguindo o tratamento corretamente, sendo que no dia da entrevista foi medida a glicemia capilar no posto de saúde, pela manhã após o café, encontrando-se o valor de 170 mg/dL .

Durante o SFT também foram registradas as imagens do Instituto de Perinatologia Social (**Apêndice VII**), bem como, foram fotografados, para registros, momentos da prática da ATENFAR que auxiliaram a discussão dos resultados (**Apêndice VIII**). Foram então realizadas 13 entrevistas farmacêuticas ao longo de 7 meses, sendo identificados 13 PRM/RNMs (**Tabela 8**).

Um estudo realizado em Emirados Árabes Unidos (ELNOUR et al., 2008), gestantes diagnosticadas com diabetes mellitus gestacional receberam um serviço de ATENFAR, incluindo a educação das pacientes sobre a doença, e os resultados mostraram que essas pacientes tiveram muitos benefícios como a diminuição de complicações maternas durante a gravidez e pós-parto, diminuição de complicações neonatais, melhoria no conhecimento sobre a diabetes, maior controle dos níveis plasmáticos de glicose, melhor qualidade de vida, além

de outros parâmetros como um número menor de episódios de pre-eclâmpsia, eclâmpsia e de hiperglicemias graves.

Tabela 8: Efetividade alcançada com as intervenções sobre os RNMs identificados.

PRM/RNM	Intervenção	Seguida	Efetividade
Interação (metildopa x sulfato ferroso) Inefetividade não-quantitativa	Administração dos medicamentos em horários diferentes	SIM	76,92%
Interação (ácido fólico x escopolamina/dipirona) Inefetividade não-quantitativa	Administração dos medicamentos em horários diferentes	SIM	
Não adesão (metildopa) Problema de saúde não tratado	Retomada do uso do medicamento	NÃO	
Não adesão (ácido fólico) Problema de saúde não tratado	Alerta à médica sobre a ausência do medicamento	SIM	
Não adesão (metildopa) Problema de saúde não tratado	Alerta à médica sobre a ausência do medicamento	NÃO	
Não adesão (insulina) Problema de saúde não tratado	Alerta ao médico para a mudança do esquema terapêutico	SIM	
Efeito adverso (sulfato ferroso) Insegurança quantitativa	Alerta ao médico para a necessidade do medicamento	SIM	
Não adesão (metformina e glibenclamida) Problema de saúde não tratado	Retomada do uso dos medicamentos	SIM	
Contra-indicação (dipirona e isometepteno/dipirona/cafeína) Insegurança não-quantitativa	Suspensão do uso dos medicamentos	SIM	
Problema de saúde não tratado (Pressão arterial elevada)	Alerta ao médico quanto ao problema não tratado	SIM	
Dose inadequada (metildopa) Inefetividade quantitativa	Alerta para o médico corrigir a dose do medicamento	SIM	
Não adesão (metildopa) Problema de saúde não tratado	Retomada do uso do medicamento	SIM	
Efeito adverso (metildopa) Insegurança quantitativa	Mudança do medicamento	NÃO	

Fonte: Instituto de Perinatologia Social – Teresina, Piauí. 2010/2011

O presente estudo não teve o mesmo êxito em alcançar todos esses parâmetros, o que pode ser esclarecido pela própria complicação do caso, todavia os resultados mostram que a aplicação de um serviço estruturado de atendimento farmacêutico foi capaz de identificar vários fatores que envolviam a terapia farmacológica e que poderiam interferir profundamente na evolução da gestação, também mostram que as intervenções propostas podem auxiliar na evolução clínica no que diz respeito à utilização de medicamentos, observado pela alta efetividade alcançada (76,92%), além das orientações sobre a terapia não-farmacológica importantes para educação da paciente.

5. CONCLUSÃO

O perfil das gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa é de mulheres com faixa etária entre 21 e 30 anos, que possuem o ensino médio completo, procedentes de Teresina e que apresentam situação conjugal estável.

Possuem como hábitos de vida: não consumir bebida alcoólica, não ser tabagista e ser sedentárias. Os principais problemas de saúde identificados foram: hipertensão arterial sistêmica, diabetes, hipertensão arterial sistêmica associado à diabetes, asma e anemia.

Quase a totalidade das gestantes utilizava pelo menos um medicamento e os medicamentos sob prescrição médica mais utilizados foram as vitaminas e antianêmicos, seguido dos anti-hipertensivos e dos antiespasmóticos. Em relação aos medicamentos utilizados por meio da prática da automedicação destacou-se a dipirona, e quanto ao uso de plantas medicinais o mais utilizado foi o de Erva cidreira (*Melissa officinalis L.*) na forma de chá.

A partir do SFT foram identificados um total de 12 PRMs e 7 RNMs de problema de saúde não tratado, 2 de infertilidade não-quantitativa, 1 de infertilidade quantitativa, 1 de insegurança não-quantitativa e 2 insegurança quantitativa. Foram realizadas intervenções para solucionar os RNMs detectados, por meio de orientação verbal à gestante, intervenção junto ao médico e boletins informativos.

Por meio deste estudo, pôde-se perceber a importância do serviço de ATENFAR no serviço de pré-natal, inserindo o farmacêutico na equipe de saúde para realizar o SFT, a fim de evitar a ocorrência de RNMs e conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida das gestantes e reduzir os riscos de intercorrências e complicações durante a gestação.

REFERÊNCIAS

ABRAFARMA. Números Abrafarma. **Perfil e comparativo de vendas nominais 2003 versus 2002**. [documento da Internet]. [acessado 2011 Abril 14]. Disponível em: <http://www.abrafarma.com.br/numerosabrafarma.htm>.

ARANTES, G.P. **Atenção farmacêutica: uma nova visão na assistência farmacêutica**. Rio de Janeiro, 2008.

BARROS, A.J.D.; SANTOS, I.S.; VICTORA, C.G.; ALBERNAZ, E.P. Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. **Rev Saúde Pública**. v. 40, p. 402-413, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5ª. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3916 de 30 de outubro de 1998**.

BRODIE, D.C.; PARISH, P.A.; POSTON, J.W. Societal needs for drugs and drug-related services. **Am. J. Pharm. Educ.**, v. 44, p. 276-78, 1980.

BRUM, L.F.S.; PEREIRA, P.; FELICETTI, L.L.; SILVEIRA, R.D. Utilização de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Santa Rosa (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, p. 2435-2442, 2011.

CALDEYRO-BARCIA, R. **Frecuencia cardíaca y equilibrio acido base del feto**. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1973.

CALLES, N.; IBÁÑEZ, J.; MACHUCA, M.; MARTÍNEZ-ROMERO, F.; FAUS M.J. Entrevista farmacéutico-paciente en el Programa Dáder de seguimiento farmacoterapéutico. **Pharm Care Esp**. v. 4, p. 55-59, 2002.

CARMO, B.G. **Perfil sociodemográfico e epidemiológico de gestantes e recém-nascidos e fatores determinantes do peso ao nascer: um estudo de usuários do SUS em Viçosa-MG.** Viçosa: UFV, 2006.

CARMO, T.A.; NITRINI, S.M.O.O. Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. **Cad. Saúde Pública.** v. 20, p. 1004-1013, 2004.

CASTRO, C.G.S.O.; PEPE, V.L.E.; LUIZA, V.L.; COSENDEY, M.A.E.; FREITAS, A.M. Uso indicado e uso referido de medicamentos durante a gravidez. **Cad. Saúde Pública.** v. 20, p. 73-S82, 2004.

CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C.; FRAKES, M. Resultados del ejercicio de la Atencion Farmacéutica. **Pharml Care Esp.** v. 2, p. 94-106, 2000.

DOURADO, V.G.; PELLOSO, S.M. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. **Acta Paul Enferm.** v. 20, p. 69-74, 2007.

ELNOUR, A.A.; MUGAMMAR, I.T.; JABER, T.; REVEL, T.; MCELNAY, J.C. Pharmaceutical care of patients with gestational diabetes mellitus. **Journal of Evaluation in Clinical Practice.** v. 14, p. 131-140, 2008.

FIorentin, C.F.; VARGAS, D. O uso de álcool entre gestantes e os seus conhecimentos sobre os efeitos do álcool no feto. **Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas.** v. 2, p. 1-13, 2006.

FLANNERY, M.A. Building a retrospective collection in pharmacy a brief history of the literature with some considerations for U.S. health sciences library professionals. **Bull Med Libr Assoc.** v. 89, p. 212-221, 2001.

FONSECA, M.R.C.C.; FONSECA, E.; MENDES, G B. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez: uma abordagem farmacoepidemiológica. **Rev Saúde Pública.** v. 36, p. 205-212, 2002.

FREITAS, O.; CHAUD, M.V.; UETA, J.; SHUHAMA, I.K. O farmacêutico e a farmácia: Uma análise retrospectiva e prospectiva. **Rev. Pharm. Bras.**, v. 30, p. 85-87, 2002.

FUCHS, F.D.; WANNMACHER, L. **Farmacologia Clínica. Fundamentos da Terapêutica Racional**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1992.

GASPAR, C.N.; NASCIMENTO, M.J.P. Repercussões da Diabetes materna para o neonato. **Rev Enferm UNISA**. v. 5, p. 57-61, 2004.

GEIB, L.T.C.; VARGAS, E.F.F.; GEIB, D.; MESQUITA, D.I.; NUNES, M.L. Prevalência e determinantes maternos do consumo de medicamentos na gestação por classe de risco em mães de nascidos vivos. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, p. 2351-2362, 2007.

GOMES, K.R O.; MORON, A.F.; SILVA, R.S.; SIQUEIRA, A.A.F. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez e relações com as características maternas. **Rev. Saúde Pública**. v. 33, p. 246-254, 1999.

GOULART, P.F.; AYRES, A.; TITONELLI, N.A.A. O diálogo com gestantes sobre plantas medicinais: contribuições para os cuidados básicos de saúde. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. v. 26, p. 287-294, 2004.

Governo do Estado do Piauí. **Instituto de Perinatologia oferece pré-natal de excelência**. [documento da Internet]. [acessado 2011 Julho 01]. Disponível em: <http://www.pi.gov.br/materia.php?id=40789>.

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). **Pharmacy Practice**. v. 4, p. 44-53, 2006.

HADDAD, A.E.; PIERANTONI, C.R.; RISTOFF, D.; XAVIER, I.M.; GIOLO J.; SILVA, L.B. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

HEPLER C.D.; STRAND L.M. Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica. **Pharmaceutical Care España**, 1999.

HERNANDEZ, D.S.; CASTRO, M.M.S.; DÁDER, M.J.F. **Método Dáder. Manual de Seguimiento Farmacoterapêutico**. Granada: Universidade de Granada, 2007.

IVAMA, A.M.; NOBLAT, L.; CASTRO, M.S.; OLIVEIRA, N.V.B.V.; JARAMILLO, N.M.; RECH, N. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.

KROEFF, L.R.; MENGUE, S.S.; SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; FAVARETTO, A.L.F.; NUCCI L.B. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. **Rev Saúde Pública**. v. 38, p. 261-267, 2004.

MACHUCA, M.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; FAUS, M.J. **Método Dáder. Guía de Seguimiento Fármacoterapêutico**. GIAF-UGR, 2003.

MENEZES, E.B.B. Atenção farmacêutica em xeque. **Rev. Pharm. Bras.** v. 22, p. 28, 2000.

MENGUE, S.S.; SCHENKEL, E.P.; DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I. Uso de medicamentos por gestantes em seis cidades brasileiras. **Rev Saúde Pública**. v. 35, p. 415-420, 2001.

MIKEAL, R.L.; BROWN, T.R.; LAZARUS, H.L., VINSON, M.C. Quality of Pharmaceutical Care in Hospitals. **American Journal of Hospital Pharmacy**. v. 32, p. 567-574. 1975.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Execução Orçamentária e Financeira 2011**. [documento da Internet]. [acessado 2011 Abril 14]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>.

MORAES, C.L.; REICHENHEIM, M.E. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. **Rev Saúde Pública**. v. 41, p. 695-703, 2007.

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

OMS-OPS. **El Papel del Farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud.** (OPS/HSS/HSE/95.01). Tokio, 1993.

PASCOAL, I.F. Hipertensão e gravidez. **Rev Bras Hipertensão.** v. 9, p. 256-261, 2002.

PERAÇOLI, J.C.; PARPINELLI, M.A. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Rev Bras Ginecol Obstet.**; v. 27, p. 627-634, 2005.

PEREIRA, L.R.P.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas.** v. 44, p. 601-612, 2008.

PERETTA, M.; CICCIA, G. **Reengenharia Farmacêutica-Guia para Implantar Atenção Farmacêutica.** Brasília: Ethosfarma, 2000.

PINHEIRO, S.N.; LAPREGA, M.R.; FURTADO, E.F. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública.** v. 39, p. 593-598, 2005.

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES Nº1757, de 18 de fevereiro de 2002. **Contra-indica o uso de Plantas Medicinais no Âmbito do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências.** Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, 20 de fevereiro de 2002, Ano XXVII. Nº33. Parte I.

RUDGE, M.V.C.; VASCONCELLOS, M.J.A. **Diabetes e hipertensão na gravidez: manual de orientação.** São Paulo: FEBRASGO, 2004.

SANTOS, H.; IGLÉSIAS, P.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; FAUS, M.J.; RODRIGUES, L.M. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos. Tradução intercultural de Espanhol para Português (europeu). **Acta Médica Portuguesa.** v. 17, p. 59-66, 2004.

SCHMIDT, M.I.; REICHELT, A.J. Consenso Sobre Diabetes Gestacional e Diabetes Pré-Gestacional. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v. 43, p. 14-20, 1999.

SILVA, E.P.; BARRETO, L.F.P.; FREITAS R.M. Investigação epidemiológica das gestantes atendidas no serviço de pré-natal do hospital distrital Gonzaga Mota de Messejana. **Revista Eletrônica de Farmácia**. v. 6, p. 102-114, 2009.

SILVA, G.F.; PELLOSO, S.M. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do Noroeste do Estado do Paraná. **Rev Esc Enferm USP**. v. 43, p. 95-102, 2009.

SILVA, L.; SANTOS, R.C.; PARADA, C.M.G.L. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. **Rev. Latino-americana Enfermagem**, v. 12, p. 899-904, 2004.

SPINDOLA, T.; PENNA, L.H.G.; PROGIANTI, J.M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**. v. 40, p. 381-388, 2006.

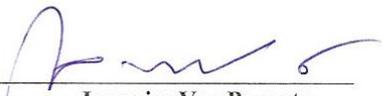
TENFEN, R.C.B.W. **Perfil das gestantes assistidas no hospital evangélico no município de Dourados-MS, em 2007**. Brasília: UnB, 2009.

ANEXOS

ANEXO I: Carta de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / MDER.

“Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, Universidade Federal do Piauí, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, Investigação de Problemas Relacionados com Medicamentos: Uma Proposta de Atenção Farmacêutica às Gestantes, e de seu compromisso no resguardado da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.



Joaquim Vaz Parente
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA E FARMACOLOGIA
BACHARELADO EM FARMÁCIA**

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Investigação de Problemas Relacionados com Medicamentos:

Uma Proposta de Atenção Farmacêutica às Gestantes

Pesquisador responsável: Rivelilson Mendes de Freitas.

Instituição/Departamento: Centro de Ciências da Saúde/Campus Ministro Petrônio Portella.

Telefone para contato: 86-8118-2379 ou 86-2315-5870.

Local da coleta de dados: Maternidade Dona Evangelina Rosa, no município de Teresina, Piauí.

Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente **voluntária**.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo:

O objetivo do estudo é coletar e anotar os dados para permitir a implantação de um programa de orientação sobre os medicamentos que serão usados durante o seu pré-natal realizado pelos profissionais da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí. Essas informações serão usadas também para a estruturação das atividades de orientação individual (grupos terapêuticos) sobre as doenças e os medicamentos usados durante a gravidez. Como também queremos delinear suas

características sócio-econômicas, e avaliar os principais problemas de saúde, as principais reações adversas e os parâmetros relacionados à sua medicação.

Procedimentos. A sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento de um questionário, respondendo às perguntas formuladas. O projeto também visa estudar os seus tratamentos prescritos, para isso solicita-se o acompanhamento dos registros (prontuários) das senhoras realizadas durante as consultas pelos profissionais de saúde da Maternidade Dona Evangelina Rosa.

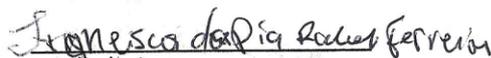
Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

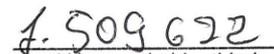
Riscos. O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Teresina, PI - _____ de _____ de 2011.


Assinatura


Número da identidade

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga
Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI
tel.: (86) 3215-5737 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

APÊNDICES

APÊNDICE I: Ficha de acompanhamento farmacoterapêutico usada durante a prática da ATENFAR no ALPI Associação Divina Providência (Casa São José).



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS UNIVERSITÁRIO MINISTRO PETRÔNIO PORTELLA
CURSO DE FARMÁCIA



UNIDADE DE CUIDADOS FARMACÊUTICOS: _____

RESPONSÁVEL PELA ENTREVISTA: _____

DADOS DO PACIENTE

Número do Cadastro: _____ Data de Início: ____/____/____

Médico responsável: _____

1. Nome: _____

2. Telefone: _____ 3. Idade: _____ 4. Peso: _____

5. Data de nascimento: ____/____/____ 6. Sexo () M () F

7. Oriundo: () Teresina () Interior, qual? _____

8. Grau de instrução do paciente:

() Analfabeto () Fundamental incompleto

() Fundamental completo () Médio incompleto

() Médio completo () Superior incompleto

() Superior completo

9. Mora sozinho? () Sim () Não; Com quem? _____

10. Possui cuidador? () Sim; Quem? _____ () Não

11. Relação com o cuidador: () Parente Qual? _____

() Contratado(a)

12. Grau de instrução do cuidador:

() Analfabeto () Fundamental incompleto

() Fundamental completo () Médio incompleto

() Médio completo () Superior incompleto

() Superior completo

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Patologias apresentadas: () Hipertensão () Diabetes () Outras

13. Tempo de diagnóstico de hipertensão arterial: _____

14. Tempo de diagnóstico de diabetes? _____

15. Doenças crônicas associadas?

16. História familiar de hipertensão arterial?

() Sim; Grau de parentesco? _____ () Não

17. História familiar de diabetes?

() Sim; Grau de parentesco? _____ () Não

18. algum comprometimento/complicação? () Sim () Não

Qual?

HÁBITOS DE VIDA DO PACIENTE

19. Consome bebidas alcoólicas? () Sim, especifique a frequência () Não

Frequência () Diariamente () Semanalmente () Mensalmente () Ocasionalmente

20. Tabagista: () Sim, especifique a frequência () Não

Frequência () Diariamente () Semanalmente () Mensalmente () Ocasionalmente

21. Realiza atividade física? () Sim, especifique a frequência () Não

Frequência () Diariamente () Semanalmente () Mensalmente () Ocasionalmente

22. Hábitos alimentares:

24. Queixas em relação à farmacoterapia:

Queixas	DATA
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

25. Toma algum medicamento não prescrito pelo médico? () Sim, qual? _____ () Não
26. Faz uso de algum chá? () Sim, qual? _____ () Não
27. Já teve alguma reação adversa? () Sim, qual? _____ () Não
28. Histórico de alergia? () Sim, a que? _____ () Não
29. Perfil de adesão (Teste de Morisky):
- Você, alguma vez, esqueceu de tomar o seu remédio? () Sim () Não
 - Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio? () Sim () Não
 - Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar seu remédio? () Sim () Não
 - Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo? () Sim () Não
- Resultado: () Não aderente () Pouco aderente () Aderente
30. Existe alguma forma/estratégia utilizada pelo paciente para facilitar a adesão?
() Sim, qual? _____ () Não

APÊNDICE II: Boletim informativo elaborado para a gestante hipertensa diabética durante a prática da ATENFAR no Instituto de Perinatologia Social.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ CURSO DE FARMÁCIA
ATENÇÃO FARMACÊUTICA A GRUPOS ESPECÍFICOS DE PACIENTES
RESPONSÁVEL: EDIVALDO PINTO RODRIGUES FILHO
ORIENTADOR: RIVELILSON MENDES DE FREITAS



▶ Hipertensão Arterial e Diabetes em Gestantes

Boletim informativo I - Conhecendo suas doenças...

Você sabia que a Hipertensão arterial e a Diabetes?

São doenças silenciosas que prejudicam tanto a sua saúde como o desenvolvimento do seu filho.



- A **Hipertensão** é conhecida como pressão alta;
- A **Diabetes** aumenta a concentração de açúcar no sangue;

Quais são os principais riscos na gravidez?

- A Hipertensão pode evoluir para uma pré-eclâmpsia e posterior eclâmpsia;
- A Diabetes pode provocar o crescimento exagerado do bebê;



Fique de olho !!!

- Sempre que for ao Posto de Saúde o controle da pressão e da glicemia capilar;
- Faça também os exames:

- Glicemia de jejum
- Ultrassonográfica

- Hemoglobina
- Hematócrito

- Quantificação da excreção de proteína na urina



**Dúvida?
Consulte seu
Farmacêutico.**

Problema Relacionado a Medicamento (PRM) identificado

PRM 1: Não utilização da insulina (NPH 26U + Regular 14U/ NPH 9U + Regular 13U) por esta não ser encontrada no posto de saúde próximo a residência da paciente.

Intervenções Farmacêuticas

A paciente foi aconselhada a investigar a possibilidade de receber o medicamento na própria maternidade, e se não for possível falar com o médico para que este prescreva uma insulina encontrada nos postos de saúde do SUS.

Referências

RUDGE, M.V.C. Diabete e hipertensão na gravidez: manual de orientação. FEBRASGO, São Paulo: Ponto, 2004.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5ª. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

Dados da paciente:

- Nome: *Francisca da Pia Ramos Ferreira*
- Idade: *36 anos*
- Data de Nascimento: *25/03/1975*
- Médico responsável: *Dr. Joaquim Vilarinho*

APÊNDICE III: Boletim informativo elaborado para a gestante hipertensa diabética durante a prática da ATENFAR no Instituto de Perinatologia Social.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ CURSO DE FARMÁCIA
ATENÇÃO FARMACÊUTICA A GRUPOS ESPECÍFICOS DE PACIENTES
RESPONSÁVEL: EDIVALDO PINTO RODRIGUES FILHO
ORIENTADOR: RIVELILSON MENDES DE FREITAS

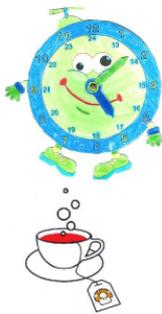


► Hipertensão arterial e Diabetes em Gestantes

Boletim informativo II - Conhecendo seus medicamentos...

Para que servem os medicamentos que você está tomando?

- **Insulina** serve para o controle da diabetes, mantém os níveis de açúcar no sangue dentro da normalidade;
- **Metildopa** é útil no controle da pressão arterial;
- O **Sulfato ferroso** e o **Ácido fólico** são importantes no tratamento da anemia e no desenvolvimento do seu bebê.
- **Buscopan** serve para o alívio de cólicas, dores e desconforto abdominal;



ATENÇÃO!!!

Tome os medicamentos na hora indicada pelo médico!!!

Tome os remédio com água.
Não tome com chás.

► Cuidado com a interação!!!

METILDOPA – SULFATO FERROSO e BUSCOPAN COMPOSTO – ÁCIDO FÓLICO

Eles devem ser tomados em horários diferentes, para que não percam seu efeito e não causem sensações



DICA!!!

O **Sulfato ferroso** pode ser tomado com suco de laranja - melhora seu efeito.



As principais reações adversas são:

Baixa quantidade de açúcar no sangue, suor excessivo, tontura, sono durante o dia, dor de cabeça, vontade de vomitar, diarreia, azia e

Qualquer dúvida sobre os medicamentos fale com o médico ou o farmacêutico!



Referências

GOODMAN, L.S; GILMAN, A. As Bases Farmacológicas da Terapêutica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Editora McGraw Hill, 2003.

Problema Relacionado a Medicamento (PRM) identificado

PRM1: Utilizava o Metildopa de forma esporádica, apenas quando sente "palpitações".

Intervenções Farmacêuticas

Orientação da paciente quanto a importância da adesão ao tratamento. Foi solicitado que a mãezinha trouxesse na próxima consulta farmacêutica o blíster da metildopa.

Bulário eletrônico da ANVISA. Disponível em: <<http://www4.anvisa.gov.br/BularioEletronico/>>. Acesso em: 28 de abril de 2011.

Dados da paciente:

- Nome: Francisca da Pia Ramos Ferreira
- Idade: 36 anos
- Data de Nascimento: 25/03/1975
- Médico responsável: Dr. Joaquim Vilarinho

APÊNDICE IV: Boletim informativo elaborado para a gestante hipertensa diabética durante a prática da ATENFAR no Instituto de Perinatologia Social.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ CURSO DE FARMÁCIA
ATENÇÃO FARMACÊUTICA A GRUPOS ESPECÍFICOS DE PACIENTES
RESPONSÁVEL: EDIVALDO PINTO RODRIGUES FILHO
ORIENTADOR: RIVELILSON MENDES DE FREITAS



► Hipertensão arterial e Diabetes em Gestantes

Boletim informativo III - Terapia não-medicamentosa



Você sabia?

Exercícios e um dieta regulada podem ajudar a controlar a diabetes e a hipertensão.

É importante o controle do Índice de Massa Corpórea (IMC) -> o peso ideal.



$IMC = \text{Peso em kg} / (\text{altura em metros}) \times (\text{altura em metros})$
IMC ideal é entre 18,5 e 24,99

Não faça uma dieta por conta própria.

~> Procure o acompanhamento de um nutricionista.



O exercício leve ou moderado, como uma caminhada, reduz a quantidade de açúcar no sangue.



É importante uma dieta balanceada, com proteínas, vitaminas, sais minerais, carboidratos, mas cuidado com o sal, açúcar e massas.

Se sentir que algo não está bem durante um determinado exercício, não o faça.

Sempre beba água!



Evite exercício intenso em ambientes quentes.
Não se canse demasiado, nunca fique exausta!

Problema Relacionado a Medicamento (PRM) Identificado

PRM 6: Interação medicamentosa, entre metildopa e sulfato ferroso.

Intervenções Farmacêuticas

A mãezinha foi orientada sobre a necessidade de tomar os medicamentos na hora correta, conforme prescrição médica, e não deveriam ser administrados na mesma hora.

REFERÊNCIAS

RUDGE, M.V.C. Diabete e hipertensão na gravidez: manual de orientação, FEBRASGO, São Paulo: Ponto, 2004.

LOPES, H.F. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial, Rev. Soc. Cardiol. v. 13, n.1, 2003. p. 148-155.

Dados da paciente:

- Nome: Francisca da Pia Ramos Ferreira
- Idade: 36 anos
- Data de Nascimento: 25/03/1975
- Médico responsável: Dr. Joaquim Vilarinho

APÊNDICE V: Boletim informativo elaborado para a gestante hipertensa diabética durante a prática da ATENFAR no Instituto de Perinatologia Social.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ CURSO DE FARMÁCIA
ATENÇÃO FARMACÊUTICA A GRUPOS ESPECÍFICOS DE PACIENTES
RESPONSÁVEL: EDIVALDO PINTO RODRIGUES FILHO
ORIENTADOR: RIVELILSON MENDES DE FREITAS



► Hipertensão arterial e Diabetes em Gestantes

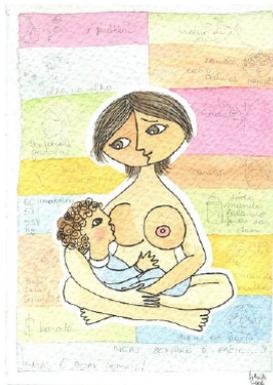
Boletim informativo IV - Cuidados com a amamentação

O leite materno é fundamental para a saúde do seu bebê.



Nos primeiros **6 meses** de vida o bebê deve tomar apenas o **leite materno**.

Não dê água, chá, leite de vaca ou em pó.



Ele ajuda no crescimento do seu filho e protege contra doenças, como diarreia, bactérias e alergias.

Não use mamadeira, chupeta ou bico.



Você sabia?

Alguns medicamentos que você usa podem passar para o seu filho através do leite!

Não tome nenhum remédio sem antes falar com o médico e com o farmacêutico!!!



Dar de mamar é um ato de amor e carinho. O bebê se sente bem e seguro.

Problema de Saúde Identificado

A gestante relatou comer com frequência macarrão instantâneo no jantar.

Intervenções Farmacêuticas

A mãezinha foi orientada a não comer mais macarrão e nem outros tipos de massas, e a seguir a dieta recomendada pela nutricionista que a acompanhava.

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias, 2ª ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Promovendo o Aleitamento Materno, 2ª ed., revisada. Brasília: 2007.

Dados da paciente:

- **Nome:** Francisca da Pia Ramos Ferreira
- **Idade:** 36 anos
- **Data de Nascimento:** 25/03/1975
- **Médico responsável:** Dr. Joaquim Vilarinho

APÊNDICE VI: Cartaz informativo elaborado para a gestante hipertensa diabética durante a prática da ATENFAR no Instituto de Perinatologia Social.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ CURSO DE FARMÁCIA
ATENÇÃO FARMACÉUTICA A GRUPOS ESPECÍFICOS DE PACIENTES - GESTANTES
RESPONSÁVEL: EDIVALDO PINTO RODRIGUES FILHO
ORIENTADOR: RIVELSON MENDES DE FREITAS

ATENFAR

Orientações sobre o Tratamento Não Farmacológico

Alimentos que podem ser consumidos

FIBRAS
As fibras evitam prisão de ventre, auxiliam no controle do colesterol e da gordura no sangue. E algumas também diminuem a absorção de glicose no sangue depois que o alimento é digerido.
ONDE ENCONTRO?
Nas frutas e verduras;
Arroz integral, Pão integral, aveia;
Feijão, lentilha, grão de bico, ervilha, vagem, fava.

VERDURAS
As verduras têm pequenas quantidades de carboidratos e poucas calorias, e são ricas em vitaminas, minerais e fibras.
DICA!!!
Faça um prato bem colorido: **vermelho, amarelo, verde escuro, verde claro.**
As frutas também são ricas em fibras, vitaminas e minerais, mas **ATENÇÃO** elas também têm açúcar.
Controle o tamanho das frutas, prefira **PORÇÕES PEQUENAS.**

FRUTAS

Alimentos que devem ser consumidos com moderação

TIPOS DE GORDURAS
Gorduras Insaturadas
São encontradas nos óleos de milho, soja, arroz, girassol, canola, azeite de oliva, azeitona, castanhas e abacate. E nos peixes marinhos (sardinha, salmão, pescadinha, anchova).
Gorduras Saturadas
São encontradas em todas as carnes (de boi, porco, aves), no toucinho, no leite integral, nos queijos, creme de leite, requeijão, na manteiga, no coco e no azeite de dendê.

NÃO COMA FRITURAS!

Proteína animal: presente no leite e derivados, nas carnes (boi, porco, aves, peixes) e nos ovos;
Proteína vegetal: presente nas leguminosas (feijão, lentilha, ervilha, grão de bico, soja);
A quantidade de carne não deve ultrapassar o tamanho da palma da mão

Carboidratos estão presentes em pães, biscoitos, arroz, macarrão, farinhas, batata, mandioca, macaxeira, e nas frutas.
Batata e macaxeira previra comer cozida sem gordura, evite consumir na forma de purê ou frita.
Evite comer macarrão, ele é uma fonte rica de açúcar

Quais são meus objetivos?

1. Controlar a taxa de glicose;
2. Controlar a taxa de colesterol e de gordura no sangue;
3. Controlar a pressão arterial;
4. Manter o peso ideal;

APÊNDICE VII: Imagem do Instituto de Perinatologia Social.



Legenda: Fachada do Instituto de Perinatologia Social.

APÊNDICE VIII: Imagens do acompanhamento farmacoterapêutico durante a prática da ATENFAR.



Legenda: Orientação da gestante quanto aos horários de administração dos medicamentos no Instituto de Perinatologia Social.



Legenda: Orientação durante da prática da ATENFAR em visita domiciliar.



Legenda: Armazenamento dos medicamentos na residência da paciente antes da intervenção farmacêutica.



Legenda: Armazenamento dos medicamentos na residência da paciente após intervenção farmacêutica.



Legenda: Entrega de boletins informativos durante a prática da ATENFAR.



Legenda: Entrega do cartaz informativo durante a prática da ATENFAR.