



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

**ANA KAROLINE DUARTE ASSUNÇÃO**

**ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE UMA GESTANTE  
HIPERTENSA E IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS COM  
MEDICAMENTOS**

**TERESINA**

**2011**

**ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE UMA GESTANTE  
HIPERTENSA E IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS COM  
MEDICAMENTOS**

Monografia de Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Farmácia Generalista 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**

ANA KAROLINE DUARTE ASSUNÇÃO

ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE UMA GESTANTE  
HIPERTENSA E IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS COM  
MEDICAMENTOS

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 em Farmácia.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**COMISSÃO EXAMINADORA**

**Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas**

Universidade Federal do Piauí

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Prof. Ms. Bernardo Melo Neto**

Universidade Federal do Piauí

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Profa. Msc Lorena Citó Lopes Resende Santana**

Universidade Federal do Piauí

Assinatura: \_\_\_\_\_

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**

**REITOR**

Prof. Dr. Luis dos Santos Júnior

**VICE-REITOR**

Prof. Dr. Edwar de Alencar Castelo Branco

**PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE GRADUAÇÃO**

Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Regina Ferraz Mendes

**DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Prof. MSc. Antonio dos Santos Rocha Filho

**VICE-DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Prof. Dr. José Guilherme Ferre Pompeu

**CORRDENADOR DO CURSO DE FARMÁCIA**

Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Maria das Graças Freire de Medeiros

**VICE-COORDENADOR DO CURSO DE FARMÁCIA**

Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Eilika Andréa Feitosa Vasconcelos

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, Abimael e Ana Cristina, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A todas as gestantes.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, a Deus, por permitir que eu esteja aqui.

Aos meus irmãos, Aline e Alisson, pela amizade e pelos momentos de silêncio de que precisei para a elaboração deste trabalho.

Aos meus amigos, por terem tornado esta jornada mais divertida e pelo incentivo ao longo desses anos.

Ao meu namorado, Roque Neto, cujo carinho e paciência sempre me impulsionaram nos momentos difíceis.

Ao meu querido orientador Prof. Dr. Rivellison Mendes de Freitas pela orientação, apoio e confiança.

À equipe do Instituto de Perinatologia Social, em especial Elizete e Maria de Jesus, por me acolherem e auxiliarem no desenvolvimento deste trabalho.

À Mônica e Edivaldo, por terem me amparado durante todo o trabalho.

A todo o grupo de gestantes que aceitou participar da pesquisa.

Aos colegas de curso, pela boa convivência durante todos esses anos.

Ao todo o corpo docente do curso de Farmácia da Universidade Federal do Piauí.

A todas as pessoas que de alguma forma fizeram parte desta caminhada e contribuíram para minha formação acadêmica, profissional e pessoal.

*“Conhece-te, aceita-te, supera-te.”*

Santo Agostinho

## SUMÁRIO

**LISTA DE QUADROS**

**LISTA DE TABELAS**

**LISTA DE FIGURAS**

**LISTA DE ABREVIATURAS**

**RESUMO**

**ABSTRACT**

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>15</b>
2.1 Geral	15
2.2 Específico	15
<b>3. JUSTIFICATIVA</b>	<b>16</b>
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>17</b>
4.1 Atenção Farmacêutica	17
4.2 Método Dáder	18
4.3 Problemas Relacionados aos Medicamentos e Resultados Negativos Associados ao Medicamento	19
4.4 A paciente gestante	22
4.4.1 Terapêutica medicamentosa na gestação	23
4.5 Gestação de alto risco	24
4.5.1 Hipertensão e gravidez	25
<b>5 MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>27</b>
5.1 Tipo de estudo	27



5.2 Local de estudo	27
5.3 Coleta de dados	28
5.4 Sujeitos	29
5.5 Limitação do trabalho	29
5.6 Análise dos dados	29
5.7 Questões de ética	30
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>31</b>
6.1 Perfil sócio demográfico das gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social no município de Teresina, Piauí	31
6.2 Avaliação qualitativa e quantitativa das gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social no município de Teresina, Piauí	33
6.3 Acompanhamento farmacoterapêutico de uma gestante hipertensa atendida no Instituto de Perinatologia Social no município de Teresina, Piauí	39
6.3.1 Descrição do caso	40
<b>7 CONCLUSÃO</b>	<b>48</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>49</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>58</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>60</b>

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1:** Lista dos principais PRMs.

**Quadro 2:** Principais causas da gestação de Alto Risco.

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1:** Classificação de PRM do Segundo Consenso de Granada.

**Tabela 2:** Classificação dos RNMs.

**Tabela 3:** Perfil sócio demográfico das gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social ligado à Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.

**Tabela 4:** Hábitos de vida das gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social ligado à Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.

**Tabela 5:** Prevalência do uso de medicamentos durante a gestação segundo a classe do medicamento consumido pelas gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social ligado à Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.

**Tabela 6:** Principais hipóteses diagnósticas associadas à gravidez das gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social ligado à Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.

**Tabela 7:** Prevalência dos chás de plantas medicinais, por nome popular, utilizados pelas gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social ligado à Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.

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

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1:** Principais medicamentos utilizados sem prescrição médica pelas gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social ligado à Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.

**Figura 2:** Valores da pressão arterial de gestante hipertensa durante Acompanhamento farmacoterapêutico.

## LISTA DE ABREVIATURAS

**ATENFAR** – Atenção Farmacêutica.

**AFT** – Acompanhamento farmacoterapêutico

**HAS** – Hipertensão Arterial Sistêmica.

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**OMS** – Organização Mundial da Saúde.

**OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde.

**PRMs** – Problemas Relacionados ao Medicamento.

**RNMs** – Resultados Negativos Associado ao Medicamento.

**PA** – Pressão Arterial

**TCLE** – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido

ASSUNÇÃO, A.K.D. **Acompanhamento farmacoterapêutico de uma gestante e identificação de problemas relacionados com medicamentos.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Farmácia) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2011.

## RESUMO

A Atenção Farmacêutica conceitua-se como a prática profissional na qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. O acompanhamento farmacoterapêutico de um paciente é a principal atividade da atenção farmacêutica que tem como objetivo a detecção de problemas relacionados com medicamentos (PRMs), para a prevenção e resolução de resultados negativos associados aos medicamentos (RNMs), privilegiando a saúde e a qualidade de vida do paciente. A gestação, por suas peculiaridades biológicas, torna a mulher e seu conceito particularmente expostos a riscos, entre os quais se destacam aqueles decorrentes do consumo de medicamentos. O objetivo do presente trabalho foi realizar o acompanhamento farmacoterapêutico (AFT) de uma gestante hipertensa usuária do serviço de pré-natal do Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí, bem como identificar, registrar e solucionar PRMs. Foi realizado um estudo do tipo exploratório descritivo em abordagem quantitativa, utilizando-se a metodologia Dáder. Durante a primeira fase foram entrevistadas 62 gestantes que recebiam atendimento do serviço de pré-natal do Instituto de Perinatologia Social. Nessa fase observou-se a predominância de mulheres na faixa-etária de 21 a 30 anos, possuindo ensino médio completo, oriundas de Teresina, que moram com o marido e filho(s), não consomem bebida alcoólica, não fumam e não realizam atividade física. Destas, 99% utilizavam ao menos um medicamento, sendo os medicamentos mais utilizados sob prescrição médica vitaminas, sais minerais e antianêmicos e dos medicamentos utilizados por meio de automedicação destacou-se a dipirona. Quanto ao uso de chás, o mais utilizado foi o de erva cidreira. Já durante a segunda fase do estudo foi realizado o AFT de uma gestante hipertensa selecionada entre as entrevistadas, sendo identificados quatro RNMs. Após o processo de intervenção farmacêutica, obteve-se 100% de efetividade, o que demonstra a necessidade do profissional farmacêutico junto à equipe de saúde no serviço de pré-natal.

ASUNCION, A.K.D. **Pharmacotherapeutic Monitoring of a pregnant woman and identification of problems related to drugs.** End of Course Work (Bachelor of Pharmacy) - Federal University of Piauí, Teresina, 2011.

### **ABSTRACT**

The Pharmaceutical Care conceptualized as a practice in which the patient is the main beneficiary of the pharmacist's role. Pharmacotherapeutic follow-up of a patient's principal activity is pharmaceutical care that aims to detect problems related to drugs (PRMs) for the prevention and resolution of negative outcomes associated with drugs (RNMs), focusing on the health and quality of life the patient. Pregnancy, for its biological peculiarities, makes the woman and fetus at particular risk, among which stand out those arising from the consumption of drugs. The aim of this study was to monitor pharmacotherapeutic of a hypertensive pregnant service users prenatal Institute of Perinatology Social Evangelina Rosa Maternity Hospital in the city of Teresina, Piauí, and to identify, record and PRMs. A study was conducted an exploratory descriptive quantitative approach, using the D der methodology. During the first phase, we interviewed 62 women who received care from the prenatal service of the Institute of Social Perinatology. At this stage there is a predominance of women in the age group 21 to 30 years, having completed high school, coming from Teresina, living with her husband and son that do not consume alcohol, do not smoke and do not realize physical activity. Of these, 99% used at least one drug and the drugs most commonly used prescription were vitamins, minerals and drugs used for anemia and through self-medication stood out dipyrone. Regarding the use of teas as was used lemon balm. Already during the second phase of the monitor pharmacotherapeutic study was performed in a hypertensive pregnant woman selected from the interviewees, identified four RNMs scans. After the process of pharmaceutical intervention, we obtained 100% efficiency, which demonstrates the need for pharmacist with the team of health service in prenatal care.

## 1 INTRODUÇÃO

O conceito central de atenção ou cuidado é o de propiciar bem-estar aos pacientes. No contexto amplo de saúde podemos ter o cuidado médico, o de enfermagem e o cuidado farmacêutico ou atenção farmacêutica (BISSON, 2007).

No final da década de 80 surgiu nos Estados Unidos um novo modelo tecnológico denominado “pharmaceutical care”, visando nortear e estender a atuação do profissional farmacêutico para as ações de atenção primária em saúde a partir do medicamento como insumo estratégico, visto que as atividades relacionadas à farmácia clínica, iniciada na década de 60, até então estavam restritas ao ambiente hospitalar (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2000).

Quase ao mesmo tempo, surgiu na Espanha o termo “atención farmacéutica”, sendo este termo quase que literalmente adotado no Brasil a partir de discussões posteriores lideradas pela Organização Panamericana de Saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2002).

A Atenção Farmacêutica conceitua-se como a prática profissional na qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993). Sua atuação profissional inclui uma somatória de atitudes, comportamentos, corresponsabilidades e habilidades na prestação da farmacoterapia, com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos eficientes e seguros, privilegiando a saúde e a qualidade de vida do paciente (MARTINEZ, 1996).

Para isso, a prática da Atenção farmacêutica envolve macrocomponentes como a educação em saúde, orientação farmacêutica, dispensação, atendimento farmacêutico e seguimento farmacoterapêutico, além do registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2002).

O acompanhamento farmacoterapêutico (AFT) é considerado como o serviço profissional que tem como objetivo a detecção de problemas relacionados com medicamentos (PRMs), para a prevenção e resolução de resultados negativos associados ao medicamento (RNMs). Este serviço implica em um compromisso e deve prover-se de forma continuada, sistematizada e documentada, em colaboração com o próprio paciente e com os demais

profissionais de saúde, com a finalidade de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente (DÁDER, 2007).

O seguimento farmacoterapêutico de um paciente é a principal atividade da atenção farmacêutica, sendo composto de três fases principais: anamnese farmacêutica, interpretação de dados e processo de orientação. A elaboração e o preenchimento da ficha de acompanhamento farmacoterapêutico, bem como o acompanhamento do paciente permitem relacionar seus problemas com a administração de medicamentos. É possível que um medicamento seja responsável pelo aparecimento de determinados sintomas e patologias, ou ainda a causa de uma complicação da enfermidade. A análise do perfil farmacoterapêutico poderá permitir ao profissional esclarece-lo sobre os riscos e as possíveis complicações (REIS, 2005).

Baseado nesses argumentos é de suma importância o desenvolvimento do acompanhamento farmacoterapêutico a grupos específicos de pacientes com o propósito de conseguir resultados definidos que melhorem a qualidade de vida do paciente.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1.1 Geral**

Realizar o acompanhamento farmacoterapêutico de uma gestante hipertensa usuária do serviço de pré-natal do Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.

### **2.1.2. Específicos**

- ✓ Estabelecer as características sócio-demográficas da gestante atendida no serviço de pré-natal da Maternidade Dona Evangelina Rosa;
- ✓ Investigar os medicamentos prescritos e os que são utilizados pela prática da automedicação, bem como as interações medicamentosas durante o período gestacional;
- ✓ Verificar o grau de conhecimento da gestante acerca das conseqüências da utilização de medicamentos durante a gravidez;
- ✓ Detectar, registrar, analisar e fornecer resposta escrita devidamente documentada à gestante sobre as reações adversas a medicamentos;
- ✓ Detectar e classificar os principais PRMs.



### 3. Justificativa

O consumo de medicamentos durante a gestação tem crescido bastante nos últimos anos e vem se tornando um grave problema de saúde pública. Diante disso, surgiu o interesse em desenvolver um estudo baseado no uso, muitas vezes abusivo, de fármacos em gestantes, partindo-se da observação em vários trabalhos científicos que a gestante consome uma grande quantidade de medicamentos, sejam estes prescritos ou utilizados por meio da prática da automedicação. Essa politerapia implica na exposição não só de um indivíduo, mas de dois (mãe e feto), a uma ampla variedade de possíveis reações adversas, efeitos colaterais, interações medicamentosas e outros PRMs, decorrentes do mau uso destes. Dessa forma, observa-se a necessidade de um acompanhamento multiprofissional à gestante, com o intuito de otimizar sua terapia, caso seja realmente necessária a medicalização.

Diante desse aumento do consumo de medicamentos na gestação faz-se necessário avaliar a assistência farmacêutica prestada a elas nas unidades de saúde. Além disso, não apenas o profissional farmacêutico, mas também os administradores dessas unidades de saúde devem conhecer esses dados para poder incentivar a busca de estratégias para resolver os PRMs.

As gestantes hipertensas foram o grupo de pacientes específicos escolhido visto que a hipertensão, “por ser uma patologia crônica que geralmente requer o tratamento com medicamentos de uso contínuo, e frequentemente associação de outros medicamentos para tratamento de patologias associadas ou de complicações do próprio quadro hipertensivo, aumentam as possibilidades de ocorrência de interações medicamentosas e o aparecimento de PRMs” (MONTRUCCHIO, 2004) . Desta forma, com os resultados, pretende-se desenvolver uma orientação apropriada às usuárias dos serviços de saúde do Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa, visando a melhoria dos serviços prestados e, conseqüentemente, redução dos riscos sofridos pelos fetos a um determinado tratamento medicamentoso ou automedicação.

## **4 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **4.1 Atenção Farmacêutica (ATENFAR)**

A ATENFAR é definida como um modelo de prática farmacêutica desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e 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 (OPAS/OMS, 2002).

Conforme Bisson, 2007, a atenção farmacêutica não envolve somente a terapia medicamentosa, mas também decisões sobre o uso de medicamentos para cada paciente. Apropriadamente, pode ser incluído nesta área a seleção das drogas, doses, vias e métodos de administração; a monitorização terapêutica; as informações ao paciente e aos membros da equipe multidisciplinar de saúde; e o aconselhamento aos pacientes.

Dáder, 2007, afirma que o objetivo principal da ATENFAR é identificar, prevenir e resolver todos os desvios que provocam o não alcance do objetivo terapêutico, avaliando os problemas de saúde dos pacientes a partir da perspectiva da necessidade, efetividade e segurança de seus medicamentos. Neste sentido, a dispensação de medicamentos, a indicação farmacêutica e o acompanhamento farmacoterapêutico são atividades incluídas no conceito de ATENFAR, que pretendem orientar direta ou indiretamente uma atuação farmacêutica que contribua para elevar a saúde das pessoas que utilizam medicamentos.

De acordo com Pereira, 2008, os modelos de atenção farmacêutica mais utilizados por pesquisadores e farmacêuticos são o método Dáder (Espanhol) e o Modelo de Minnesota (Americano). Entretanto, existem diferenças entre eles, principalmente na classificação dos problemas farmacoterapêuticos. A diferença principal baseia-se na adesão ao tratamento, uma vez que para o método Dáder a não aderência ao tratamento é uma causa dos PRMs, enquanto para o modelo de Minnesota, a não aderência torna-se um problema farmacoterapêutico.

## 4.2. Método Dáder

O Método Dáder foi desenvolvido pelo grupo de investigação em atenção farmacêutica da Universidade de Granada em 1999, e atualmente, centenas de farmacêuticos de diversos países vêm aplicando-o durante tratamento de grupos específicos de pacientes. O método se baseia na obtenção da história farmacoterapêutica do paciente, isto é, os problemas de saúde que ele apresenta, os medicamentos que utiliza, e a avaliação de seu estado de situação em uma data determinada a fim de identificar e resolver os possíveis PRMs apresentados pelo paciente. Após esta identificação, se realizarão as intervenções farmacêuticas necessárias para resolver os PRMs e posteriormente se avaliarão os resultados obtidos (AMARAL, 2004).

Inicia-se o processo selecionando um paciente e ofertando-lhe o serviço. No caso de aceite, é marcado um dia e hora para realização da entrevista inicial e pede-se que traga os medicamentos que utiliza, as últimas prescrições e exames realizados (SOLÁ, 2002).

Uma vez obtidas as informações relevantes, estas são resumidas em um formulário denominado Estado Situacional. Este documento, um dos principais do método, se define como a relação entre os problemas de saúde e medicamentos, em uma data determinada. Representa uma descrição detalhada do paciente em relação a estes aspectos (MACHUCA; FERNÁNDEZ-LLIMÓS; FAUS, 2003).

Obtido o estado situacional, o farmacêutico realizará um estudo (SOLÁ, 2002) de revisão aprofundada sobre os problemas de saúde e medicamentos, buscando obter informações que auxiliarão na avaliação global do paciente.

Na fase de avaliação, o que se procura é identificar todos os problemas relacionados com medicamentos que acometem o paciente e os riscos para o aparecimento destes. O farmacêutico deve fazer uma sistemática de identificação, que, juntamente com o estado situacional, compõem a base do raciocínio clínico proposto pelo método Dáder (FERNANDEZ-LLIMÓS *et al.*, 2004).

Identificados os riscos e PRMs manifestados no paciente, o farmacêutico deve em colaboração com este, estabelecer um plano de ação a fim de resolvê-los. A Intervenção Farmacêutica é entendida como a proposta de atuação sobre o tratamento e/ou a atuação sobre o paciente, encaminhada a resolver ou prevenir um resultado clínico negativo da farmacoterapia. Cada intervenção realizada

(resolutiva ou preventiva) é registrada em um formulário próprio que juntamente com o estado situacional e folha de entrevista inicial compõem a história farmacoterapêutica do paciente. As intervenções encaminhadas aos médicos dos pacientes devem ser realizadas preferencialmente pela via escrita, por meio do envio de informes terapêuticos (MACHUCA; FERNÁNDEZ-LLIMÓS; FAUS, 2000; SOLÁ, 2002; SABATER *et al.*, 2005).

Assim, o método Dáder propõe um procedimento concreto, no qual se elabora um estado situacional objetivo de cada paciente. Deste, derivam-se as intervenções farmacêuticas correspondentes, nas quais cada profissional conjuntamente com o paciente e seu médico decidem o que fazer em função dos conhecimentos e condições particulares que afetam cada caso (MACHUCA; FERNÁNDEZ-LLIMÓS; FAUS, 2003).

#### **4.3. Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) e Resultados Negativos Associados ao Medicamento (RNM)**

Em sua publicação de 1990, Strand e colaboradores definiram o PRM como “uma experiência indesejada do paciente que envolve a terapia farmacológica e que interfere de forma real ou potencial com os resultados desejados do paciente” e se especifica que, para que um evento seja considerado PRM, devem existir ao menos duas condições: **1)** o paciente deve estar experimentando ou deve ser possível que experimente uma doença ou uma sintomatologia; e **2)** esta doença deve ter uma relação identificável ou suspeita com a terapia farmacológica.

Posteriormente, estes mesmos autores, em 1998, apresentaram uma nova definição de PRM: “é qualquer evento indesejável do paciente que envolve ou se suspeita que envolva o tratamento farmacológico e que interfere de forma real ou potencial com um resultado desejado no paciente”.

Na Espanha, o termo PRM foi definido pela primeira vez em 1998, no Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos, ao mesmo tempo em que foi realizada uma proposta de classificação baseada nos requisitos fundamentais que deve cumprir qualquer tratamento medicamentoso: que este seja necessário, efetivo e seguro (PANEL DE CONSENSO, 1999).

O conceito de PRMs encontra-se definido no Segundo Consenso de Granada como: problemas de saúde, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados do tratamento farmacológico que, produzidos por diversas causas tem como consequência, o não alcance do objetivo terapêutico desejado ou o aparecimento de efeitos indesejáveis. Estes PRMs podem ser de três tipos: relacionados com a necessidade de medicamentos por parte do paciente, com sua efetividade ou segurança (**Tabela 1**) (MACHUCA; FERNÁNDEZ-LLIMÓS; FAUS, 2003).

O Terceiro Consenso de Granada define PRMs como aqueles parâmetros circunstanciais (**Quadro 1**) que causam ou podem causar o aparecimento de um resultado negativo associado ao uso dos medicamentos (RNMs; **Tabela 2**). Os RNMs são problemas de saúde, mudanças não desejadas no estado de saúde do paciente atribuíveis ao uso (ou desuso) dos medicamentos. Para medi-los se utiliza uma variável clínica (sintoma, sinal, evento clínico, medidas metabólicas ou fisiológicas, morte), que não cumpre com o objetivo terapêutico estabelecido para o paciente (HERNANDEZ, CASTRO, DÁDER, 2007).

Observa-se que desapareceram os números que associavam a cada tipo de PRMs, 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) (HERNANDEZ, CASTRO, DÁDER, 2007).

**Tabela 1:** Classificação de PRMs do Segundo Consenso de Granada

<b>NECESSIDADE</b>
❖ <b>PRM 1</b> – O doente tem um problema de saúde por não utilizar a medicação que necessita
❖ <b>PRM 2</b> – O doente tem um problema de saúde por utilizar um medicamento que não necessita
<b>EFETIVIDADE</b>
❖ <b>PRM 3</b> – O doente tem um problema de saúde por uma inefetividade não quantitativa da medicação
❖ <b>PRM 4</b> – O doente tem um problema de saúde por uma inefetividade quantitativa da medicação
<b>SEGURANÇA</b>
❖ <b>PRM 5</b> – O doente tem um problema de saúde por uma insegurança não quantitativa de um medicamento
❖ <b>PRM 6</b> – O doente tem um problema de saúde por uma insegurança quantitativa de um medicamento

**Fonte:** Segundo Consenso de Granada, 2002

**Quadro 1:** Lista dos principais PRMs.

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

**Fonte:** FÓRUM de AF, 2006.

**Tabela 2:** Classificação dos 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.

**4.4 A paciente gestante**

A gestação, por suas peculiaridades biológicas, torna a mulher e seu conceito particularmente expostos a riscos, entre os quais se destacam aqueles decorrentes do consumo de medicamentos. O uso de associação medicamentosa – incluindo-se as não prescritas, a idade gestacional da exposição ao

medicamento, os efeitos das intercorrências obstétricas que determinaram a prescrição e a necessidade de substituição do fármaco por similar são apenas alguns dos aspectos que requerem uma apropriada seleção do medicamento para evitar riscos colaterais indesejáveis à gestante e efeitos adversos ao feto ou recém-nascido. Por outro lado, as mesmas peculiaridades biológicas também determinam necessidades farmacoterapêuticas, como a suplementação de nutrientes especiais (ferro, folatos, entre outros) para assegurar padrões desejáveis de maturação e desenvolvimento fetais. Assim a mediação entre a necessidade farmacoterapêutica e o consumo seguro pode ser orientada pelo conhecimento daquilo que efetivamente é consumido pelas gestantes (GEIB *et al.*, 2007).

Este elevado consumo de medicamentos, no período gestacional, está associado a problemas comuns, como os baixos níveis educacionais e econômicos, alta incidência de doenças carenciais e infecciosas, poucos recursos destinados à saúde e pesquisa, prática frequente e sem controle da automedicação, facilidades de obtenção de medicamentos que deveriam estar submetidos à prescrição médica e, finalmente, proibição legal de interrupção da gestação (SCHÜLER-FACCINI *et al.*, 2002).

Além disso, as diferentes doenças que podem complicar a gravidez têm características clínicas e patológicas fundamentalmente iguais aos mesmos estados patológicos fora da gravidez e diferenciam-se somente em relação às medidas terapêuticas, que estão condicionadas e limitadas pela presença do novo ser em vias de crescimento (BISSON, 2007).

Ainda segundo o mesmo autor, o acompanhamento farmacêutico clínico de gestantes tem grande importância, uma vez que o uso de medicamentos durante as várias fases da gravidez não é raro, e as alterações farmacocinéticas da mãe e a possível passagem das drogas pela placenta, com efeitos teratogênicos, podem complicar o desenvolvimento do estado clínico da gestante.

#### **4.4.1 Terapêutica medicamentosa na gestação**

A tragédia da talidomida, no início da década de 1960, marca o início de um tempo de reflexão e de especial atenção da prática médica sobre o uso de medicamentos na gestação. Estudos clínicos têm, desde então, auxiliado a



esclarecer muitos pontos obscuros relacionados à terapêutica medicamentosa durante a gravidez. Poucos, entretanto, têm sido conduzidos no âmbito da avaliação do uso de medicamentos durante a gestação (OSORIO-DE-CASTRO *et al.*, 2004).

Com o propósito de orientar o prescritor na escolha terapêutica mais adequada para uma gestante, a agência americana *Food and Drug Administration* (FDA) classificou os fármacos quanto aos efeitos na gestação em categorias de risco A, B, C, D e X (MEADOWS, 2011):

Na categoria A, foram incluídos os medicamentos que, em estudos controlados em gestantes, não demonstram risco para o feto durante a gravidez.

Na categoria B, aqueles em que os estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas também não existem estudos controlados em mulheres grávidas; ou aqueles cujos estudos em animais mostraram risco, não confirmado em estudos controlados em gestantes.

Na categoria C, aqueles em que não foram realizados estudos em animais ou mulheres grávidas; ou então, os estudos em animais demonstram risco fetal, mas não existem estudos disponíveis realizados em mulheres grávidas.

Na categoria D, aqueles com evidências positivas de risco fetal humano, porém os benefícios potenciais para a mulher grávida podem, eventualmente, justificar seu risco.

A categoria X inclui os medicamentos contra-indicados na gestação, visto que estudos em animais e em mulheres grávidas demonstraram clara evidência de risco fetal. O risco para o feto supera qualquer benefício possível para a gestante.

#### **4.5 Gestação de alto risco**

As gestações com evolução desfavorável chamam-se genericamente gestações de alto risco. O conceito está intimamente relacionado ao risco fetal, embora possa ser utilizado em relação ao risco materno. O acompanhamento das gestações de alto risco demanda recursos mais sofisticados para a avaliação do bem-estar materno e fetal, assim como conhecimentos mais especializados, motivo pelo qual estas gestantes deverão ser orientadas sobre o uso racional de medicamentos (**Quadro 2**) (BISSON, 2007).

**Quadro 2:** Principais causas da gestação de alto risco.

Pós-maturidade ( $\geq 42$ semanas)
Doença hemolítica perinatal
Toxemia (pré-eclâmpsia)
Hipertensão essencial
Nefropatia
Colagenose
Diabetes
Cardiopatia
Anemia (hemoglobinopatia)
Pneumopatia
Hipertireodismo
Crescimento intrauterino retardado (CIR)
História obstétrica de natimorto
Grávida com idade superior a 40 anos
Descolamento prematuro da placenta (forma “crônica”), placenta prévia, placenta prévia, placenta circunvalada, marginada
Gravidez gemelar
Ruptura prematura das membranas ovulares

Fonte: BISSON, 2007

**4.5.1 Hipertensão e gravidez**

Os distúrbios hipertensivos são as complicações médicas de maior relevância durante o período gravídico-puerperal. O termo “hipertensão na gravidez” é usualmente utilizado para descrever desde pacientes com discreta elevação dos níveis pressóricos, até hipertensão grave com disfunção de vários órgãos (SIBAI, 1996).

Alterações de pressão arterial ocorrem em 5 a 10% das gestantes e contribuem significativamente para sérias complicações maternas e fetais. Em cerca de 70% dos casos, as alterações pressóricas associam-se ao estado gestacional (hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia), enquanto os 30% restantes correspondem à hipertensão pré-existente (AFIFI; CHURCHILL, 2003).

Para o consenso do *National High Blood Pressure Education Program* (NHBPEP), publicado em 1990 e reafirmado em 2000, na identificação das formas de manifestação da hipertensão arterial na gravidez é fundamental diferenciar a hipertensão que antecede a gravidez, daquela que é condição específica da mesma. Na primeira, a elevação da pressão arterial é o aspecto fisiopatológico básico da doença, a segunda é resultado da má adaptação do organismo materno

à gravidez, sendo a hipertensão apenas um de seus achados (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

A gravidez pode ser complicada por quatro formas distintas de hipertensão: **1)** pré-eclâmpsia/eclâmpsia (doença hipertensiva específica da gravidez); **2)** hipertensão crônica, de qualquer etiologia; **3)** pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica ou nefropatia e **4)** hipertensão gestacional. O diagnóstico de hipertensão na gravidez é feito quando os níveis pressóricos são iguais ou superiores a 140 por 90 mmHg (PASCOAL, 2002).

A pré-eclâmpsia, um condição específica da gestação, é a pressão arterial aumentada acompanhada de proteinúria, edema ou ambos e, às vezes, anormalidades da coagulação e das funções renais e hepáticas que pode evoluir rapidamente para uma fase convulsiva, a eclâmpsia. A pré-eclâmpsia ocorre principalmente durante a primeira gestação e depois da vigésima semana de gravidez. Pode ser sobreposta à hipertensão crônica preexistente (BISSON, 2007).

A hipertensão crônica está presente antes da gestação ou é diagnosticada até a vigésima semana em gestantes que desconheciam valores anteriores de sua pressão arterial, perdurando além da sexta semana pós-parto. Apresenta um prognóstico pior e um maior risco de evoluir para pré-eclâmpsia (WANNMACHER, 2004).

O termo hipertensão gestacional define a circunstância em que ocorre elevação da pressão arterial durante a gravidez, ou nas primeiras 24 horas após o parto, sem outros sinais de pré-eclâmpsia ou hipertensão preexistente. Esta condição parece ser preditiva do desenvolvimento posterior de hipertensão essencial e tende a recorrer em gestações subseqüentes (PASCOAL, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde, a hipertensão arterial na gravidez, de acordo com o grau de severidade, é considerada como fator de risco que somado às características individuais, condições socioeconômicas desfavoráveis, determinados antecedentes obstétricos e intercorrências clínicas podem desencadear danos ao binômio materno-fetal (BRASIL, 2000a).

## **5 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **5.1 Tipo de estudo**

As entrevistas foram realizadas segundo a metodologia descrita por Cipolle e colaboradores (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, durante o período de Dezembro de 2010 a Julho de 2011.

O estudo foi dividido em duas etapas: na primeira etapa foi aplicado um questionário em um grupo de gestantes; na segunda etapa foi realizado o acompanhamento farmacoterapêutico de uma gestante hipertensa selecionada entre as participantes da etapa anterior.

Após a coleta dos dados, foram realizados estudos sobre o estado de saúde da paciente selecionada e a quantificação dos RNMs.

### **5.2 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, sendo estratégico para atender as mães e bebês que 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 durante a primeira fase do estudo sessenta e duas (62) gestantes que faziam o pré-natal no Instituto de Perinatologia Social em Teresina, Piauí. Os critérios de inclusão para o desenvolvimento do acompanhamento farmacoterapêutico (AFT) 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 têm dificuldade em ler e com dificuldade para responder ao questionário.

Após essa etapa de entrevistas, partiu-se para o desenvolvimento do AFT com uma gestante hipertensa específica selecionada para o estudo, sendo a amostra constituída por uma (1) gestante hipertensa.

### 5.3 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 de cada um das pacientes. A coleta dos dados das gestantes foi realizada por um acadêmico do Curso de Farmácia da Universidade Federal do Piauí, treinado e supervisionado. 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, situação conjugal, 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 analisarem-se 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 sexo, idade, estrato sócio-econômico, 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.

## **5.4 Sujeitos**

No tocante à entrevista farmacêutica, como critério de exclusão foi considerado a dificuldade das gestantes em responder a ficha do acompanhamento farmacoterapêutico. Dentre as gestantes incluídas procurou-se conhecer critérios como idade, peso, altura, IMC e os medicamentos em uso. Portanto, no total, foram entrevistados 62 gestantes, para iniciar o estudo por meio da coleta de dados para subsidiar a seleção da gestante hipertensa para o acompanhamento farmacoterapêutico e a implantação futura de um programa de ATENFAR.

## **5.5 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 AFT não fosse interrompido, e o estudo pudesse ter prosseguimento.

## **5.6 Análise dos dados**

Publicações regulares de periódicos nacionais, internacionais e 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 das gestantes.

## 5.7 Questões de ética

O projeto (PROC.: 2476/10) foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade Dona Evangelina Rosa (**Anexo I**) e durante a execução dos estudos foi respeitado todos os direitos das gestantes. Todas as participantes do estudo 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 (TCLE). Não houve identificação nominal, nem risco moral para as pacientes, por se tratar apenas de dados farmacoepidemiológicos estatísticos.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 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.

A gestação é classificada de **baixo risco** quando ela se constitui num fenômeno fisiológico normal que evolui, em 90% dos casos, sem intercorrências; e de **alto risco**, quando já se inicia com problemas, ou estes surgem no decorrer do período com maior probabilidade de apresentarem uma evolução desfavorável, quer para o feto ou para a mãe. A assistência pré-natal tem como objetivo identificar adequada e precocemente quais as pacientes com mais chance de apresentar uma evolução desfavorável e acolher a mulher desde o início de sua gravidez (BUCHABQUI; ABEICHE; BRIETZKE, 2001).

Quanto ao perfil sócio demográfico das gestantes (Tabela 3), 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%) tinham o ensino superior incompleto, e 2 (3%) tinham o ensino superior completo. Quanto ao local de onde as gestantes eram oriundas, 43 (69%) delas eram de Teresina, enquanto 19 (31%) vinham do interior. E quando questionadas se moravam sozinhas, 61 (99%) responderam que não e apenas 1 (1%) respondeu que sim.

A faixa etária encontrada para as gestantes estudadas reflete consonância com outros estudos brasileiros (CARMO; NITRINI, 2004; SALVADOR *et al.*, 2008), assim, como sua maior prevalência na faixa etária de 20 a 34 anos



(SINASC, 2001; KROEFF *et al.*, 2004), considerada a mais adequada para a reprodução (SAUNDERS; ACCIOLY; LACERDA, 2002).

**Tabela 3:** Perfil sócio demográfico das gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social ligado à Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.

Perfil sócio demográfico	Gestantes	
	n	(%)
<b>Faixa etária</b>		
17-20	08	13
21-30	26	42
31-40	24	38
41-46	04	07
<b>Oriunda</b>		
Teresina	43	69
Interior	19	31
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeta	01	01
Fundamental incompleto	17	27
Fundamental completo	06	09
Médio incompleto	11	18
Médio completo	22	35
Superior incompleto	03	05
Superior completo	02	03
<b>Mora sozinha</b>		
Sim	01	01
Não	61	99

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

De acordo com o Ministério da Saúde (2004) existe uma maior proporção de nascidos vivos no Brasil de mães cujas idades concentram-se entre os 15-34 anos.

No quesito escolaridade, a maioria das gestantes entrevistadas possuía ensino médio completo, seguido do ensino fundamental incompleto, dados que corroboram com os encontrados por Costa e colaboradores (2011), porém não entram em consonância com os encontrados por Salvador e colaboradores (2008), Alencar e Gomes (2008) e Spindola e colaboradores (2006), em que o ensino fundamental foi o nível de escolaridade encontrado com maior porcentagem entre as gestantes estudadas. A baixa escolaridade pode ser um agravante para a saúde das mulheres sendo considerado pelo Ministério da

Saúde (2000b) como um fator de risco obstétrico, visto que esse quesito contribuiu com a baixa utilização da assistência pré-natal, contribuindo para o aumento da morbimortalidade materno-fetal (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2000).

Tem-se ainda que a instrução materna pode ser entendida como um indicador de condição social; um alto grau de instrução favorece o acesso ao emprego e à melhoria do padrão socioeconômico e, conseqüentemente, das condições de vida (HAIDAR; OLIVEIRA; NASCIMENTO 2001; NASCIMENTO; GOTLIEB, 2001).

A situação conjugal insegura e os conflitos familiares, assim como a baixa escolaridade, se relacionam, no seu conjunto ou isoladamente, com a baixa utilização da assistência pré-natal, contribuindo para o aumento da morbimortalidade materno-fetal, por isso a importância do questionamento se essas gestantes moravam sozinhas ou não (BRASIL, 2010; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2000).

Com relação a esse quesito, como dito anteriormente, apenas uma gestante declarou morar sozinha. Das que responderam conviver com algum familiar, 15 (24%) disseram morar com o marido, 33 (54%) delas com o marido e filho(s), 4 (7%) dessas gestantes moravam com o marido e outros familiares, enquanto 9 gestantes (15%) relataram que moravam com outros familiares, mas não com o companheiro. Demonstrando, assim, que a maioria das gestantes em estudo tinha uma relação conjugal segura.

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

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

A Tabela 4 mostra os hábitos de vidas das gestantes relacionados ao etilismo, ao tabagismo e à realização de atividade física. Observa-se que 11%

relataram a prática do etilismo, 3% disseram que eram tabagistas, e 79% das entrevistadas responderam que não realizavam atividade física.

**Tabela 4:** Hábitos de vida das gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social ligado à Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.

Hábitos de vida	Gestantes	
	n	(%)
<b>Etilismo</b>		
Sim	7	11
Não	55	89
<b>Tabagismo</b>		
Sim	2	3
Não	60	97
<b>Realização de atividade física</b>		
Sim	13	21
Não	49	79

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

Segundo dados da literatura, 9 a 40% das gestantes fazem uso de algum tipo de bebida alcoólica (PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005; FIORENTIN; VARGAS, 2006; MORAES; REICHENHEIM, 2007) e 17 a 45% são tabagistas (KROEFF *et al.*, 2004; SILVA; BARRETO; FREITAS, 2009; BRUM *et al.*, 2011), sendo a porcentagem desse último parâmetro significativamente superior ao da encontrada no presente estudo.

A prevalência de gestantes que realizavam alguma atividade física está em concordância com o que foi encontrado por Barros e colaboradores (2006), que encontraram 13,2% de entrevistadas que realizavam atividade física.

Quanto ao perfil de uso de medicamentos na gravidez, 99% das gestantes entrevistadas fizeram uso de pelo menos um medicamento, correlacionando-se assim com os resultados encontrados por Gomes e colaboradores (1999) e de Fonseca e colaboradores (2002) em que 97,6 e 94,6%, respectivamente, das gestantes utilizaram ao menos um fármaco durante a gravidez.

Ainda quanto ao perfil farmacológico, do total de medicamentos utilizados (135), 88 e 12% foram utilizados com e sem prescrição médica, respectivamente, o que mais uma vez se correlaciona com os dados descritos por Fonseca e colaboradores (2002), porém não está em concordância com a investigação feita por Silva e colaboradores (2009).

As diferenças observadas podem ser decorrentes das particularidades dos vários serviços de atenção à saúde, dos problemas de saúde pública enfrentados por cada região geográfica e das culturas dos estados e países envolvidos (MENGUE *et al.*, 2001).

Das gestantes que fizeram uso de medicamentos por meio de prescrição médica obteve-se a frequência de consumo das seguintes classes de medicamentos: vitaminas, sais minerais e antianêmicos (61,4%), anti-hipertensivos (14,3%), antiespasmóticos (8,4%), analgésicos e anti-inflamatórios (3,4%), hormônios (3,4%), antieméticos (1,7%), antidiabéticos orais (1,7%), antiácidos (1,7%), diuréticos (0,8%), antibióticos (1,6%), antialérgicos (0,8%), bloqueadores dos canais de cálcio (0,8%) (**Tabela 5**).

Percebe-se que vitaminas, sais minerais e antianêmicos foram a classe de medicamentos mais prescrita, principalmente os sais de ferro (38%), seguido do ácido fólico (30%), das vitaminas (21%) e das associações (11%), já que “no Brasil a utilização de sais de ferro e vitaminas durante a gestação é uma intervenção da prática médica rotineira” (SILVA; BARRETO; FREITAS, 2009).

Alguns estudos, ainda sugerem que a suplementação baseada no uso de sais de ferro deveria ser restrita a uma pequena parcela de gestantes que, comprovadamente, apresentem deficiência férrica (MUTSCHLER *et al.*, 1995). Por sua vez, 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 (DAL PIZZOL, 2006).

Os anti-hipertensivos foram à segunda classe de medicamentos mais prescrita, sendo que a prevalência do uso acima do descrito na literatura (GOMES *et al.*, 1999), o que pode ser explicado pelo fato da alta prevalência de gestantes hipertensas que participaram da pesquisa.

É o que demonstra a Tabela 6, sendo a principal hipótese diagnóstica associada à gravidez das entrevistadas a HAS (39%), seguida da diabetes (3%), HAS associada à diabetes (3%), asma alérgica (3%), anemia (3%), arritmia cardíaca (1%), hipotireoidismo (1%), epilepsia (1%), e hipercolesterolemia (1%). Silva e colaboradores (2009) encontraram também como principal hipótese diagnóstica associada à gravidez a HAS (40%), o que é contrário à porcentagem dos dados encontrados no estudo realizado por Tenfen (2009) que foi de apenas 2,9%.

**Tabela 5:** Prevalência do uso de medicamentos durante a gestação segundo a classe do medicamento consumido pelas gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social ligado à Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.

Classe de medicamentos	Prevalência	
	n	(%)
<b>Vitaminas, sais minerais e antianêmicos</b>	73	61,4
<b>Anti-hipertensivos</b>	17	14,3
<b>Antiespasmóticos</b>	10	8,4
<b>Analgésicos e antiinflamatórios</b>	4	3,4
<b>Hormônios</b>	4	3,4
<b>Antieméticos</b>	2	1,7
<b>Antidiabéticos orais</b>	2	1,7
<b>Antiácidos</b>	2	1,7
<b>Diuréticos</b>	1	0,8
<b>Antibióticos</b>	2	1,6
<b>Antialérgicos</b>	1	0,8
<b>Bloqueadores dos canais de cálcio</b>	1	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

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

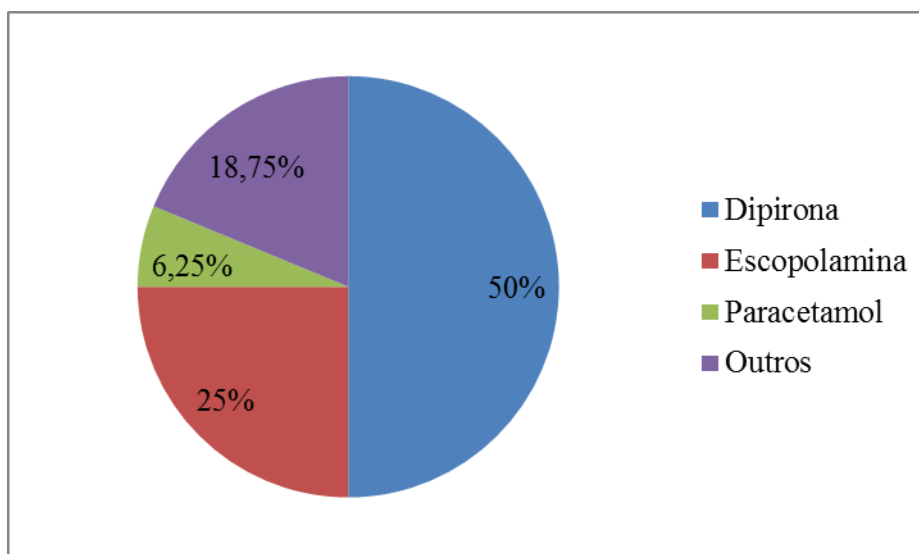
Em se tratando da automedicação, 26% das gestantes declararam fazer uso dessa prática, sendo que os medicamentos mais utilizados foram dipirona (50%), escopolamina (25%), paracetamol (6,25%) e outros (18,75%) (**Figura 1**). No estudo realizado por Mengue e colaboradores, (2001) foi encontrado que 25% das gestantes utilizaram antiinflamatórios não esteroidais, sendo a dipirona (43%) a mais freqüente, seguido do ácido acetilsalicílico e do paracetamol.

A dipirona tem o potencial de produzir agranulocitose, e uso regular de ácido acetilsalicílico em grandes doses tem sido associado a baixo peso ao nascer, bem como a prolongamento da gestação e a sangramento intraparto quando esse fármaco é utilizado no final da gravidez. Recomenda-se, portanto, que, para fins de analgesia, esses medicamentos sejam substituídos por paracetamol, pertencente à categoria B (sem evidência de risco) e com menor risco para a mãe e para o feto (FONSECA; FONSECA; MENDES, 2002).

**Tabela 6:** Principais hipóteses diagnósticas associadas à gravidez das gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social ligado à Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.

Hipóteses Diagnósticas	Gestantes	
	n	(%)
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	24	39
Diabetes	2	3
HAS e Diabetes	2	3
Asma alérgica	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



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

**Figura 1:** Principais medicamentos utilizados sem prescrição médica pelas gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social ligado à Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.

Já em estudo realizado por Silva e colaboradores (2009), foi identificado um alto número de gestantes que utilizam analgésicos sem prescrição médica, sendo o paracetamol o mais freqüente, seguido do diclofenaco e da dipirona. O uso desses medicamentos antiinflamatórios não esteroidais pode explicar o alto

número de reações adversas aos medicamentos (RAMs) pelas gestantes, a saber: irritação da mucosa gástrica, dispepsia, gastrite, náuseas, vômitos, entre outros (SHARPE; FRANCO, 1996). A literatura registra uma frequência de consumo em torno de 76% no uso de analgésicos não esteroidais durante a gestação (BRIGGS; FREEMAN; YAFFE, 1994; PRAKASH; PROGIANTI, 1990).

Com relação ao uso de plantas medicinais, 40% das pacientes relataram utilizá-las, destacando-se o uso de erva cidreira (46%), erva doce (18%), capim-santo (12%) e camomila (9%), além de serem citados hortelã, boldo, mate e trevo (**Tabela 7**). Goulart e colaboradores (2004), em seu estudo, relataram que 58% das gestantes que participaram da pesquisa utilizavam plantas medicinais, sendo que as mais utilizadas foram 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 7:** Prevalência dos chás de plantas medicinais, por nome popular, utilizados pelas gestantes atendidas no Instituto de Perinatologia Social ligado à Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí.

Plantas medicinais (nome popular)	Prevalência	
	n	(%)
Erva cidreira	15	46
Erva doce	6	18
Capim-santo ou capim-de-cheiro	4	12
Camomila	3	9
Hortelã	2	6
Boldo	1	3
Mate	1	3
Trevo	1	3

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

A cultura popular na utilização de plantas medicinais, trazida através dos tempos, corrobora no uso indiscriminado de plantas medicinais dentro do contexto da automedicação que é entendida como a utilização de medicamentos sem prescrição, orientação e/ou o acompanhamento do médico (BRASIL, 2011) e, o fácil acesso às plantas medicinais, incentiva busca do “medicamento” por um custo mais acessível a grande parcela da população (NICOLETTI *et al.*, 2007).

Goulart e colaboradores (2004) também evidenciaram que apesar de alguns dos chás serem contra-indicados no período gestacional, as pacientes os utilizam por desconhecimento de seus efeitos indesejáveis nesta fase, podendo ocasionar inclusive, em casos extremos, o aborto. Em sua investigação observou-se que o uso indiscriminado de 14 das plantas referidas pelas gestantes é contra-indicado na gravidez, de acordo com a Resolução da Secretaria de Saúde do Estado de Rio de Janeiro Nº 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 abortivos.

### **6.3 Acompanhamento farmacoterapêutico de uma gestante hipertensa atendida no Instituto de Perinatologia Social no município de Teresina, Piauí.**

Para a realização do AFT selecionou-se uma paciente cuja gestação se enquadrasse como de alto risco, já que este tipo de gestação merece cuidados e atenção maiores em virtude da maior probabilidade de apresentarem uma evolução desfavorável.

A partir desse critério de inclusão, escolheu-se dentre essas gestantes as que apresentassem como fator de risco a HAS, já que a hipertensão materna pode ser a principal causa clínica do desencadeamento do parto prematuro, apresentando associação significativa com o nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso, tendo como causa provável a má perfusão placentária originada pela vasoconstrição e pelo deficiente crescimento placentário (ARAÚJO; TANAKA, 2007). Assim exige-se o desenvolvimento de estratégias de atendimento como diagnóstico correto, acesso ao atendimento de saúde, monitoração da pressão arterial e acompanhamento farmacoterapêutico, segundo as características de cada paciente (AMADEI; MERINO, 2010).

Assim, selecionou-se uma gestante que apresentava HAS e que aceitou participar do presente estudo, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



### 6.3.1 Descrição do caso

L.F.S., sexo feminino, 1.60 m, 68.9 kg, IMC = 26.91 kg/m<sup>2</sup>, 30 anos, casada, possui o ensino médio incompleto, mora com o esposo e três filhos, estando no quinto mês de gestação. O problema de saúde apresentado foi hipertensão arterial crônica, segundo ela, decorrente da segunda gestação, em 2009. Com relação ao histórico familiar de hipertensão arterial, a mesma declarou que os avós e tios possuíam a mesma doença.

Segundo Harshfield e colaboradores (2009), a causa da hipertensão arterial é desconhecida. Porém, sabe-se que a predisposição genética em associação com fatores ambientais, tais como o consumo de sal e o estresse psicossocial, está diretamente relacionada com o desenvolvimento da hipertensão arterial importante fator de risco para doenças cardiovasculares.

Quanto ao estilo de vida, a gestante respondeu que consumia bebidas alcoólicas, porém de forma esporádica, como por exemplo, em eventos familiares. Não fumava e não realizava atividade física. Possuía hábitos alimentares comuns, não seguindo dieta específica.

De acordo com a tabela de Atalah e colaboradores (1997), um método de mensuração do IMC, a gestante está levemente acima do peso ideal para o período gestacional em que se encontra (Tabela de Atalah – IMC adequado: 19 / 20 semanas, entre 21,6 e 26,3 kg/m<sup>2</sup>; 31 / 32 semanas, entre 23,7 e 28,0 kg/m<sup>2</sup>).

O Índice de Massa Corporal (IMC) proporciona informações com relação às reservas energéticas, sendo utilizado com frequência para determinar e monitorar o ganho de peso baseado no estado nutricional pré-gestação e durante a gestação (ATALAH *et al.*, 1997; BRASIL, 2002). O ganho de peso em excesso pode expor a gestante ao desenvolvimento de diversas patologias, tais como hipertensão arterial, diabetes, obesidade pós-parto, macrosomia fetal, além de complicações no parto e puerpério (INSTITUTE OF MEDICINE, 1990).

Sobre o perfil farmacoterapêutico, a usuária relatou que estava tomando Metildopa 250 mg (1 comprimido, duas vezes ao dia), em substituição ao Enalapril 10 mg (1 comprimidos, três vezes ao dia) que fora tomado até o início da gestação. Os medicamentos eram tomados sempre antes das refeições. Quando sentia dores fazia uso de Paracetamol, sendo este prescrito pelo médico, porém já havia feito uso de Dipirona por conta própria.

A  $\alpha$ -metildopa é um agente  $\alpha$ -agonista central, considerada a droga anti-hipertensiva mais segura, eficaz e de primeira linha para tratamento da hipertensão na gravidez, principalmente por ser o anti-hipertensivo mais utilizado e estudado. A dose inicialmente utilizada é 750 mg/dia com dose máxima de 3 g/dia. Apresenta como principais efeitos colaterais sonolência, letargia, depressão e hipotensão postural (SOUZA *et al.*, 2010).

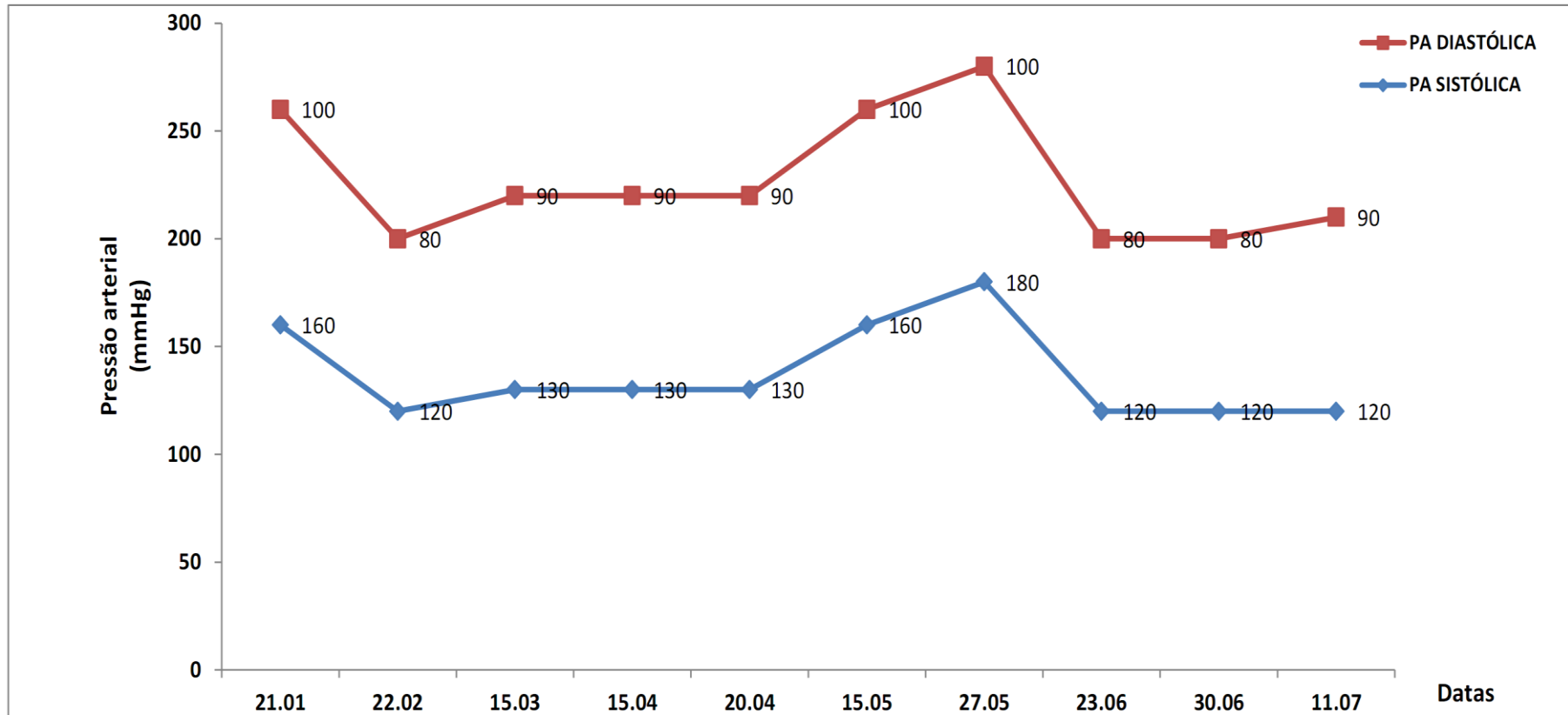
Foram obtidos os valores da pressão arterial (**Figura 2**) a cada encontro realizado, como forma de monitoramento, por meio dos dados presentes no cartão da gestante fornecido pela maternidade e também em aferições feitas em um posto de saúde próximo à sua residência.

A gestante não apresentou queixas em relação à farmacoterapia. Relatou que fazia uso de chá de erva-cidreira, uma vez que existem relatos de que a planta ajuda no controle da P.A. Também relatou que teve reação adversa (náuseas e vômitos) quando tomava sulfato ferroso.

A erva-cidreira (*Melissa officinalis* L.) tem como usos populares: rejuvenescedora, calmante, revitalizante, antidepressivo, antialérgico, carminativo, hipotensor, sudorífero, tônico geral, antiespasmódico, bálsamo cardíaco, antidisentérico e antiemético (SILVA *et al.*, 2007). A erva-cidreira pode interagir com outros medicamentos contendo plantas medicinais, especialmente, Kava-kava (*Piper methysticum* G. Forst). De maneira geral interage com depressores do sistema nervoso central e com hormônios tiroideanos (NICOLETTI *et al.*, 2007).

Os sais de ferro são, geralmente, bem tolerados (OLIVEIRA, 1990), podendo, no entanto, produzir efeitos colaterais, como pirose, náuseas, vômitos, diarréia, constipação intestinal e cólicas (STEKEL, 1984; OLIVEIRA, 1990), ocorrendo em 15% a 20% dos pacientes em tratamento diário com ferro oral (CARDOSO; PENTEADO, 1994).

**Figura 2:** Valores da pressão arterial de gestante hipertensa durante AFT.



**Legenda:** PA – pressão arterial

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

Quanto ao perfil de adesão da usuária ao tratamento, verificou-se que a mesma não tomava o medicamento todos os dias e não era rígida quanto ao horário de tomá-lo. Também respondeu que quando se sentia bem, às vezes deixava de tomar o medicamento. Assim, esse comportamento caracteriza o não cumprimento da farmacoterapia prescrita. Isso refletiu no valor da pressão arterial, que no início do AFT estava 160 por 100 mmHg, o que representa um descontrole em relação a P.A. normal, como demonstra a Figura 2.

Com essas informações, realizou-se a intervenção farmacêutica através de boletins informativos sobre a doença e sua complicação na gravidez, a importância de se cumprir o tratamento medicamentoso, todos os dias e nos horários determinados pelo médico, as possíveis reações adversas e interações medicamentosas, bem como a adesão ao tratamento não medicamentoso por meio de mudanças no estilo de vida (**Apêndices II, III e IV**).

Após a intervenção percebeu-se que a gestante passou a ter um melhor controle da P.A. (meses de fevereiro, março e abril), em que a mesma relatou ter passado a tomar o medicamento diariamente e nos horários recomendados pelo médico. Também relatou ter mudado seus hábitos alimentares, passando a usar somente óleo de origem vegetal, comer carnes magras, sendo estas grelhadas ou cozidas, diminuir a quantidade de sal, porém sempre comunicando ao médico sobre qualquer mudança feita. Quanto à atividade física, a gestante relatou estar sem tempo, por conta dos filhos, e que passou a evitar bebidas alcoólicas. Dessa forma, percebe-se que a gestante leu, entendeu e aceitou a intervenção farmacêutica.

O tratamento não medicamentoso da hipertensão tem, como principal objetivo, diminuir a morbidade e mortalidade cardiovascular por meio de modificações no estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial. É indicado a todos os hipertensos e a indivíduos, mesmo que normotensos, mas de alto risco cardiovascular. Dentre as possibilidades de tratamento, as que reduzem comprovadamente a pressão arterial são: redução do peso corporal, da ingestão de sal e do consumo de bebidas alcólicas, prática de exercícios físicos com regularidade, e a não utilização de drogas que elevam a pressão arterial (ALBANESI FILHO, 1999).

No mês de maio, quando a gestante estava próxima ao parto, houve um pico hipertensivo, como demonstrado na Figura 2, mas a mesma não soube

explicar o motivo que levou a esse aumento da P.A., já que estava seguindo o tratamento conforme recomendado pelo médico e fazendo a dieta, deduzindo que seria pelo fato de estar bastante ansiosa com o nascimento do filho. Um mês depois do parto, no encontro seguinte, a mesma relatou que teve pré-eclâmpsia.

Encontram-se na literatura como fatores de risco para a hipertensão arterial: idade, raça, sexo, consumo de sódio, obesidade, fumo, estresse, raiva, hostilidade, impulsividade, ansiedade e depressão. Com base na hipótese de que o estado emocional interfere na variabilidade da pressão arterial, pesquisaram-se os efeitos da felicidade, da raiva e da ansiedade em pacientes com hipertensão arterial e concluiu-se que os três estados emocionais elevam a pressão arterial, encontrando-se forte associação entre a intensidade da ansiedade e a pressão arterial diastólica (FONSECA *et al.*,2009). A presença de hipertensão arterial crônica aumenta o risco de pré-eclâmpsia sobreposta (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1999).

Nesse momento, foi iniciado o acompanhamento farmacoterapêutico domiciliar. A Metildopa foi substituída pelo Enalapril 10 mg (2 comprimidos, três vezes ao dia) acompanhado de Hidroclorotiazida 25 mg (1 comprimido, pela manhã) para um melhor controle da P.A., visto que a mesma tinha apresentado um quadro de pré-eclâmpsia.

A paciente também relatou estar em uso de anticoncepcional oral e que o mesmo estava sendo tomado junto com o anti-hipertensivo e que passou a sentir tonturas depois da mudança do esquema terapêutico.

De acordo com o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1999), várias drogas podem ter efeitos hipertensivos, devendo ser evitadas ou descontinuadas, como os anticoncepcionais orais, antiinflamatórios não-esteróides, anti-histamínicos descongestionantes, antidepressivos tricíclicos, corticosteróides, dentre outros.

Ainda segundo o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, em associação com diurético, a ação anti-hipertensiva dos inibidores da ECA é magnificada, podendo ocorrer hipotensão postural.

O Enalapril é geralmente bem tolerado. Os efeitos adversos mais freqüentemente relatados incluem: tosse, cefaléia (dor de cabeça), tonturas e cansaço. Outros efeitos adversos foram observados em menos de 2% dos casos

e incluem: hipotensão, hipotensão ortostática, síncope, náuseas, diarreia, câimbras musculares e erupção cutânea (EUPRESSIN, 2011).

Como a absorção de EUPRESSIN (maleato de enalapril) não é afetada pela ingestão de alimentos, os comprimidos podem ser administrados antes, durante ou após as refeições. Para o tratamento da hipertensão arterial essencial: dose inicial 10 a 20 mg, dependendo do grau de hipertensão, administrada uma vez ao dia. Em hipertensão leve (estágio 1), a dose inicial recomendada é 10 mg ao dia. Para os outros graus de hipertensão, a dose inicial é de 20 mg ao dia. A posologia usual de manutenção é de 20 mg, tomados uma vez ao dia. A posologia deve ser ajustada de acordo com as necessidades do paciente, até ao máximo de 40 mg ao dia. Até o presente momento, a dose máxima estudada no homem é de 80 mg diários (EUPRESSIN, 2011).

A Hidroclorotiazida possui como efeitos adversos mais comuns a perda do apetite, desconforto gástrico, náusea, vômito, prisão de ventre, tontura, dormência, dor de cabeça, anemia, queda da pressão ao levantar-se, alergia, boca seca, sede excessiva, fraqueza e contração muscular. E sua absorção é aumentada com a ingestão concomitante de alimentos (CLORANA, 2011).

Diante dessas informações, sugere-se que as tonturas podem ser decorrentes de três fatos ou de um deles: aumento da dosagem do enalapril, acarretando assim uma de suas reações adversas; potencialização do efeito hipotensor resultante da adição de um diurético ao esquema terapêutico; e reação adversa da hidroclorotiazida.

A partir dessas observações, foram feitas orientações a paciente quanto ao intervalo de administração dos medicamentos, de forma verbal, chamando atenção para o risco de interação entre os medicamentos e as reações adversas dos mesmos, ressaltando, ainda, a importância de seguir o tratamento mesmo com o aparecimento destas e de informá-las sempre ao médico.

No encontro seguinte, foi entregue material educativo (**Apêndice V**) sobre aleitamento materno. Nesse encontro, sendo o último do AFT, a paciente relatou que a posologia do Enalapril foi alterada de três vezes para duas vezes ao dia e que ainda estava seguindo uma alimentação adequada ao seu estado de saúde. Os níveis da P.A. mantiveram-se normais.

Durante o AFT também foram registradas as imagens do Instituto de Perinatologia Social (**Apêndice VI**), bem como, foram fotografados, para

registros, momentos da prática da ATENFAR que auxiliaram a discussão dos resultados (**Apêndice VII**).

Foram então realizadas 9 entrevistas, sendo identificados 5 PRMs/RNMs reais, a saber, dois PRM 4, um PRM 5 e dois PRM 6, decorrentes de inefetividade quantitativa, insegurança não quantitativa e insegurança quantitativa, respectivamente (**Tabela 8**). Verifica-se que a efetividade alcançada foi de 100%, o que mostra que as intervenções podem contribuir para uma evolução clínica favorável do paciente quanto ao uso de medicamentos.

O envolvimento de um farmacêutico clínico na equipe de atendimento pode elevar a qualidade do serviço prestado, sem ingerências sobre as competências multiprofissionais. Estudos mais amplos nesse campo são necessários a fim de se alcançar uma maior validade externa e o desenvolvimento de novos instrumentos de classificação de riscos e prevenção de problemas relacionados com medicamentos, em locais onde não se realiza acompanhamento farmacoterapêutico (CORRER *et al.*, 2007).

**Tabela 8:** Efetividade alcançada com as intervenções sobre os problemas relacionados com medicamentos identificados.

PRM/RNM	INTERVENÇÃO	SEGUIDA	EFETIVIDADE
<b>PRM 4</b> Não adesão (Inefetividade quantitativa)	Orientação verbal sobre a importância de se tomar o medicamento diariamente.	SIM	
<b>PRM 4</b> Não adesão (Inefetividade quantitativa)	Orientação verbal sobre a importância de se tomar o medicamento nos horários definidos pelo médico.	SIM	
<b>PRM 6</b> Possibilidade de efeito adverso (Insegurança quantitativa)	Orientação verbal sobre os efeitos adversos dos medicamentos isolados e/ou associados.	SIM	100%
<b>PRM 5</b> Interação medicamentosa (Insegurança não quantitativa)	Mudança no horário da medicação (anticoncepcional oral).	SIM	
<b>PRM 5</b> Interação medicamentosa (Insegurança não quantitativa)	Alerta sobre a hipotensão postural resultante da potencialização do efeito anti-hipertensivo.	SIM	

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



## 7 CONCLUSÃO

Para a realização do AFT da paciente foi empregada à metodologia Dáder de forma apropriada. Durante o período de realização deste trabalho foram identificados cinco problemas relacionados aos medicamentos (PRMs), sendo dois PRM 4, dois PRM 5 e um PRM 6, resultando, respectivamente, em inefetividade quantitativa, insegurança não quantitativa e insegurança quantitativa.

Para a resolução destes problemas foram realizadas intervenções diretas, por meio de orientações verbais à gestante sobre a importância da adesão ao tratamento e as possíveis interações medicamentosas e reações adversas, bem como o tratamento não farmacológico. Ainda, como forma de orientação foi desenvolvido material educativo e também foi feita intervenção farmacêutico-médico-paciente. A gestante acatou com todas as intervenções, sendo estas efetivas e os PRMs, conseqüentemente, resolvidos.

Dessa forma, concluiu-se que a ação exercida pelo farmacêutico, por meio do AFT, permite a obtenção de um resultado farmacoterapêutico eficiente nos serviços de pré-natal, garantindo a melhora dos resultados clínicos dos medicamentos usados pelas gestantes e, conseqüentemente, da qualidade de vida das mesmas.

## REFERÊNCIAS

AFIFI, Y.; CHURCHILL, D. Pharmacological treatment of hypertension in pregnancy. **Curr Pharm Des**, v. 9, n. 21, p. 1745-1753, 2003.

ATALAH, S.E.; CASTILLO, L.C.; CASTRO, S.R.; ÁLDEA, P.A. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. **Rev Med Chile** v. 125, p.1429-1436.1997.

ALENCAR, N. G.; GOMES, L. C. Avaliação da assistência pré-natal na percepção de gestantes atendidas em uma Unidade com Programa de Saúde da Família. **Saúde Coletiva**; v. 4, n. 19, p. 13-17, 2008.

ALBANESI FILHO, A. Insuficiência cardíaca no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 71, p. 561-562, 1999.

AMADEI, J. L.; MERINO, C. G. Hipertensão Arterial e Fatores de Risco em Gestantes Atendidas em Unidade Básica de Saúde. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 3, n. 1, p. 33-39, 2010.

AMARAL, J. **Método Dáder: manual de seguimento farmacoterapêutico**. 2<sup>a</sup> ed. 2004.

ARAUJO, F. B.; TANAKA, C. A. A. Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda. **Cadernos de saúde Pública**. v. 23, n. 12, dezembro, 2007.

BARROS, A. J. D.; SANTOS, I. S.; VICTORA, C.G.; ALBERNAZ, E. P.; DOMINGUES, M. R.; TIMM, I. K.; MATIJASEVICH, A.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, F. C. . Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. **Rev. Saúde Pública**. v. 40, n. 3, p. 402-413, 2006.

BISSON, M. P. **Farmácia clínica & atenção farmacêutica**. 2<sup>a</sup> ed. Barueri, SP: Manole, 2007.

BUCHABQUI, J.A.; ABEICHE, A.M.; BRIETZKE, E.; **Assistência pré-natal. In: Rotinas em obstetrícia.** 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 23-37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Gestação de alto risco.** 4ª ed. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil; 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico.** Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde Nacional. Atendimento nutricional no pré-natal e puerpério. Manual técnico. Versão preliminar. Brasília: Ministério da saúde, 2000; com atualização em 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde.** Brasília; 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Glossário de definições legais.** Disponível em <[http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/glossario/glossario\\_a.htm](http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/glossario/glossario_a.htm)>. Acesso em: 10/09/ 2011.

BRIGGS, G. G.; FREEMAN, R. K.; YAFFE, S. J. **Drugs in pregnancy and lactation.** 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994.

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.** vol. 16, p. 2435-2442, 2011.

CARDOSO, M. A.; PENTEADO, M. V. C.. Intervenções nutricionais na anemia ferropriva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p. 231-240, 1994.

CARMO, T. A.; NITRINI, S.M.O.O. Prescrição de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. **Cad Saude Publica**. v. 20, n. 4, p. 1004-1013, 2004.

CIPOLLE, R.; STRAND, L.; MORLEY, P. **El ejercicio de la atención farmacéutica**. Madrid: McGraw Hill: Interamericana; 2000. 368 p.

CLORANA, **hidroclorotiazida**. Farmacêutico responsável: Antonia A. Oliveira. Suzano, SP: Sanofi-Aventis Farmacêutica Ltda, 2011. Bula de remédio.

III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arq. Bras. Endocrinol Metab**. v. 43 n. 4 São Paulo, 1999.

CORRER, C. J.; PONTAROLO, R.; FERREIRA, L. C.; BAPTISTÃO, S. A. M. Riscos de problemas relacionados com medicamentos em pacientes de uma instituição geriátrica. **Rev. Bras. Cienc. Farm**. v. 43, n.1, jan./mar., 2007

COSTA, S. M.; MENEZES, D.C.G.; FERNANDES, L. L.; SILVA, J. R.; FIGUEIREDO, M. F. S. Perfil socioeconômico das gestantes atendidas no serviço de pré natal da estratégia saúde da família. **VI Mostra científica de enfermagem**. Abril, 2011.

DÁDER, M. J. F.; CASTRO, M. M. S.; HERNANDEZ, D. S. **Método Dáder. Guía de seguimiento farmacoterapéutico**. Granada: Universidad de Granada, 2007.

DAL PIZZOL, T. S. **Riscos e benefícios para o feto e recém-nascido de medicamentos utilizados na gestação: misoprostol e antianêmicos**. 2006. 127 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia)–Programa de Pós-Graduação em Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

EUPRESSIN, **maleato de enalapril**. Farmacêutico responsável: Alberto Jorge Garcia Guimarães. São Paulo, SP: Biosintética Farmacêutica Ltda, 2011. Bula de remédio.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Assistência pré-natal: manual de orientação**. Rio de Janeiro; 2000.

FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; FAUS, M. J.; GASTELURRUTIA, M. A.; BAENA, M. I.; TUNEU, L.; MARTINEZ MARTINEZ, F.,. **Identificación sistemática de resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. Seguim Farmacoter** v. 2, n. 3, p. 195-205, 2004.

FIORENTIN, C. F.; VARGAS, D. O uso de álcool entre gestantes e o seus conhecimentos sobre os efeitos do álcool no feto. **Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas**. v. 2, n.2, pp. 0-0. 2006.

FONSECA, F. C. A.; COELHO, R. Z.; NICOLATO, R.; MALLOY-DINIZ, L. F.; FILHO, H. C. S. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **J Bras Psiquiatr**. v. 8, n. 2, p. 128-134, 2009.

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.

GEIB, L. T. C.; FILHO, E. F. V.; 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. Saude** v. 23, n. 10, 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.; ALVIM, N. A. T. O diálogo com gestantes sobre plantas medicinais: contribuições para os cuidados básicos de saúde. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. v. 26, p. 287-294, 2004.

Haidar, F.H.; OLIVEIRA, U.F.; NASCIMENTO, L.F.C. Escolaridade Materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cad Saúde Pública**. v. 17, n.4, p. 1025-9, 2001.

HARSHFIELD, G.A.; DONG, Y.; KAPUKU, G.K.; ZHU, H.; HANEVOLD, C.D. Stress-induced sodium retention and hypertension: a review and hypothesis. **Curr Hypertens Rep**.v. 11, p. 29-34, 2009.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*. **Am J Hosp Pharm**, 1990; 47(3): 533-543.

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

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). *Nutrition during pregnancy*. Washington DC: National Academy Press, 1990.

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 Saude Publica**. v. 38, n. 2, p. 261-7, 2004

MACHUCA M.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS F., FAUS M. J. Informe farmacéutico-médico según la metodología Dáder para el seguimiento Del tratamiento farmacológico. **Pharm Care Esp**. v. 2, p.358-363, 2000

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

MARTINEZ ROMERO, F. **Atención Farmacéutica em España: un gran compromiso. Buenos Aires: Farmacia Profesional**, 1996. p. 6-12.

MEADOWS, M. **Pregnancy and drug dilemma. FDA consumer**. Disponível em: <[http://www.fda.gov/fdac/feature/2001/301\\_preg.html](http://www.fda.gov/fdac/feature/2001/301_preg.html)> Acesso em: 16/Set/2011.

MENGUE, S. S, SCHENKEL, E. P.; DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. Uso de medicamentos por gestantes em seis cidades brasileiras. **Revista de Saúde Pública**. v. 35, n. 5, p. 144-147, 2001.

MONTRUCCHIO, D. P. Atenção farmacêutica domiciliar: acompanhamento de pacientes hipertensos usuários do sistema de saúde de Curitiba. **Encontro de Extensão e Cultura da UFPR**, 2004.

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**. vol. 41, p. 695-703, 2007.

MUTSCHLER, E.; DERENDORF, H.; SCHÄFER-KORTING, M.; ELROD, K.; ESTES, K. **Drug actions: basic principles and therapeutic aspects**. Boca Raton: Medpharm; 1995.

NASCIMENTO, L.F.C.; GOTLIEB, S.L.D. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer, com base em informações da declaração de nascido vivo em Guaratinguetá, SP, no ano de 1998. **Inf Epidemiol SUS**. v. 10, n.3, p.113-20, 2001

NICOLETTI, M. A.; OLIVEIRA-JÚNIOR, M. A.; BERTASSO, C. C.; CAPOROSSO, P. Y.; TAVARES, A. P. L. Principais interações no uso de medicamentos fitoterápicos. **Infarma**, v.19, nº 1/2, 2007

OLIVEIRA, I., 1990. **Anemia por deficiência de ferro**. In: *Pediatria* (F. Figueira, O. S. Ferreira & J. O. B. Alves, org.), pp. 543-548, Rio de Janeiro: MEDSI.

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: Proposta.** Brasília: OPAS, 2002.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; PAUMGARTTEN, F. J. R.; SILVER, L. D. O uso de medicamentos na gravidez. **Ciênc. saúde coletiva.** v.9, n.4, Oct./Dec. 2004

PANEL DE CONSENSO ad hoc. Consenso de Granada sobre Problemas relacionados con. Medicamentos. *Pharmaceutical Care* 1999; 1(2): 107-112

PASCOAL, I. F. Hipertensão e gravidez. **Rev Bras Hipertens.** 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, n.10, p. 627-34, 2005.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Rev. Bras. Cienc. Farm. [online].** v.44, n.4, pp. 601-612, 2008

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.

PRAKASH, O.; PROGIANTI J.M. *Exposure in pregnant and lactating mothers in periurban areas.* **Indian Pediatr.** v. 27, n. 12, p. 1301-02, 1990.

REIS, H.P.L.C. **Adequação da metodologia Dáder em pacientes hospitalizados com pé diabético: abordagem em atenção farmacêutica.**



Fortaleza, CE, 2005. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal do Ceará, 2005.

SABATER, D.; FERNANDEZ-LLIMOS, F.; PARRAS, M.; FAUS, M. J. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. **Seguimiento Farmacoterapéutico**. v. 3, n. 2, p. 90-97, 2005

SALVADOR, B. C.; PAULA, H. A. A.; SOUZA, C. C.; COTA, A. M.; BATISTA, M. A.; PIRES, R. C.; MARTINS, P. C.; COTTA, R. M. M. Atenção pré-natal em Viçosa-MG: contribuições para discussão de políticas públicas de saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**. v. 18, n. 3, p. 167-174, 2008

SAUNDERS, C.; ACCIOLY, E.; LACERDA, E. **Saúde materno-infantil**. In: Accioly E, Saunders C, Lacerda E, editors. *Nutrição em obstetrícia e pediatria*. São Paulo: Cultura Médica; 2002. p. 3-17.

SCHÜLER-FACCINI, L. LEITE, J. C. L.; SANSEVERINO, M. T. V.; PERES, R. M. Evaluation of potential teratogens in Brazilian population. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n.1, p. 65-71, 2002.

SHARPE, C.R.; FRANCO, E.L. *Use of dipyron during pregnancy and risk of Wilms' tumor. Brazilian Wilms' Tumor Study Group*. **Epidemiology**. v. 7, n. 5, p. 533-35, 1996.

SIBAI, B.M. **Hypertension in pregnancy**. In: GABBE, S.G.; NIEBYL, J.R.; SIMPSON, J.L.; editors. *Obstetrics normal & problem pregnancies*. 3rd ed. New York: Churchill Livingstone; 1996. p. 935.

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, T.X.; JESUS, A.M.; CARVALHO, V.F.; MORAES, S.R.; VOTRE, S.J.; AVELAR, K.E.S. Propriedades terapêuticas de plantas medicinais cultivadas no projeto "Sementinha". **Revista Augustus**. n. 23 p. 52-56, 2007.

SINASC. (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos). **Relatório Epidemiológico**. Viçosa: Secretaria Municipal de Saúde; 2001.

SOLÁ, N. Oferta de servicio y primera visita en la metodología Dáder de seguimiento farmacoterapéutico al paciente. **El Farmacéutico**. n. 279, p. 58-62, 2002

SOUZA, A. R.; AMORIM, M. R.; COSTA, A. A. R.; NETO, C. N. Tratamento anti-hipertensivo na gravidez. **Acta Med Port**. v. 23, n.1, p. 077-084, 2010

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, n.3, p. 381-8, 2006

STEKEL, A.C. **Prevention of iron deficiency**. In: Iron Nutrition in Infancy and Childhood (A. Stekel, ed.), pp. 179-194, Nestlé Nutrition Workshop Series, New York: Raven Press, 1984.

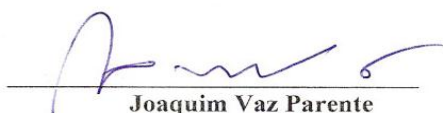
TENFEN, R.C.B.W. **Perfil das gestantes assistidas no hospital evangélico no município de Dourados-MS, em 2007**. Brasília: UnB, 2009.

WANNMACHER, L. Manejo da hipertensão na gestação: o pouco que se sabe. v. 1, Nº11. Brasília, Outubro de 2004.

## **ANEXOS**

**ANEXO I: Carta de aprovação do 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

## APÊNDICES

**APÊNDICE I:** Ficha de acompanhamento farmacoterapêutico usada durante a prática da ATENFAR no Instituto de Perinatologia Social.



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:

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

**PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DO PACIENTE**

---



---

23. Informações sobre medicamentos utilizados:

Medicamentos/Dose/Posologia	Como usa	Via administração	Frequência – Tempo de utilização	
			Desde quando (data)	Até quando (data)

**Pressão Arterial**

Data					
Valor					
Valor					
Data					
Valor					
Valor					



**Exames laboratoriais**

Exames	DATA	
LDL		
HDL		
TG		
Glicemia		
Exames	DATA	
LDL		
HDL		
TG		
Glicemia		

**Observações**

Data	Descrição

INTERVENÇÕES FARMACÉUTICAS AO PACIENTE							
Intervenção farmacêutica	Data	Aceita	Impacto	Desfecho	M.C.	Comunicado	P.S. resolvido

**Legenda:**

**Intervenção farmacêutica:**

- 01 – Sugerido **incretar a concentração/posologia** do medicamento prescrito;
- 02 – Sugerido **diminuir a concentração/posologia** do medicamento prescrito;
- 03 – Sugerido **alterar a via de administração** do medicamento prescrito;
- 04 – Alertado para a **omissão na administração** do medicamento prescrito;
- 05 – Alertado para a **administração do medicamento prescrito com um quantitativo superior ao prescrito**;
- 06 – Alertado para a **administração do medicamento prescrito com um quantitativo inferior ao prescrito**;
- 07 – Alertado da **inadequação da administração que leva a alteração dos parâmetros farmacocinéticos/farmacodinâmicos**;
- 08 – Alertado para **potencial desenvolvimento da reação adversa por algum medicamento da terapia prescrita (alergias)**;
- 09 – Alertado para identificação da reação adversa medicamentosa;
- 10 – Outros (Especificar);

**Impacto:**

- 01 – prevenção/resolução PRM 1; 02 – Prevenção/resolução PRM2; 03 – Prevenção/resolução PRM3; 04 – Prevenção/resolução PRM4; 06 – Prevenção/resolução PRM5; 06 – Prevenção/resolução PRM6; 07 – Outros (especificar);

**Desfecho:**

- 01 – **suspensão** do item prescrito, após contato com o médico;
- 02 – **modificado para outro medicamento** com indicação semelhante;
- 03 – **informado/retificado** pelo médico/enfermagem a informação omissa/incompleta;
- 04 – **aumentada a dose** do medicamento prescrito;
- 05 – **diminuída a dose** do medicamento prescrito;
- 06 – **alterada a vida de administração** do medicamento prescrito;
- 07 – **ratificada a informação técnica da prescrição** (medicamento selecionado, concentração, via de administração e posologia);
- 08 – Outros (Especificar);

**Meio de comunicação:** 01 – telefone; 02 – comunicação escrita; 03 – comunicação verbal; 04 – outros;

**Aceita:** 01 – sim; 02 – não.

**Problema de saúde resolvido:** 01 – sim; 02 – não.

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

---

---

**PROBLEMAS RELACIONADOS A MEDICAMENTOS**

---

---

MEDICAMENTO	Data	PRM	DESCRIÇÃO DA SUSPEITA DE PRM	CAUSA

Legenda:

Causas:

01 – acesso em receber o medicamento; 02 – interação; 03 – não adesão; 04 – erro de prescrição; 05 – erro de dispensação; 06 – erro da administração; 07 – outros (Especificar).

**APÊNDICE II:** Boletim informativo elaborado para a gestante hipertensa 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  
**Gestantes Hipertensas**  
 Local: Maternidade Dona Evangelina Rosa  
 Responsável: Ana Karoline Duarte Assunção  
 Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas



## O que é HIPERTENSÃO CRÔNICA na Gravidez?

É o aumento da pressão arterial antes da gravidez ou antes da 20ª semana de gravidez.



### ➔ CUIDADO !

**CAPTOPRIL, ELANAPRIL, LOSARTANA**  
 Não devem ser utilizados na gravidez, pois podem causar problemas no seu bebê.



## Como deve ser o TRATAMENTO?

O tratamento não deve prejudicar a saúde do seu bebê e deve reduzir os riscos do aumento da pressão para a mãe.



### ➔ Qual MEDICAMENTO é usado?

METILDOPA é o medicamento mais indicado, pois é o mais seguro na gravidez.

## O que é PRÉ - ECLÂMPSIA?

É a pressão arterial aumentada, com perda de uma grande quantidade de proteínas na urina e inchaço



➔ Se não for tratada pode causar **ECLÂMPSIA**, que é o aparecimento de convulsões

### REFERÊNCIAS

BISSON, Marcelo Polacow. *Farmácia Clínica & atenção farmacêutica*. 2ª ed. Barueri, SP: Manole, 2007.



**APÊNDICE III:** Boletim informativo elaborado para a gestante hipertensa 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”  
 - **Gestantes Hipertensas** -  
 Local: Maternidade Dona Evangelina Rosa  
 Responsável: Ana Karoline Duarte Assunção  
 Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas



**O que é a METILDOPA?**



É um eficaz medicamento utilizado para diminuir a pressão arterial.

**O que você precisa saber sobre a METILDOPA?**

- Deve ser tomada apenas com ÁGUA (250 mL = 1 copo americano)
- Pode ser tomada 1 hora antes ou 2 horas depois das refeições

**ATENÇÃO:** a metildopa deve ser tomada todo dia!

Se você deixou de tomar uma dose, deverá tomar a dose seguinte como de costume, na hora certa e sem aumentar a dose.

**NÃO TOME ESSES MEDICAMENTOS NO MESMO HORÁRIO DA METILDOPA**

**SULFATO FERROSO, DAPIRONA, DICLOFENACO, AAS, PARACETAMOL**

Diminuem o efeito da Metildopa

Reações adversas

- + Sono
- + Dor de cabeça
- + Fraqueza
- + Boca seca

**Problemas Relacionados com Medicamentos (PRMs) Identificados**

PRMs	Intervenção Farmacêutica
<b>PRM 4:</b> A paciente esquece de tomar o medicamento	Orientar a paciente sobre a importância de tomar o medicamento todo dia.
<b>PRM 4:</b> O medicamento não é tomado no horário recomendado	Orientar a paciente a adotar alguma estratégia como alarme de celular, deixar o medicamento visível, anexar lembrete na geladeira.

**REFERÊNCIAS**

1. JUNIOR, E.D.S.; SETTE, I.M.F.; BELEM, L.F.; PEREIRA, J.S.; BARBOSA, J.A.A.; DANTAS, A.M. Eficácia e segurança no tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial em pacientes internados na clínica geral de um hospital público. *Rev. Bras. Farm.*, v. 89, n. 4, p. 302-307, 2008.
2. Disponível em: [http://www.medicinanet.com.br/bula/detalhes/3357/interacoes\\_medicamentosas\\_metildopa.htm](http://www.medicinanet.com.br/bula/detalhes/3357/interacoes_medicamentosas_metildopa.htm)
3. Disponível em: [http://www.medley.com.br/portal/bula/metildopa\\_comp\\_rev.pdf](http://www.medley.com.br/portal/bula/metildopa_comp_rev.pdf).



**APÊNDICE IV:** Boletim informativo elaborado para a gestante hipertensa 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  
**Gestantes Hipertensas**  
 Local: Maternidade Dona Evangelina Rosa  
 Responsável: Ana Karoline Duarte Assunção  
 Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas




ALIMENTAÇÃO

**DIMINUA A QUANTIDADE DE SAL**

*Tempere os alimentos com limão, coentro, alho, cebola no lugar do sal.*



→ Alimentos com gordura saudável



Pescado



Azeite de Oliva e óleos vegetais



Abacate, sementes e castanha

**COMA ALIMENTOS RICOS EM POTÁSSIO**





→ Alimentos com gordura prejudicial



Carnes gordas, bacom, etc.



Alimentos fritos, doce, biscoito recheado e etc.



Margarina comum.

Cuidado!



EVITE ÁLCOOL E CIGARRO!



EVITE FICAR PARADO. PROCURE UM PROFISSIONAL DE SAÚDE E PEÇA ORIENTAÇÃO.

ATENÇÃO!!!

Compareça às consultas regularmente. Não abandone o tratamento.

---

REFERÊNCIAS

BISSON, Marcelo Polacow. *Farmácia Clínica & atenção farmacêutica*. 2ª ed. Barueri, SP: Manole, 2007.



**APÊNDICE V:** Boletim informativo elaborado para a gestante hipertensa 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**  
**Gestantes Hipertensas**  
 Local: Maternidade Dona Evangelina Rosa  
 Responsável: Ana Karoline Duarte Assunção  
 Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas




## AMAMENTAÇÃO

A amamentação é importante para o bebê crescer e se desenvolver sadio.

**VANTAGENS PARA O BÊBE:**

- Alimento Completo.
- Proteção contra infecções e alergia.
- Sempre pronto e na temperatura certa.
- Bom para dentição e a fala.

**VANTAGENS PARA A MÃE:**

- Dar o peito logo que o bebê nasce, diminui o sangramento da mãe após o parto;
- Faz o útero voltar mais rápido ao normal;
- Diminui o risco de câncer de mama e ovários;
- É econômico e prático.



O leite materno possui muitas substâncias nutritivas e de defesa, que não se encontram no leite de vaca e em nenhum outro leite;

Coma alimentos saudáveis como frutas e verduras, além de muita água e sucos.





**Só tome remédios quando orientada por um médico ou outro profissional**

**REFERÊNCIAS**  
 Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/album\\_seriado\\_aleitamento\\_materno.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/album_seriado_aleitamento_materno.pdf)



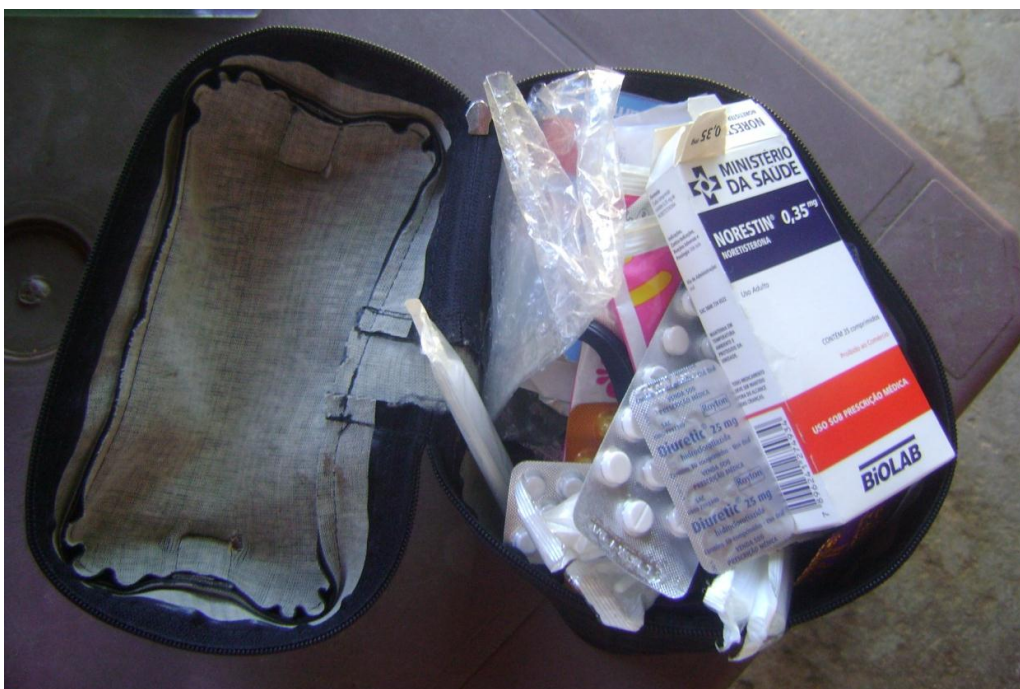


**APÊNDICE VI:** Imagem do Instituto de Perinatologia Social.



**Legenda:** Fachada do Instituto de Perinatologia Social.

**APÊNDICE VII:** Imagens de momentos ocorridos durante a prática da ATENFAR.



**Legenda:** Forma de armazenamento dos medicamentos pela paciente.



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