

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI – UFPI  
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS  
CURSO DE BACHARELADO DE ENFERMAGEM

HELOISA AMORIM XAVIER

**CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE FARMACOVIGILÂNCIA DOS  
ANTI-HIPERTENSIVOS PRESCRITOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

PICOS - PI

2013

HELOISA AMORIM XAVIER

**CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE FARMACOVIGILÂNCIA DOS  
ANTI-HIPERTENSIVOS PRESCRITOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Ana Larissa Gomes Machado

PICOS - PI

2013

Eu, **Heloisa Amorim Xavier**, abaixo identificado(a) como autor(a), autorizo a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação abaixo discriminada, de minha autoria, em seu site, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, a partir da data de hoje.

Picos-PI, 24 de abril de 2013.

#### FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí

Biblioteca José Albano de Macêdo

X3c          Xavier, Heloisa Amorim.

Conhecimento dos enfermeiros sobre farmacovigilância dos anti-hipertensivos prescritos na estratégia saúde da família / Heloisa Amorim Xavier. – 2013.

CD-ROM : il. ; 4 ¾ pol. (79 p.)

Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2013.

HELOISA AMORIM XAVIER

CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE FARMACOVIGILÂNCIA DOS  
ANTI-HIPERTENSIVOS PRESCRITOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Monografia apresentada ao Curso de  
Enfermagem do Campus Senador Helvídio  
Nunes de Barros, da Universidade Federal  
do Piauí, como parte dos requisitos  
necessários para obtenção do Grau de  
Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 15 / 04 / 13

BANCA EXAMINADORA:

Ana Larissa Gomes Machado

Profª. Ms. Ana Larissa Gomes Machado  
Professor Assistente Curso Bacharelado em Enfermagem UFPI/CSHNB  
Presidente da Banca

Andressa Suelly Saturnino de Oliveira

Profª. Ms. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira  
Professor Assistente Curso Bacharelado em Enfermagem UFPI/CSHNB  
2º. Examinador

Kéllya Rhawyllssa Barros Luz

Profª. Esp. Kéllya Rhawyllssa Barros Luz  
Professor Substituto Curso Bacharelado em Enfermagem UFPI/CSHNB  
3º. Examinador

Dedico este trabalho a Deus, à minha família, em especial, aos meus pais, Lourdinha e Zé Mago, às minhas irmãs Edna, Neide Jane e Eliane, bem como às minhas Sobrinhas: Ana Luisa, Larissa Evelyn, Lyvia Ester e Lara, à Lucilvina, aos amigos e todos que me ajudaram a construí-lo, à minha excelente orientadora, Profa. Ms. Ana Larissa, aos professores que me deram apoio, incentivo e uma variedade de artigos, em especial, Andressa Suelly e Kéllya Rhawyllssa e aos profissionais de enfermagem pela colaboração para a conquista desse grande sonho.

## AGRADECIMENTOS

A Deus em primeiríssimo lugar, por ter me feito conquistar os sonhos que Ele mesmo sonhou para mim, e por sempre me dar forças para prosseguir na caminhada, mesmo quando pensava em desistir.

À minha mãe Lourdinha, pela sua força e determinação, que me ensinaram a persistir mesmo em meios às adversidades, e por ser uma das provedoras da realização desse sonho.

Ao meu pai, Zé mago, pelas palavras sábias e confortantes em meio às lutas, pelo incentivo e também ser um provedor desse sonho alcançado.

Às minhas irmãs, Neide Jane, Eliane e em especial a Edna pelo apoio e colaboração.

À Lucilvina, e minhas sobrinhas Lara e Lyvia Ester, por sempre me ajudarem nessa caminhada e caminharem junto comigo.

À Larissa Evelyn, por ser meu anjo inspirador, pelo carinho a mim proporcionado, pelas cartinhas animadoras e estimuladoras que me fizeram crer que eu era capaz de conseguir.

À Ana Luisa pelos abraços a mim oferecidos, em que não se necessitava dizer uma só palavra, apenas senti-las.

Ao meu amigo Cassio Kaique, por sempre estar ao meu lado, por me apoiar, pelo estímulo aos estudos, por me encorajar a persistir nos momentos em que me senti fraquejar.

À Thamires Dália por ler várias e várias vezes meu trabalho quando eu precisava de uma segunda opinião, e por sempre estar comigo.

Aos meus amigos: Abimael Júnior, Rayla e Neto por me emprestarem suas casas, para que eu pudesse coletar meus dados.

À Luciano por simplesmente estar ao meu lado e me apoiar.

À Ném e Ketin, assim como a Bernard pelo apoio e formatação do trabalho, respectivamente.

Aos meus padrinhos, demais amigos e familiares que me ajudaram com apoio e incentivo.

À minha orientadora, Profa. Ms. Ana Larissa Gomes Machado, pela sua paciência, por me tranquilizar e por me ensinar a fazer sempre o melhor, mostrando-me o quanto sou capaz.

Às professoras Andressa Suelly e Kéllya Rhawyllssa por me presentear com artigos e incentivos.

À Universidade Federal do Piauí – CSHNB – Picos, por me proporcionar obter o título de bacharel em enfermagem, e por ter contribuído financeiramente para que eu concluísse meus estudos.

Ao corpo docente, pela qualidade do ensino e competência.

Aos profissionais da área que contribuíram com esse trabalho.

“Combati o bom combate, acabei a  
carreira, guardei a fé”. 2 Tm 4:7

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica vem se destacando cada vez mais como um agravo debilitante, já que está presente na gênese das doenças cardiovasculares. O tratamento medicamentoso em concomitância com o não medicamentoso é de grande valia para redução da morbimortalidade. Todavia, faz-se necessário que os enfermeiros ao acompanhar o tratamento dos hipertensos, tenham noções dos eventos adversos advindos pelo uso de medicamentos anti-hipertensivos. O presente estudo teve como objetivo analisar o conhecimento dos enfermeiros acerca da farmacovigilância dos medicamentos anti-hipertensivos prescritos na atenção primária em saúde. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa realizada entre março de 2012 a dezembro de 2013, sendo os dados coletados entre os meses de novembro e dezembro de 2013 nas Unidades Básicas de Saúde na cidade de Picos-PI. Os participantes da pesquisa foram 14 enfermeiros, e os dados foram obtidos por meio de um questionário semi-estruturado. A análise dos dados provenientes das questões objetivas se deu por meio do programa estatístico IBM SPSS *Statistics* versão 20.0 e as respostas subjetivas receberam tratamento analítico a partir da análise temática de Minayo (2010). Todos os preceitos éticos e legais envolvendo a pesquisa com seres humanos foram seguidos. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí por meio do parecer N° 05564912.1.0000.5214. Os resultados da pesquisa demonstram um déficit na formação acadêmica dos profissionais de enfermagem pertinente as reações adversas e principalmente relacionadas à farmacovigilância, já que por sua vez, estes profissionais não abordaram todo o significado referente à RAM e menos ainda relacionada à farmacovigilância. Quanto ao tempo de atuação dos enfermeiros no município a maioria já atuava de três a seis anos, possuindo de seis a dez anos de formação. Ressalta-se ainda, que poucos informaram notificar os casos de reações. No entanto, onze dos respondentes relataram orientar aos seus clientes quanto à eminência de reações adversas ao medicamento. Logo, é necessário o treinamento de pessoal bem como uma aliança entre Secretaria de Saúde Municipal com profissionais atuantes na atenção básica tanto para criação e funcionalização da farmacovigilância como para se obter, uma melhor performance dos notificadores e uma melhor subsídio aos hipertensos que fazem uso de anti-hipertensivos.

**Palavras chave:** Farmacovigilância. Reações Adversas ao Medicamento. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

Systemic hypertension has been highlighted as an increasingly debilitating injury, since it is present in the genesis of cardiovascular disease. Drug treatment concomitantly with the drug is not of great value to reduce morbidity and mortality. However, it is necessary for nurses to monitor the treatment of hypertension, have notions of adverse events arising from the use of antihypertensive medications. The present study aimed to examine nurses' knowledge about pharmacovigilance of antihypertensive drugs prescribed in primary health care. This is a descriptive research with quantitative approach from March 2012 to December 2013, with data collected between November and December 2013 in Basic Health Units in the city of Picos-PI. The research participant were 14 nurses, and data were collected through a semi-structured. The analysis of data from the objective questions was through the statistical program SPSS Statistics version 20.0 and subjective responses received from the analytical treatment of MINAYO thematic analysis (2010). All ethical and legal issues involving research with human subjects were followed. The study was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Piauí through the opinion N°. 05564912.1.0000.5214. The survey results show a deficit in academic nursing professionals relevant adverse reactions and mainly related to pharmacovigilance, since in turn, these professionals have not addressed all meaning related to RAM and even less related to pharmacovigilance. As for the time of work of nurses in the county already operated the majority of three to six years, having from six to ten years of training. It is noteworthy that few reported notify cases of reactions. However, eleven of the respondents reported direct to their customers regarding the eminence of adverse drug reactions. It is therefore necessary training of personnel as well as an alliance between the Municipal Health Bureau with professionals working in primary care for both creation and functionalization of pharmacovigilance as to obtain a better performance of reporters and a better benefit to hypertensive patients who use antihypertensives.

**Keywords:** Pharmacovigilance. Adverse Drug Reactions. Family Health Strategy.

## LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Enfermagem
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
ESF	Estratégia Saúde da Família
FR	Fatores de Risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HCTZ	Hidroclorotiazida
HIPERDIA	Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes
IM	Interações Medicamentosas
MA	Maranhão
MEV	Mudanças do Estilo de Vida
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Pressão Arterial
PI	Piauí
PSF	Programa Saúde da Família
RAM	Reações Adversas a Medicamentos
RC	Risco Cardiovascular
RS	Rio Grande do Sul
SBC	Sociedade Brasileira De Cardiologia
SF	Saúde da Família
SIFACE	Sistema de Farmacovigilância do Ceará
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TM	Tratamento Medicamentoso

UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
USB	Unidade de Saúde da Família
WHO	<i>World Health Organization</i>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Caracterização de formação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Picos (PI), fev./mar., 2013.....	32
<b>Quadro 2.</b> Fontes de informação dos enfermeiros sobre RAM. Picos (PI), fev./mar., 2013.....	33
<b>Quadro 3.</b> Condutas dos enfermeiros quanto à orientação do paciente hipertenso sobre RAM. Picos (PI), fev./ mar., 2013.....	34
<b>Quadro 4.</b> Conhecimento dos enfermeiros na identificação de RAM. Picos (PI), fev./ mar., 2013.....	35
<b>Quadro 5.</b> Notificações e principais RAM dos anti-hipertensivos prescritos na ESF. Picos (PI), fev./ mar., 2013.....	37
<b>Quadro 6</b> Condutas específicas do enfermeiro diante casos suspeitos de RAM. Picos (PI), fev./ mar., 2013.....	38

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
2.1 Geral.....	16
2.2 Específicos.....	16
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>29</b>
4.1 Tipo de estudo.....	29
4.2 Local e período de realização do estudo.....	29
4.3 População e Amostra.....	29
4.4 Coleta de dados.....	30
4.5 Análise de dados.....	30
4.6 Aspectos éticos.....	31
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>32</b>
5.1 Caracterização da formação dos enfermeiros.....	32
5.2 Fontes de informação dos enfermeiros sobre reações adversas ao medicamento .....	33
5.3 Condutas dos enfermeiros na orientação dos pacientes com HAS quanto as RAM.....	34
5.4 Farmacovigilância.....	36
5.5 Categorias temáticas relacionadas ao conhecimento sobre RAM.....	39
5.6 Categorias temáticas relacionada ao conhecimento sobre farmacovigilância.....	40
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>42</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICE A – Fármacos distribuídos pelo hiperdia em Picos-PI.....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados.....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICE C – Constituição do corpus.....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICE D – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO A – Classificação do risco cardiovascular global .....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO B – Estratificação do risco cardiovascular global.....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO C – Decisão terapêutica segundo risco e pressão arterial.....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO D – Tratamento da hipertensão arterial.....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....</b>	<b>77</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são umas das principais causas de morte no Brasil e no mundo. Tal acontecimento vem sendo muitas vezes ocasionado devido o acréscimo substancial do aumento da Pressão Arterial (PA). Nas últimas décadas tais DCNT vêm se tornando bem mais comuns que as doenças infecciosas e parasitárias.

Conforme Lourenço (2007) a inversão epidemiológica de doenças infecciosas e parasitárias pelas crônicas ocorreu a partir da segunda metade do século 20, salientando que na década de 1930, mais de 45% dos óbitos no Brasil eram de doenças infecciosas e parasitárias e na década de 1980 caiu para em torno de 11%. Enquanto em 1930, as doenças do aparelho circulatório representavam aproximadamente 11% dos óbitos no país, já nos anos 1980, esse percentual subiu para mais de 30%.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um agravo debilitante, que vem corroborando a frequência de doenças cardiovasculares, estando presente na gênese destas enfermidades, ocasionando o surgimento de diversas outras doenças incapacitantes, além de colaborar inevitavelmente para o agravamento deste panorama, por apresentar uma série de complicações, causados por vários fatores de risco. Porém esta pode ser controlada e os agravos podem ser reduzidos mediante alterações nos estilos de vida.

No Brasil, a HAS afeta mais de 30 milhões de brasileiros, responsabilizando por 54% de todos os casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 47% dos casos de infarto, fatais e não fatais, em todo o mundo, fazendo mais de 70 milhões de vítimas fatais (SBC, 2010). Além disso, estima-se ainda que 5% das crianças e adolescentes apresentam esta morbidade (SBH, 2011). O que leva a confirmar que HAS vem surgindo cada vez mais precocemente, sendo cada vez mais democrática entre todas as faixas etárias.

Visto que a HAS tem apresentado elevada prevalência e que se tratada indevidamente ocasiona complicações, que acarretam um grande impacto na vida dos pacientes e nos gastos com a saúde pública, fez-se necessário a implementação de um programa que promovesse, prevenisse, tratasse e acompanhasse as pessoas com HAS, com o intuito de reduzir os agravos, gastos e outros males que podem advir desta patologia, inclusive evitar danos à saúde do indivíduo.

Segundo Rocha (2010), devido o acréscimo dos agravos em pacientes com doenças cardiovasculares e objetivando um acompanhamento incessante a estes, foi instituído em 2002, um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus, cujo propósito foi vincular os hipertensos e diabéticos às unidades de saúde, garantindo-lhes

tratamento sistemático e acompanhamento através de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços (BRASIL, 2002a).

O Sistema de Hipertensão Arterial e Diabetes (SISHIPERDIA) foi criado com intuito de gerar informações para todos os âmbitos da saúde. Através deste se realiza o cadastramento e acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o recebimento dos medicamentos prescritos, além de definir o perfil epidemiológico desta população, promovendo estratégias para mutação do quadro atual, com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos em questão (BRASIL, 2012a).

O tratamento medicamentoso em concomitância com tratamento não medicamentoso inclui-se entre uma das mais importantes estratégias para redução da morbimortalidade, alterando os indicadores de saúde. Porém o uso irracional dos medicamentos pode proporcionar graves eventos adversos, o que aumentará os custos, agravos, incapacidades e riscos à população em questão. No entanto uma terapia adequada contribuirá para preservação da saúde do paciente, além de melhorar a qualidade de vida dos usuários.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o local ideal para que o enfermeiro em especial, realize a consulta aos hipertensos, de forma a orientá-los a aderir ao tratamento medicamentoso, e aconselhando os mesmos na prática de atividades físicas, alimentação saudável, entre outros indicadores de saúde. Como o profissional de enfermagem passa a ter mais proximidade com esta população, torna-se necessário que este profissional observe o indivíduo como um todo, não vendo só a doença, além de instigar os familiares de cada um dos pacientes a colaborar e participar juntamente com ele na recuperação e tratamento.

É notória a relevância do papel dos enfermeiros na educação em saúde aos usuários, tornando-se imperioso a assistência aos hipertensos sob seus cuidados, sendo fundamental que estes profissionais proporcionem orientações quanto à farmacovigilância dos anti-hipertensivos, enfatizando sobre os efeitos colaterais que podem surgir, as interações medicamentosas que podem acontecer e os tipos de reações adversas ao medicamento que podem apresentar.

“A farmacovigilância consiste da ciência e das atividades relativas à detecção, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer outros possíveis problemas relacionados a medicamentos” (OPAS, 2005, p.8).

Portanto, cabe aos enfermeiros que transcrevem ou não medicamentos anti-hipertensivos, mas que fazem o acompanhamento dos hipertensos, possuírem noções de quais efeitos colaterais, interações medicamentosas e reações adversas cada droga traz, para orientar

aos seus clientes quanto aos efeitos e reações que podem incidir com uso destes, com intuito de amenizar os agravos, custos a saúde pública, danos à população e interrupção do tratamento, gerando uma melhor e maior aproximação entre profissional e cliente, garantindo melhor assistência.

Sabendo-se que não existe nenhum medicamento farmacologicamente ativo que seja isento de eventos adversos, torna-se fato que os anti-hipertensivos também podem causar diversas Reações Adversas a Medicamentos (RAM) , assim como, Interações Medicamentosas (IM). A partir disso, viu-se a necessidade de investigar se os enfermeiros têm conhecimento sobre farmacovigilância dos anti-hipertensivos, com o intuito de contribuir para a efetividade das respostas às demandas da população, proporcionando conhecimentos e orientações relacionados aos eventos ocasionados pelos anti-hipertensivos.

Diversos enfermeiros estão batalhando para ter o direito de prescrever medicamentos, mas estarão eles aptos para tal finalidade? Será que estes têm conhecimento suficiente para realizar educação em saúde sobre a farmacovigilância dos anti-hipertensivos, e sabem orientar os hipertensos quanto a isso?

Este estudo é de grande relevância para a enfermagem, principalmente na assistência ao hipertenso, pois por meio deste, pode-se investigar como está sendo a assistência de enfermagem aos usuários de hipertensão, desvendando se tais profissionais estão capacitados para orientar seus clientes, desvelando o conhecimento destes em relação à farmacovigilância dos anti-hipertensivos.

## **2 OBJETIVOS**

### 2.1 Geral:

- Analisar o conhecimento dos enfermeiros acerca da farmacovigilância dos medicamentos anti-hipertensivos prescritos na atenção primária em saúde.

### 2.2 Específicos:

- Caracterizar o perfil profissional dos enfermeiros atuantes na ESF;
- Averiguar o conhecimento dos enfermeiros acerca das reações adversas dos fármacos anti-hipertensivos prescritos na atenção primária;
- Identificar as condutas dos enfermeiros diante de casos suspeitos de reações adversas aos fármacos utilizados no tratamento da hipertensão.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica e as Doenças Cardiovasculares

As doenças do coração e dos vasos constituem a primeira causa de morte no Brasil, sendo este dado corroborado por Loureço (2007) e por Saúde Brasil 2009 (2010a). É imprescindível salientar que as mortes por doenças hipertensivas pularam de 8º lugar em 2005 para o 6º lugar em 2008. Tendo o estado o Piauí, bem como outros estados, as maiores taxas de mortalidade para doenças cerebrovasculares (Brasil, 2010).

Em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Sendo ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Neste mesmo ano foram registradas 1.157.509 internações por Doenças Cardiovasculares (DCV) no Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação aos custos, em novembro de 2009 ocorreram 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$ 165.461.644,33 (SBC, 2010).

Conforme a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), com o passar do tempo à mortalidade por doença cardiovascular vem aumentando progressivamente com a elevação da pressão arterial a partir de 115/75 mmHg, em que milhares de mortes vêm incidindo devido essa elevação, computando em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo atribuídas à elevação da PA.

A HAS “é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA)” (SBC, 2010, p.7). E o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (2002a) completa este conceito ao definir a HAS como sendo igual ou maior que 140/90 mmHg, sendo encontrado tais valores em ao menos duas aferições, em períodos distintos. E que por sua vez, ao concernir com o Caderno de Atenção Básica – Hipertensão Arterial Sistêmica (2006) ainda define Hipertensão Arterial como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em pessoas que não fazem uso de medicação anti-hipertensiva.

Para tanto o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus (2002a) relata que a nova orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS) chama a atenção para o fato de valorizar, não apenas os níveis de pressão arterial, sendo também necessária uma avaliação do risco cardiovascular global.

Para o Portal da Saúde (2011), a hipertensão, ou seja, a elevação persistente da pressão a valores iguais ou maiores que 14 por 9, quando não tratadas adequadamente pode danificar diversos órgãos do corpo humano, como cérebro, rins, olhos e, principalmente, coração.

Porém essas graves consequências da HAS podem ser evitadas, desde que os hipertensos tenham conhecimento de sua condição e mantenham-se em tratamento adequado a fim de controlar a pressão (SBH, 2011).

Vale salientar que de acordo com o Datasus (2012b), o estado do Piauí apresenta sob sua jurisdição 49.324 hipertensos, no período de abril de 2008 até abril de 2012 já na cidade de Picos – PI, foram identificados nesse mesmo período por meio do Datasus uma estimativa de 1.568 hipertensos. E entre o período de janeiro a dezembro de 2011, o Datasus estimou que haveria nesta cidade, 341 hipertensos, em que 113 seriam do sexo masculino e 228, feminino

Porém, Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Picos – PI, através do SIAB, mostra que a cidade conta com uma média de 5.084 de hipertensos, entre o período de janeiro a dezembro de 2011, sendo 4.926 (96,89%) destes acompanhados.

O que corrobora com estudo feito em Caxias - MA, por Carvalho, Clementino e Pinho (2008), em que existiam nesta cidade cerca de 22.000 hipertensos, sendo cadastrados no sistema em torno de 7.768 hipertensos em que constatou-se a falta de informações relacionadas às ações de cadastramento e acompanhamento dos usuários, podendo ser ocasionados tanto pela ausência do atendimento a este público, como pela inexistência da notificação do cuidado prestado pela equipe de enfermagem e outras categorias profissionais, mantendo-os como faltosos.

Pode-se observar que o número estimado de hipertensos pela Secretaria de Saúde Municipal está muito acima do quantitativo de usuários cadastrados no Sistema, assim como ocorreu em Caxias - MA, o que prejudica a disponibilidade da terapia aos pacientes e consequentemente, a execução do Programa. Além disso, este Município é considerado como macrorregião, e por isso, atende à grande demanda de municípios vizinhos.

Vale salientar que ainda, por meio dos dados informados pela SMS, existe uma prevalência de hipertensos a partir de 20 anos ou mais de 8,56%, o que comprova a precocidade da frequência dessa morbidade nesta cidade situada no sudeste do Piauí.

Mediante o Portal da Saúde (2011) essa doença, tem poucos ou nenhum sintoma, por isso é distintas vezes, chamada de “o assassino silencioso” como encontra-se referenciado na Brunner e Suddarth (2009) devido às pessoas que apresentam a HAS não exibirem nenhum

tipo de sintoma, o que mascara tal enfermidade, vindo a ser deletério para o hipertenso, refletindo, na não adesão ao tratamento, bem como em agravos a saúde do indivíduo como também na saúde pública. Além disso, a HAS atinge a todos os grupos populacionais. Apesar do componente genético, o que eleva ainda mais o risco de desenvolver pressão alta são os hábitos de vida de uma pessoa e, por isso, a doença pode ser evitada.

Todavia a pressão arterial deve ser analisada continuamente, tendo bastante cautela ao rotular alguém como hipertenso. Nos pacientes sem diagnóstico prévio e níveis elevados de PA em uma única aferição, recomenda-se repetir aferição de pressão arterial em distintos momentos antes de caracterizar a presença de HAS, o que requer que se conheça a pressão usual do cliente, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais (BRASIL, 2006).

### 3.2 Estratégia Saúde da Família

Após décadas de privilégio à atenção hospitalar, em que a alocação de recursos federais em estados e municípios se remetia principalmente na produção de serviços e na capacidade instalada, eis que os esforços, programas e investimentos públicos passaram a se concentrar na atenção básica (SCOREL et al., 2007).

Devido a crise na saúde pública, o Ministério da Saúde viu a necessidade de divulgar em setembro de 1994, o primeiro documento pelo Ministério da Saúde sobre o Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2005).

A Saúde da Família (SF) desenhada inicialmente como um programa, passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como Estratégia Saúde da Família (ESF), estratégia esta, estruturante dos sistemas municipais de saúde, com o intuito de reorientar o modelo de atenção e a uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde, sendo que a formulação da ESF incorporou os princípios básicos do SUS desenvolvendo-se a partir da equipe de Saúde da Família (CASTRO et al., 2010).

Sob esta óptica, o programa veio com intuito de substituir o modelo tradicional que até então prevalecia, o qual estava voltado para a cura de doenças. Para tanto criou-se tal estratégia como forma de instituir uma identidade própria e de nortear os mais variados serviços de saúde no nível de atenção básica, mudando o foco de atenção oferecendo uma assistência de qualidade a toda família.

Deste modo a ESF estrutura a saúde nos municípios através da implantação de equipes multiprofissionais, que atuam em unidades de rede básica. Composto-se de, no

mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (MAFRA, 2011).

As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, numa área geográfica delimitada, o qual vem atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Tendo como responsabilidade o acompanhamento das famílias, subsidiando a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. Sendo cada uma das famílias cadastradas e acompanhadas ao menos uma vez por mês, por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2012c).

Portanto, mediante relato de Carneiro et al. (2008), o PSF tem contribuído para efetivação da prática do enfermeiro como categoria profissional, visando promover saúde e o bem-estar do ser humano em todo seu ciclo vital.

O PSF nomeia como ponto central a criação de vínculos e o estabelecimento de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, modificando a forma de atuação e a organização dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios, focalizando a atenção na família, colocando esta como o objeto precípua de atenção, ultrapassando a delimitação geográfica (BRASIL, 1997).

Uma das prioridades orientadas para serem executadas pelas ESF é o cuidado ao hipertenso, que vem sendo norteadas pela NOAS 2001, pela qual estabelece aos municípios as responsabilidades relacionadas às estratégias de saúde, dentre elas: o controle da Hipertensão Arterial (BRASIL, 2001a). E Batista et al (2012) confirma que Atenção Primária a Saúde (APS) é responsável pela atenção aos problemas comumente encontrados na comunidade e tem papel primordial nas ações de controle das doenças cardiovasculares.

Assim sendo o PSF contando com uma equipe multiprofissional, é o lugar ideal para o enfrentamento das doenças crônicas, mostrando ser a situação mais adequada para a abordagem da hipertensão arterial, bem como o desenvolvimento de ações de prevenção primária da doença e de promoção à saúde. (MACHADO; KAYANUMA, 2010).

### 3.3 HIPERTENSÃO

Devido aos imensos agravos ocasionados pela HAS a saúde pública, foi imprescindível formular ações para controle e diagnóstico dessa morbidade por meio da atenção básica.

Foi por meio da NOAS (2001a) que constituiu as diretrizes para a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, definindo como áreas de atuação estratégicas mínimas para esse nível de atenção, o controle da hipertensão, além de contar com o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, que compreende um conjunto de ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento da hipertensão e suas complicações. Tendo o objetivo de reduzir o número de internações, a procura por pronto-atendimento, os gastos com tratamentos de complicações, aposentadorias precoces e mortalidade cardiovascular, melhorando a qualidade de vida dos portadores (BRASIL, 2011).

Por conseguinte em 2001, o Ministério da Saúde, lançou no Brasil, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes, materializado no HIPERDIA, que compõe um sistema de cadastramento e acompanhamento desses usuários, no qual os profissionais de saúde são responsáveis pelo atendimento aos pacientes e preenchimento dos dados (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011).

Mediante os autores Gomes, Silva e Santos (2010), este programa foi instituído com o intuito de obter adesão continuada dos pacientes, além de acompanhar regularmente os hipertensos e diabéticos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família (USF), estabelecendo organização da assistência, prevenção e promoção à saúde, vinculação de usuários e a implementação de educação permanente em hipertensão. Sendo realizadas reuniões mensais, onde os pacientes recebem orientações sobre sua doença, compartilham suas dificuldades, ouvem palestras e recebem de forma gratuita os medicamentos necessários para seu tratamento.

Por isso o HIPERDIA representa uma ferramenta imprescindível para instrumentalizar a prática de atendimento aos usuários, nesse caso os hipertensos, por gerar informes que possibilitam o conhecimento da situação e mapeamento dos riscos para potencializar a atenção a esta população e minimizar os fatores condicionantes de complicações das doenças, além de monitoramento dos pacientes e gera informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos para tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus de modo regular, organizado e sistemático aos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) concernindo com as palavras de Paula et al. (2011).

Estudos feitos por Nedel et al (2008) em Bagé – RS e por Helena, Nemes e Eluf Neto (2010) em Blumenau, Santa Catarina, mostra que 75,4% e 96,6% dos usuários da UBS, respectivamente, obtém os medicamentos nesse local ou outro local público. O que comprova a distribuição e dispensação de anti-hipertensivos realizados nas ESF e a procura de certos usuários para aquisição destes medicamentos em setores públicos.

É por meio do HIPERDIA, que os hipertensos cadastrados, recebem medicamentos que são oferecidos e distribuídos pelo SUS específicos para este programa, estando disponível para a população cadastrada.

Portanto, o processo de aquisição e de envio desses insumos para as UBS é baseado na estimativa das doenças, bem como no esquema terapêutico proposto (PAULA et al., 2011).

A portaria nº 371 de 04/03/2002 no artigo primeiro relata que o HIPERDIA oferta continuamente para a rede básica de saúde os medicamentos para hipertensão, a saber: hidroclorotiazida (HCTZ), propranolol e captopril, pelo qual são definidos e propostos pelo Ministério da Saúde (MS). No entanto na cidade de Picos – PI, são distribuídos pelo HIPERDIA, além dos medicamentos já citados no parágrafo anterior, a furosemida e a metildopa (BRASIL, 2002b).

Assim sendo, o HIPERDIA foi uma proposta de programa tendo com intenção, melhorar o acesso de hipertensos menos favorecidos, por meio da prática à equidade nos cuidados de saúde e na distribuição de medicamentos anti-hipertensivos, além de por meio deste, haver uma relação entre enfermeiro e pacientes cadastrados, o que para Rocha (2010), irá de maneira expressiva, aperfeiçoar o funcionamento deste programa, pois o enfermeiro é o profissional responsável por planejar, implantar, coordenar e avaliar a eficácia do HIPERDIA.

### 3.4 Medicamentos anti-hipertensivos

O início da terapia farmacológica para hipertensos deve ser fundamentada no Risco Cardiovascular (RC), baseando-se na presença de Fatores de Risco (FR), lesão em órgãos-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida, e não só apenas no nível PA.

Para se adotar um esquema terapêutico apropriado, a primeira coisa a se fazer é ter a confirmação diagnóstica de hipertensão. Posteriormente, deve-se analisar a estratificação de risco, levando em conta, valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos-alvos e risco cardiovascular estimado (ANEXO A). Baseando-se nesses achados pode-se estabelecer três diferentes graus de RC (ANEXO B). (BRASIL, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Existem duas abordagens terapêuticas para HAS: o tratamento baseado em Mudanças do Estilo de Vida (MEV) e o Tratamento Medicamentoso (TM) (ANEXO C), que indica a modalidade de tratamento mais adequado para cada tipo de paciente, considerando-se a classificação do risco individual e níveis pressóricos detectados na primeira consulta (BRASIL, 2006).

Ressalta-se que o tratamento medicamentoso com anti-hipertensivos é de extrema importância em pacientes que não conseguem controlar sua pressão arterial somente por meio de terapias não farmacológicas.

O objetivo principal do tratamento da HAS é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso, elevadas em decorrência dos altos níveis tensionais e outros agravantes (BRASIL, 2006). As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) completa dizendo que a instituição do tratamento medicamentoso visa proteger os órgãos-alvo, reduzir o impacto causado pela elevação da PA, reduzir o impacto promovido pelos FR associados e o progresso do processo aterosclerótico.

O uso de medicamentos na terapêutica deve ser adequadamente baseado, em assegurar ao paciente seu uso racional (RENOVATO et al., 2011).

Quanto à escolha da medicação, estas tem que se mostrar eficazes por via oral; ser bem tolerada; favorável ao paciente quanto ao risco-benefício; permitir a administração em menor número de tomadas, diárias, de preferência com posologia de dose única diária; iniciar tratamento com menores doses efetivas preconizadas para cada tipo de situação, podendo ser aumentadas gradativamente, levando-se em consideração que quanto maior a dose, maiores as chances de efeitos adversos e considerar o uso combinado de medicamentos anti-hipertensivos em pacientes com hipertensão em estágio 2 e 3; ser usado em por um período mínimo de 4 semanas, salvo em situações especiais e ter demonstrado a capacidade de reduzir a morbimortalidade cardiovasculares associadas a HA, instruir pacientes sobre a hipertensão, necessidade do tratamento, possibilidade de efeitos adversos, planificação e objetivos terapêuticos, e considerar as condições socioeconômicas (BRASIL, 2006; SBC, 2010).

É válido salientar que os anti-hipertensivos serão detalhados nesse estudo segundo suas indicações, posologia, risco x benefício, efeitos colaterais, RAM e feitos secundários, bem como as interações medicamentosas e as classes as quais pertencem (APÊNDICE A) padronizadas e recomendadas pelo Ministério da Saúde e dispensados pelo programa HIPERDIA, em especial, os fármacos anti-hipertensivos distribuídos nas ESF da cidade de Picos – PI.

É de grande valia que antes de medicar um hipertenso saber se estes pacientes apresentam comorbidades, para prescrever a medicação que mais convêm para o tratamento de suas doenças, com o intuito de reduzir às interações medicamentosas, reações adversas e efeitos colaterais, fazendo com que a drogas prescritas não influenciem de forma negativa no tratamento de algumas das morbidades existentes.

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (2002a) orienta iniciar o tratamento medicamento com diurético na dose de 12,5 mg (25mg-½ comp.) ao dia e pela manhã. Caso não seja alcançado o efetivo controle, sugere-se aumentar a dose de 12,5 mg para 25 mg/dia, pela manhã. Não havendo o controle só com o diurético, aconselha-se a introdução do Propranolol de 40mg, duas vezes ao dia, podendo dobrar a dose para 80mg, duas vezes ao dia. Como terceira escolha farmacológica, usa-se o Captopril, na dose de 25mg, duas ou três vezes ao dia.

Assim o tratamento inicial pode ser seguido por meio de condutas propostas pelo Caderno de Atenção Básica – Hipertensão Arterial Sistêmica (2006) (ANEXO D).

Estudo feito por Vitor et al. (2011), mostra que 23 (47%) dos pacientes que fazem uso de anti-hipertensivos utilizam a monoterapia, enquanto a terapia combinada foi composta por 26 (53%) das pessoas. Já o estudo realizado por Gomes, Paz Júnior e Lima (2009), expõe que 72 (25,8%) dos pacientes estavam em monoterapia, 166 (59,4%) em esquema duplo, 38 (13,6%) em esquema triplo, apenas 1 (0,3%) em esquema com quatro anti-hipertensivos e 3 (1%) estavam sem tratamento medicamentoso. Exibindo ainda nessa mesma pesquisa que a terapêutica mais utilizada era a associação entre o captopril e o HCTZ, seguido de captopril isolado e associação de HCTZ e propranolol, uso de HCTZ isolada, entre outras.

Das diferentes RAM observadas no estudo feito por Vitor et al. (2011), relatadas por 49% dos hipertensos que citaram terem efeitos adversos com uso dos anti-hipertensivos, as mais frequentes foram tosse seca, boca seca, dormência, câimbras musculares, poliúria e tontura. Pesquisa de Gomes, Paz Júnior e Lima (2009), também descreve a presença de RAM como tontura, ressecamento da cavidade oral e alteração do paladar, epigastralgia, cansaço, cefaleia, urticária, dor no peito, impotência, tremor, escurecimento visual e tosse seca, a mais relatada, o qual está intimamente o uso do captopril, o que faz com esta droga ser substituída.

Gomes, Silva e Santos (2010), mencionam em seu estudo que os números de medicamentos e o número de comprimidos diários foram significativos no controle da PA, sendo mais frequente entre os pacientes que utilizavam menos medicamentos, e com e esquemas que requeriam menos tomadas diárias.

Porém Landim et al. (2011) descreve que em dois terços dos casos de HAS, a monoterapia é insuficiente na redução das taxas pressóricas, possibilitando uma maior tendência na introdução cada vez mais precoce de terapia associada entre anti-hipertensivos como primeira escolha farmacológica, em especial nos pacientes de estágio II e III.

### 3.5 Farmacovigilância

Sabe-se que não existe substância farmacologicamente ativa que seja isenta de risco, logo a percepção acerca da dualidade do risco/benefício da ação dos medicamentos acompanha toda a história do surgimento e desenvolvimento das ciências da saúde (MATOS; NASCIMENTO, 2010). E a OMS (2008) ainda completa dizendo que todos os medicamentos têm efeitos secundários, sendo que alguns dos quais podem ser fatais.

Assim sendo, a farmacovigilância permite aperfeiçoar recursos e prevenir resultados negativos associados com a medicação que possa provocar morbidade ou letalidade (ALBA; GIRALDO; RUIZ, 2011). Segundo ainda estes autores, esta é uma importante interface entre a prática clínica e a regulação dos medicamentos, e pode contribuir para melhorar a qualidade do arsenal terapêutico e seu uso racional, já que permite a detecção precoce de problemas desconhecidos, além de identificar os fatores de risco, a quantificação de riscos e o mais importante, previne que o usuário seja afetado desnecessariamente por tais problemas.

A Resolução nº 357 de 20/04/2001 do Conselho Federal de Farmácia, define a farmacovigilância como identificação e avaliação dos efeitos, tanto crônicos como agudos dos riscos devido o uso dos tratamentos farmacológicos no conjunto da comunidade ou em grupos de pacientes em tratamentos específicos (BRASIL, 2001b).

Deste modo a farmacovigilância é entendida como ciência que estuda as atividades relacionadas à detecção, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos entre outros problemas ocasionados por medicamentos (IVAMA; SOUZA, 2010).

É válido salientar que em muitos casos os custos associados com a RAM, por exemplo, em ligação com a cirurgia de hospitalização, e perda de produtividade, excede o custo de drogas. Ressaltando-se que pelo menos 60% das RAM são evitáveis (OMS, 2008).

Por conseguinte os riscos de danos são menores quando os medicamentos são utilizados por profissionais de saúde informados, bem como por pacientes que compreendem e compartilham a responsabilidade por seus medicamentos. Logo quando os efeitos adversos aparecem é essencial que eles sejam analisados e comunicados efetivamente aos profissionais que detém o conhecimento para interpretar a informação repassada (IVAMA; SOUZA, 2010).

Salienta-se que farmacovigilância está voltada para investigação, avaliação e informação dos eventos adversos suspeitos de terem sido ocasionados por medicamentos. Por conseguinte, o principal objeto de busca são as reações adversas, ou seja, os efeitos danosos e involuntários, provocados por medicamentos em doses usuais. Portanto a farmacovigilância monitora os efeitos tóxicos dos medicamentos relacionados ao uso terapêutico, que resultam

em interações entre medicamentos, bem como, outros fatores que podem modificar a resposta ao medicamento (MATOS; NASCIMENTO, 2010).

Por isso Ivama e Souza (2010), consideram que o incentivo à notificação de RAM seja um elemento chave para que haja o fortalecimento do sistema de monitorização da segurança.

Para tanto a notificação espontânea é considerada uma pedra fundamental no ambiente regulatório da farmacovigilância, sendo sua prática indispensável para identificação de sinais, além de necessária para que haja uma vigilância mais ativa, já que sem informação sobre a utilização e extensão do consumo, as notificações não possibilitarão a frequência de uma RAM atribuível a um determinado produto ou sua segurança em relação a um produto comparável (IVAMA; SOUZA, 2010).

Consequentemente, todo medicamento têm benefícios e malefícios, porém estes podem ser minimizados mediante a garantia de prescrição de segurança, com qualidade e eficácia, usando-o de forma racional (OMS, 2008).

### 3.6 Enfermeiros e Educação em Saúde

Conforme Vitor et al. (2011), adaptar-se ao tratamento medicamentoso constitui a tarefa mais difícil, e é responsável pela grande resistência encontrada pelos profissionais para a adesão do paciente ao regime terapêutico.

Apesar de evidências de que o tratamento medicamentoso com anti-hipertensivos é eficaz em diminuir a morbimortalidade cardiovascular, os percentuais de controle de PA são baixos, devido à pouquíssima adesão ao tratamento (LANDIM et al., 2011). O que para Vitor et al (2011) essa não adesão é um imenso obstáculo no controle da HAS.

É sugestivo que pacientes que não aderem ao tratamento medicamentoso tem grande probabilidade em adquirir agravos e incapacidades, inclusive à hipertensão arterial resistente, devido à descontinuidade do tratamento prescrito.

Existem vários fatores que influenciam no grau de adesão do paciente ao seu tratamento anti-hipertensivo. Somando-se fatores relacionados ao tratamento farmacológico e não farmacológico, como quantidade, dosagem, horários, efeitos colaterais e custo dos medicamentos, mudança de hábitos seguidos de restrições alimentares, de lazer e de trabalho (Vitor et al., 2011).

Cada ser humano tem formas diferentes de reagir às ações dos medicamentos. E não obstante a esse exemplo, estão os pacientes hipertensos, que além de terem a probabilidade de

apresentarem efeitos insatisfatórios aos medicamentos, ainda estão sujeitos a terem interações medicamentosas, quando fazem uso de outros medicamentos, já que esta doença está geralmente relacionada com outras comorbidades.

Sandrim e Santos (2008) corroboram o parágrafo anterior relatando em seu trabalho que vários estudos mostram que o tratamento anti-hipertensivo gera respostas distintas em cada hipertenso, a saber: enquanto alguns pacientes tem resposta eficaz, outros por sua vez, respondem de forma insatisfatória, podendo acompanhar de efeitos adversos, o que segundo eles tais efeitos são responsáveis, pela desistência do tratamento farmacológico, o que consequentemente, pode incidir em elevadas complicações e hospitalizações, salientando que a falta de adesão resultará em baixa eficácia do tratamento anti-hipertensivo.

A promoção do uso correto e seguro dos medicamentos, portanto, devem ser, reconhecida interdisciplinarmente, buscando soluções no cotidiano do trabalho em saúde, em concordância com as bases disciplinares e o entrelaçamento das fronteiras do saber, promovendo resolutividade na atenção a tais sujeitos (RENOVATO et al., 2011).

O enfermeiro tem a responsabilidade de promover a saúde e prevenir a HAS, utilizando os conhecimentos científicos adquiridos ao longo de sua jornada enquanto estudante e profissional, fazendo uso do seu papel de educador, possibilitando ao hipertenso, conhecimentos necessários sobre seu tratamento, possibilitando a este melhor qualidade de vida.

Os usuários que têm acesso e resolutividade de seu problema nos serviços de atenção primária não exibem agravamento de seu problema e não precisam de hospitalização. Portanto, supõem – se que a resolutividade na ESF reduza as taxas de hospitalizações.

Ao dialogar, profissionais de saúde e usuários poderão construir pontes ao invés de muros, consequentemente colaborando com o tratamento mais apropriado à situação vivenciada pela pessoa com hipertensão (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2010).

A educação na saúde é necessariamente uma educação para a liberdade, dedicada a reforçar a consciência do indivíduo sobre si e sobre sua realidade e ensinar não é só transmitir conhecimento, mas criar caminhos e possibilidades para sua própria construção. Para tanto a educação deve ser repassada às pessoas com orientações individuais e coletivas, na qual o profissional e usuário devem construir um diálogo livre e participativo (ROECKER; MARCON, 2011; FREIRE, 1996).

É válido ressaltar que a educação em saúde quando tardia, geralmente, não auxilia na prevenção de problemas à saúde das pessoas, porém, podem trazer a conscientização destas, sobre a importância da prevenção e dos cuidados a serem adotados para que se goze de saúde

plena, além de informá-las sobre os seus direitos enquanto cidadão. Entretanto, quando a doença já está avançada, as ações educativas ainda podem controlar e/ou evitar os agravos produzidos por esta enfermidade, além de reduzir as consequências (ROECKER; MARCON 2011).

É essencial que profissionais, em especial os enfermeiros, informem aos seus pacientes as possibilidades do surgimento de RAM, já que o aparecimento dessas reações pode contribuir para a não adesão ao tratamento farmacológico, ressaltando que a ausência de informações sobre os medicamentos é uma das principais razões pelo qual os usuários não cumprem adequadamente seu tratamento, assim com as orientações sobre o aparecimento de RAM durante o tratamento farmacológico e a conduta a ser adotada em meios o surgimento deste, são aspectos importantíssimos para o conhecimento dos usuários (SALVIANO; LUIZA; PONCIANO, 2011).

Sendo assim, o indivíduo deve ser informado sobre todos os malefícios que os medicamentos anti-hipertensivos podem causar, além de serem conscientizados quanto à importância do não abandono terapêutico, contribuindo, portanto, na redução da PA, bem como prevenindo outros agravos debilitantes provocados pelo aumento da pressão.

Todavia o enfermeiro deve lançar mão de uma linguagem formalizada, dando lugar a uma linguagem mais acessível, para que seus clientes compreendam melhor sobre a doença, os medicamentos indicados, suas dosagens e eventos adversos a qual estarão expostos.

Conseqüentemente, aos enfermeiros promoverem um estilo de vida saudável aos seus clientes, bem como apresentar-lhes informações capazes de esclarecer e eliminar as dúvidas relacionadas ao uso farmacológico de anti-hipertensivos poderão reduzir os gastos do SUS e o paciente terá uma vida bem mais saudável, uma vez que o risco de se obter ou desenvolver uma comorbidade será reduzido.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo e Natureza do estudo

Trata-se de um estudo transversal e descritivo.

O estudo transversal envolve a coleta de dados em determinado ponto do tempo e é apropriado para descrever o estado dos fenômenos ou relações entre fenômenos em um ponto fixo no tempo (POLIT; BECK, 2011, p. 268).

Segundo Gil (2010), as pesquisas descritivas têm a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis, além de estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental.

### 4.2 Local e período de realização do estudo

O estudo foi realizado de março de 2012 a dezembro de 2013, nas unidades da ESF localizadas na zona urbana da cidade de Picos, no sudeste do Piauí, a 320 km da capital – Teresina.

A ESF foi instituída no município de Picos em 1999 e atualmente conta com 30 equipes, sendo que dessas, 20 são da zona urbana, possuindo cada uma delas, três profissionais da saúde, a saber: o médico, o enfermeiro e o dentista, perfazendo um total de 60 profissionais, contando ainda com aproximadamente 20 técnicos de enfermagem, 20 técnicos ou auxiliares de saúde bucal, estimando entre 100 a 120 Agente Comunitário de Saúde (ACS) só na cidade, além de outros trabalhadores, como zeladores, vigias, recepcionistas, entre outros.

### 4.3 População e amostra

A população-alvo constituiu-se de enfermeiros que trabalham nas unidades da ESF da zona urbana da cidade de Picos-PI, por questão de conveniência e por haver uma melhor facilidade de acesso.

Para participar da pesquisa, os profissionais atenderam o seguinte critério de inclusão: atuar na ESF da zona urbana do município de Picos. Sendo excluído do estudo o profissional que no momento da coleta de dados estivesse de férias ou afastado do serviço por quaisquer motivos e que participassem do teste do instrumento de coleta.

Do total de 20 enfermeiros, participaram do estudo 14 enfermeiros, sendo excluídos cinco do estudo, por motivo de férias, licença maternidade e por fazerem o teste-piloto do instrumento de coleta de dados, além destes, um enfermeiro não aceitou participar da pesquisa.

#### 4.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro e dezembro de 2013 e foi utilizado um questionário estruturado (APÊNDICE A) contendo seis perguntas subjetivas, a saber: O que você entende por Reação Adversa a Medicamentos (RAM)? Cite duas RAM's de cada anti-hipertensivo preconizado pelo SUS para a ESF, a saber: HCTZ®, captopril®, metformina®, furosemida® e propranolol®. O que você entende por farmacovigilância? Cite uma interação de cada anti-hipertensivo distribuído pela ESF com outro tipo de medicamento que você tenha conhecimento. Que informações são prestadas ao hipertenso que apresentou RAM? e que orientações são oferecidas ao paciente quanto à iminência do surgimento de RAM's ao tomarem os anti-hipertensivos prescritos.

O instrumento foi adaptado a partir do estudo de Salviano, Luiza e Ponciano (2011), realizado na 21ª Coordenadoria Regional de Saúde no estado do Ceará do qual participaram da pesquisa profissionais enfermeiros, odontólogos e médicos que atuavam nas Equipes de Saúde da Família. O questionário aborda as características dos profissionais de enfermagem, informações sobre medicamentos, o conhecimento e importância da farmacovigilância e condutas adotadas em caso de suspeita de Reações Adversas ao Medicamento, além de prescrição medicamentosa. Para a coleta de dados o questionário foi entregue a cada enfermeiro em sua respectiva sala, por meio de visitas às Unidades de Saúde da Família e, tendo cerca de 20 minutos para seu preenchimento. Após esse tempo o instrumento foi recolhido pela pesquisadora.

#### 4.5 Análise de dados

Os dados objetivos foram digitados em um banco de dados eletrônico com a utilização do software Microsoft Office Excel 2010 e tabulados e organizados por meio do programa estatístico IBM SPSS *Statistics* versão 20.0 o que permitiu a análise das variáveis por meio de cálculo frequencial.

As respostas referentes às questões subjetivas foram analisadas a partir da análise temática proposta por Minayo (2010), a qual consiste em três fases: pré- análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação.

A pré - análise consistiu na escolha dos documentos que foram analisados. Para exploração destas foi constituído o corpus (APÊNDICE C), em que se fez um recorte do texto em unidades de registro (frases) e agregação dos dados em categorias temáticas, onde a investigadora buscou categorias em que as expressões ou palavras significativas do conteúdo de uma fala tivessem sido organizadas e especificassem os temas. O tratamento dos resultados obtidos e interpretação foram feitos por meio de análise temática, elucidando a pergunta de investigação a partir da discussão com outras pesquisas que versavam sobre esta questão.

A partir da análise, foram elaboradas as seguintes categorias temáticas relacionadas ao conhecimento sobre RAM: reações terapêuticas ao medicamento, reações adversas ao medicamento, sinais e sintomas e conhecimento insuficiente sobre RAM e as categorias elaboradas acerca do conhecimento sobre farmacovigilância foram: vigilância dos medicamentos, administração e acompanhamento das medicações, vigilância das reações às medicações e observação de sinais e sintomas.

Os resultados objetivos foram apresentados em forma de quadros e discutidos à luz da literatura pertinente.

#### 4.6 Aspectos éticos

O estudo respeitou todos aos aspectos éticos e legais de pesquisa com seres humanos disciplinados pela Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, sendo submetido ao Comitê de Ética (CEP) da UFPI obtendo aprovação, por meio do Nº 05564912.1.0000.5214 do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) (ANEXO E).

Após a aprovação iniciou-se a coleta, sendo esclarecidos aos enfermeiros, antecipadamente, os objetivos da pesquisa e estes manifestaram sua compreensão e aceitação ao assinarem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), autorizando a utilização das informações contidas no questionário, divulgação em eventos científicos e publicação em periódicos, sendo-lhes garantido o anonimato, bem como do direito de desistir da pesquisa a qualquer momento.

## 5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa demonstram inicialmente as características dos enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família da zona urbana da cidade de Picos-PI, com o intuito de conhecer e avaliar a população em estudo, logo após são apresentados os conhecimentos dos enfermeiros sobre farmacovigilância e RAM, bem como, suas condutas e orientações quanto ao surgimento destas.

### 5.1 Caracterização da formação dos enfermeiros

Dos catorze enfermeiros que participaram do estudo (**Quadro 1**), observou-se a predominância do sexo feminino, com idade compreendida entre 30-39 anos. A maioria dos pesquisados possui tempo de formação entre 6 a 10 anos e de 5 a 6 anos de atuação no município. É válido salientar que todos possuem pós-graduação.

**Quadro 1** – Características de formação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Picos (PI), nov./ dez., 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>F</b>
<b>Sexo</b>	
Masculino	1
Feminino	13
<b>Idade</b>	
20 – 29 anos	5
30 – 39 anos	6
40 – 49 anos	2
≥ 50 anos	1
<b>Tempo de formação</b>	
≤ 5 anos	2
6 a 10 anos	9
11 a 15 anos	2
≥ 16 anos	1
<b>Tempo de atuação no município</b>	
≤ 2 anos	3
3 a 6 anos	8
≥ 7 anos	3
<b>Curso de pós-graduação</b>	
Programa Saúde da Família	7
Saúde Coletiva/Saúde Pública	4
Outros	11

Pôde-se verificar que entre os cursos de pós-graduação realizados pelos enfermeiros, os do Programa Saúde da Família destacaram-se, sendo seguidos por outros cursos como saúde pública/coletiva, saúde do trabalhador, gestão em saúde e urgência e emergência.

## 5.2 Fontes de informação dos enfermeiros sobre reações adversas ao medicamento.

Observou-se que nove profissionais mencionaram serem insuficientes os conhecimentos adquiridos na universidade sobre RAM. Apenas dez participantes relataram atualizar-se sobre o assunto fazendo uso da internet, livros e textos especializados como principais formas de atualização. Quanto à periodicidade dessa atualização houve uma equidade entre as opções uma vez ao ano e sempre que surgem dúvidas (**Quadro 2**).

**Quadro 2** - Fontes de informação dos enfermeiros sobre RAM. Picos (PI), nov./dez., 2013.

<b>Variáveis</b>	<b><i>f</i></b>
<b>Conhecimentos adquiridos na universidade</b>	
Suficientes	5
Insuficientes	9
<b>Atualização em RAM</b>	
Sim	10
Não	4
<b>Fontes de atualização</b>	
<b>Cursos</b>	
Sim	3
Não	7
<b>Congressos</b>	
Sim	1
Não	9
<b>Livros e textos especializados</b>	
Sim	7
Não	3
<b>Revistas Científicas</b>	
Sim	4
Não	6
<b>Palestras</b>	
Sim	2
Não	8
<b>Internet</b>	
Sim	8

**Quadro 2** - Fontes de informação dos enfermeiros sobre RAM. Picos (PI), nov./dez., 2013.

Não	2
<b>Dialogando com outros profissionais</b>	
Sim	1
Não	9
<b>Periodicidade da atualização</b>	
1 vez ao ano	4
2 em 2 anos	2
Sempre que surgem dúvidas	4

### 5.3 Condutas dos enfermeiros na orientação dos pacientes com HAS quanto às RAM.

Identificou-se que seis enfermeiros relataram como conduta adotada perguntar frequentemente aos seus clientes quanto às reações provocadas pelos anti-hipertensivos. Um total de treze respondentes informou prestar informações no momento da consulta quanto às reações adversas e consideraram que é de direito do paciente tomar conhecimento dos efeitos que os medicamentos podem trazer. Para onze participantes, tal atitude ajuda na adesão ao tratamento medicamentoso, além de habilitar o paciente a conhecer precocemente as reações que podem surgir. Apenas um profissional relatou não orientar os pacientes relacionados às possíveis RAM dos anti-hipertensivos e diz que não o faz porque muitas vezes os pacientes já vêm encaminhados pelo médico, e segundo o informante, são desnecessárias novas abordagens (**Quadro 3**).

**Quadro 3** - Condutas dos enfermeiros quanto à orientação do paciente hipertenso sobre RAM. Picos (PI), nov./dez., 2013.

Variáveis	F
<b>Pergunta sobre sinais e sintomas de RAM</b>	
Sempre	4
Frequentemente	6
Ocasionalmente	4
<b>Informa aos pacientes quanto às possíveis reações relacionadas aos anti-hipertensivos prescritos na ESF?</b>	
Sim	13
Não	1
<b>Por que o faz?</b>	
<b>Ajuda na adesão do paciente ao tratamento</b>	
Sim	11
Não	2
<b>Habilita o paciente a conhecer precocemente as RAM</b>	
Sim	11
Não	2
<b>Por que não o faz?</b>	
<b>Dificuldade de assimilação por parte do paciente</b>	

**Quadro 3** - Condutas dos enfermeiros quanto à orientação do paciente hipertenso sobre RAM. Picos (PI), nov./ dez., 2013.

Sim	-
Não	1
<b>Paciente pode ficar sugestionado</b>	
Sim	-
Não	1
<b>Não há interferência com a terapêutica</b>	
Sim	-
Não	1
<b>Porque muitas vezes vem encaminhado do médico</b>	
Sim	1
Não	-

Evidenciou-se por meio desta pesquisa que os catorze enfermeiros entrevistados informaram que a administração de múltiplos fármacos simultaneamente dificultava a identificação das RAM, seguido do desconhecimento por parte dos enfermeiros sobre as reações adversas, das dificuldades para detectá-las, da dependência de confirmação laboratorial, e por fim, quando a RAM se confunde com a sintomatologia clínica, por ser muita parecida com a patologia base do paciente, sendo esta última opção afirmada por sete dos entrevistados e negada pelos outros sete.

O estudo revelou que os critérios mais importantes para avaliar uma suspeita de RAM na opinião dos enfermeiros consistem em observar se a reação ocorre após administração do medicamento, bem como averiguar se o paciente, melhora quando há interrupção do medicamento. Cerca de treze profissionais mencionaram também verificar se o paciente já apresentou alguma reação semelhante ao medicamento e onze participantes citaram observar se com a suspensão no uso do medicamento existem outras causas capazes de determinar RAM (**Quadro 4**).

**Quadro 4** - Conhecimento dos enfermeiros na identificação de RAM. Picos (PI), nov./dez., 2013.

Variáveis	F
<b>O que pode dificultar a identificação das RAM?</b>	
<b>Polifarmácia</b>	
Sim	14
Não	-
<b>Desconhecimento dos profissionais de saúde sobre RAM</b>	
Sim	13
Não	1
<b>Quando dependem de confirmação laboratorial</b>	
Sim	8
Não	6
<b>Quando ocorrem apenas em uma faixa etária</b>	

**Quadro 4** - Conhecimento dos enfermeiros na identificação de RAM. Picos (PI), nov./dez., 2013.

Variáveis	F
Sim	3
Não	1
<b>A RAM se confunde com a sintomatologia clínica, por ser muito parecida com a patologia base do paciente</b>	
Sim	7
Não	7
<b>Dificuldades para detectar reações</b>	11
Sim	3
Não	
<b>Que critérios você considera importantes para avaliar uma suspeita de RAM?</b>	
<b>Observa se a reação ocorre após administração do medicamento</b>	14
Sim	-
Não	
<b>Verifica se o paciente já apresentou alguma reação semelhante ao medicamento</b>	13
Sim	1
Não	
<b>Observa se o paciente melhora quando o medicamento é interrompido</b>	14
Sim	-
Não	
<b>Observa se excluindo o uso do medicamento existem outras causas capazes de determinar o surgimento de RAM</b>	11
Sim	3
Não	

#### 5.4 Farmacovigilância

Os resultados da pesquisa mostraram que doze dos enfermeiros já estiveram diante de casos suspeitos de RAM durante sua vida profissional, porém somente cinco notificaram esses episódios, prevalecendo uma quantidade máxima de seis notificações.

Em relação aos medicamentos anti-hipertensivos possivelmente envolvidos com as reações adversas, foram expostos os cinco anti-hipertensivos distribuídos pela ESF de Picos-PI, a saber: Captopril<sup>®</sup>, Furosemida<sup>®</sup>, Metildopa<sup>®</sup>, Hidroclorotiazida (HCTZ)<sup>®</sup> e Propranolol<sup>®</sup>, e pediu-se que cada enfermeiro citasse duas reações adversas de cada um deles, bem como também uma interação medicamentosa de cada. Foram relatadas sete reações para o captopril<sup>®</sup>, sendo a de maior destaque a tosse seca, para furosemida<sup>®</sup> destacou-se a hipotensão e a depleção de potássio, com duas citações cada. Relacionado à metildopa<sup>®</sup> sobressaiu à cefaleia, acerca da HCTZ<sup>®</sup> foi destacável o aumento da frequência urinária, e quanto ao propranolol<sup>®</sup> foi evidente a hipotensão e a bradicardia (**Quadro 5**).

**Quadro 5** - Notificações e principais RAM dos anti-hipertensivos prescritos na ESF. Picos (PI), nov./dez., 2013.

Variáveis	<i>f</i>
<b>Durante sua vida profissional, já teve casos suspeitos de RAM?</b>	
Sim	12
Não	2
<b>Já notificou</b>	
Sim	5
Não	9
<b>Quantas vezes notificou?</b>	
2 vezes	2
3 vezes	1
5 vezes	1
6 vezes	1
<b>Reações do captopril<sup>®</sup></b>	
Prurido	1
Tosse seca	8
Tosse seca e boca seca	1
Tosse seca e angina	1
Tosse seca e taquicardia	1
Arritmia e tontura	1
<b>Reações da furosemida<sup>®</sup></b>	
Incontinência urinária	1
Noctúria	1
Hipotensão e tontura	1
Mudança na frequência urinária	1
Depleção de potássio	1
Depleção de potássio e hipotensão	1
Diurese com cor escura e cefaleia	1
<b>Reações da metildopa<sup>®</sup></b>	
Hipotensão	2
Cefaleia e astenia	1
Cefaleia e tontura	1
Boca seca e cefaleia	1
Impotência sexual	1
<b>Reações da hidroclorotiazida<sup>®</sup></b>	
Desidratação	1
Noctúria	1
Náuseas, vômitos e vertigens	1
Aumento da frequência urinária	2
Aumento da glicemia e do colesterol	1
Cefaleia	1
<b>Reações do propranolol<sup>®</sup></b>	
Palpitação	1
Distúrbio sexual	1
Diminuição da frequência cardíaca	1
Hipotensão	1
Hipotensão e insuficiência cardíaca	1
Bradycardia	2
Constipação, gases e diarreia	1
Dispneia e cefaleia	1

Foram referidas seis interações medicamentosas para o captopril<sup>®</sup>, a exemplo: com diuréticos, Ácido Acetilsalicílico (AAS)<sup>®</sup>, HCTZ<sup>®</sup>, glibenclamida<sup>®</sup>, metformina<sup>®</sup> e isordil<sup>®</sup>.

Para a furosemida<sup>®</sup>, foram mencionadas interações com os seguintes fármacos: anti-hipertensivos, AAS<sup>®</sup>, captopril<sup>®</sup> e propranolol<sup>®</sup>. Com relação à metildopa<sup>®</sup> somente um enfermeiro citou uma interação, a saber: anti-hipertensivos. Já com a HCTZ<sup>®</sup>, foram citados o captopril<sup>®</sup>/enalapril<sup>®</sup>/diovan<sup>®</sup>, bem como os anti-hipertensivos em geral, o propranolol<sup>®</sup>, assim como antidiabéticos, como glibenclamida<sup>®</sup> e metformina<sup>®</sup>. E como interações com o propranolol foram referidas os anti-hipertensivos, antidepressivos, AAS<sup>®</sup>, HCTZ<sup>®</sup>, glibenclamida<sup>®</sup> e metformina<sup>®</sup>.

Quanto às condutas específicas do enfermeiro, visualizadas por meio do Quadro 6, no qual a conduta mais adotada em meio aos casos suspeitos de RAM, foi comunicar ao profissional médico, seguida do registro no prontuário do paciente, bem como oferecer orientações ao cliente quanto às reações, além de discutir o assunto com outros profissionais da saúde.

Dos profissionais entrevistados, onze informaram que costumam orientar seus pacientes quanto à iminência do surgimento de reações adversas aos anti-hipertensivos.

**Quadro 6.** Condutas específicas do enfermeiro diante casos suspeitos de RAM. Picos (PI), nov./dez., 2013.

<b>Variáveis</b>	<b><i>f</i></b>
<b>Qual a sua conduta quando suspeita que estão ocorrendo RAM?</b>	
<b>Comunica ao médico</b>	
Sim	14
Não	-
<b>Discute o assunto com outros profissionais de saúde</b>	
Sim	9
Não	5
<b>Registra a ocorrência no formulário para notificação espontânea</b>	
Sim	5
Não	9
<b>Não toma nenhuma atitude</b>	
Sim	-
Não	14
<b>Registra no prontuário</b>	
Sim	13
Não	1
<b>Orienta o paciente sobre RAM</b>	
Sim	13
Não	1
<b>Comunica ao Serviço de Atendimento ao Cliente da Indústria</b>	
Sim	-
Não	14

**Quadro 6.** Conduas específicas do enfermeiro diante casos suspeitos de RAM. Picos (PI), nov./dez., 2013.

<b>Costuma orientar seu paciente quanto à eminência do surgimento de RAM ao tomar os anti-hipertensivos</b>	
Sim	11
Não	2

Ao supor que os enfermeiros prescrevessem medicamentos anti-hipertensivos, perguntou-se quais seriam suas condutas quanto à terapêutica medicamentosa, quando suspeitassem que estivessem ocorrendo RAM, e todos referiram que mudariam a terapêutica, enquanto que doze suspenderiam o medicamento e nove ajustariam a dose, porém nenhum deles citou que manteriam o medicamento e que tratariam ou não os sinais e sintomas, assim como, ninguém optou pela opção: não tomaria nenhuma atitude, constatando desta forma que todos eles tomariam medidas para a redução ou inexistência da RAM. É válido salientar que dos catorze respondentes, apenas cinco, que compõem a minoria, relataram comunicar ao Serviço de Atendimento ao Cliente da Indústria.

Quanto às respostas às questões subjetivas referentes ao conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre RAM e farmacovigilância, estas podem ser visualizadas por meio das categorias temáticas descritas no item 5.5.

## 5.5 Categorias temáticas relacionadas ao conhecimento sobre RAM.

### 5.5.1 Categoria I: Reações terapêuticas ao medicamento.

Compreende as unidades de análise temática relacionadas às reações relatadas pelos enfermeiros, apresentadas pelo paciente após o uso da medicação, decorrentes de uma não aceitação ou rejeição do organismo a determinado medicamento ou substância. Essa categoria resultou em cinco unidades de análise temática.

### 5.5.2 Categoria II: Reações adversas ao medicamento.

Compreendem as unidades de análise temática referente às reações relatadas pelos enfermeiros, apresentadas pelo paciente pelo uso contínuo da medicação que podem ser desagradáveis. Essa categoria resultou em seis unidades de análise temática.

### 5.5.3 Categoria III: Sinais e sintomas

Compreende as unidades de análise temáticas que correspondem aos sinais e sintomas que podem ocorrer devido ao uso de algum fármaco, na visão dos enfermeiros. Essa categoria resultou em duas unidades de análise temática.

### 5.5.4 Categoria IV: Conhecimento insuficiente sobre RAM

Compreende as unidades de análise temáticas que se referem ao conhecimento muito restrito, tendo em vista a falta de familiaridade com a farmacodinâmica e a farmacocinética, visto que estas foram repassadas parcialmente na faculdade. Essa categoria resultou em uma unidade de análise temática.

## 5.6 Categorias temáticas relacionadas ao conhecimento sobre farmacovigilância.

### 5.6.1 Categoria I: vigilância dos medicamentos.

Abrangem as unidades de análise temáticas que indicam a vigilância dos medicamentos quanto ao armazenamento correto, validade, quanto à eficácia, produção, distribuição comercialização, entre outros. Essa categoria resultou em três unidades de análise temática.

### 5.6.2 Categoria II: Administração e acompanhamento das medicações.

Envolve as unidades de análise temáticas que indicam a administração medicamentosa com controle supervisionado, bem como o acompanhamento das medicações usadas pelos hipertensos. Essa categoria resultou em duas unidades de análise temática.

### 5.6.3 Categoria III: Vigilância das reações às medicações.

Compreendem as unidades de análise temáticas que se referem às interações medicamentosas e possíveis reações adversas em pacientes que fazem uso da medicação. Essa categoria resultou em três unidades de análise temática.

#### 5.6.4 Categoria IV: Observar sinais e sintomas.

Abrange a unidade de análise temática referente à observação dos sinais e sintomas relacionados a um determinado medicamento, bem como suas reações adversas. Essa categoria resultou em duas unidades de análise temática.

A partir das descrições das categorias observou-se que as maiores frequências de Conhecimento dos enfermeiros sobre RAM são reações terapêuticas ao medicamento e as próprias RAMs e quanto ao conhecimento dos enfermeiros sobre farmacovigilância, foram mais frequentes a vigilância ao medicamento e as RAM.

## 6 DISCUSSÃO

A predominância das mulheres entre os profissionais de enfermagem da ESF vem sendo constantemente observada e relatada em estudos como os de Ramos et al (2009), Ferreira, Schimith e Cáceres (2010), Gomes e Oliveira (2010), dentre outros, legitimando assim os achados desse estudo, assim como afirmam Lopes e Leal (2005), ao alegar que persiste a feminização da enfermagem no Brasil.

Fato este que pode advir da própria história, segundo Silva (2009), o cuidado aos doentes originou-se no lar, com a mãe de família, sendo primordialmente cuidadora, ou em habitações com grupos formados na maioria das vezes por escravos, definindo a ausência de pessoas aptas que se dispusessem a realizá-lo. A presença do gênero feminino, desde o princípio, acentua, portanto, a caracterização histórica da feminização na prática e na assistência do cuidar.

Os enfermeiros que participaram do estudo caracterizam-se como uma população com predominância de idade entre 20 a 39 anos, corroborando com o estudo de Renovato et al. (2011), contrastando com o de Ferreira, Schimith e Cáceres (2010) e Salviano, Luiza e Ponciano (2011), em que a população caracteriza-se como mais jovem, enquanto relatos de Santos et al. (2011) e de Pinheiro e Pepe (2011) mostraram idade predominante acima dos 40 anos, o que para estes últimos, é considerada idade produtiva para o mercado de trabalho.

Os dados relacionados ao tempo de formação dos enfermeiros mostraram uma preponderância entre 5 a 10 anos de formado, em consonância com Santos et al. (2011), que infere que tais profissionais já possuem uma experiência significativa para o exercício da profissão, enquanto os resultados de Gomes e Oliveira (2010) divergem dos achados presentes, no qual os profissionais tem pouco tempo de formação.

No presente estudo o tempo de atuação dos enfermeiros no município de Picos-PI, foi de 3 a 6 anos, em concordância com Feliciano, Kovacs e Sarinho (2010), que obtiveram dados similares a esse, com o tempo mínimo de 3 anos, diferenciando apenas no tempo máximo de atuação, que é de até 7 anos. Para Amorim e Andrade (2009), esse maior tempo de atuação na ESF possibilita que os enfermeiros vivenciem uma diversidade de experiências na profissão, o que irá auxiliar no vínculo entre profissionais e o usuário.

No que tange à especialização, fica evidente que todos os profissionais de enfermagem possuem pós-graduação, e destes, sete, o que compõe a maioria, são pós-graduados em Saúde da Família, seguido de Saúde Pública/Coletiva, entre outras. Dados esses corroborados pelo estudo de Ferreira, Schimith e Cáceres (2010) em que 61% dos

entrevistados possuem especialização em saúde da família. Apesar de uma grande quantidade de enfermeiros ter realizado curso de pós-graduação em Saúde da Família ou Pública/Coletiva, nenhum enfermeiro citou capacitação específica na atenção ao hipertenso, muito menos relacionado às RAM. Para Santos et al. (2011) tais dados servem como alerta para a necessidade de qualificações voltadas para a atenção básica, especialmente para o HIPERDIA.

Frente aos conhecimentos adquiridos pelos entrevistados durante a academia, pôde-se observar que a maioria deles informou serem insuficientes tais informações, assemelhando-se aos achados de Pinheiro e Pepe (2011) e Salviano, Luiza e Ponciano (2011), em estudos feitos em hospital-sentinela de ensino, como feito em equipes de Saúde da Família da 21ª Coordenadoria Regional de Saúde também no Ceará, respectivamente, onde no primeiro estudo encontrou-se relatos de que há deficiência até mesmo do ensino médico no que tange às disciplinas de farmacologia e terapêutica.

O que infere que os conteúdos vistos na disciplina de farmacologia, como uma única grande curricular nas universidades, não ajudam, na maioria dos casos, para resolutividade de RAM, efeitos colaterais e interações medicamentosas relacionadas ao pacientes hipertensos que fazem uso de medicação anti-hipertensiva, produzindo dessa forma inabilidade por parte de alguns profissionais diante de tais situações.

Além disso, a grade curricular das universidades não contempla a farmacologia aplicada à enfermagem, muito menos, a farmacovigilância, de forma suficiente para instituir nos novos profissionais conhecimentos e condutas apropriadas diante de situações conflitantes. É imprescindível para a prática do aluno, a presença de pacientes que fazem uso de anti-hipertensivos, que relatam RAM, efeitos colaterais e que se utilizam de medicamentos concomitantes a esses medicamentos, a fim de proporcionar ao alunado interação com o cliente, habituando-o a lidar com tais circunstâncias, fornecendo-lhes treinamentos práticos para agir de forma coerente na presença de tais ocorrências em sua vida profissional.

Estudo feito com enfermeiros da ESF do Distrito Noroeste de Goiânia mostrou que uma das dificuldades encontradas pelos entrevistados é a falta de preparo que vem desde o período acadêmico em que tais profissionais não são preparados para exercer tal função. Nessa mesma pesquisa, o maior quantitativo dos respondentes relatou não receber nenhuma orientação sobre medicamentos prescritos no HIPERDIA, o que levou a inferir que seja necessário maior embasamento sobre conhecimentos essenciais nas áreas de farmacologia, fisiologia, bioquímica e outras (SANTOS et al., 2011).

A educação permanente, atualizações, aprimoramento e reciclagem para incrementar os conhecimentos adquiridos na universidade também auxiliam na redução das falhas (FRANCO et al., 2010).

A maioria dos entrevistados afirma que costuma se atualizar sobre RAM, confirmando os resultados apresentados no estudo de Salviano, Luiza e Ponciano (2011). Sob esse prisma, as principais fontes de atualização sobre RAM referidas pelos enfermeiros são Internet, bem como o uso de Livros e Textos especializados. Dados esses que divergem de outro estudo quando se refere às respostas do profissional enfermeiro, como no caso os relatos feitos por Pinheiro e Pepe (2011) o qual demonstram que a maioria dos enfermeiros citaram revistas científicas, enquanto o profissional médico os livros-textos, como meios para se atualizar. Aos profissionais de saúde bem como gestores, cabe a busca por atualizações de seus conhecimentos, de forma a analisar os prováveis mecanismos das interações medicamentosas, planejando um regime terapêutico adequado aos seus pacientes (CUPERTINO et al., 2007).

Como não está bem explicitada a periodicidade da atualização, devido os entrevistados equiverem suas respostas em períodos de uma vez ao ano e sempre que surgem dúvidas, fazendo uso majoritariamente da internet para estar a par dos efeitos adversos ocasionados pelos medicamentos, infere a necessidade de capacitações mais frequentes, treinamentos, panfletos, revistas científicas, palestras, entre outras fontes possíveis para preencher as lacunas, as incertezas e o desconhecimento existentes entre profissionais da ESF sobre farmacovigilância, já que, quando isso ocorre, é realizado preferencialmente em âmbito hospitalar.

Esses resultados podem ser reflexos da pouca abordagem acerca de RAM nas ESF, assim como no interior do estado. Iniciativas de informações sobre RAM, tais como palestras, distribuição de informativos e folhetos e as capacitações são escassas nesses locais, deixando os profissionais da saúde à margem do assunto, mesmo quando este é uma ferramenta de um programa governamental estruturado (SALVIANO; LUIZA; PONCIANO, 2011).

Uma vez em campo, foi possível perceber que seis enfermeiros referiram perguntar frequentemente aos seus pacientes acerca dos sinais e sintomas de RAM, igualando ao estudo de Salviano, Luiza e Ponciano (2008), o qual 39% dos profissionais que participaram do estudo, declararam que costumam questionar com frequência aos seus pacientes sobre sinais e sintomas referentes às possíveis reações ocasionadas pelos medicamentos.

Um alto índice de respondentes relatou informar aos seus pacientes quanto as possíveis reações relacionadas aos anti-hipertensivos prescritos na ESF. E os principais

motivos revelados pelos entrevistados, é o fato de ajudar na adesão ao tratamento, assim como habilitar o paciente a conhecer precocemente as RAM. Pois quando os clientes estão a par da importância da medicação para o tratamento da doença e são informados dos potenciais eventos adversos que podem surgir com o uso do destes, tais clientes aderem ao tratamento com mais facilidade, mesmo que sua morbidade seja assintomática.

Helena, Nemes e Eluf Neto (2010) afirmam que adesão ao tratamento reflete, de certo modo, a maneira como as pessoas compreendem e assumem o cuidado com sua saúde. A não adesão indica falhas na qualidade da atenção prestada.

Arrais, Barreto e Coelho (2007) observaram que os médicos informaram 26,7% das situações sobre as possibilidades de surgimento de reações adversas durante o tratamento. No tocante ao conhecimento, os pacientes do setor privado foram mais bem informados sobre o tema do que os do setor público.

Nesse cenário, é imprescindível que os profissionais informem aos seus clientes quanto ao surgimento de RAM, já que sua atuação é fundamental nas orientações sobre eventos adversos, além de gerar buscas sobre queixas e esclarecimentos em caso de dúvidas nas orientações fornecidas. Consequentemente, o diálogo e as orientações constroem pontes, diminuindo, portanto, a distância de quem orienta e quem precisa de orientação (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2010).

Frente a este panorama, as indagações são elucidadas, abrindo caminho para uma maior interação entre profissional e usuário e até mesmo um elo maior entre usuário e medicação.

É oportuno destacar que o único enfermeiro que relatou não informar aos seus pacientes quanto o surgimento de RAM na terapia medicamentosa, disse que não o fazia porque muitas vezes o paciente já vinha encaminhado do médico, e este por sua vez, já deveria ter orientado o paciente, não necessitando de novas abordagens, porém esses dados divergem da pesquisa feita por Coelho, Arrais e Gomes (1999), a qual relata que o profissional médico prefere referir à enfermeira sobre os eventos adversos que surgiram, ou optam por anotar no prontuário o ocorrido, do que notificar.

Em consonância com a literatura de Salviano, Luiza e Ponciano (2008), quanto ao que pode dificultar na identificação de RAM, as principais premissas feitas pelos enfermeiros foram a polifarmácia seguida pelo desconhecimento dos profissionais sobre RAM. Chama a atenção que muitos desses eventos não são reconhecidos pelos pacientes, familiares, e tampouco por enfermeiros, especialmente quando a polifarmácia é bastante complexa. Além disso, vários profissionais imaginam RAM e IM como algo desastroso, como arritmias,

convulsões e até morte, embora sejam possíveis de acontecer, isso só é uma parte de um todo, pois diariamente as consequências dos eventos como tontura, sedação, hipotensão, postura, quedas, confusão, entre outras aparentemente menos dramáticas, podem aumentar o perfil da morbidade, principalmente em idosos (SECOLI, 2010).

O estudo aponta que os critérios mais citados como importantes para avaliar uma suspeita de RAM foram à observação se a reação ocorre após administração do medicamento, assim como se o paciente melhora quando o medicamento é interrompido e se verifica se o paciente já apresentou alguma reação semelhante, corroborando os mesmos dados apresentados por Salviano, Luiza e Ponciano (2008).

Sabe-se que nenhum medicamento farmacologicamente ativo, está isento de eventos adversos, logo muitos pacientes que fazem uso de anti-hipertensivos sofrem com as reações adversas ocasionadas por estes, sendo muitas vezes comunicado ao enfermeiro, e poucas vezes notificado.

Segundo Salviano, Luiza e Ponciano (2008), os profissionais de saúde frequentemente se deparam com as reações adversas em suas práticas profissionais, no entanto, estes notificam apenas ocasionalmente essas reações, enfraquecendo dessa forma, os sistemas de captação deste tipo de informação e tornando os usuários mais susceptíveis às reações dos medicamentos, já que a agência que regula tais eventos não tendo conhecimento sobre o caso, não poderá intervir diante do caso e levar os medicamentos suspeitos para análise.

De acordo com essa pesquisa, doze dos entrevistados relataram vivenciar casos suspeitos de RAM, porém desses doze, somente cinco, o que equivale a menos da metade dos respondentes, informaram já ter notificado, tendo um valor máximo de notificações equivalente a seis vezes.

Conforme resultados apresentados por Mendes et al (2008), o farmacêutico ainda é o único profissional notificador, e os hospitais foram considerados as principais instituições notificadoras, talvez pelo grande contingente de farmacêuticos que atuam em farmácias hospitalares, já que estes têm maior contato com as prescrições/paciente, principalmente nas unidades com sistemas de distribuição por dose unitária, e devido ao reflexo da ausência de práticas como em Farmácias e Drogarias, ou até mesmo, pelas lacunas deixadas por outros profissionais da saúde.

Todavia, estudo feito por Coelho, Arrais e Gomes (1999) mostrou notificações recebidas pelo Sistema de Farmacovigilância do Ceará (SIFACE), sendo os notificadores, em

sua maioria (47,0%) enfermeiras, ainda que o diagnóstico do caso tenha sido do médico, o que era confirmado através do exame dos prontuários.

Frente à complexidade do tema em questão, é absolutamente essencial a participação ativa de profissionais de saúde, tendo uma necessidade de uma cultura que encoraje a divulgação dos eventos adversos ocasionados pelas medicações, expondo-os frequentemente, ao invés de camuflá-los.

Algumas estratégias como o Relato Espontâneo de Suspeita de Reação Adversa, estão sendo implantados. Essa notificação voluntária é um dos principais métodos utilizados pela farmacovigilância para identificar reações adversas, raras ou não, o qual pode ser feita por profissionais de saúde, por hospitais sentinelas e até mesmo pelos usuários dos medicamentos. Estas por sua vez, são encaminhadas às agências que regulam o setor farmacêutico em cada país, por meio do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) (DAINESI, 2005; BRASIL, 2013).

O NOTIVISA é um sistema informatizado na plataforma web para receber as notificações de Eventos Adversos (EA) e Queixas Técnicas (QT) - entendida como qualquer notificação de suspeita de alteração ou irregularidade de um produto ou empresa relacionada a aspectos técnicos ou legais, que poderá ou não causar dano à saúde individual e coletiva, relacionados com os produtos sob vigilância sanitária, em especial, os medicamentos (BRASIL, 2013).

Os usuários cadastrados no sistema poderão notificar casos de EA e QT e receberão a confirmação sobre o envio da notificação. Terão acesso à notificação: o notificador, as vigilâncias sanitárias do Município e do Estado, assim como a Anvisa, lembrando que as notificações enviadas são mantidas sob sigilo. E caso seja necessário o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS entrará em contato com o notificador para esclarecer dúvidas, obter informações adicionais ou acompanhar os desdobramentos do caso notificado (BRASIL, 2013).

Mesmo esse processo de notificação voluntária tendo sido iniciado em 2000, há certa discrepância entre os dados ocorridos e as notificações realizadas, concluindo-se, portanto, que ocorre subnotificações dessas informações prestadas. Fato este que pode ser ocasionado devido muitos profissionais se mostrarem desinformados quanto a tal sistema (BRASIL, 2013).

Das reações adversas citadas pelos enfermeiros quanto aos anti-hipertensivos prescritos, e recebidos por meio da ESF da cidade de Picos – PI, as que mais se destacaram foram a tosse seca referente ao captopril<sup>®</sup>, hipotensão e depleção de potássio sugestivo a

furosemida<sup>®</sup>, cefaleia para a metildopa<sup>®</sup>, aumento da frequência urinária alusiva ao hidroclorotiazida<sup>®</sup> e hipotensão e bradicardia indicativo ao propranolol<sup>®</sup>.

Sendo assim, a tosse seca, principal efeito mencionado pela maioria dos respondentes, em conformidade com os resultados de Gomes, Paz Júnior e Lima (2009), está interligada ao uso do captopril<sup>®</sup>, já que os inibidores da Enzima conversora da Angiotensina (ECA) provocam-na, além do aumento dos batimentos cardíacos, prurido, entre outros efeitos.

A depleção de potássio deve estar relacionada ao uso da furosemida<sup>®</sup>, já que sendo um diurético provoca depleção de volume e descontrole do sódio, potássio e líquidos. Porém, não há relatos quanto à hipotensão como efeito adverso dessa droga.

A hipotensão pode ser sugestiva ao uso da metildopa<sup>®</sup>, efeito provocado inibidores adrenérgicos de ação central, bem como outros sintomas, a saber: boca seca e disfunção sexual, todavia a cefaleia não está entre os eventos adversos da droga em questão.

Contudo o aumento da frequência urinária deve-se a utilização do hidroclorotiazida<sup>®</sup>, já que este tem como principais efeitos: cefaleia, urina frequente, hiperglicemia, náusea, vômito, tontura, hipotensão postural, entre outros.

Já a hipotensão e a bradicardia também podem ser provenientes dos efeitos ocasionados pelo propranolol<sup>®</sup>, um betabloqueador, cujos principais efeitos são, hipotensão, bradicardia, disfunção sexual, astenia, insônia, pesadelos, extremidades frias, constipação, vasoconstrição periférica, entre outros.

A administração com fins terapêuticos, ou não, de mais de uma substância tem o poder de fazê-las interagir entre si dentro do organismo. Os efeitos dos medicamentos quando administrados em concomitância com outros, podem ser diferentes dos efeitos esperados, se estes forem empregados isoladamente (CUPERTINO et al., 2007).

Frente às interações medicamentosas existentes entre os anti-hipertensivos, os que mais se destacaram foram: interação do captopril<sup>®</sup> com diuréticos em geral, AAS<sup>®</sup>, HCTZ<sup>®</sup>, antidiabéticos e isordil<sup>®</sup>, interação da furosemida com anti-hipertensivos, AAS<sup>®</sup>, captopril<sup>®</sup> e propranolol<sup>®</sup>, metildopa<sup>®</sup> com interação com demais anti-hipertensivos, HCTZ<sup>®</sup> interagindo com o captopril<sup>®</sup>/enalapril<sup>®</sup>/diovan<sup>®</sup>, anti-hipertensivos em geral, propranolol<sup>®</sup> e antidiabéticos, e por último o propranolol<sup>®</sup> em interação com anti-hipertensivos, antidepressivos, AAS<sup>®</sup>, HCTZ<sup>®</sup>, glibenclamida<sup>®</sup> e metformina<sup>®</sup>.

No tocante ao conhecimento, o captopril<sup>®</sup> tem interação com HCTZ<sup>®</sup>, antidiabéticos orais e diuréticos, pelo fato de causarem hipercalemia causada pelo captopril<sup>®</sup>, diminuição do efeito antiarrítmico; potencialização do efeito do hipoglicemiante, podendo apresentar risco

de hipoglicemia e causar redução brusca da PA com diuréticos, respectivamente (MORENO et al., 2007; VIANA; SILVA, 2010; BRASIL, 2002a).

Já a Furosemida<sup>®</sup> apresenta interações com álcool, diminui a ação dos anticoagulantes, heparina, intoxicação digitálica, que da grave de PA com inibidores da ECA, aumenta a ação da varfarina<sup>®</sup>, devendo ser evitada em concomitância dos antidepressivos tricíclicos (APÊNDICE A).

Contudo a metildopa<sup>®</sup> tem interação com antidiabéticos, acentuando a ação dos antidiabéticos orais, produzindo risco de hipoglicemia, esta ainda por sua vez, potencializa a ação do captopril<sup>®</sup> causando hipotensão e hipercalemia, além de combinação com outros anti-hipertensivos ocasionando potencialização de anti-hipertensivos (MORENO et al., 2007; VIANA; SILVA, 2010; BRASIL, 2002a).

Quanto ao Hidroclorotiazida<sup>®</sup> este interage com o captopril<sup>®</sup>, acarretando hipercalemia devido o captopril<sup>®</sup>, tem seu efeito aumentado por meio da furosemida<sup>®</sup>, pode prejudicar a ação dos antidiabéticos orais, insulina, podendo aumentar o risco de intoxicação por digitálicos, devido à redução de potássio e magnésio, pode elevar ou ter elevada a ação da dopamina, entre outras (MORENO et al., 2007; VIANA; SILVA, 2010; BRASIL, 2002a).

Observa-se ainda associação entre o propranolol<sup>®</sup> e o bromazepam<sup>®</sup>, já que o bromazepam<sup>®</sup> diminui o efeito do propranolol, potencializa ainda o efeito e a toxicidade do benzodiazepínico, uso de drogas bloqueadoras do canal de cálcio juntamente com os bloqueadores, deprimindo a contratilidade miocárdica ou a condução atrioventricular, junto com a cimetidina, diminui o metabolismo hepático, entre tantos (MORENO et al., 2007; VIANA; SILVA, 2010; BRASIL, 2002a).

Assim com o advento da polifarmácia comumente observada na medicina moderna, é imprescindível o conhecimento dos profissionais de saúde acerca das interações medicamentosas (CAMPANA et al., 2009).

Em consonância com a literatura, as condutas específicas dos enfermeiros diante de casos suspeitos de RAM, foram comunicar ao médico, discutir sobre o assunto com outros profissionais de saúde e fazer o registro no prontuário do cliente, além de orientar o paciente sobre RAM ou a eminências destas (PINHEIRO; PEPE, 2011; SALVIANO; LUIZA; PONCIANO, 2011).

Em relação às atitudes dos enfermeiros quanto à terapêutica medicamentosa, frente às suspeitas de eminências de RAM, a maioria dos profissionais respondeu que mudariam a terapêutica, suspenderiam o medicamento e ajustaria a dose. Logo, verificou-se que tais achados estão em conformidade com os resultados de Salviano, Luiza e Ponciano (2011) e

Pinheiro e Pepe (2011), em que os profissionais médicos, informaram a suspensão do tratamento e a mudança do medicamento quando suspeitas de RAM, e em situação idêntica, os enfermeiros relataram no último estudo que suas atitudes seriam a suspensão terapêutica e comunicar ao médico.

O conhecimento dos enfermeiros sobre RAM foi expresso de forma parcialmente correta, visto que a maioria dos respondentes não abrangeu todo o significado de RAM, focando suas respostas somente no efeito prejudicial ou indesejável. E em poucos casos foi considerado incorreto (PINHEIRO; PEPE, 2011).

Observou-se a partir das falas dos participantes que o conhecimento sobre RAM esteve associado às reações advindas pelo uso contínuo do medicamento, podendo ser maléficas, prováveis e improváveis, bem como às reações que o organismo apresenta quando sob efeito dos medicamentos.

Em relação à definição de farmacovigilância, a maioria dos profissionais tinha um conhecimento restrito sobre o tema, já que suas respostas não abrangiam o significado proposto pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

Com relação ao conhecimento sobre farmacovigilância, foi observado que os relatos dos enfermeiros relacionaram-se a vigilância em torno dos fármacos, como data de validade, coloração, armazenamento, assim como na vigilância referente às interações medicamentosas e possíveis reações adversas.

No entanto, o interesse deste estudo foi verificar a compreensão dos enfermeiros sobre RAM e seus entendimentos sobre farmacovigilância, e não suas definições corretas.

Frente a este cenário, pode-se observar que as orientações prestadas aos hipertensos quanto à eminência de RAM são satisfatórias, visto que os enfermeiros orientam seus clientes a voltarem na UBS caso ocorra algum problema proveniente da medicação, além de informarem o mecanismo de ação dos anti-hipertensivos e os possíveis efeitos que poderão surgir com o uso destes.

No tocante ao conhecimento que os hipertensos estão apresentando eventos adversos, muitos enfermeiros informaram tomar como atitude principal, informar ao médico, bem como trocar e/ou suspender a medicação, assim como observar se a reação provém do medicamento em uso, o que se mostra determinante e imprescindível para que os clientes que sofrem com os efeitos indesejáveis dos medicamentos, continuem aderindo ao tratamento medicamentoso, seja esse trocado, ou baixado a dose, além de inferir num proximidade e interação entre cliente e profissional.

Logo, os resultados revelaram que profissionais por mais que já atuantes há certo tempo no município, bem como na ESF, mesmo tendo alguns anos de formados e todos serem pós-graduados, estes por sua vez ainda apresentam uma deficiência nos seus conhecimentos sobre a temática, necessitando, portanto, atualizar-se sempre sobre o tema, já que a farmacovigilância é de grande valia para prevenir ou limitar as reações adversas, proporcionando por sua vez na adesão dos pacientes ao tratamento.

Porém quanto às orientações prestadas, estas estão sendo pronunciadas corretamente, necessitando, todavia, só que os enfermeiros retenham de mais informações sobre o tema, a fim de prestar uma assistência bem mais completa, e que elimine as dúvidas dos seus clientes.

## 7 CONCLUSÃO

Os objetivos dessa pesquisa foram alcançados e os resultados mostraram que os enfermeiros tem um déficit quanto ao conhecimento sobre farmacovigilância, o que significa que estes ou tiveram uma grade curricular acadêmica onde a abordagem de tal assunto foi limitada, ou poucas vezes estes profissionais participaram de capacitações e treinamentos.

Esses fatores repercutem no atendimento e na assistência aos hipertensos que fazem uso de medicação e que sofrem com os efeitos que estes medicamentos causam, consequentemente tais profissionais não dão uma assistência plena quanto à farmacovigilância a tais clientes, o que pode acarretar em desistência da terapia medicamentosa por parte de alguns hipertensos.

Ao verificar seus conhecimentos sobre reações adversas, muitos deles tinham uma boa noção sobre RAM, porém não tinham muita segurança quanto a esse conhecimento, muito menos sobre as interações medicamentosas, bem como nas condutas que deveriam tomar passando muitas vezes insegurança ao cliente frente a uma orientação. Logo para que não haja mais dúvidas por parte dos enfermeiros quanto ao que fazer em casos eminentes de eventos adversos causados pelos anti-hipertensivos, deve-se trabalhar com educação continuada, a fim de habilitar o profissional.

Diante das condutas perante as RAM, todos os respondentes tomavam alguma atitude, seja comunicar ao médico, registrar no prontuário, discutir com outros profissionais, ou até mesmo, caso fosse possível estes prescrevessem medicamentos, suspenderiam, trocariam ou ajustariam a dose do medicamento.

Os resultados mostraram que os enfermeiros da ESF, ainda que, relatando conhecimentos insuficientes em período acadêmico e mesmo que a minoria tenha se mostrado conhecedor das interações medicamentosas existentes entre anti-hipertensivos prescritos na ESF e outros medicamentos, estes por sua vez, apresentam certo conhecimento sobre reações adversas e conseguem indicar as que mais acometem seus clientes.

No entanto, existe um déficit na formação acadêmica dos profissionais de enfermagem, bem como na sua educação continuada relacionada à temática, consequentemente refletindo nas orientações e condutas tomadas por estes, portanto, um fator preocupante, visto que há uma diversidade de fontes de atualização e capacitações voltadas para o HIPERDIA, terapias medicamentosas, farmacovigilância, RAM, e entre outras que podem ser empregados a fim de melhorar e ampliar seus conhecimentos sobre o tema, gerando orientações mais concludentes aos seus clientes, a fim de fortalecer o elo entre cliente

e profissional, e colaborar para adesão ao tratamento, ao invés de ficarem emudecidos frente aos problemas suscitados pelos anti-hipertensivos, não se importando com o doente ou suas queixas, sem vê-los integralmente.

Embora com poucos conhecimentos sobre a farmacovigilância dos anti-hipertensivos prescritos na Estratégia Saúde da Família, os profissionais de enfermagem mostraram-se interessados em aprender sobre os eventos adversos produzidos por tais medicamentos, informando a importância de se ter anualmente cursos especializantes, oferecidos pelo Ministério da Saúde, em especial, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sobre a temática, principalmente envolvendo o ambiente da ESF, já que as RAM surgem frequentemente nesses locais, muitas vezes devido à deficiência no repasse das informações prestadas pelos enfermeiros durante as consultas.

Sob esta visão, é necessário que os enfermeiros estejam sempre buscando educação permanente, atualizações, capacitações, de forma a suscitar uma assistência de qualidade, instigando ao seu cliente à adesão a terapia medicamentosa, e caso esta esteja causando algum dano, é necessário capacidade e conhecimentos disciplinarmente suficientes por parte desses profissionais, para poderem analisar os prováveis efeitos ocasionados pelos anti-hipertensivos, para tomar alguma atitude, e de preferência que seja adotada a conduta mais propícia para isenção ou redução dos eventos adversos, planejando um regime terapêutico apropriado para cada paciente, mostrando a estes, sua segurança no assunto, conseqüentemente gerando uma melhor e maior interação enfermeiro-cliente, colaborando, dessa forma, para a adesão do tratamento.

Salienta-se ainda que devido às subnotificações de RAM ou quaisquer efeitos adversos suscitados pelos anti-hipertensivos, é imprescindível que o enfermeiro notifique qualquer caso de reações adversas ao medicamento, bem como efeitos colaterais, assim como as interações medicamentosas existentes entre as drogas anti-hipertensivas em concomitância demais terapias.

Por fim, encontrou-se uma grande dificuldade durante a realização da discussão dos resultados, tendo em vista que tanto a literatura nacional como internacional deixa muito a desejar quando se fala em estudos e pesquisas relacionadas ao conhecimento dos enfermeiros sobre farmacovigilância, RAM e delineamentos e objetivos semelhantes a este estudo. Visto que a maioria dos estudos relacionados às RAM, efeitos colaterais, condutas de notificação e de orientação ao cliente frente aos eventos adversos, são mais observados em ambientes hospitalares, e pouco encontrados, para não dizer escassos, na Estratégia Saúde da Família.

Todavia é *sine qua non* a realização de mais estudos sobre os conhecimentos dos enfermeiros sobre a farmacovigilância dos anti-hipertensivos dentro da ESF, no intuito de discutir resultados dessas pesquisas, a fim de contribuir para o controle ou até mesmo isenção dos efeitos e danos causados pela medicação anti-hipertensiva.

Portanto urge a necessidade de medidas emergenciais para solucionar os problemas aqui encontrados, aliando-se a Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadores da ESF e do programa HIPERDIA e profissionais de Saúde da Família, a fim de buscar educação profissionalizante aos seus profissionais, a fim de garantir uma assistência mais humanizada.

Frente a tais problemáticas fica perceptível a necessidade de divulgar tais resultados, principalmente a SMS de Picos – PI, já que se trata de um diagnóstico situacional que reflete as dificuldades dos enfermeiros no cuidado da pessoa hipertensa na atenção básica, de forma a revelar aos gestores municipais as lacunas existentes nesse tipo de atenção, bem como dar subsídios ao planejamento de melhorias, principalmente no que concerne à educação continuada, buscando-se, portanto resolver tais problemáticas.

## REFERÊNCIAS

- ALBA, J. E. M; GIRALDO, C. G. RUIZ, A. F. Farmacovigilância de risco cardiovascular por antiinflamatórios no esteroideos cox-2 selectivos. **Investig. Andin**, v. 14, n. 24, p. 427-436, abr. 2012.
- AMORIM, M. M.; ANDRADE, E. R. Atuação do enfermeiro no PSF sobre aleitamento materno. [online]. **Perspectivas online**. v. 3, n. 9, p. 93-110, 2009. Disponível em: <<http://www.perspectivasonline.com.br>>. Acesso em: 24/03/2013 às 10:00h.
- ARAUJO, J. L; PAZ, E. P. A; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery** [online], v. 14, n. 3, p. 560-566, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a18.pdf>>. Acesso em: 27/11/2012 às 14:17h.
- ARRAIS, P. S. D; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 927-937, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/19.pdf>>. Acesso em: 15/03/2012 às 10:10h.
- BARRETO, J. O. M; NERY, I. S; COSTA, M. S. C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 28, n. 3, p. 515-526, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/12.pdf>>. Acesso em: 14/05/2012 às 10:36h.
- BATISTA. S. R. R, et al. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 34-42, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000100005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 15/05/2012 às 13:29h.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Brasília, 1996.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)>. Acesso em: 12/05/2012 às 21:06h.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.
- \_\_\_\_\_. **Resolução 357/2001**. 2001b. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/97/resolucao357.pdf>>. Acesso em : 20/06/2012 às 21:00h.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus**. Manual de Hipertensão e Diabetes mellitus. Brasília, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 371 de 4 de março de 2002**. 2002b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria\\_N\\_371.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_371.pdf)>. Acesso em: 20/06/2012 às 21:08h.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2. Ed. Atual – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05\\_0007\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0007_M.pdf)>. Acesso em: 10/05/2012 às 18:53h.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. **Saúde Brasil 2009**. Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SAUDE\\_BRASIL\\_2009\\_COLETIVA.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SAUDE_BRASIL_2009_COLETIVA.pdf)>. Acesso em: 20/06/2012 às 21:40h.

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde. **Hipertensão: um mal que pode ser evitado**. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=22837](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22837)>. Acesso em 10/05/2012 às 21:55h.

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde. **Hiperdia**. Brasília, 2012a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id\\_area=807](http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807)>. Acesso em: 18/04/2012 às 21:06 h.

\_\_\_\_\_. Datasus. Hiperdia. **Sistema de cadastro e acompanhamento de Hipertensos e Diabetes**. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/hiperelhiperrisco.asp>>. Acesso em: 04/05/2012 às 20:45h.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília. 2012c. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/atencao\\_basica.php](http://dab.saude.gov.br/atencao_basica.php)>. Acesso em: 10/05/2012 às 18:15h.

\_\_\_\_\_. **Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária – NOTIVISA**. 2013. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/apresenta.htm>>. Acesso em: 06/04/2013 às 13:02h.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**/ [editores] Suzanne C Smeltzer...[et al.];[revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral; tradução Fernando Diniz Mundim, José Eduardo Ferreira de Figueiredo]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

CAMPANA, E. M. G. et al. Interações e associações medicamentosas no tratamento da hipertensão – Bloqueadores alfa-adrenérgicos e vasodilatadores diretos. **Rev. Bras. Hipertens**, v. 16, n. 4, p. 231-236, 2009. Disponível em:

<<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-4/09-interacoes.pdf>>. Acesso em: 28/11/2012 às 21:22h.

CARNEIRO, A. D. Prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros no PSF: aspectos, éticos e legais. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 3, p. 756-65, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a21.htm>>. Acesso em: 15/03/2012 às 20:58h.

CARVALHO FILHA, F. S. S; NOGUEIRA, L. T; VIANA, L. M. M. **Programa Hiperdia: desafios vivenciados por profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família.** 2011. Disponível em: <<http://189.75.118.68/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I24837.E9.T5105.D5AP.pdf>>. Acesso em: 24/03/2012 às 10:40h.

CARVALHO, V. L. S; CLEMENTINO, V. Q; PINHO, L. M. O. Educação em Saúde nas páginas da REBEN no período de 1995 a 2005. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 2 n. 61, p. 243-248, mar-abr, 2008.

CASTRO, N. G, et al. Conhecimento da cobertura do programa no Maranhão. **Cad. Pesq. São Luís**, v. 17, n. 2, maio-ago, 2010. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/viewFile/249/181>>. Acesso em: 20/05/2012 às 17:05h.

COELHO, H. L; ARRAIS, P. S. D; GOMES, A. P. Sistema de Farmacovigilância do Ceará: um ano de experiência. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 15, n. 3, p. 631-640, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000300021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000300021)>. Acesso em: 25/03/2013 às 3:25h.

CUPERTINO, A. et al. Interações entre medicamentos: risco e benefício. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.** Ano III, n. 13, jul-set, 2007. Disponível em: <[http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias.../208](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias.../208)>. Acesso em: 28/11/2012 às 21:36h.

DAINESI, S. Como colaborar na implantação da farmacovigilância em nosso país? **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online], v. 51, n. 4, p. 186-186, 2005. ISSN 0104-4230. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302005000400008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302005000400008&script=sci_arttext)>. Acesso em: 23/03/2012 às 16:49h.

ESCOREL, S. L, et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica** [online], v. 21, n. 2-3, p. 164-176. 2007. ISSN 1020-4989. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>>. Acesso em: 10/05/2012 às 18:31h.

FELICIANO, K. V. O; KOVACS, M. H; SARINHO, S. W. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** [online], v. 44, n. 3, p. 520-527, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000300016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300016)>. Acesso em: 15/05/2012 às 21:53h.

FERREIRA, M. E. V; SCHIMITH, M. D.; CÁCERES, N. C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 15, n. 5, p. 2611-2620, 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000500035&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000500035&script=sci_arttext)>.  
Acesso em: 15/03/2012 às 21:20h.

FRANCO, J. N et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. **Rev. bras. enferm.** [online], v. 63, n. 6, p. 927-932, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000600009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600009). Acesso em: 15/05/2012 às 21:03h.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. Ed – São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. Autonomia profissional em um desenho atômico: representações sociais de enfermeiros. **Rev. bras. enferm.** [online], vol. 63, n. 4, p. 608-615, . 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000400017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000400017&script=sci_arttext)>. Acesso em: 15/03/2012 às 20:54h.

GOMES, M. A. M. G; PAZ JÚNIOR, J. D.; LIMA, P. D. A. Efeitos Colaterais Relatados por Pacientes Referentes ao Uso da Associação Captopril-Hidroclorotiazida. **Rev. SOCERJ**, v. 22, n. 5, p. 303-308, set-out, 2009. Disponível em: <[http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/a2009\\_v22\\_n05\\_05marcogomes.pdf](http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/a2009_v22_n05_05marcogomes.pdf)>. Acesso em: 14/06/2012 às 22:18h.

GOMES, T. J. O; SILVA, M. V. R; SANTOS, A. A. Controle da pressão em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Bras. Hipertensão**, v. 17, n. 3, p. 132-139. Virgem dos Pobres, Maceió-AL, 2010. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-3/03-controle.pdf>>. Acesso em: 04/05/2012 às 23:02h.

HELENA, E. T. S; NEMES, M. I. B; ELUF-NETO, J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saude soc.** [online], v. 19, n. 3, p. 614-626, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000300013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300013). Acesso em: 08/05/2012 às 18:11h.

IVAMA, A. M; SOUZA, N. R. A importância da farmacovigilância: Monitorização da segurança dos medicamentos. **Instituto Racine**. 2010. Disponível em: <http://www.racine.com.br/portal-racine/legislacao/setor-publico/a-importancia-da-farmacovigilancia-monitorizacao-da-seguranca-dos-medicamentos>. Acesso em: 26/04/2012 às 9:42h.

LANDIM, M. P, et al. Adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo por pacientes de unidade da Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS**, v. 14, n. 2, p. 132-138. Solonópole, CE, 2011. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewFile/1103/469>. Acesso em: 25/04/2012 às 22:55h.

LOPES, M. J. M; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cad. Pagu** [online], n. 24, p. 105-125, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-83332005000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332005000100006). Acesso em: 24/03/2013 às 15:40h.

LOURENÇO, P. Um Panorama das doenças crônicas no Brasil. Fiocruz-pernambuco recupera histórico de óbitos de 1950 a 2000. **Revista de Maguinhos**, 2007. Disponível em:

<http://www.fiocruz.br/ccs/media/pag%2034-37%20-%20doencas%20cronicas.pdf>. Acesso em: 09/05/2012 às 22:41h.

MACHADO, C. A; KAYANUMA, E. Estratégias para implementar medidas de prevenção primária da hipertensão. **Rev. Bras. Hipertensão**, v. 17, n. 2, p. 111-116, 2010. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-2/12-estrategias.pdf>. Acesso em: 19/06/2012 às 18: 40h.

MAFRA, F. O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil. 2011. 129 f., il. Dissertação (Mestrado em Regulação e Gestão de Negócios)-Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

MATOS, G. C; NASCIMENTO, A. C. Impacto dos medicamentos como agentes de intoxicações humanas. **Instituto racine**. 2010. Disponível em: <<http://www.racine.com.br/medicamentos/portalaracine/vigilanciasanitaria/medicamentos/impacto-dos-medicamentos-como-agentes-de-intoxicacoes-humanas>>. Acesso em: 25/04/2012 às 14:50h.

MENDES, M. C, et al. História da farmacovigilância no Brasil. **Rev Bras Farm** 89, p. 246-251, 2008. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABeR4AG/historia-farmacovigilancia>>. Acesso em: 15/03/2012 às 10:04h.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. Ed. – São Paulo: Hucitec, 2010.

MORENO, A. H et al. Atenção farmacêutica na prevenção de interações medicamentosas em Hipertensos. **Rev Inst Ciênc Saúde**, v. 25, n. 4, p. 373-377, 2007. Disponível em: <[http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2007/04\\_out\\_nov/V25\\_N4\\_2007\\_p373-378.pdf](http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2007/04_out_nov/V25_N4_2007_p373-378.pdf)>. Acesso em: 27/11/2012 às 20:42.

NEDEL, F. B, et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Rev. Saúde Pública** [online], v. 42, n. 6, p. 1041-1052, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n6/6420.pdf>>. Acesso em: 25/06/12 às 16:27h.

OMS. Departamento de Medicamentos Essenciais e Outros Medicamentos. **A importância da Farmacovigilância** / Organização Mundial da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. (Monitorização da segurança dos medicamentos). Disponível em: <[http://www.opas.org.br/medicamentos/temas\\_documentos\\_detalhe.cfm?id=45&iddoc=404](http://www.opas.org.br/medicamentos/temas_documentos_detalhe.cfm?id=45&iddoc=404)>. Acesso em: 18/04/2012 às 22:30 h.

\_\_\_\_\_. Organização Mundial de Saúde. **Medicamentos: seguridad y reacciones adversas**. 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs293/es/index.html>>. Acesso em 20 /06/ 2012 às 22:00h.

PAULA, P. A. B, et al. O uso do medicamento na percepção do usuário do Programa Hiperdia. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 16, n. 5, p. 2623-2633, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000500032&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000500032&script=sci_arttext)>. Acesso em: 04/05/2012 às 16:27h.

PICOS. SIAB. Dados Primários. **Número de hipertensos na cidade de Picos – PI**. Picos, 2012.

PINHEIRO, H. C. G.; PEPE, V. L. E. Reações adversas a medicamentos: conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em um hospital-sentinela de ensino do Ceará-Brasil, 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online], v. 20, n.1, p. 57-64, 2011. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167949742011000100007&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742011000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15/03/2012 às 10:12h.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PONCIANO, A. M. S; CARVALHO, D. M; SANTOS, E. P. Avaliação do nível de informação do estudo das reações adversas a medicamentos em um Hospital Universitário. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 5-23, jan.-jun. Fortaleza, 1998. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-527610>>. Acesso em: 20/04/2012 às 01:06h.

RAMOS, C. S et al. Perfil do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família. **Cienc Cuid Saude**, v. 8 p. 85-91, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9722/5535>>. Acesso em: 28/11/2012 às 21:12h.

RENOVATO, R. D. **Vulnerabilidade ao uso de medicamentos em usuários do programa hiperdia na Atenção Básica em Dourados, MG**. 16º SENPE. Campo Grande – MS, 2011. Disponível em: <<http://www.abeneventos.com.br/16senpe/senpe-trabalhos/files/0515.pdf>>. Acesso em: 02/05/2012 às 10:40h.

ROCHA, A. **A importância do HIPERDIA na redução dos agravos em pacientes cadastrados no PSF IV**. Barreiras, 2010. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/a-importancia-do-hiperdia-na-reducao-dos-agravos-em-pacientes-cadastrados-no-psf-iv/30969/>>. Acesso em: 18/04/2012 às 23:14 h.

ROECKER, S; MARCON, S. S. Educação em saúde. Educação em saúde. Relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar. **Invet. Educ. Enferm**, v. 29, n.3, p. 381-390, 2011.

SALVIANO, L. H. M. S.; LUIZA, V. L.; PONCIANO, A. M. S. **Avaliação do Nível de Informação dos Profissionais de Saúde da Família acerca das Reações Adversas a Medicamentos e Farmacovigilância**. [Dissertação de Mestrado]. 2008. Disponível em: <<bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id...>>. Acesso em: 24/03/2013 às 11:01h.

SALVIANO, L. H. M. S; LUIZA, V. L.; PONCIANO, A. M. S. Percepção e condutas de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca de reações adversas a medicamentos. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online], v. 20, n. 1, p. 47-56, 2011. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167949742011000100006&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742011000100006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22/03/2012 às 00:21h.

SANDRIM, V. C; SANTOS, J. E. T. O conhecimento em farmacogenômica pode auxiliar no controle da pressão arterial em pacientes com hipertensão de difícil controle? **Rev. Bras. Hipertens**, v. 15, n. 1, p. 34-36, 2008. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-1/10-conhecimento.pdf>>. Acesso em: 25/06/2012 às 16:31h.

SANTOS, L. V. B., et al. Principais desafios enfrentados pelos enfermeiros em relação às prescrições de medicamentos no hiperdia. **Cadernos de estudos e pesquisas** - journal of studies and research, v. 15, n. 33, 2011. Disponível em: <<http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=1studospesquisa2&page=article&op=view&path%5B%5D=336&path%5B%5D=217>>. Acesso em: 28/11/2012 às 20:57h.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 136-140, jan-fev, 2010, Associação Brasileira de Enfermagem. Brasília, Brasil. Disponível em: <[redalyc.uaemex.mx/pdf/2670/267019595023.pdf](http://redalyc.uaemex.mx/pdf/2670/267019595023.pdf)>. Acesso em: 15/03/2012 às 21:48h.

SILVA, A. C. B. **O ensino de enfermagem no Piauí: história e memória**. 2009. Disponível em: <[http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/dissertacao/2009/ANNETH\\_CARDOS\\_O\\_2009.pdf](http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/dissertacao/2009/ANNETH_CARDOS_O_2009.pdf)>. Acesso em: 24/03/2013 às 15:47h.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Departamento de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Rev. Bras. Hipertens**, v. 17, Rio de Janeiro, 2010.

SBH. Sociedade Brasileira de Hipertensão. **O que é hipertensão**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp>>. Acesso em: 13/06/2012 às 2:00 h.

VIANA, D. L; SILVA, E. S. **Compacto guia de medicamentos com cuidados de enfermagem**. São Caetano do Sul- SP: Yendis Editora, 2010.

VITOR, A. F. et al. Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. **Esc. Anna Nery** (impri.), v. 15, n. 2, p. 251-260, 2011. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=127719099006>>. Acesso em: 12/05/2012 às 01:38h.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A - Fármacos distribuídos pelo HIPERDIA em Picos-PI**

<b>MEDICAMENTO</b>	<b>POSOLOGIA</b>	<b>INDICAÇÃO</b>	<b>RISCO X BENEFÍCIO</b>	<b>EFEITOS COLATERAIS/ RAM/ SECUNDÁRIOS</b>	<b>INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS</b>
Hidroclorotiazida De 25 mg da classe dos diuréticos tiazídicos	Deve ser ingerido somente um comprimido, preferencialmente pela manhã com um pouco de leite, ou algum alimento, iniciando a terapia com dose de 25mg a 100mg ao dia em doses únicas ou dividida em duas doses equivalentes, ajustando a dose de acordo com a resposta terapêutica.	Padronizado para uso rotineiro, deve ser usado na maioria das vezes, como droga inicial, admitindo uma ação anti-hipertensiva vagarosa, com reações compensatórias reflexas menos intensas. Indicada em casos de edema associado à insuficiência cardíaca congestiva, cirrose hepática, disfunção renal ou terapia por estrogênio ou corticosteroide e hipertensão arterial.	Asma, DM, diminuição acentuada da função renal ou anúria, história de gota ou aumento do ácido úrico, idosos, insuficiência renal ou hepática, hipertrigliceridemia ou hipercalemia, lúpus, pancreatite, recém nascidos ictericos (que pode aumentar a bilirrubina) e simpatectomia (efeitos hipotensores podem aumentar)	Alterações sanguíneas, hiperuricemia, hiperglicemia ou hiperglicosúria, contração muscular, icterícia, desconforto abdominal, cefaleia, hipopotassemia, falta de apetite, erupção cutânea, formigamento, astenia, gota, náusea, hipotensão postural, pancreatite, tontura, sensibilidade à luz, urina frequente, vômito e urticária.	Tem seu efeito aumentado por meio da furosemida, além de poder prejudicar a ação dos antidiabéticos orais, insulina, anticoagulantes cumarínicos ou derivados da indandiona, podendo aumentar o risco de intoxicação por digitálicos (devido redução do potássio e magnésio), aumento de toxicidade pelo lítio e amantidina, pode elevar ou ter elevada a ação da dopamina, pode ainda ocasionar em arritmias com a amiodorona (devido a queda do potássio), pode aumentar as taxas de glicose com diazóxido, e também pode elevar os riscos de hipopotassemia e hipotensão, respectivamente, como também aumenta a ação de bloqueadores neuromusculares não despolarizantes.
Propranolol 40 mg da classe dos betabloqueadores não seletivos, antiadrenérgico.	Deve ser tomado antes das refeições e ao deitar, iniciando a terapia com dose de 80 mg ao dia em duas tomadas, aumentando gradativamente a dose, até atingir a	Angina do peito, arritmia, enxaqueca, estenose subaórtica hipertrófica, hipertensão arterial, feocromocitoma e tremor essencial.	Asma brônquica, depressão mental, bronquite não alérgica, enfisema, feocromocitoma, diabetes mellitus, hipertireoidismo, ICC, IR, história de alergia, dentre outras.	Alterações no humor, alucinação, bloqueio cardíaco, parestesia das mãos, bradicardia, distúrbios no sono, fraqueza, fadiga, faringite, lúpus eritematoso, náuseas, vômitos, ICC, olhos secos, impotência	Uso de drogas bloqueadoras do canal de cálcio juntamente com betabloqueadores, deprimem a contratilidade miocárdica ou a condução atrioventricular tem velocidade de absorção diminuída pelo álcool, a adição de catecolaminas pode provocar hipotensão ortostática, tem sua absorção intestinal reduzida quando concomitantemente,

	resposta adequada para o paciente, variando de 120 a 240 mg, não ultrapassando 640 mg.			masculina, constipação, trombose arterial mesentérica, tontura, extremidades frias, perda temporária de cabelo e memória, dores articulares, entre outras.	administrado com o gel de hidróxido de alumínio, bem como com cimetidina que diminui o metabolismo hepático, quando em concomitância com a clorpromazina aumenta os níveis plasmáticos de ambas as drogas, pode alterar testes laboratoriais, entre outros
O captopril de 25 mg, foi o primeiro inibidor ECA	Para a hipertensão, uma dose de 50mg ao dia ou 25mg duas vezes ao dia, podendo a dose ser aumentada para 100mg, uma vez ao dia ou 50 mg duas vezes ao dia, caso em duas a quatro semanas não haver respostas satisfatórias. Não excedendo a dose de 450 mg.	Tem indicação formal para os hipertensos também diabéticos e possui uma certa vantagem ao não prejudicar a sensibilidade à insulina e o perfil lipídico do plasma, além de reduzir a Hipertrofia Ventricular Esquerda (HVE). É indicado para hipertensão e ICC, e deve ser tomado uma hora antes das refeições, com o copo cheio de água.	Crianças, lúpus, artrite, ICC, IR, lactantes, pacientes em uso de diuréticos, imunossupressores, drogas, vasodilatadores, bloqueadores ganglionar ou adrenérgico e que representam sintomas de infecção.	Angina, aumento de mamas, hiperpotassemia, hipercalemia, prurido, aumento de batimentos cardíacos, cor amarelada no corpo e nos olhos, astenia, impotência, infarto, insuficiência cardíaca e hepática, palpitações, problemas renais e respiratórios, queda de PA, com álcool, diuréticos e outras medicações que produzem hipotensão.	Pacientes em uso de diuréticos com severas restrições dietéticas de sal ou em diálise poderão ter redução brusca de PA, geralmente após ter recebido a dose inicial, agentes vasodilatadores deverão ser administrados com cuidado e considerar doses menores, agentes poupadores de potássio, deverão ser administrados apenas para hipocalemia e com cuidado, já que pode levar há um aumento sérico de potássio. Agentes Anti-Inflamatórios Não Esteroides (AINEs) podem reduzir o efeito do captopril, principalmente em caso de hipertensão com renina baixa.
A furosemida de 40mg é um diurético de alça	Sua dose inicial é de 20 a 80 mg ao dia em dose única.	Indicado para crise hipertensiva, edema, edema pulmonar agudo e HAS leve a moderada. Deve ser	Diabetes mellitus, redução severa da função renal, diminuição da função auditiva,	Hiperglicemia, câimbras, prurido, icterícia, confusão mental, xunidos, depleção de volume e desidratação,	Tem ação hipotensora aumentada com o álcool e uso de outros remédios que produzem hipotensão, aumentando os riscos de ototoxicidade ou nefrotoxicidade, em uso de
		ingeridas com água e com o estômago vazio, evitando fazer seu uso após as 18 horas, para que o paciente não	gravidez, pancreatite, IAM, pacientes com elevado risco de hipopotassemia,	descontrole do sódio, potássio e líquidos, redução da tolerância a glicose, dor articular, surdez temporária, vômito,	medicamentos ototóxicos ou nefrotóxicos, respectivamente, e diminui a ação de anticoagulantes, heparina, uroquinase, toquinase, elevando os riscos de arritmia por

		tenha que levantar durante a madrugada para urinar.	aumento do ácido úrico e gota.	sensibilidade a luz, sensação de agulhada nos dedos dos pés e mãos, perda de apetite, fraqueza, hematoma, erupções cutâneas, náuseas, palpitação, e em especial, hipocalcemia e hipovolemia.	queda do potássio com amiodarona, intoxicação digitalica, queda de PA com inibidores da ECA, aumenta a ação da cafeína e varfarina, aumenta o risco de toxicidade de ciclosporina, e deve ser evitado em concomitância com eritromicina, antidepressivos tricíclicos.
A metildopa de 500mg é uma droga antiadrenérgica de ação central	Deve ser tomada com um copo de leite ou algum alimento, iniciando-se com doses de 250mg, 2 a 3 vezes ao dia e ir aumentando, ou diminuindo a dose em ajuste da resposta terapêutica, a cada dois dias, sendo que a dose de manutenção varia de 500mg a 2g ao dia, dividida em 2 a 4 tomadas. Tendo como dose máxima 3g.	Indicada para hipertensão arterial, além de ser ideal para grávidas, já que se mostrou efetiva na redução da PA, ao mesmo tempo em que não provoca malformação fetal.	levodopa.	Aumento de mamas, boca seca, cansaço, confusão mental, cólica estomacal severa, cefaleia, icterícia, constipação, diarreia, dispneia, aumento de peso, febre, formigamento, fraqueza, gases, hemorragias incomuns, náuseas, pesadelos, depressão, sinais de infecção, teste de Coombs positivo, visão borrada, vômitos, tremores, anormalidade nos exames de função hepática, etc.	Seu uso aumenta os riscos de depressão no Sistema Nervoso Central (SNC), aumenta a ação do anticoagulante oral, tendo sua ação reduzida por AINEs e aumenta os riscos de RAM com inibidores de Monoamina-Oxidase (IMAO), incluindo furazolidona, procarbazina e selegilina. Salientando que a hipotensão postural e disfunção sexual, são frequentes em pessoas com neuropatia autonômica diabética, quando administração com lítio pode haver sintomas de toxicidade por lítio, em combinação com outros anti-hipertensivos pode ocasionar potencialização da ação anti-hipertensiva.

FONTE: (VIANA; SILVA, 2010; BRASIL, 2002).

## APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados\*

Entrevista n°

<b>1 CARACTERIZAÇÃO DO ENFERMEIRO(A)</b>					
<b>1.1 Sexo</b>	(1) Masculino (2) Feminino	<b>1.2 Faixa etária</b>	(1) 20 a 29      (2) 30 a 39 (3) 40 a 49      (4) 50 e mais		
<b>1.3 Tempo de formação</b>	(1) ≤ 5 anos (2) 6 a 10 anos (3) 11 -15 anos (4) 16 -20 anos (5) > 20 anos	<b>1.4 Nível de Escolaridade de pós-formação</b>	(1) Especialização. Em que? _____		
<b>1.5 Tempo de atuação neste município</b>	(1) ≤ 2 anos (2) 3- 4 anos (3) 5 – 6 anos (4) ≥ 7 anos		(2) Mestrado. Em que? _____		
(3)Doutorado. Em que? _____					
(4) PHD/ Pós-doutorado. Em que? _____					
<b>2 INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAMENTOS</b>					
<b>2.1 O que você entende por Reações Adversas a Medicamento (RAM)?</b>					
<b>2.2 Como considera os conhecimentos adquiridos na universidade sobre RAM?</b>					
(1) suficientes    (2) insuficientes    (3) este assunto não foi abordado					
<b>2.3 Costuma atualizar-se em relação às Ram's?</b>					
(1) SIM    (2) NÃO (pule para a pergunta 2.6)					
<b>2.4 Quais as fontes de atualização sobre Ram costuma utilizar?</b>					
Cursos	(1) SIM (2) NÃO	Livros Textos Especializados	(1) SIM (2) NÃO	Palestras	(1) SIM    (2) NÃO
Congressos	(1) SIM (2) NÃO	Revistas Científicas	(1) SIM (2) NÃO	Internet	(1) SIM    (2) NÃO
Outro. Quais?_____					
<b>2.5 Qual a periodicidade da atualização em RAM?</b>					
(1) 1 vez ao ano (2) 2 em 2 anos (3) 3 em 3 anos (4) 4 em 4 anos (5) outros _____					
<b>2.6 Costuma perguntar aos pacientes sobre sinais e sintomas relacionados com possíveis RAM's?</b>					
(1) sempre                      (3) ocasionalmente (2) frequentemente        (4) nunca					
<b>2.7 Costuma informar aos pacientes quanto às possíveis reações relacionadas aos anti-hipertensivos distribuídos na ESF?</b>					
(1) SIM (siga para a questão 2.8) (2) NÃO (siga para a questão 2.9)					
<b>2.8 Porque o faz?</b>					
Ajuda na adesão do paciente ao tratamento	(1) SIM (2) NÃO	Habilita o paciente a conhecer precocemente as RAM's?		(1) SIM (2) NÃO	
Todo paciente que apresenta reação ao anti-hipertensivo deve interromper o tratamento?	(1) SIM (2) NÃO	É direito do paciente tomar conhecimento dos efeitos dos medicamentos?		(1) SIM (2) NÃO	
Outros. Quais?					
<b>2.9 Porque não o faz?</b>					
Dificuldade de assimilação por parte do paciente	(1) SIM (2) NÃO (3) ÀS VEZES		Não há interferência com a terapêutica		(1) SIM (2) NÃO
Paciente pode ficar sugestionado	(1) SIM (2) NÃO		Outros. Quais		
<b>2.10 O que pode dificultar a identificação das reações adversas a medicamentos?</b>					
Esquema terapêutico onde são administrados vários fármacos de forma simultânea	(1) SIM (2) NÃO		Quando ocorre apenas em uma determinada faixa etária		(1) SIM (2) NÃO
Desconhecimento por parte dos profissionais de saúde das RAM	(1) SIM (2) NÃO		A RAM se confunde com a sintomatologia clínica, por ser muito parecida com a patologia base do paciente		(1) SIM (2) NÃO
Quando dependem de confirmação laboratorial	(1) SIM (2) NÃO		Ocorrem dificuldades para detectar reações		(1) SIM (2) NÃO

Outros. Quais?			
<b>2.11 Que critérios você considera importante para avaliar uma suspeita de RAM?</b>			
Observa se a reação ocorre após administração do medicamento	(1) SIM (2) NÃO	Observa se o paciente melhora quando o medicamento é interrompido	(1) SIM (2) NÃO
Verifica se o paciente já apresentou alguma reação semelhante ao medicamento ou fármaco similar	(1) SIM (2) NÃO	Observa se excluindo o uso do medicamento existem outras causas capazes de determinar o surgimento da RAM	(1) SIM (2) NÃO
Outros. Quais?			
<b>2.12 Durante sua vida profissional, você já esteve diante de casos suspeitos de RAM's?</b>			(1) SIM (2) NÃO
<b>2.13 Já notificou?</b>	(1) SIM (2) NÃO	<b>2.14 Quantas vezes?</b>	
<b>2.15 Cite duas RAM's de cada anti-hipertensivo abaixo:</b>			
<b>Captopril =</b>		<b>Hidroclorotiazida =</b>	
<b>Furosemida =</b>		<b>Propranolol =</b>	
<b>Metildopa =</b>			
<b>2.16 O que você entende por farmacovigilância?</b>			
<b>2.17 Cite uma interação de cada anti-hipertensivo listado abaixo com outro tipo de medicamento que você tenha conhecimento.</b>			
<b>Captopril =</b>		<b>Hidroclorotiazida=</b>	
<b>Furosemida =</b>		<b>Propranolol =</b>	
<b>Metildopa =</b>			
<b>2.18 Qual a sua conduta quando suspeita que estão ocorrendo RAM's?</b>			
Comunica ao médico	(1) SIM (2) NÃO	Registra no prontuário	(1) SIM (2) NÃO
Discute o assunto com outros profissionais de saúde	(1) SIM (2) NÃO	Orienta o paciente sobre RAM's	(1) SIM (2) NÃO
Registra a ocorrência no formulário para notificação espontânea	(1) SIM (2) NÃO	Comunica ao Serviço de Atendimento ao Cliente da Indústria	(1) SIM (2) NÃO
Não toma nenhuma atitude	(1) SIM (2) NÃO	Outro. Qual?	
<b>3 ORIENTAÇÕES</b>			
<b>3.1 Costuma orientar seu paciente quanto à eminência do surgimento de RAM's ao tomarem os anti-hipertensivos prescritos?</b>			(1) SIM (2) NÃO
<b>3.2 Que orientações ?</b>			
<b>3.3 Que informações são prestadas ao hipertenso que apresentou RAM?</b>			
<b>4 PRESCRIÇÃO DE ANTI-HIPERTENSIVOS</b>			
<b>4.1 Supondo que você prescrevesse medicamentos anti-hipertensivos, a princípio, qual seria sua conduta quanto à terapêutica medicamentosa, quando suspeita que estão ocorrendo RAM's</b>			
Ajustaria a dose	(1) SIM (2) NÃO	Mudaria a terapêutica medicamentosa	(1) SIM (2) NÃO
Manteria o medicamento e não tratava os sinais e sintomas	(1) SIM (2) NÃO	Suspenderia o medicamento	(1) SIM (2) NÃO
Manteria o medicamento e tratava os sinais e sintomas	(1) SIM (2) NÃO	Comunicaria ao Serviço de Atendimento ao Cliente da Indústria	(1) SIM (2) NÃO
Não tomaria nenhuma atitude	(1) SIM (2) NÃO	Outro. Qual?	

*\*adaptado de Salviano, Luiza e Ponciano (2011)*

*Muito obrigada pela sua colaboração!!!*

## APÊNDICE C – Constituição do corpus

### CONHECIMENTO SOBRE RAM

São reações que o organismo apresenta quanto aos efeitos que estes causam no organismo, que podem ser leves ou graves.

A reação adversa é identificada quando o paciente que recebeu o fármaco não apresentou melhora no seu quadro atual, ao invés de se resolver um problema cria-se outro de forma prejudicial não intencional.

Qualquer reação esperada pelo uso da medicação.

São reações advindas de medicamentos que podem ser maléficas, prováveis e improváveis.

São reações advindas do uso contínuo da medicação.

Reações que ocorrem a determinado uso de medicamentos que não são esperados.

Reações que surgem em decorrência de uma não aceitação ou rejeição do organismo a determinado medicamento ou substância.

Reações que venham ocorrer ao paciente, que não sejam esperadas.

Sinais e sintomas que podem ocorrer devido ao uso de algum fármaco.

São reações desagradáveis provocadas pelo uso contínuo em algumas pessoas, o que pode levar até a supressão da medicação.

Reação do organismo ao entrar em contato com certos fármacos. Devido ao uso contínuo de uma certa substância no organismo.

Apresentar (usuário) sinais e sintomas como tosse em excesso, dispneia, mal estar geral, prurido, petequeias.

Conhecimento muito restrito, tendo em vista que não estamos familiarizados com a farmacodinâmica, farmacocinética, vistos parcialmente na faculdade, inviabilizada pela proibição do enfermeiro quanto à prescrição dos mesmos.

São reações que o paciente apresenta após o uso da medicação apresenta algum efeito colateral.

### CONHECIMENTO SOBRE FARMACOVIGILÂNCIA

Vigilância dos medicamentos quanto ao armazenamento correto, validade, quanto a eficácia e outros.

Administração medicamentosa com controle supervisionado.

Seria a vigilância de reações às medicações.

Observação dos sinais e sintomas relacionados a um determinado medicamento, bem como suas reações adversas.

Vigilância em torno dos fármacos, como data de validade, coloração, armazenamento, etc.

É a vigilância referente às interações medicamentosas e possíveis reações adversas.

A observação de reações adversas em pacientes com uso de medicação.

É a vigilância quanto à produção, distribuição, comercialização e uso de medicamentos.

Acompanhamento das medicações utilizadas pela população reduzindo as taxas de morbidade e mortalidade.

Observação constante dos sinais e sintomas relacionados à medicação.

## APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI**  
**CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS – CSHNB**  
**CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**Título do projeto:** Conhecimento dos enfermeiros sobre farmacovigilância dos anti-hipertensivos prescritos na estratégia saúde da família

**Pesquisador responsável:** Ana Larissa Gomes Machado

**Aluna:** Heloisa Amorim Xavier

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal do Piauí / CSHNB / Enfermagem

**Telefone para contato** (inclusive a cobrar): (089) 9924-2425

**E-mail:** helloysinha07@hotmail.com

Você está sendo convidado (a) a participar, como **voluntário (a)**, em uma pesquisa. Você precisa decidir se irá participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão! Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser **esclarecido (a)** sobre as informações a seguir, no caso de concordar em fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Caso recuse, você não será penalizado (a) de forma alguma.

Esta pesquisa trata-se de um estudo qualitativo-descritivo-transversal, que pesquisará sobre o “Conhecimento dos enfermeiros sobre farmacovigilância dos anti-hipertensivos prescritos na Estratégia Saúde da Família”. Seu principal objetivo é analisar o conhecimento dos enfermeiros acerca da farmacovigilância dos medicamentos anti-hipertensivos prescritos na atenção primária em saúde. A fim de atingir seu objetivo maior pretende-se: verificar o perfil profissional dos enfermeiros atuantes na ESF; averiguar o conhecimento dos enfermeiros acerca das reações adversas dos fármacos anti-hipertensivos prescritos na atenção primária e identificar as condutas dos enfermeiros diante de casos suspeitos de reações adversas aos fármacos utilizados no tratamento da hipertensão. Esses dados serão coletados por meio de um questionário, este por sua vez será entregue a cada enfermeiro por meio de visitas às Unidades de Saúde da Família e logo posteriormente, será recolhido pela pesquisadora, sendo realizado somente após prévio consentimento do participante do estudo. Para coletar os dados será utilizado um instrumento (questionário) com perguntas fechadas (objetivas) e abertas (subjetivas) de fácil compreensão. Cada entrevista durará, em média, vinte minutos e será feita pela pesquisadora.

Vale ressaltar que:

1. Não há benefício direto ao participante desta pesquisa;
2. O preenchimento do formulário acontecerá na oportunidade da visita do pesquisador ao local de estudo;
3. Em qualquer fase do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de quaisquer dúvidas;

4. Não é necessária a identificação da participante. Assim, será respeitado o sigilo e a confidencialidade da pesquisa.
5. A coleta das informações acontecerá no período de novembro a dezembro de 2013, mas você tem o direito de retirar o **consentimento** a qualquer tempo.

#### **Consentimento da participação da pessoa como sujeito**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Conhecimento dos enfermeiros sobre farmacovigilância dos anti-hipertensivos prescritos na Estratégia Saúde da Família”, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Conhecimento dos enfermeiros sobre farmacovigilância dos anti-hipertensivos prescritos na Estratégia Saúde da Família” Eu discuti com a pesquisadora responsável sobre a minha decisão de participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou na assistência neste Serviço.

Local e data \_\_\_\_\_ Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: \_\_\_\_\_

#### **Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar**

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_

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

Nome: \_\_\_\_\_

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

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável

#### **Observações complementares**

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga.

Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI

tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: [www.ufpi.br/cep](http://www.ufpi.br/cep)

**ANEXOS**

**ANEXO A - Estratificação do risco cardiovascular global**

Risco BAIXO	Ausência de fatores de risco ou risco pelo escore de Framingham baixo (<10%/ 10 anos) e ausência de lesão em órgãos-alvo.
Risco MODERADO	Presença de fatores de risco com risco pelo escore de Framingham moderado (10-20%/ 10 anos) mas com ausência de lesão em órgãos-alvo.
Risco ALTO	Presença de lesão em órgãos-alvo ou fatores de risco, com escore de Framingham alto (> 20%/ano).

FONTE: (SBC, 2010).

### ANEXO B - Classificação do risco cardiovascular

Outros fatores de risco ou doenças	Normotensão			Hipertensão		
	Ótimo PAS < 120 ou PAD < 80	Normal PAS 120-129 ou PAD 80-84	Limítrofe PAS 130-139 ou PAD 85-89	Estágio 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Estágio 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Estágio 3 PAS ≥ 180 PAD ≥ 110
Nenhum fator de risco	Risco basal	Risco basal	Risco basal	Risco baixo adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional
1 a 2 fatores de risco	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Risco adicional muito alto
≥ 3 fatores de risco, LOA ou SM – DM	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Risco adicional muito alto
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto

*DM: diabetes melito; LOA: lesão de órgãos-alvo; PAD: pressão arterial diastólica; PAS: pressão arterial sistólica; SM: síndrome metabólica.*

FONTE: (BRASIL, 2006).

### ANEXO C - Decisão terapêutica segundo risco e pressão arterial

Pré-hipertensão (120-139/80-89 mmHg)	MEV	MEV	MEV*
Estágio 1 (140-149/90-99 mmHg)	MEV( até 12 meses)	MEV**(até 6 meses)	TM
Estágio 2 (>160/≥100)	TM	TM	TM

FONTE: (BRASIL, 2006)

MEV: Mudanças do Estilo de Vida

\*TM: tratamento medicamentoso se insuficiência cardíaca, doença renal crônica ou diabetes melittus

\*\* TM: tratamento medicamentoso se múltiplos fatores de risco.

## ANEXO D - Tratamento da hipertensão arterial



FONTE: (BRASIL, 2006).

## ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PIAUÍ - UFPI

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE FARMACOVIGILÂNCIA DOS ANTI-HIPERTENSIVOS PRESCRITOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

**Pesquisador:** Ana Larissa Gomes Machado

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 05564912.1.0000.5214

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Piauí - UFPI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 485.423

**Data da Relatoria:** 27/11/2013

## Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa apresenta os aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## Objetivo da Pesquisa:

- Analisar o conhecimento dos enfermeiros acerca da farmacovigilância dos medicamentos antihipertensivos prescritos na atenção primária em saúde.
- Verificar o perfil profissional dos enfermeiros atuantes na ESF;
- Averiguar o conhecimento dos enfermeiros acerca das reações adversas dos fármacos anti-hipertensivos prescritos na atenção primária;
- Identificar as condutas dos enfermeiros diante de casos suspeitos de reações adversas aos fármacos utilizados no tratamento da hipertensão.

## Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos estão minimamente apresentados no TCLE, ao que se recomenda, contudo, sua apresentação no protocolo de pesquisa.

## Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), um

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portela  
**Bairro:** Ininga SG10 **CEP:** 64.040-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (863)215-5734 **Fax:** (863)215-5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PIAUI - UFPI



Continuação do Parecer: 485.423

agravo

debitante, que vem corroborando a frequência de doenças cardiovasculares e os Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos obrigatórios estão apresentados.

**Recomendações:**

Recomenda-se que os riscos sejam apresentados, também, no protocolo de pesquisa, visto que uma descrição do tipo "A pesquisa não envolve riscos", tal como descrita no protocolo, fere diretamente o que preconiza a Resolução 466/2012. Ademais, cabe unificar os cronogramas de pesquisa no TCLE e no protocolo, atualizando a ambos. Faz-se necessário seguir estas recomendações, a fim de evitar problemas em Instâncias posteriores de tramitação do processo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto se encontra apto para aprovação.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

TERESINA, 10 de Dezembro de 2013

---

Assinador por:  
Alicione Corrêa Alves  
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela  
Bairro: Ininga S010 CEP: 64.040-550  
UF: PI Município: TERESINA  
Telefone: (863)215-5734 Fax: (863)215-5980 E-mail: cep.ufpi@ufpi.br