

UNIVERSIDADE VILA VELHA - UVV
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PERCEPÇÃO DE PESSOAS EM TRATAMENTO PARA DISLIPIDEMIA
SOBRE A IMPORTÂNCIA DO USO DO MEDICAMENTO E SOBRE AS
MEDIDAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

CINTIA RIBEIRO DA SILVA

VILA VELHA-ES
JULHO/2017

UNIVERSIDADE VILA VELHA - UVV
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PERCEPÇÃO DE PESSOAS EM TRATAMENTO PARA DISLIPIDEMIA
SOBRE A IMPORTÂNCIA DO USO DO MEDICAMENTO E SOBRE AS
MEDIDAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Vila Velha como pré-requisito do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica para obtenção do grau de Mestra em Assistência Farmacêutica.

CINTIA RIBEIRO DA SILVA

VILA VELHA-ES
JULHO/2017

Catálogo na publicação elaborada pela Biblioteca Central / UVV-ES

S586p Silva, Cintia Ribeiro.
Percepção de pessoas em tratamento para Dislipidemia sobre a importância do uso do medicamento e sobre as medidas de promoção da saúde. / Cintia Ribeiro Silva – 2017.
65 f.: il.

Orientador: Tadeu Uggere de Andrade.
Coorientadora: Ana Maria Bartels Rezende.
Dissertação (mestrado em Assistência Farmacêutica) -
Universidade Vila Velha, 2017.
Inclui bibliografias.

1. Farmacologia e terapêutica. 2. Doenças –
Cardiovasculares. I. Andrade, Tadeu Uggere de. II. Rezende,
Ana Maria Bartels. III. Universidade Vila Velha. IV. Título

CDD 615

CINTIA RIBEIRO DA SILVA

**PERCEPÇÃO DE PESSOAS EM TRATAMENTO PARA
DISLIPIDEMIA SOBRE A IMPORTÂNCIA DO USO DO
MEDICAMENTO E SOBRE AS MEDIDAS DE PROMOÇÃO DA
SAÚDE**

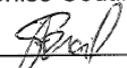
Dissertação apresentada à Universidade Vila Velha como pré-requisito do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica para obtenção do grau de Mestra em Assistência Farmacêutica.

Aprovada em 05 de julho de 2017,

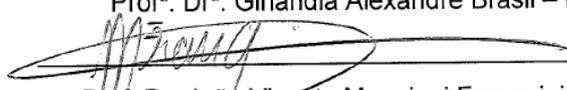
Banca Examinadora:



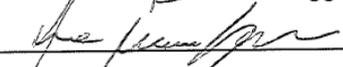
Prof^a. Dr^a. Denise Coutinho Endringer – UUV



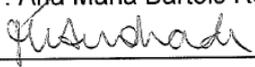
Prof^a. Dr^a. Girlandia Alexandre Brasil – UUV



Prof. Dr. João Vicente Maggioni Franquini – UUV



Prof^a. Dr^a. Ana Maria Bartels Rezende – UUV



Prof. Dr. Tadeu Uggere de Andrade – UUV
(Orientador)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por todas as graças e bênçãos recebidas.

Aos meus pais, por tudo que me deram e fizeram para que eu pudesse conquistar meus sonhos.

Aos meus eternos amores Fábio, Lucas e Gabriel, por estarem ao meu lado nos momentos mais difíceis e por não me deixarem desistir. *Dedico esta dissertação a vocês!!*

Ao professor e orientador Dr. Tadeu Uggere de Andrade, por ter me conduzido com serenidade e confiança, pelo apoio e incentivo recebido, os quais foram essenciais na execução deste trabalho;

À co-orientadora Dr^a. Ana Maria Bartels Rezende, pelos conhecimentos técnicos compartilhados, pela dedicação e carinho com que sempre me acolheu;

À Mahira Sabino de Rezende e Cristina Posses, pelas suas imensas ajudas e colaborações.

À minha querida amiga Flávia, pelas ajudas extras.

À minha querida tia Marina, que apesar da distância, contribuiu para conclusão deste trabalho.

À Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica, especialmente à equipe da Farmácia Cidadã Metropolitana, pelo apoio essencial.

Ao Fundo de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo pela concessão da Bolsa FAPES.

Ao professor Mauro Silveira de Castro pela imensa colaboração durante todo o estudo.

A todos os amigos que não citei e que de alguma forma ajudaram e me apoiaram.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS

1. INTRODUÇÃO	09
1.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SETOR PÚBLICO.....	09
1.2 DISLIPIDEMIA, TRATAMENTO, DIAGNÓSTICO E	
ACONSELHAMENTO.....	12
2. JUSTIFICATIVA	16
3. OBJETIVO	18
3.1 OBJETIVO GERAL	18
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4. METODOLOGIA	19
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA E CENÁRIO DE ESTUDO	19
4.2 COLETA E ANÁLISE DE DADOS	19
4.2.1 USUÁRIOS	19
4.2.2 FARMACÊUTICOS	22
4.3 QUESTÕES ÉTICAS	24
ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	24
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
5.1 PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS NO INÍCIO DA PESQUISA.....	26
5.2 PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS APÓS ACOMPANHAMENTO	
FARMACÊUTICO	39
5.3 NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS FARMACÊUTICOS ANTES DO	
TREINAMENTO.....	47
5.4 NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS FARMACÊUTICOS APÓS	
TREINAMENTO.....	47
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
7. REFERÊNCIAS.....	51
ANEXO	

ABREVIATURA

AF – Assistência Farmacêutica
ANOVA – Análise de variância
CEME – Central de Medicamentos
CEFT – Comissão Estadual de Farmacologia e Terapêutica
CFT – Comissão de Farmacologia e Terapêutica
CT – Colesterol total
CBAF - Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CESF – Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
DAC – Doença arterial crônica
DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis
DCV – Doenças cardiovasculares
DP – Desvio padrão
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSC – Discurso do Sujeito Coletivo
ES – Espírito Santo
EUA – Estados Unidos da América
FDA – Food and drug administration
GEAF – Gerência estadual de assistência farmacêutica
HDL- c – Lipoproteína de alta densidade
HMG-CoA – 3-hidroxi-3-metilglutaril Coenzima A
IC - Ideia Central
LDL- c – Lipoproteína de baixa densidade
MS – Ministério da saúde
OMS – Organização Mundial da saúde
PCDT – Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas
PNM – Política Nacional de medicamentos
PNAF – Política Nacional de assistência farmacêutica
REMEME – Relação Estadual de Medicamentos Especializados
SESA – Secretaria Estadual de saúde
SPSS – *Statistical Package Social Science*
SUS – Sistema único de saúde
TG – Triglicérides
URM – Uso Racional de Medicamentos

RESUMO

SILVA, Cintia Ribeiro, M.Sc., Universidade Vila Velha – ES, Julho de 2017. **Percepção de pessoas em tratamento para Dislipidemia sobre a importância do uso do medicamento e sobre as medidas de promoção da saúde.** Orientador: Dr.Tadeu Uggere de Andrade. Co-orientadora: Dra. Ana Maria Bartels Rezende.

Introdução: A dislipidemia é um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, que são a principal causa de morte por doença no Brasil e no mundo. Grande parte dos usuários em tratamento com hipolipemiantes não atinge a meta terapêutica por diversas razões: falta de adesão, polifarmácia, reações adversas. Um programa de orientação farmacêutica tem como objetivo aumentar a adesão terapêutica, diminuir a toxicidade e otimizar resultados, promove o uso racional de medicamentos.

Objetivo: Avaliar o nível de conhecimentos dos farmacêuticos sobre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) - Dislipidemia: Prevenção de Eventos Cardiovasculares e Pancreatite, antes e após treinamento para implantação de serviços clínicos em farmácia pública de dispensação de medicamentos especializados e a percepção de usuários dislipidêmicos atendidos nessa farmácia, sobre o uso, as reações adversas e medidas de promoção da saúde, antes e após a implantação de serviços clínicos farmacêuticos. **Métodos:** Para coleta de dados dos usuários, realizou-se um estudo transversal, de caráter qualitativo, observacional e descritivo. Procedeu-se a coleta de depoimentos por meio de entrevista semiestruturada abordando questões relacionadas à percepção dos usuários sobre o uso de medicamentos e as medidas de promoção da saúde. Para análise dos depoimentos utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Para avaliação do nível de conhecimento dos farmacêuticos aplicou-se um questionário com 10 (dez) questões avaliativas sobre tratamento e protocolo da dislipidemia, antes e após um treinamento sobre o PCDT - Dislipidemia: Prevenção de Eventos Cardiovasculares e Pancreatite. **Resultados:** No início foram entrevistados 26 usuários e após a implantação dos serviços clínicos foram entrevistados 40 usuários. Após a implantação desse serviço, os usuários apresentaram mudança significativa na percepção sobre o motivo e necessidade do uso dos medicamentos, sobre a forma correta de usar esses medicamentos, assim como a necessidade de adoção de uma alimentação saudável e prática de atividade física. Após o treinamento dos farmacêuticos sobre o PCDT - Dislipidemia: Prevenção de Eventos Cardiovasculares e Pancreatite observou-se uma melhora na orientação aos usuários, que pode ser percebida por meio da avaliação da percepção destes usuários sobre a importância do uso correto de seus medicamentos e mudanças no estilo de vida após a capacitação. **Conclusões:** Este estudo veio demonstrar a importância da capacitação e atualização dos farmacêuticos, bem como a necessidade da atuação direta deste profissional na dispensação de medicamentos e orientação ao paciente para promoção do uso racional de medicamentos e promoção da saúde do mesmo.

Palavras-chave: Orientação farmacêutica. Dislipidemia. Promoção da saúde. Discurso do sujeito coletivo.

ABSTRACT

SILVA, Cintia Ribeiro, M.Sc., Vila Velha University - ES, July 2017. **Perception of people undergoing treatment for dyslipidemia on the importance of using medication and the methods used to improve health.** Adviser: Dr. Tadeu Uggere de Andrade. Co-orientadora: Dra. Ana Maria Bartels Rezende.

Introduction: Dyslipidemia is an important risk factor in cardiovascular diseases (CVD), which are the lead causes of death by disease in Brazil and in the world (WHO, 2011). A great number of patients in lipid-lowering treatment do not reach the therapeutic goal for different reasons: lack of adherence to the treatment, multiple pharmacy use, and side effects. This pharmaceutical orientation program has the objectives to increase the therapeutic compliance, decrease toxicity, and improve results by promoting the correct use of medications. **Objective:** To evaluate the level of knowledge of pharmacists about the Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines – Dyslipidemia: Prevention of Cardiovascular and Pancreatitis Events, before and after training for the implementation of clinical services in public pharmacies that dispense specialized medications, and question the users of dyslipidemia medications treated in this pharmacy about the use, side effects, and measures taken to promote health, before and after implementation of clinical pharmaceutical services. **Methods:** A qualitative, observational, and descriptive transversal study was performed to collect data from the users. The data was collected through a semi-structured interview addressing questions related to patients' perceptions about the use of medications and the ways used to improve health. To analyze the answers, the Collective Subject Discussion technique was used. To evaluate the pharmacists' knowledge, a questionnaire was utilized with ten (10) questions about the treatment and protocol of dyslipidemia, before and after one training in Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines – Dyslipidemia: Prevention of Cardiovascular and Pancreatitis Events. **Results:** In the beginning, 26 users were interviewed and after the installation of the clinical services, 40 users were interviewed. After starting this service, the users demonstrated significant change in the perception about the reason and necessity of taking the medications, the correct way to take these medications, and the need to adopt a healthy diet and practice physical activity. After the pharmacists' training on Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines – Dyslipidemia: Prevention of Cardiovascular and Pancreatitis Events, there was an improvement in the orientation of the users, which was observed by evaluating the awareness of these users on the importance of the correct use of medications and the change in lifestyle after educational training. **Conclusions:** This study demonstrated the importance of the training and updating of pharmacists, as well as the need of these dispensing and counseling professionals to promote the correct use of medications and promote patients' health.

Keywords: Pharmaceutical Orientation. Dyslipidemia. Promote health. Discourse of the collective subject.

1. INTRODUÇÃO

1.1– ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SETOR PÚBLICO

A Assistência Farmacêutica (AF), como política pública, teve início em 1971 com a instituição da Central de Medicamentos (CEME), que tinha como objetivo ofertar medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los (BRASIL, 1971) e se caracterizava por manter uma política centralizada de aquisição e de distribuição de medicamentos. A CEME foi extinta em 1997, quando então suas atividades foram transferidas para outros setores do MS (Ministério da Saúde).

Em 1998 foi instituída a Política Nacional de Medicamentos (PNM), a qual foi aprovada por meio da Portaria GM/MS n.º 3.916/98 (BRASIL, 1998), e passou a nortear todas as ações do MS acerca de medicamentos no setor público, que tem como objetivos a reorientação da assistência farmacêutica, o uso racional de medicamentos, adoção de uma relação nacional de medicamentos e garantia da eficácia, segurança e qualidade dos medicamentos.

Outro marco importante no campo da AF foi a publicação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução n.º.338/2004), definindo-a como:

Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

A AF constitui um componente essencial do Sistema de Atenção à Saúde, pois os medicamentos representam uma das principais ferramentas de intervenção sobre os processos saúde-doença. Nesse contexto, a boa resolutividade do sistema depende em boa medida do nível de organização e qualidade da Assistência Farmacêutica ofertada aos seus usuários (MACHADO-DOS-SANTOS, 2002).

No Brasil a população tem acesso a medicamentos na rede pública pelas seguintes vias: rede ambulatorial de saúde dos municípios, para o elenco da atenção básica e de algumas áreas programáticas; rede ambulatorial dos estados, com os

medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (CEAF); e na rede hospitalar, durante internações e também alguns procedimentos ambulatoriais (MACHADO-DOS-SANTOS, 2002).

Em 2007 o MS publicou a Portaria nº 204, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. O bloco de financiamento da AF passou a se constituir por três componentes: componente básico, componente estratégico e componente especializado (BRASIL, 2007).

Ainda de acordo com essa Portaria o componente estratégico da assistência farmacêutica (CESF) contempla os medicamentos para o controle de endemias, os antirretrovirais, sangue e hemoderivados, além dos imunobiológicos. Esses itens são adquiridos centralizadamente pelo Ministério da Saúde e repassados aos Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2007).

O acesso aos medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica (CBAF) se dá por meio das farmácias ambulatoriais municipais, sendo regulamentado pela Portaria nº 1555/2013, que estabelece o repasse tripartite (União, Estado e Município) para o fundo municipal de saúde, no montante de R\$ 9,82 (nove reais e oitenta e dois centavos) por habitante/ano (BRASIL, 2013).

O CEAF é regulamentado pela Portaria nº 1554/2013, que define as normas de execução e financiamento desse componente, buscando a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em PCDT publicados pelo MS. O acesso aos medicamentos para as doenças contempladas no âmbito do componente especializado é garantido mediante a pactuação entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2013).

Os medicamentos do CEAF integram as políticas de assistência farmacêutica focadas nas necessidades de disponibilização de medicamentos sob gestão dos governos estadual e federal, e são destinados ao tratamento de doenças raras e/ou de elevado custo. A definição desta gestão se baseia nos seguintes critérios: complexidade do tratamento da doença; garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado; e manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS. (BRASIL, 2013b).

A execução do CEAF envolve as etapas de solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação da continuidade do tratamento. Ela deve ser descentralizada e de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, sendo realizada de acordo com os critérios definidos na Portaria nº1554 de 30 de julho de 2013 e na legislação vigente (BRASIL, 2013b).

No Estado do Espírito Santo, o acesso aos medicamentos do CEAF se dá por meio das Farmácias Cidadãs Estaduais. Em 2007, após a realização de um diagnóstico situacional da Assistência Farmacêutica, e publicação da Política Farmacêutica Estadual, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) do Espírito Santo (ES), por meio da Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (GEAF), objetivando promover o Uso Racional de Medicamentos (URM) e melhoria do acesso a estes medicamentos, implantou o Projeto Farmácia Cidadã. O Projeto Farmácia Cidadã surgiu da necessidade de ampliar o acesso aos medicamentos e de aprimorar a qualidade dos serviços ofertados aos usuários de medicamentos de alto custo do estado, pois as condições das farmácias antigas eram deficientes. (ESPIRITO SANTO, 2015).

Esse projeto propôs um conceito moderno em farmácia pública com maior disponibilidade de medicamentos, estrutura física adequada, ambiente climatizado, informatização e desburocratização, disponibilização de serviços pela internet, comunicação via torpedo, e dispensação de medicamentos realizada exclusivamente por profissionais farmacêuticos. O atendimento por farmacêutico tem como objetivo promover o uso racional de medicamentos e garantir uma terapia segura e efetiva, podendo reduzir possíveis problemas relacionados com a farmacoterapia e alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade do processo de utilização de medicamento e qualidade de vida dos usuários (SARTORIO *et.al*, 2013).

Atualmente o Estado conta com 10 (dez) farmácias cidadãs, sendo atendidos em média 70.000 usuários/mês. São disponibilizados 296 medicamentos diferentes para tratamento de doenças raras e de alto custo. São doenças que podem acarretar sérios danos, perda de qualidade de vida, incapacitação para o trabalho, redução da expectativa de vida e óbitos, como: Osteoporose, Hepatite C, Artrite reumatóide, Esquizofrenia refratária, Asma grave, Doença de Parkinson, Distonias, Espasticidade, Glaucoma, Hipertensão pulmonar, Doença Pulmonar Obstrutiva

Crônica (DPOC) e Déficit de atenção, Dislipidemia, entre outras. (ESPIRITO SANTO, 2016).

A dispensação de medicamentos nas farmácias cidadãs estaduais ocorre de acordo com as diretrizes e protocolos clínicos estaduais e do MS. Os PCDT definem quais são os medicamentos disponibilizados para o tratamento da patologia contemplada, critérios de inclusão e exclusão, bem como a instância gestora responsável pelo seu financiamento (ESPIRITO SANTO, 2016). Atualmente existem 80 PCDT publicados pelo MS.

Dentre os medicamentos dispensados nas farmácias cidadãs, estão aqueles para o tratamento da dislipidemia, sendo as normas estabelecidas pelo PCDT do MS: Dislipidemia: Prevenção de Eventos Cardiovasculares e Pancreatite (BRASIL, 2013).

Em um estudo realizado nas Farmácias Cidadãs, que avaliou o nível de satisfação dos usuários dessas farmácias, foi evidenciado um nível geral de satisfação considerado bom. Entretanto, das diversas dimensões avaliadas, as que receberam os menores escores foram aquelas relacionadas à satisfação com as orientações farmacêuticas sobre a doença, os medicamentos, forma de utilização, reação adversas, entre outros (Cassaro *et.al*, 2013). Esse achado pode refletir uma deficiência do serviço na orientação sobre a forma correta de utilização de medicamentos, reduzindo a adesão ao tratamento farmacológico. (Aquino, 2008).

Portanto, ações voltadas para a sistematização e qualificação das orientações farmacêuticas prestadas nessas farmácias contribuirão para a melhoria do Uso Racional de Medicamentos (URM), uma vez que aumentar a efetividade das intervenções sobre a adesão ao tratamento pode ter uma repercussão muito maior sobre a saúde da população do que qualquer melhoria em tratamentos específicos (Sabaté, 2003).

1.2– DISLIPIDEMIA, TRATAMENTO, DIAGNÓSTICO E ACONSELHAMENTO

As doenças cardiovasculares (DCV) são a maior causa de mortalidade no mundo (WHO, 2011). No Brasil, são as doenças que mais levam ao óbito, atingindo principalmente indivíduos com idade avançada (WHO, 2011). Diversos fatores estão diretamente relacionados à elevada incidência de eventos cardiovasculares, como a hipertensão arterial, diabetes melitus, tabagismo, alcoolismo, obesidade,

sedentarismo, estresse, sexo, idade, história familiar precoce de aterosclerose e a dislipidemia, que vem sendo um dos mais importantes (ABADI et.al, 2011).

A dislipidemia, associada a outros fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares, tem sido um grave problema de saúde pública, além de ser a causa mais importante de despesas com assistência médica pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (ABADI et.al, 2011).

. Destes fatores de risco, a dislipidemia é um dos mais importantes, de forma que pode se associar o aumento do desenvolvimento de DCV com o aumento gradativo dos níveis de colesterol total (CT), LDL colesterol (LDLc), triglicédeos (TG) e quilomícrons. Assim, a detecção precoce das alterações lipídicas pode contribuir de forma efetiva para evitar o desenvolvimento prematuro da aterosclerose (ABADI et.al, 2011).

A dislipidemia é uma doença metabólica caracterizada por elevação dos níveis plasmáticos de colesterol de baixa densidade (LDL-C), redução dos níveis de colesterol de alta densidade (HDL-C) e/ou aumento de triglicérides (TG), que se constitui um fator de risco cardiovascular relevante para o desenvolvimento da aterosclerose (MION JUNIOR et al., 2007), que é uma doença inflamatória crônica que leva a formação de placas de ateroma (gordura) dentro dos vasos sanguíneos (LEPOR; VOGEL; 2001).

Estudos mostram uma melhor correlação do LDL-C com o risco de aterosclerose do que o CT. Quanto mais elevado o LDL-C, mais frequente a doença aterosclerótica do coração, e quanto mais elevado o HDL, menor o risco para essa doença. (ABADI et.al, 2011).

A dislipidemia pode ser classificada em: primária (associada a alterações genéticas e ambientais) ou secundária (associada a outras doenças ou ao uso de medicamentos) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Essa dislipidemia pode ser promovida por mudanças nos níveis de colesterol e triglicédeos, sendo portanto definida como hipercolesterolemia isolada: elevação isolada do LDL-C (≥ 160 mg/dl); hipertrigliceridemia isolada: elevação isolada dos TGs (≥ 150 mg/dl) que reflete o aumento do número e/ou do volume de partículas ricas em TG, como VLDL, IDL e quilomícrons; hiperlipidemia mista: valores

aumentados de LDL-C (≥ 160 mg/dl) e TG (≥ 150 mg/dl) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Os níveis de lipídios na corrente sanguínea estão associados ao estilo de vida, como: hábito de ingerir bebidas alcoólicas, consumo de carboidratos e gorduras em excesso, sedentarismo e outros. Além disso, o índice de massa corpórea e a idade são fatores que influenciam as taxas de lipídeos séricos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Como a maioria dos usuários não apresentam sintomas decorrentes da elevação dos níveis de lipídeos, o diagnóstico se dá basicamente por meio da realização de exames laboratoriais para determinação do perfil lipídico. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

A terapêutica da dislipidemia deve ser iniciada com mudanças individualizadas no estilo de vida, que compreendem hábitos alimentares saudáveis, busca e manutenção do peso ideal, exercício físico aeróbico regular, combate ao tabagismo e promoção do equilíbrio emocional. Não sendo atingidos os objetivos propostos, deve ser considerada a introdução de drogas isoladas ou associadas, dependendo das necessidades, com manutenção da dietoterapia (SANTOS, 1999). Quanto ao tratamento medicamentoso da dislipidemia, são disponibilizados pelo SUS:

Tabela 1. Medicamentos padronizados e ofertados pelo SUS.

Medicamento	Apresentações	Fornecimento
Atorvastatina	10, 20, 40 e 80 mg	Estadual
Fluvastatina	20 e 40 mg	Estadual
Lovastatina	10, 20,40 mg	Estadual
Pravastatina	10, 20 , 40 mg	Estadual
Sinvastatina	10, 20 , 40 mg	Municipal
Bezafibrato	200 ,400 mg	Estadual
Ciprofibrato	100 mg	Estadual
Etofibrato	500 mg	Estadual
Fenofibrato	200, 250 mg	Estadual
Genfibrozila	600, 900 mg	Estadual

Fonte: PCDT Dislipidemia: Prevenção de Eventos Cardiovasculares e Pancreatite, 2013.

No Estado do ES, o acesso a esses medicamentos ocorre por meio das farmácias cidadãs, obedecendo os critérios de inclusão e exclusão previstos no PCDT da dislipidemia para a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite.(ESPIRITO SANTO, 2015).

Segundo a Joint British Societies (2005), o objetivo na prevenção de doenças cardiovasculares é a redução do risco de eventos cardiovasculares fatais e melhoria na qualidade e na duração da vida. A prevenção de doenças é um desafio e é alcançada com múltiplos fatores: mudança no estilo de vida; adesão à farmacoterapia; intervenções nos fatores de risco e terapias apropriadas de medicamentos para baixar a pressão sanguínea, modificar lipídios, reduzir glicemia; estabelecimento de metas para os parâmetros de pressão arterial, lipídios e glicose para pessoas com alto risco estratificado.

O projeto TOMCOR (Therapeutical Outcomes Monitoring in Coronary Patients), avaliou o impacto da Atenção Farmacêutica sobre usuários com doenças coronarianas. Os resultados demonstraram uma redução na taxa de novos infartos no grupo intervenção, bem como redução nos custos sanitários associados a estas internações. No grupo intervenção houve melhora na qualidade de vida, aumento no conhecimento sobre a medicação e fatores de risco da doença e, ainda, um aumento da satisfação com o serviço de saúde (TOLEDO et al.,1996).

Em um estudo realizado por OENNING et.al., 2011, que avaliava o conhecimento dos usuários sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação, identificou-se que a maioria dos entrevistados não possuía bom nível de informação para a administração de medicamentos, assim como a maioria usavam o medicamento sem ao menos saber para que servia, e não sabiam como administrá-lo corretamente e nem por quanto tempo.

Muitos usuários apresentam dificuldades em adotar as orientações recebidas no aconselhamento realizado pelos profissionais de saúde visando à promoção da saúde, prevenção e controle das DCNT, principalmente por demandarem mudanças no comportamento e estilos de vida. (TOLEDO et.al, 2015).

2. JUSTIFICATIVA

O atual perfil de morbimortalidade da população brasileira, caracterizado pela elevada prevalência das DCNT, constitui condição que afeta expressivamente a demanda pelos serviços de saúde. O impacto dessas doenças na saúde pública pode ser minimizado com ações que promovam mudanças nos hábitos de vida, o que, por si só, justifica os estudos que procuram entender e qualificar as ações educativas promotoras dessas mudanças (REZENDE, 2011).

Como as dislipidemias são causas fundamentais de doenças coronarianas ateroscleróticas, a prevenção dessas morbidades e dos fatores de risco, que se apresentem como determinantes ou associados às mesmas, tem aumentado consideravelmente a esperança de vida de grupos populacionais em fase produtiva, principalmente de países desenvolvidos, onde há muito se realizam pesquisas epidemiológicas, pelos estudos longitudinais e transversais, seguidas da aplicação de programas de intervenção e orientação (MARTINS, 1989).

No Espírito Santo, o acesso aos medicamentos para tratamento da dislipidemia se dá por meio das farmácias cidadãs estaduais, sendo crescente o aumento da demanda destes medicamentos, em função da crescente necessidade de tratamento, pela população, em decorrência do aumento da expectativa de vida. Portanto, a existência de uma padronização de medicamentos e criação de PCDT são importantes para normatizar este acesso no SUS, promovendo o URM e garantindo atendimento a todos os usuários que realmente necessitam fazer uso de medicamentos (ESPIRITO SANTO, 2015).

Tão importante quanto o acesso aos medicamentos, é a adesão ao tratamento, alimentação adequada, prática de atividade física, assim como orientação farmacêutica adequada aos usuários acerca do uso dos medicamentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Não é do nosso conhecimento trabalhos que tenham avaliado o nível de conhecimento dos farmacêuticos antes e após treinamento sobre o PDCT- MS de Dislipidemia, bem como a percepção dos usuários acompanhados em farmácia pública sobre a importância do uso de seus medicamentos, reações adversas e

medidas para promoção da sua saúde antes e após a implantação de serviço clínico farmacêutico, o que torna este estudo importante e relevante para a saúde pública.

Nossa hipótese é de que a avaliação da percepção dos usuários sobre a importância do uso correto de seus medicamentos e mudanças no estilo de vida, possam melhorar após a implantação de um serviço clínico farmacêutico, objetivando a melhoria da humanização, agilidade, com ênfase na qualidade no atendimento prestado aos usuários dos medicamentos e assegurando um tratamento eficaz, seguro e racional.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o nível de conhecimentos de farmacêuticos sobre o protocolo clínico da Dislipidemia antes e após treinamento, bem como a percepção de pacientes dislipidêmicos antes e após a implantação de serviços clínicos farmacêuticos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a percepção dos usuários (pacientes) dislipidêmicos cadastrados e atendidos na Farmácia Cidadã Metropolitana sobre a orientação recebida pelo profissional farmacêutico acerca do uso dos medicamentos, reações adversas e medidas de promoção da saúde, antes e após a implantação de serviços clínicos farmacêuticos;
- Caracterizar a percepção dos usuários (pacientes) cadastrados e atendidos na Farmácia Cidadã Metropolitana sobre as dificuldades que encontram para adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico;
- Classificar e estratificar o nível de conhecimento dos farmacêuticos sobre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dislipidemia: Prevenção de Eventos Cardiovasculares e Pancreatite, antes e após treinamento para implantação de serviços clínicos em farmácia pública de dispensação de medicamentos especializados;
- Caracterizar a necessidade de um programa de capacitação sobre os protocolos para os farmacêuticos que atuam nas farmácias públicas;
- Caracterizar a importância do profissional farmacêutico na dispensação de medicamentos e orientação ao paciente;

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA E CENÁRIO DE ESTUDO

A farmácia cidadã é uma farmácia pública estadual, onde se realiza a dispensação de medicamentos do CEAF em conformidade com os protocolos clínicos estaduais e federais vigentes, sendo a dispensação realizada exclusivamente por farmacêuticos. (ESPIRITO SANTO, 2015).

A definição da escolha da farmácia do estudo foi realizada por meio de uma entrevista com as farmacêuticas da GEAF e os critérios utilizados para seleção foram: fácil acesso, presença de Comissão de Farmacologia e Terapêutica (CFT) multidisciplinar, estrutura adequada que permitisse realização de entrevistas, número de farmacêuticos em quantidade ideal, equipe com boa receptividade à realização da pesquisa, sendo então selecionada a Farmácia Cidadã Metropolitana, localizada no Centro Regional de Especialidades, em Cariacica.

A Farmácia Cidadã Metropolitana realiza uma média de 11.000 atendimentos/mês, e conta com 09 farmacêuticos, 11 médicos, 01 assistente social e 13 profissionais de nível médio que atuam em diversos setores da farmácia. A farmácia possui uma CFT, formada por 02 farmacêuticos e 09 médicos, a qual realiza avaliação de processos de solicitação de medicamentos, de acordo com os PCDT e portaria ministerial vigente. (ESPIRITO SANTO, 2015).

No caso da dislipidemia, essa avaliação tem como base os critérios estabelecidos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dislipidemia para a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite (BRASIL, 2013a).

Dos medicamentos constantes no PCDT, são padronizados na Relação Estadual de Medicamentos Especializados (REMEME) e disponibilizados na farmácia cidadã a atorvastatina, ciprofibrato e fenofibrato. (ESPIRITO SANTO, 2015)

4.2 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

4.2.1 USUÁRIOS

Trata-se de um estudo transversal, de caráter qualitativo, observacional e descritivo, realizado com os usuários dislipidêmicos.

Os usuários participantes deste projeto foram os usuários com dislipidemia que se enquadraram nos critérios de inclusão previstos no PCDT da Dislipidemia para a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite, a saber:

Os critérios de inclusão constantes do protocolo são (BRASIL, 2013a):

- *Diabetes mellitus* em homens com idade superior a 45 anos e em mulheres com idade superior a 50 anos, com pelo menos um fator de risco cardiovascular maior (tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, história familiar em parente de primeiro grau de doença arterial coronariana precoce – antes dos 55 anos para homens e dos 65 anos para mulheres);
- Moderado a alto risco cardiovascular definido pelo Escore de Risco de Framingham com risco superior a 10% em 10 anos;
- Evidência clínica de doença aterosclerótica;
- Diagnóstico definitivo de hiperlipidemia familiar.

A participação de cada usuário da pesquisa foi precedida de convite individual mediante apresentação e esclarecimentos sobre o caráter, os objetivos e procedimentos metodológicos da pesquisa e sobre a garantia do anonimato e o sigilo das informações. Esse convite foi feito a todos os usuários que se enquadravam nos critérios de inclusão do PCDT no momento da dispensação de medicamentos na Farmácia Cidadã Metropolitana, que ocorre mensalmente. A concordância em participar foi registrada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme estabelecido na Resolução CONEP 466/12 e suas complementares. Dos usuários (pacientes) convidados, vinte e seis aceitaram participar do estudo. Foi elaborada então uma planilha em Excel com a relação dos participantes, contendo email e telefone para contato.

Este trabalho utilizou como estratégia metodológica informações provenientes de entrevistas semiestruturadas, abordando questões relacionadas a percepção dos usuários sobre o uso de medicamentos e as medidas de promoção da saúde.

Para a entrevista inicial, foi feito contato telefônico prévio com os usuários para agendamento de sua entrevista na Farmácia Cidadã Metropolitana, utilizando os dados da planilha contendo a relação dos participantes. Para a coleta de dados utilizou-se um roteiro composto por questões que abordavam a percepção dos

sujeitos sobre: necessidade de uso do medicamento e seus possíveis benefícios/melhorias, quais os malefícios/problemas este medicamento pode causar, quais outras medidas são necessárias para melhoria da sua saúde.

As entrevistas foram realizadas individualmente, por um único entrevistador e, quando autorizada pelo entrevistado, registrada em um gravador para posterior transcrição literal. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas de duas maneiras: presencialmente, e por abordagem telefônica, quando o paciente se encontrava impossibilitado de comparecer à farmácia no dia previamente agendado.

Esses usuários aderiram a um programa de atendimento clínico dos farmacêuticos dessa Farmácia Cidadã e após 8 (oito) meses de acompanhamento, estes usuários foram novamente entrevistados, utilizando-se o mesmo roteiro aplicado no início da pesquisa.

Ao se transcrever os dados das entrevistas, alguns cuidados foram tomados no sentido de preservar o anonimato dos participantes, assim como escrever exatamente o que foi exposto e a forma como foi exposta, mantendo as palavras repetidas, os vícios de linguagem, e os erros de pronúncia. De acordo com ARAUJO (2001), durante o processo de transcrição e editoração de entrevistas em pesquisa de abordagem qualitativa, deve-se, dentro das possibilidades, fazer o registro ortográfico correto das falas, exceto para as situações que fujam ao léxico da língua-padrão ou suprimiam sílabas e/ou fonemas iniciais e finais das palavras.

Foi utilizado o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para organizar as informações e dados obtidos por meio das entrevistas, que é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, que foram obtidos através dos depoimentos (LEFREVE et.al. 2003). Segundo estes autores o DSC é:

“Uma técnica de organização de dados qualitativos que resolve um dos grandes impasses da pesquisa qualitativa na medida em que permite, através de procedimentos sistemáticos e padronizados, agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades”.

A escolha do DSC como recurso metodológico se deve à propriedade dessa técnica. Essa técnica consiste em analisar o conteúdo das entrevistas realizadas, extraindo-se destas as ideias centrais ou complementares e suas correspondentes expressões-chave, a partir das quais se buscam as semelhanças para construção

de um ou mais discursos-síntese, escritos na primeira pessoa do singular, onde o pensamento das pessoas aparece como se fosse um discurso individual, que é o próprio DSC. (SALES, et,al, 2007; LEFÈVRE, LEFÈVRE, 2003).

Os elementos Expressões-Chave (EC), Ideias Centrais (IC), e DSC são considerados os operadores deste método. As expressões-chave são partes do discurso que devem ser destacadas pelo pesquisador e que correspondem à essência do conteúdo do discurso analisado. (LEFÈVRE, LEFÈVRE, 2003).

A técnica para a construção do DSC implica selecionar, de cada resposta individual a uma questão, as ECs, que são trechos mais significativos destas respostas. A essas EC correspondem ICs, que são a síntese do conteúdo discursivo manifestado nas EC. Com o material das EC das ICs semelhantes constroem-se discursos-síntese ou DSCs, na primeira pessoa do singular, com um número variado de participantes, em que o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual. (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003).

Ou seja, nessa técnica as opiniões ou expressões individuais que apresentam sentidos semelhantes são agrupadas em categorias semânticas gerais, como normalmente se faz quando se trata de perguntas ou questões abertas. Assim, o discurso do sujeito coletivo pode ser definido como um discurso-síntese elaborado com pedaços de discursos de sentido semelhante reunidos num só discurso. (LEFÈVRE, LEFÈVRE, 2003).

4.2.2 FARMACÊUTICOS

A GEAF possuía em seu quadro de funcionários 85 farmacêuticos, na época da realização desta pesquisa. Para avaliação do nível de conhecimento destes farmacêuticos foram incluídos apenas aqueles que atuam nas farmácias com a dispensação. Assim, foram excluídos 19 farmacêuticos por atuarem em nível central na gestão, na aquisição ou comissão estadual de farmacologia e terapêutica (CEFT). Dos farmacêuticos que atuam nas farmácias, 10 foram excluídos por atuarem exclusivamente na coordenação, 5 nas comissões de farmácia e terapêutica (CFTs) locais e 7 nos estoques; totalizando 44 farmacêuticos da dispensação.

Todos esses farmacêuticos foram convidados a participarem do estudo e responderem ao questionário para avaliar o nível de conhecimento em relação ao protocolo e ao tratamento da dislipidemia. Trinta e nove concordaram em participar e três entregaram o questionário em branco e foram excluídos; ficando 36 o número final de farmacêuticos da dispensação que responderam ao questionário.

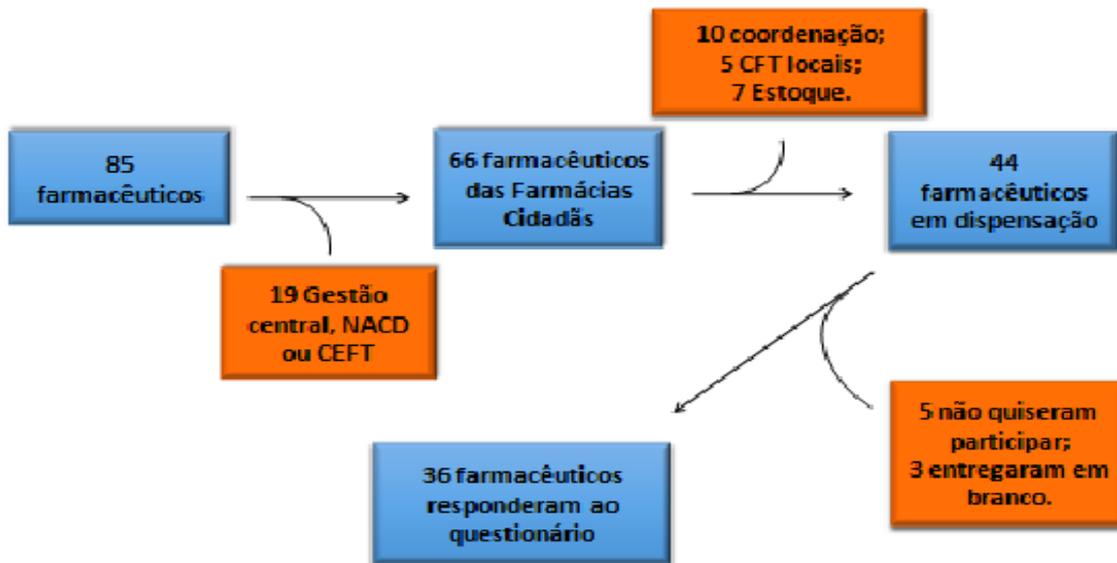


Figura 1: Farmacêuticos que concordaram em participar do estudo e responderam ao questionário inicial.

Os farmacêuticos que aceitaram participar, responderam a um questionário com 10 questões avaliativas, sendo 2 de múltipla escolha e 8 objetivas. No total a avaliação possuía 14 itens de acerto, sendo 6 na dimensão do conhecimento acerca do protocolo, 8 acerca da doença e seu tratamento medicamentoso.

Para avaliação do nível de conhecimento foi utilizado o número e o percentual de itens corretos, descartando aqueles marcados incorretamente ou deixados em branco. Para estratificação do nível de conhecimento foi considerada a seguinte classificação: muito bom (acima de 80% de acertos), bom (maior que 70% até 80% de acertos), regular (maior que 50% até 70% de acertos) e ruim (igual ou menor que 50% de acertos).

Após a avaliação inicial do nível de conhecimento dos farmacêuticos, foi oferecido a todos eles um curso com carga horária de 90 h horas abordando temas tais como: dislipidemia e comorbidades, tratamento da dislipidemia e comorbidades, semiologia, métodos de atenção farmacêutica aplicados a realidade das Farmácias

Cidadãs. Esse treinamento foi elaborado para o processo de implantação de serviços clínicos farmacêuticos nas farmácias cidadãs e os farmacêuticos responderam ao mesmo questionário aplicado anteriormente após o treinamento. Dos 36 farmacêuticos iniciais, 5 não se interessaram pelo treinamento e 4 não concluíram o curso, totalizando 27 farmacêuticos respondentes ao final do treinamento. Destes 27 farmacêuticos, 7 pertenciam ao quadro da Farmácia Cidadã Metropolitana, objeto do nosso estudo.

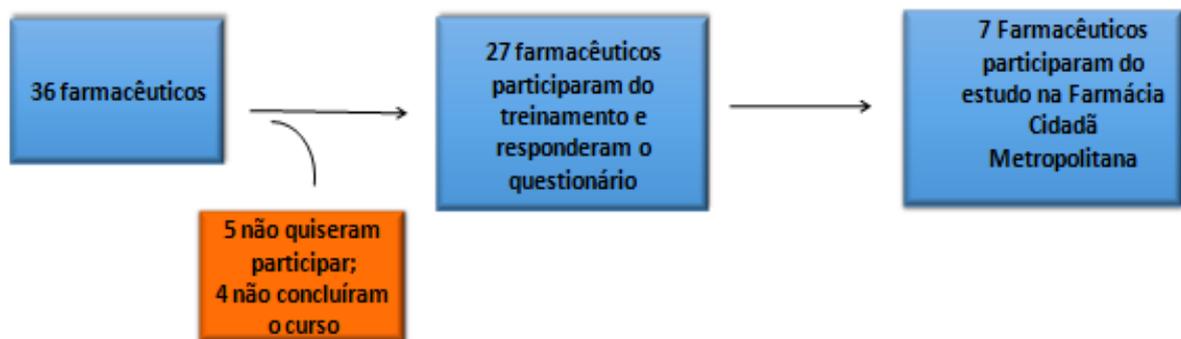


Figura 2: Farmacêuticos que efetivamente participaram do treinamento e do estudo.

4.3 QUESTÕES ÉTICAS

Em relação às questões éticas, o presente trabalho faz parte de um projeto institucional mais amplo que foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UVV (CEP/UVV), sob o parecer 721.998 de 17 de julho de 2014 (Anexo).

A participação na pesquisa foi condicionada à expressa autorização dos sujeitos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Em relação à pesquisa sobre o nível de conhecimento dos farmacêuticos, os dados foram analisados usando o programa SPSS para Windows, versão 13.0 (SPSS Inc., Chicago, USA). Os mesmos foram expressos como a média \pm o desvio padrão

(D.P.). As diferenças entre as variáveis foram determinadas por meio do teste T de *Student* pareado e considerando um intervalo de confiança de 95% e $p < 0,05$.

Em relação à pesquisa com os usuários, após a aplicação da técnica do discurso do sujeito coletivo foram realizadas as frequências simples em relação às ideias centrais levantadas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados a seguir são quali-quantitativos, sendo os resultados qualitativos apresentados sob a forma de DSCs.

A apresentação dos resultados qualitativos está organizada da seguinte forma: para cada uma das questões centrais do estudo, que constituem as categorias de análise dos discursos, serão apresentadas as Ideias Centrais (IC) identificadas nos depoimentos e, na sequência, os DSC correspondentes.

Como o material discursivo é bastante extenso, na intenção de dar maior fluidez e harmonia ao texto, optou-se por realizar a discussão logo após a apresentação de cada IC.

As questões propostas na entrevista tinham o objetivo de verificar a percepção dos usuários dislipidêmicos da Farmácia Cidadã Metropolitana sobre: necessidade de uso do medicamento, benefícios a serem obtidos com o uso do medicamento, reações adversas, administração correta do medicamento e mudanças no estilo de vida visando melhorar a qualidade de vida.

Os usuários que concordaram em participar deste estudo referem-se a um total de 26 usuários-participantes no início da pesquisa, e 40 usuários-participantes após acompanhamento farmacêutico. Ao final do acompanhamento o número de usuários foi maior, pois, em função da demanda, houve a incorporação de novos usuários durante o programa de atendimento clínico farmacêutico. Cada usuário teve sua entrevista final realizada após oito meses de acompanhamento.

5.1 PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS NO INÍCIO DA PESQUISA

Os resultados apresentados referem-se ao material discursivo de 26 depoimentos. Dentre os 26 usuários-participantes, 11 (42%) são do sexo masculino e 15 (58%), do sexo feminino. A média de idade é de 55 anos, com amplitude de 35 a 78 anos.

Serão apresentadas e discutidas a seguir as IC classificadas em categorias de análise relacionadas à entrevista realizada no início da pesquisa.

Primeira questão: Necessidade e benefícios do uso do medicamento.

Os depoimentos sobre essa questão trazem a ótica dos usuários sobre a necessidade de uso do medicamento, bem como os benefícios que este medicamento trará para a sua saúde.

Do processamento das respostas resultaram 4 ideias centrais, apresentadas no Quadro 1, cujo material permitiu elaborar os seguintes DSC: DSC 1.1, DSC 1.2, DSC 1.3, DSC 1.4.

Questão 1: Por que você está usando este medicamento? Que melhorias este medicamento vai trazer para você? (Como você sabe disso?)

Ideias centrais (IC)	Depoimentos	Frequência %
IC 1.1 Tudo que eu sei é isso: que é bom pro colesterol, para o triglicerídeo, para a gordura no sangue.	20/26 depoimentos	77
IC 1.2 Porque eu sou muito cardíaca.	3/26 depoimentos	15
IC 1.3 O medicamento tá me ajudando com a dor.	4/26 depoimentos	20
IC 1.4 Eu não sei direito.	2/26 depoimentos	7,7

Quadro 1: Ideias centrais dos usuários dislipidêmicos sobre a percepção do uso do medicamento.

A Ideia Central (IC) 1.1 foi referida em 77% dos depoimentos (Quadro 1). Ela associa o uso do medicamento como um benefício para redução do colesterol e triglicerídeo, destacando-se a necessidade do seu uso correto para melhoria dos níveis séricos de lipídeos.

No DSC 1.1 merecem destaque, inicialmente, duas visões sobre os medicamentos utilizados. A primeira refere-se à necessidade do uso dos medicamentos no controle do colesterol e triglicerídeo, e a outra se refere ao uso dos medicamentos no controle do diabetes, as quais serão discutidas a seguir.

IC 1.1: Tudo que eu sei é isso: que é bom pro colesterol, para o triglicerídeo, para a gordura no sangue. IC destacada em 20 (77%) dos 26 depoimentos.

DSC 1.1

“Eu não sei direito. Acho que é por causa do colesterol alto. O médico disse que eu ia ter que usar pra poder melhorar meu colesterol que tava ruim. Eu tenho colesterol alto, e gordura nas veias! É para limpar gordura do sangue, ele passa nas veias... Baixa o colesterol, os triglicerídeos, né? Controla o colesterol HDL. O colesterol é um e triglicerídeos é outro. Vai manter meu triglicerídeos menos elevado. O meu colesterol, o meu sangue não vai ficar muito, assim... Porque se o sangue, no meu caso que tenho a veia entupida, tenho a veia colocada, essas coisas todas... Se o sangue engrossar eu vou ter angina né? Sei que ele vai afinar meu sangue e baixar minha gordura. Então eu tomo meus medicamentos direitinho, no horário certo, bonitinho eu não vou ter nada disso. Assim eu vou ficar bem de novo. Quando eu comecei a tomar o remédio eu estava com colesterol quase 600ml, 390 de triglicerídeos, e com mais de 250 de diabetes. Então quer dizer o colesterol estava tão alto que não estava aparecendo o diabetes. E quando começou a baixar o colesterol apareceu o diabetes. Ele controla o diabetes, então, ajuda a gente a controlar a alimentação. Eu tomo pra isso. Porque a gente tomando o remédio, a gente não sente tanta vontade de tá comendo, então uma coisa vai ajudando a outra. Então comecei a usar e to melhorando. Agora eu estou com cento e pouco de colesterol e quase 200 de diabetes. Tudo que eu sei é isso.”

De acordo com este DSC a grande maioria dos entrevistados acredita que o uso do medicamento irá melhorar os níveis séricos de triglicerídeos e colesterol, melhorando sua qualidade de vida. Ou seja, acreditam que o uso do medicamento é fundamental para o controle e tratamento de sua doença.

Deve-se ressaltar que o tratamento das dislipidemias requer medidas farmacológicas e não farmacológicas. A terapia nutricional, implementação de atividade física e redução do tabagismo devem ser adotadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

As estatinas correspondem às drogas de escolha no tratamento da hipercolesterolemia. Elas agem através da inibição de uma importante enzima envolvida na síntese do colesterol endógeno: a HMG-CoA redutase. Uma vez que os níveis intracelulares do colesterol diminuem com o uso da droga, ocorre um aumento no número de receptores do LDL-c na membrana celular, aumentando, assim, o clearance plasmático do LDL-c.

A redução nos níveis séricos de LDL-c podem variar de 25% a 55% de acordo com a droga utilizada. Também pode haver efeito sobre os níveis de triglicerídeos, que diminuem em média 15% a 25%, e de HDL-c, que podem sofrer uma elevação de cerca de 10%. (DINIZ et.al., 2008).

Os fibratos são as drogas de escolha no tratamento da hipertrigliceridemia, estando indicados nos casos em que não houve redução dos níveis de triglicerídeos com

medidas não farmacológicas ou após controle do fator causal (como o diabetes descompensado) ou quando seus níveis excedem 500 mg/dl.(DINIZ et.al., 2008). Fibratos são medicamentos que agem aumentando a expressão da lipase lipoproteica, apolipoproteína AI e AII e reduzindo a apolipoproteína CIII, tendo um efeito notável de regulação lipídica, uma vez que podem reduzir até 50% TG e aumentar HDL-C até 20%; o seu efeito sobre LDL-C é variável, mas altera o padrão da LDL-C circulante para formas menos densas, menos aterogênicas (MIGUEL SOCA, 2009; SBC, 2001).

Pode-se observar também que de acordo com esse DSC os usuários percebem que se não usarem o medicamento de forma correta, como citado por alguns, não terão a eficácia no tratamento.

A educação em saúde, ou seja, o nível de conhecimento do paciente sobre os medicamentos pode favorecer o uso racional e contribuir com a melhora dos resultados da farmacoterapia, minimizando os resultados negativos associados a medicamentos.

Outra questão importante a ser abordada se refere a alguns relatos dos usuários no discurso em relação ao uso do medicamento no controle do diabetes e sua associação com o diabetes, conforme destacado no DSC.

“ [...]Ele controla o diabetes, controla o colesterol HDL. [...]” (DSC 1.1).

“ [...]Quando eu comecei a tomar o remédio eu estava com colesterol quase 600ml, 390 de triglicérides, e com mais de 250 de diabetes... então quer dizer o colesterol estava tão alto que não estava aparecendo o diabetes... e quando começou abaixar o colesterol apareceu o diabetes.[...]” (DSC 1.1).

Estes depoimentos sugerem que alguns usuários não conhecem o caráter da sua doença, assim como não sabem o real motivo do uso de seu medicamento, pois as estatinas e fibratos não são indicados para tratamento e controle do diabetes, o que pode indicar então a necessidade da implementação de estratégias de educação logo no início do tratamento, as quais devem levar em consideração as características individuais dos usuários e suas famílias, devendo ser reavaliadas frequentemente.

O DSC 1.2 faz referência ao uso dos medicamentos para o tratamento de arritmia e da presença de problema cardíaco nos usuários.

IC 1.2 Porque eu sou muito cardíaca. IC destacada em 3 (15%) dos 26 depoimentos.

DSC1.2

“Porque eu estou usando esse medicamento? Porque eu necessito né? Problema de arritmia, né? É fibrilação atrial. Foi feito um procedimento de uma reversão e foi constatado que era fibrilação atrial. Porque eu sou muito cardíaca, desde que eu fiz a cirurgia eu já troquei vários medicamentos, e da última vez que eu fiquei internada o médico me mudou todos os medicamentos, passou pra esses e graças a Deus.”

Diante do DSC 1.2, pode-se observar novamente que os usuários desconhecem o motivo do seu tratamento, ou seja, não sabem por que estão usando os medicamentos, o que vem corroborar alguns relatos do DSC1.1.

Quando um paciente recebe a prescrição de medicação, ou outra terapêutica, um detalhe – que muitas vezes é esquecido – é a orientação sobre a utilização do fármaco que deve ser passada ao usuário do serviço de saúde. Não apenas sobre como utilizar, mas também as razões para tal, período de uso, dose e possíveis efeitos colaterais são informações cruciais e definem se o paciente vai ou não aderir ao tratamento (OENNING *et.al*, 2011).

Ao passar a orientação, os profissionais de saúde devem ter em mente o grau de independência e de autocuidado que o paciente possui (GIMENES, 2006). Em muitos casos é necessário dedicar maior tempo para orientação, observando se há de fato entendimento.

A falta de informação ou de compreensão sobre a terapêutica pode causar uma série de adversidades como: falta de adesão, atraso no uso do medicamento, aumento de efeitos adversos e aumento da automedicação. Todas estas consequências trazem prejuízo à saúde do paciente de uma forma ou outra (OENNING, 2011).

Segundo um trabalho realizado em Grão Pará-SC com 111 usuários de uma UBS – Unidade Básica de Saúde após a prescrição e dispensação de medicação, mais da metade dos entrevistados relataram ter recebido orientações sobre o uso da medicação prescrita. Entretanto, após a consulta apenas 28,5% tiveram um conhecimento sobre o fármaco considerado bom, 17,1% regular e 64,4% insuficiente. Após a dispensação os valores foram de respectivamente: 4,9%, 87,8% e 7,3% (OENNING, 2011). Outro estudo, realizado em um hospital universitário de

Porto Alegre-RS, com 264 usuários com idade média de 57 anos, demonstrou que apenas 34% tiveram um nível de conhecimento considerado bom, 57% regular e 9% insuficiente sobre a medicação prescrita e seu uso (SILVA, 2000).

De acordo com Péres et. al., (2007) o processo educativo é lento e difícil, justamente porque envolve, pelo menos, três dimensões complexas: a cultural, a social e a econômica.

Diante do DSC 1.2, pode-se observar que os usuários além da dislipidemia, são acometidos por problemas cardíacos também, como a arritmia, que é uma alteração do ritmo normal do coração, produzindo frequências cardíacas rápidas, lentas e/ou irregulares, sendo a fibrilação atrial a arritmia mais frequente na clínica, atingindo parte importante da população. Porém os medicamentos de eleição para o tratamento das arritmias não incluem as estatinas e fibratos, e sim os bloqueadores beta adrenérgicos, antagonistas do cálcio e fármacos que prolongam a repolarização.

No DSC 1.3 pode-se notar que os usuários associam o uso do medicamento ao alívio das dores e redução do cansaço físico. Merece destaque a percepção sobre a importância da melhora e da necessidade de prática de atividade física.

IC 1.3 O medicamento tá me ajudando com a dor. IC destacada em 4 (20%) dos 26 depoimentos.

DSC1.3

“Olha, eu tinha muita dor nas pernas né? Ai eu não tava aguentando quase andar, não tava aguentando fazer quase nada , tudo que eu fazia doía demais. Então fui no doutor, e lá ele me examinou. Estou me sentindo bem, estou dando conta de caminhar, não dou conta de fazer algumas tarefas, mas tá sendo bom pra mim, pelo menos não tenho voltado correndo pro pronto socorro direto, que eu vivia no pronto socorro, hoje eu já não tenho mais esse problema, graças a Deus!! Como que eu sei? Justamente por isso, porque eu não tenho cansaço, eu consigo fazer uma caminhada, antes eu não conseguia. Então ai sinto que o medicamento tá me ajudando, tá sendo bom pra mim.”

Nesse discurso identificamos que mais uma vez há um predomínio de falta de orientação dos profissionais de saúde aos usuários e a falta de conhecimento dos usuários acerca de seu tratamento, uma vez que estão relacionando a melhora das dores e do cansaço ao medicamento que estão usando. Observamos uma divergência quanto ao exposto nos depoimentos em relação à literatura, pois ao contrário do relatado pelos usuários, as dores musculares, cãibras, febre, cansaço e

fraqueza são alguns dos efeitos adversos das estatinas. (MS, 2013). Ou seja, as estatinas não melhoram dores e cansaço.

Apesar de bem tolerada pela maioria dos usuários, a estatina está relacionada à ocorrência de efeitos tóxicos hepáticos e, principalmente, musculares. As lesões musculares decorrentes do uso das estatinas podem ser leves ou graves, variando desde a mialgia à rabdomiólise, e podem atingir cerca de 5 a 10% dos usuários. Os desconfortos musculares se manifestam como dores, câimbras e/ou rigidez muscular, além de redução de força muscular em idosos. (BONFIM et.al, 2013).

Segundo Chemello *et al* 2006, a capacidade de compreensão e o conhecimento de um paciente sobre sua farmacoterapia são fatores fundamentais para a adesão ao tratamento e à efetividade da terapêutica medicamentosa. A orientação ao paciente não deve incluir somente tópicos sobre a posologia do medicamento, mas também, informações adequadas sobre terapia e enfermidade. A compreensão desta orientação está diretamente relacionada com os resultados terapêuticos.

O não seguimento ao tratamento é uma dificuldade na assistência efetiva aos indivíduos, pois o tratamento requer trabalho em equipe, envolvendo o esforço dos profissionais de saúde e a utilização da tecnologia disponível, mas principalmente, requer a colaboração e o envolvimento da pessoa portadora da doença no cuidado de si (MALDANER, 2008).

Ainda em relação ao DSC1.3 podemos destacar que os usuários percebem a necessidade da prática da atividade física, pois relatam que após melhora das dores voltaram a fazer caminhada, o que demonstra que tem consciência da importância do exercício no tratamento da sua doença e para promoção da sua saúde.

A prática de atividade física regular é uma medida adicional para o controle das dislipidemias e tratamento da doença arterial coronária. A literatura afirma que a prática de exercícios físicos aeróbios reduzem as concentrações plasmáticas de TG, promovem o aumento dos níveis de HDL, porém não há grandes alterações significativas sobre os níveis plasmáticos de LDL. (SBC, 2007).

O exercício físico regular constitui medida auxiliar para o controle das dislipidemias e tratamento da doença arterial coronária associando a diminuição da mortalidade em geral em longo prazo. (Baron, 1995, SBC ,2007).

A terapêutica deve ser iniciada com mudanças individualizadas no estilo de vida, que compreendem hábitos alimentares saudáveis, busca e manutenção do peso ideal, exercício físico aeróbico regular, combate ao tabagismo e promoção do equilíbrio emocional. Não sendo atingidos os objetivos propostos, deve ser considerada a introdução de drogas isoladas ou associadas, dependendo das necessidades, com manutenção da dietoterapia (THOMAS, 2015).

O DSC 1.4 faz referência à presença de várias doenças, além da dislipidemia, assim como à falta de conhecimento.

IC 1.4: Eu não sei direito. IC destacada em 2 (7,7%) dos 26 depoimentos.

DSC 1.4

“Tenho problema de pulmão. O médico fez um exame e acusou: enfisema pulmonar, diabetes, arritmia cardíaca, pressão alta. Eu não sei direito.”

No DSC 1.4 pode-se notar que, os usuários são acometidos com outras doenças e não tem conhecimento acerca dos medicamentos prescritos e sua indicação. Ou seja, eles sabem “mais ou menos”, ou talvez nem saibam quais são realmente os seus problemas de saúde, sabem menos ainda relacionar os medicamentos com a doença.

Uma questão importante que podemos inferir desse discurso é que o grande número de doenças que acometem os usuários, aliados à provável polimedicação, assim como a pouca orientação recebida acarrete em um uso inadequado dos medicamentos, e conseqüente baixa adesão ao tratamento.

A falta de informações ou a não-compreensão das informações transmitidas pelos profissionais da saúde aos usuários podem trazer conseqüências como: não-adesão ao tratamento, com o conseqüente insucesso terapêutico; retardo na administração do medicamento, agravando o quadro clínico do paciente; aumento da incidência de efeitos adversos, por inadequado esquema de administração e/ou duração do tratamento; dificuldades na diferenciação entre manifestações da doença e efeitos adversos da terapêutica; e incentivo à automedicação, bem como outras sérias conseqüências, que podem piorar o estado de saúde do paciente (OENNING *et.al*, 2011).

Segunda questão: Tratamento não farmacológico.

Os depoimentos sobre essa questão trazem a ótica dos usuários sobre a necessidade de adoção de medidas não farmacológicas, bem como os benefícios que poderão trazer para a promoção da sua saúde.

Do processamento das respostas resultaram 2 ideias centrais, apresentadas no Quadro 2, cujo material permitiu elaborar os seguintes DSC: DSC 2.1, DSC 2.2.

Questão 2: Além deste medicamento que outras medidas são necessárias para melhorar sua saúde? (Como você sabe disso?)

Ideias centrais (IC)	Depoimentos	Frequência %
IC 2.1 Tenho que manejar nas comidas.	11/26 depoimentos	42,3
IC 2.2 Uma atividade física.	9/26 depoimentos	34,6

Quadro 2: Ideias centrais dos usuários dislipidêmicos sobre a percepção da necessidade de adoção de medidas não farmacológicas.

A Ideia Central (IC) 2.1 foi referida em 42,3% dos depoimentos (Quadro 2). Ela associa a adoção de uma alimentação saudável como uma conduta necessária para a melhoria da qualidade de vida.

No DSC 2.1 pode-se notar que os usuários buscam por uma alimentação adequada para tratamento de sua doença. Merece destaque a percepção sobre necessidade de se ter uma vida boa, sem excessos, incluindo em seu cardápio alimentos saudáveis.

IC 2.1: Tenho que manejar nas comidas. IC destacada em 11 (42,3%) dos 26 depoimentos.

DSC 2.1

“Eu vou ter que levar uma vida boa, mais regrada, sem muitos excessos, uma boa dieta. Tenho que manejar nas comidas, me alimentar direito, de forma saudável, não comer fritura, muitas massas, não ingerir essas coisas assim muito pesadas. Olha, eu como pouco, porque diabetes não pode comer muito. Comia muita gordura transgênica, muita carne né? Mas ela falou que era a pior, a pior de todas. Aí eu

como uma colherzinha de abacate todo dia na hora do almoço, diz ela que é bom pra abaixar o outro colesterol. Eu coloco a berinjela na água. Mas ainda tá um pouquinho alto, por causa do carboidrato né? Como certinho, só final de semana que não né? Final de semana sempre tem churrasco, cerveja, e você sabe né? Não dá pra ficar de fora. As vezes como umas besteiras, mas eu tento comer certinho, verduras, legumes. Olha minha filha, eu tento, mas é meio difícil. O salário é pouco. Mas não dá as vezes sabe? Não é sempre que posso comer, que dá tempo. ”

Pode-se observar que a necessidade de mudança de hábitos é percebida pela maioria dos participantes como parte essencial do tratamento, mas é difícil fazer essa adesão. Algumas vezes, a condição financeira pode ser uma barreira para uma alimentação mais adequada, como destacado pelo DSC 2.1 a seguir:

“[...] Olha minha filha, eu tento, mas é meio difícil. O salário é pouco. Mas não dá as vezes sabe? Não é sempre que posso comer, que dá tempo. [...] ”

Existe um consenso geral de que o tratamento da dislipidemia deve ser focado em terapias não farmacológicas, particularmente dieta, exercícios, controle de peso e redução alcoólica. A suspensão do fumo também deve ser também encorajada. A terapia nutricional é uma conduta terapêutica a ser adotada na prevenção e/ou tratamento das dislipidemias, segundo as Diretrizes de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose.

O alcance das metas de tratamento é variável e depende da adesão à dieta, às correções no estilo de vida – perda de peso, atividade física e cessação do tabagismo – e, principalmente, da influência genética da dislipidemia em questão. A utilização de técnicas adequadas de mudança do comportamento dietético é fundamental (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2003).

Os níveis séricos de colesterol e TG se elevam em função do consumo alimentar aumentado de colesterol, de carboidratos, de ácidos graxos saturados, de ácidos graxos trans e de excessiva quantidade de calorias. Por isso a seleção adequada destes itens poderá contribuir de maneira eficaz no controle das dislipidemias. É fundamental que as preferências alimentares sejam respeitadas, que a alimentação tenha a composição adequada e o que o paladar seja agradável. O indivíduo deverá ser orientado acerca de como selecionar os alimentos, da quantidade a ser consumida e do modo de preparo, bem como das possíveis substituições dos alimentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2003).

A Ideia Central (IC) 2.1 foi referida em 34,6% dos depoimentos (Quadro 2). Ela associa os benefícios da atividade física, especialmente, a caminhada, como mudança de hábitos para melhoria/controla da doença.

No DSC 2.1 os usuários-participantes destacaram, ainda, a prática de atividade física como parte importante no controle de sua doença, porém relataram também a condição financeira como um dificultador para adoção dessa medida, como a seguir.

IC 2.2: Uma atividade física. IC destacada em 9 (34,6%) dos 26 depoimentos.

DSC 2.2

“ Uma atividade física, fazer caminhada. O que o médico mais tem me pedido é a hidroginástica, mas infelizmente a gente não consegue hidroginástica de graça, e aí como eu não posso pagar porque o meu salário não dá, eu não tenho feito. Mas eu faço minhas caminhadas, porque preciso me manter em forma. Eu não tenho condição de caminhar muito, meus pés doem demais, mas mesmo assim faço minha caminhada, e faço bicicleta quando dá. Faço um alongamento também.”

Pode-se notar nesse discurso que os usuários entendem a necessidade da adoção de atividade física, mas existem alguns fatores limitantes que os impedem de aderir a esta prática, como destacado a seguir:

“[...]O que o médico mais tem me pedido é a hidroginástica, mas infelizmente a gente não consegue hidroginástica de graça, e aí como eu não posso pagar porque o meu salário não dá, eu não tenho feito“[...].

Merece destaque a falta de condição financeira dos usuários, que não lhe permitem frequentar uma academia ou algum tipo de estabelecimento que promova outras atividades. Isso nos remete a duas reflexões: poderia ser adotada a caminhada ao ar livre, que não gera custos, assim como a necessidade do Sistema Único de Saúde em disponibilizar mais atividades gratuitas àqueles que necessitam.

A prática de atividade física regular é uma medida adicional para o controle das dislipidemias e tratamento da doença arterial coronária. A literatura afirma que a prática de exercícios físicos aeróbios reduzem as concentrações plasmáticas de TG, promovem o aumento dos níveis de HDL, porém não há grandes alterações significativas sobre os níveis plasmáticos de LDL. Outra recomendação que promove aumento do HDL é a cessação do tabaco (SBC, 2007).

A diretriz (SBC, 2007) preconiza que o tratamento farmacológico deve ser iniciado após os usuários não atingirem as metas somente com mudanças no estilo de vida. Para aqueles de risco baixo, o tratamento farmacológico se inicia após 6 meses e

para os usuários de risco intermediário, se inicia após 3 meses. Para os indivíduos de alto risco as medidas não-farmacológicas e o tratamento com hipolipemiantes devem ser iniciados simultaneamente.

É consenso que a maioria das doenças crônicas não-transmissíveis tem algumas causas em comum, como o hábito de fumar, a inadequação alimentar e a falta de atividade física. Fatores de risco que desenvolvem a doença cardiovascular, a dislipidemia, a hipertensão, a disfunção endotelial, a inflamação, a obesidade e o metabolismo alterado da insulina e glicose constituem a síndrome metabólica ou são fortemente associados a ela (MELLO & LAAKSONEN, 2009).

A terapêutica deve ser iniciada com mudanças individualizadas no estilo de vida, que compreendem hábitos alimentares saudáveis, busca e manutenção do peso ideal, exercício físico aeróbico regular, combate ao tabagismo e promoção do equilíbrio emocional. Não sendo atingidos os objetivos propostos, deve ser considerada a introdução de drogas isoladas ou associadas, dependendo das necessidades, com manutenção da dietoterapia (THOMAS, 2015).

Terceira questão: Problemas relacionados ao uso do medicamento.

Os depoimentos sobre essa questão trazem a ótica dos usuários sobre os quais os problemas podem ter com o uso dos medicamentos, ou seja, quais os efeitos colaterais tais medicamentos podem acarretar. Do processamento das respostas resultou em uma ideia central, apresentada no quadro 3, cujo material permitiu elaborar o DSC 3.1.

Questão 3: Que problemas você pode ter tomando este medicamento? (como você sabe disso?)

Ideias centrais (IC)	Depoimentos	Frequência %
IC3.1 A gente fica sem saber qual que tá fazendo bem ou que tá fazendo mal.	4/26 depoimentos	20

Quadro 3: Ideias centrais dos usuários dislipidêmicos sobre a os problemas relacionados com o uso do medicamento.

A Ideia Central (IC) 3.1 foi referida em 20% dos depoimentos (Quadro 3). Ela relaciona o uso de medicamentos e seus efeitos colaterais.

No DSC 3.1 os usuários destacaram a presença de alguns efeitos colaterais com o uso dos medicamentos. Merece destaque que as informações sobre os possíveis efeitos colaterais foram obtidas através do médico e da leitura da bula. Outra questão levantada nesse discurso se refere à polimedicação, pois os usuários alegam que o uso de vários medicamentos impede ou dificulta a definição sobre qual está fazendo bem e qual está fazendo mal.

IC 3.1: A gente fica sem saber qual que tá fazendo bem ou que tá fazendo mal.

IC destacada em 4 (20%) dos 26 depoimentos.

DSC 3.1

“A gente toma tanto, tanto que a gente fica sem saber qual que tá fazendo bem ou que tá fazendo mal. É só o que eu sei. A princípio poderia ter alguns efeitos colaterais o médico falou, poderia ter um sangramento, mas nesse período até agora não deu efeito colateral nenhum. O médico já me disse que eu tomando a atorvastatina e o fenofibrato junto, eu posso ter dor ósseas né? Pode provocar artrose, essas coisas assim. A única coisa que eu sinto muito, de uns tempos pra cá é muita dor no corpo, no corpo não, desse lado aqui. Estava com muita dor, dor na junta, a mão piora... trava toda, a perna, aí eu não sei. Eu tive um problema nas mãos e nos braços, tipo câimbra, dor, sabe? Eu vi lá na bula que pode trazer certa complicação, aí não sei se é do remédio.”

Grande parte dos usuários em tratamento com hipolipemiantes não atinge a meta terapêutica por diversas razões: falta de adesão, polifarmácia, reações adversas. (EIZERIK, et.al, 2008).

A polifarmácia, definida como o uso de cinco ou mais medicamentos, aumentou de modo importante nos últimos anos, apesar de não ser uma questão contemporânea. A magnitude deste fenômeno evidenciou-se nos Estados Unidos, quando esta prática passou a configurar como um dos problemas de segurança relacionado ao uso de medicamento. Sua etiologia é multifatorial. Todavia, as doenças crônicas e as manifestações clínicas decorrentes do envelhecimento, apresentam-se como os principais elementos. (SECOLI, 2010).

A polifarmácia está associada ao aumento do risco e da gravidade das reações adversas a medicamentos (RAM), de causar toxicidade cumulativa, de ocasionar erros de medicação, de reduzir a adesão ao tratamento e elevar a

morbimortalidade. (SECOLI, 2010). Portanto, a polifarmácia, a potencial toxicidade, o alto custo dos medicamentos e a faixa etária de risco são fatores que também dificultam a obtenção das metas terapêuticas.

Observa-se que o uso inapropriado de medicamentos pode ter consequências como surgimento de eventos adversos (incluindo os letais); de resistência a antibacterianos; farmacodependência, entre outros. Além disso, o uso inadequado e excessivo de medicamentos acarreta um desperdício de recursos, com frequência pago pelos usuários, e trazem como consequência um considerável prejuízo ao paciente devido à falta de resultados positivos e à incidência de reações adversas. (FRANCESCHET, 2010).

Percebe-se ainda no discurso DSC 3.1 que a orientação recebida pelos usuários se deu através do médico e da leitura da bula, não citando em nenhum momento o profissional farmacêutico, que é corresponsável pela qualidade de vida do paciente, pois como tem sua formação dirigida ao medicamento, torna-se o profissional capacitado em garantir a qualidade do mesmo e, conseqüentemente, de uma qualificada assistência farmacêutica por meio da orientação adequada sobre o uso do medicamento.

De acordo com Chemello *et al* 2006, o processo de orientação farmacêutica baseia-se na troca de informações entre o paciente e o farmacêutico, sendo que a compreensão dessas depende do processo de comunicação entre as duas partes, pois ambos atuam e vivem em contextos diferentes da sociedade. A classe social, a escolaridade, a profissão e a capacidade de concentração e compreensão são influências importantes nesse processo, cujo principal objetivo é o uso racional do medicamento, pelo paciente, além de capacitá-lo a reconhecer possíveis sinalizações de problemas decorrentes da farmacoterapia.

5.2 PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS APÓS ACOMPANHAMENTO FARMACÊUTICO

Após oito meses de acompanhamento farmacêutico destes usuários participantes, foram realizadas novas entrevistas, utilizando-se o mesmo formulário com as perguntas semi-estruturadas aplicado na entrevista inicial.

Os resultados apresentados referem-se ao material discursivo de 40 depoimentos, após 8 meses de intervenção farmacêutica. Entre os usuários participantes, 14 (35%) são do sexo masculino e 26 (65%) são de sexo feminino. A idade média é de 64 anos, com amplitude entre 49 e 86 anos.

Serão apresentadas e discutidas a seguir as IC classificadas em categorias de análise relacionadas à entrevista após seis meses de acompanhamento.

Primeira questão: Necessidade e benefícios do uso do medicamento.

Os depoimentos sobre essa questão trazem a ótica dos usuários sobre a necessidade de uso do medicamento, bem como os benefícios que este medicamento trará para a sua saúde.

Do processamento das respostas resultou apenas uma ideia central, apresentada no Quadro1, cujo material permitiu elaborar o DSC 1.

Questão 1: Por que você está usando este medicamento? Que melhorias este medicamento vai trazer para você? (Como você sabe disso?)

Ideia central (IC)	Depoimentos	Frequência %
IC 1 Sei sim, lembro que a farmacêutica me disse na consulta que era pro colesterol, essas coisas...	39/40 depoimentos	97,5

Quadro 1: Ideias centrais dos usuários dislipidêmicos sobre a percepção do uso do medicamento.

A IC 1 foi referida em 97,5% dos depoimentos (Quadro 1). Ela enfatiza a orientação do profissional farmacêutico acerca da indicação e necessidade de uso do medicamento.

Os depoimentos do DSC 1 demonstram o papel do farmacêutico em relação às orientações dispensadas aos usuários sobre o seu tratamento farmacológico e não farmacológico. Pode-se inferir nesse discurso que as informações repassadas pelos

farmacêuticos foram assimiladas, pois os usuários já demonstram certo conhecimento sobre sua doença, sobre a necessidade e benefícios do medicamento que estão usando e sobre a importância de uma alimentação saudável, conforme demonstrado a seguir.

IC 1: Sei sim, lembro que a farmacêutica me disse na consulta que era pro colesterol, essas coisas... IC destacada em 39 (97,5%) dos 40 depoimentos.

DSC 1

“Olha, o que eu sei é que minha gordura tá alta. Da última vez que eu vim, meu colesterol estava muito alto, nossa até tomei um susto na hora que vi. Menina, nem sabia que era por isso que tomava. Lembro que a farmacêutica me disse na consulta, conversou isso da última vez, que era pro colesterol, pro triglicérido, e mais uns outros pra pressão e diabetes, pra regular tudo né? Vai ajudar no tratamento, ai vou ficar melhor, vou ficar bem de novo, vou ficar mais saudável, com menos colesterol Até fiquei com aquilo na minha cabeça. Depois que conversei com a farmacêutica aqui, gravei as coisas: que era porque meu colesterol estava alto, ai precisava melhorar minha alimentação, tomar meu remédio direito essas coisas.”

A Atenção Farmacêutica foi definida pela primeira vez por Hepler e Strand (1990) como a provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos usuários. Posteriormente, a OMS estendeu o benefício da Atenção Farmacêutica para toda a comunidade e ainda reconheceu o farmacêutico como um dispensador de atenção à saúde, que pode participar ativamente na prevenção de enfermidades e na promoção da saúde, junto com outros membros da equipe de saúde (OMS. 1993).

A atenção farmacêutica, assim como outras práticas profissionais, propõe uma filosofia de prática, uma metodologia de trabalho ou processo de cuidado do paciente e um processo de gestão profissional (Cipolle; Strand; Morley, 1998). A filosofia dessa nova prática profissional do farmacêutico prevê uma abordagem centrada no indivíduo, a construção de uma relação terapêutica entre farmacêutico e paciente e a responsabilidade profissional em garantir que todas as necessidades farmacoterapêuticas do paciente sejam atendidas. Dentro dessa filosofia, existe uma primeira premissa que diz que a responsabilidade essencial do farmacêutico nesta prática é contribuir para o uso apropriado, efetivo, seguro e conveniente de medicamentos (Cipolle; Strand; Morley, 1998).

Além disso, envolve o acompanhamento do paciente com dois objetivos principais:
a) responsabilizar-se junto com o paciente para que o medicamento prescrito seja

seguro e eficaz, na posologia correta e resulte no efeito terapêutico desejado; b) atentar para que, ao longo do tratamento, as reações adversas aos medicamentos sejam as mínimas possíveis e quando surgirem, que possam ser resolvidas imediatamente (Cipolle, Strand, Morley, 2000).

Segunda questão: Tratamento não farmacológico.

Os depoimentos sobre essa questão trazem a ótica dos usuários sobre a necessidade de adoção de medidas não farmacológicas, bem como os benefícios que poderão trazer para a promoção da sua saúde.

Do processamento das respostas resultou apenas uma ideia central, apresentada no Quadro 2, cujo material permitiu elaborar o DSC 2.

Questão 2- Além do medicamento, que outras medidas você acha que você tem que tomar para melhorar a sua saúde? Como sabe disso?

Ideia central	Depoimentos	Frequência %
IC 2 Eu tentei mudar de vida.	26/40 depoimentos	65

Quadro 2: Ideias centrais dos usuários dislipidêmicos sobre a percepção da necessidade de adoção de medidas não farmacológicas.

A IC 2 foi referida em 65% dos depoimentos (Quadro 2.). Ela enfatiza a necessidade de mudança nos hábitos alimentares e adoção de atividade física para um melhor resultado no tratamento.

O DSC 2 faz referência a um controle na alimentação, ou seja, necessidade de restrição do consumo habitual dos usuários-participantes de alimentos gordurosos, massas, doces e frituras, por trazerem malefícios ao seu tratamento. Pode-se destacar também que os usuários entendem que devem incluir a atividade física em sua rotina.

IC 2: Eu tentei mudar de vida. IC destacada em 26 (65%) dos 40 depoimentos.

DSC 2

“Olha, eu tentei mudar de vida, igual a farmacêutica e o médico disse, porque estava comendo muito errado. Gosto muito de carne frita, arroz, feijão, feijoada, pé de porco. Minha alimentação melhorou depois que comecei o programa aqui e conversei com a farmacêutica. Eu tento comer tudo certinho: menos fritura, mais verduras, legumes, frango, ovo, essas coisas. Só que as vezes não dá, mas faço o possível, porque parece que tudo é frito né?. Também faço caminhada, quando dá, porque só deixar o remédio fazer a parte dele não dá. Mas estou levando, tentando seguir a dieta do jeito que foi combinado”.

Diante do DSC 2, pode-se observar que a mudança dos hábitos alimentares e adoção de atividade física para adesão ao tratamento e melhor controle da doença não é tão simples, porém após a orientação do médico e farmacêutico os usuários estão tentando, dentro das possibilidades.

Em relação à alimentação para prevenção e controle de dislipidemias considera-se que o consumo de uma dieta saudável possui o efeito de reduzir os marcadores inflamatórios, prevenindo e controlando a resistência insulínica e dislipidemias e outras condições metabólicas associadas à manifestação de doenças crônicas não-transmissíveis (THOMAS, 2015).

De acordo com Péres et. al., (2007) o processo educativo é lento e difícil, justamente porque envolve, pelo menos, três dimensões complexas: a cultural, a social e a econômica.

Adotar uma alimentação saudável não é meramente questão de escolha individual. Muitos fatores – de natureza física, econômica, política, cultural ou social – podem influenciar positiva ou negativamente o padrão de alimentação das pessoas. Por exemplo, morar em bairros ou territórios onde há feiras e mercados que comercializam frutas, verduras e legumes com boa qualidade torna mais factível a adoção de padrões saudáveis de alimentação. Outros fatores podem dificultar a adoção desses padrões, como o custo mais elevado dos alimentos minimamente processados diante dos ultraprocessados, a necessidade de fazer refeições em locais onde não são oferecidas opções saudáveis de alimentação e a exposição intensa à publicidade de alimentos não saudáveis (BRASIL, 2014).

Terceira questão: Problemas relacionados ao uso do medicamento.

Do processamento das respostas resultou em uma ideia central, apresentada no Quadro 3, cujo material permitiu elaborar o DSC 3.

Questão 3: Você sabe de algum problema que pode ter tomando este medicamento? (Como sabe disso?)

Ideia central	Depoimentos	Frequência %
IC 3 Sei sim, depois que conversei com vocês aqui, mas não lembro muito bem não.	28/40 depoimentos	70

Quadro 3: Ideias centrais dos usuários dislipidêmicos sobre os problemas relacionados com o uso do medicamento.

Os depoimentos do DSC 3 retratam a existência de um orientação farmacêutica sobre os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos, ao mesmo tempo que demonstram que alguns usuários absorveram essas informações e outros não. Merece destaque que algumas informações sobre os possíveis efeitos colaterais foram obtidas da leitura da bula.

Portanto, a IC 3 é classificada como os usuários que se lembram e os que não se lembram das orientações farmacêuticas, e esta foi referida em 70% dos depoimentos, como destacado a seguir.

IC 3: Sei sim, depois que conversei com vocês aqui, mas não lembro muito bem não.

DSC 3

“Sei sim, depois que conversei com vocês aqui, mas não lembro muito bem não. Lembro que a farmacêutica me disse, mas esqueci. Não sou boa de cabeça, essas coisas eu não consigo guardar. É, eu lembro mais ou menos dessa parte, mais sei que ele pode trazer uns efeitos, que pode dar umas reações, dores nas pernas, enjoo. Sei que tem efeito que a gente não quer, que não lembro, mas não tenho isso não, graças a Deus. Também li lá na bula que pode causar umas reações meio doidas”.

Através desse discurso pode-se observar que houve orientação farmacêutica, mas que alguns usuários não conseguiram assimilar o que foi repassado, fato que demonstra a necessidade de um acompanhamento farmacêutico constante e contínuo para que se possa alcançar o controle da doença.

Segundo Marin *et.al.*(2003), a orientação farmacêutica consiste no fornecimento de informações ao paciente com o objetivo de ajudá-lo a seguir adequadamente um determinado regime medicamentoso prescrito. Trata-se da complementação da

orientação realizada pelo prescritor, bem como da forma de lembrar as que foram esquecidas pelo paciente (devido à chamada lei do 1/3, onde após uma exposição sobre um tema o ouvinte relembra apenas 30% do relatado), ou aquelas que não julgou importante. (SVARSTAD *et.al.* 2000; RANTUCCI, 1998).

O farmacêutico deve certificar-se de que o paciente está apto a se cuidar, a participar ativamente no seu processo de cuidado e adotar práticas mais saudáveis. Deve, também, identificar possíveis causas de não adesão ao tratamento e sugerir estratégias para contornar essas dificuldades. (NAVES *et.al.*, 2005). Além disso, deve assegurar-se de que entendeu o que lhe foi relatado e de que foi entendido pelo usuário, verificando a necessidade de orientações escritas. Para isso, necessita, no final da orientação, pedir ao paciente que repita as orientações que lhe foram repassadas.

Na entrevista após o programa de orientação farmacêutica foi observada a necessidade de inclusão de mais uma questão para avaliar a forma com que os usuários estavam usando o medicamento, com objetivo de enriquecer o nosso trabalho e ampliar nosso conhecimento, a qual será discutida a seguir.

Questão 4: Modo de uso do medicamento.

Do processamento das respostas resultou apenas uma ideia central, apresentada no Quadro 4, cujo material permitiu elaborar o DSC 4.

Questão 4: Está tomando o medicamento de forma correta?

Ideia central	Depoimentos	Frequência %
IC 4 Sim, estou sim, só às vezes que esqueço.	26/40 depoimentos	65

Quadro 4: Ideias centrais dos usuários dislipidêmicos sobre o uso correto do medicamento.

A IC 4 foi referida em 65% dos depoimentos (Quadro 4). Ela enfatiza o uso correto do medicamento por parte dos usuários após a orientação farmacêutica, porém com alguns esquecimentos.

IC 4: Sim, estou sim, só às vezes que esqueço.

DSC 4

Sim, estou sim, só às vezes que esqueço. Eu tento tomar, porque às vezes eu lembro, às vezes não. Eu também estava usando tudo errado, mas agora concertei. Tem que tomar no horário que tá escrito lá. Mais estou tentando fazer certinho, porque o colesterol não pode ficar alto não. Coloquei na geladeira pra não esquecer, e coloquei o celular para despertar, aí tô lembrando pra não fazer tudo errado como antes. Então, estou tomando certo agora, no horário que a farmacêutica combinou, você precisa de ver. Nunca mais esqueci, pode esquecer mais não.

De acordo com os depoimentos do DSC 4, pode-se notar que os usuários não estavam tomando o medicamento corretamente, e após a orientação do farmacêutico, alguns estão conseguindo, porém outros ainda apresentam dificuldade de lembrar, esquecendo algumas vezes. Entendendo a importância de fazer uso do medicamento nos horários corretos, alguns usuários passaram a usar de artifícios antes não usados para não esquecer, o que demonstra o quanto é importante uma orientação e acompanhamento farmacêutico. Esse discurso nos remete a alguns pontos do DSC 3, onde também houve relato de esquecimento por parte dos usuários, e conforme discutido anteriormente, reforça a necessidade de um acompanhamento contínuo.

O processo de orientação farmacêutica constitui-se de um ordenamento lógico da anamnese farmacológica e oportuniza ao paciente refletir sobre o que sabe (perguntas que fazem pensar) e/ou recordar-se de pontos que não se lembra ou não achou importante (por meio de perguntas abertas direcionadas a um objetivo específico). Por esse processo, podem-se identificar as áreas sobre as quais o paciente necessita de educação e aconselhamento (MARIN, *et.al*, 2003).

De acordo com a OMS, além de colaborar e participar na qualificação profissional do corpo de funcionários, sob a sua responsabilidade, a atuação dos farmacêuticos compreende a participação em atividades que visam assegurar a boa saúde e a prevenção de enfermidades na população. Quanto ao tratamento farmacológico, deve-se assegurar o máximo benefício terapêutico com o menor risco.

5.3 NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS FARMACÊUTICOS ANTES DO TREINAMENTO.

Dos trinta e nove farmacêuticos que inicialmente aceitaram participar do estudo, três foram excluídos por entregar o questionário em branco e somente trinta e seis responderam o questionário com dez questões avaliativas (duas de múltipla escolha e oito objetivas), perfazendo um total de quatorze itens de acerto, sendo seis na dimensão do conhecimento acerca do protocolo, oito acerca da doença e seu tratamento medicamentoso.

Em relação ao protocolo a média de acertos foi de 3 ± 2 questões ($44,4 \pm 25,6\%$) e em relação à doença e seu tratamento a média de acerto foi de 3 ± 1 questões ($37,9 \pm 16,4\%$). Somando-se as duas dimensões a média de acertos foi de 6 ± 2 questões ($40,7 \pm 16,3\%$).

Apenas dois (5,5%) farmacêuticos atingiram o nível de conhecimento considerado bom. O restante teve nível de conhecimento regular (6; 16,7%) ou ruim (28; 77,8%).

Estes resultados demonstram o baixo nível de conhecimento dos farmacêuticos acerca do protocolo e do tratamento da dislipidemia, configurando urgente necessidade de um projeto de capacitação para estes profissionais, visando um melhor atendimento e orientação a estes usuários.

A partir desses resultados, pode-se inferir também que a falta de conhecimento dos usuários sobre a sua doença, sobre a necessidade e benefícios de uso do medicamento, sobre os possíveis efeitos colaterais e sobre a necessidade de mudança no estilo de vida estão diretamente relacionadas à falta de conhecimento dos farmacêuticos.

5.4 NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS FARMACÊUTICOS APÓS O TREINAMENTO.

Dos trinta e seis farmacêuticos iniciais (que responderam o questionário antes do treinamento), cinco não quiseram participar do treinamento e quatro não concluíram o curso, portanto, efetivamente somente vinte e sete concluíram o treinamento e responderam o questionário novamente.

Houve um aumento para $70\pm 13\%$ em relação à média de acertos sobre o protocolo ($4,2\pm 1$ questões; $p<0,05$). Sobre o tema da dislipidemia e tratamento a média de acertos subiu para $62,5\pm 8\%$ (5 ± 1 questões; $p<0,05$). Nas duas dimensões juntas o número de acertos aumentou para $9,2\pm 2$ ($p<0,05$; $65,8\pm 9\%$).

Onze farmacêuticos apresentaram nível de conhecimento bom (40%) e dezesseis apresentaram nível de conhecimento regular (60%). Nenhum farmacêutico apresentou nível de conhecimento classificado como ruim.

Pode-se notar a expressiva melhora no nível de conhecimento dos farmacêuticos, que passou de 2,5% antes do treinamento, para 40% após o treinamento, ressaltando que nenhum farmacêutico obteve um nível de conhecimento ruim.

Conforme avaliação do nível de conhecimento dos usuários após a implantação do serviço clínico farmacêutico, que se deu após o treinamento, observa-se um significativo avanço nos seus conhecimentos, considerando que muitos passaram a identificar alguns efeitos colaterais das estatinas, a entender o motivo e necessidade do uso dos medicamentos, a usar de forma correta esses medicamentos, a reconhecer a necessidade de uma alimentação saudável e adoção de atividade física em sua rotina.

Fica claro, portanto, que quanto maior e melhor o conhecimento do farmacêutico, melhor será o conhecimento dos usuários, o que contribuirá para uma melhor resposta terapêutica, com melhora na qualidade de vida e consequente controle da doença.

Em uma revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por usuários idosos, de uma forma geral, as intervenções realizadas por farmacêuticos mostram resultados positivos, ao reduzir custos, melhorar as prescrições, promover maior adesão do paciente ao tratamento e controlar a possibilidade de reações adversas. (OENNING *et.al*, 2011).

A prática de atenção farmacêutica em unidade básica de saúde melhorou o controle de diversos parâmetros clínicos, dentre os quais parâmetros de perfil lipídico, e reduziu o risco cardiovascular em usuários diabéticos portadores de síndrome metabólica (Plaster *et al.*, 2012). Além disso, o acompanhamento de usuários com

pelo menos dois componentes de síndrome metabólica em farmácia comunitária resultou em maior controle dos parâmetros clínicos, redução do risco cardiovascular e melhoria da qualidade de vida (Saliba, 2013) e, ainda, foi observado que a implantação da atenção farmacêutica em farmácia comunitária aumenta o nível de satisfação dos usuários (Andrade et al., 2009).

Segundo PEZATO *et.al.* 2015, a Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações no ambiente de trabalho para que venha a ser um lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Quando colocamos a educação permanente como ferramenta no processo de trabalho, estamos implantando mudanças no comportamento e através dos resultados observados, percebe-se que esta metodologia funciona e pode mudar conceitos.

A estimulação e promoção do conhecimento, assim como as mudanças no processo de trabalho por meio de educação permanente para os profissionais da saúde são fatores potencializadores na segurança dos usuários (PEZATO *et.al.* 2015).

Bourbeau *et al.* (2004) escreve que o sucesso de um programa de educação requer uma estratégia multifacetada e isto não está somente envolvido com educação sobre a doença, mas também implementação de métodos efetivos que promovam a mudança de comportamento dos usuários.

Assim, a orientação ao paciente quanto ao uso de seus medicamentos requer também que o orientador saiba se ele realmente entendeu o que foi repassado, pois os usuários que são orientados adequadamente tornam-se hábeis a participar de seus cuidados e a segui-los de maneira correta, o que pode aumentar a adesão ao tratamento (Chemello *et al* 2006).

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde, possibilitando aos sujeitos envolvidos uma visão crítica, uma maior participação responsável e autônoma em relação à saúde no dia-a-dia (GAZZINELLI, 2006).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou que o treinamento dos farmacêuticos acerca do PCDT - Dislipidemia: Prevenção de Eventos Cardiovasculares e Pancreatite proporcionou um aumento significativo nos seus conhecimentos, que resultou em uma orientação adequada aos usuários, que pode ser percebida através avaliação da percepção destes usuários sobre a importância do uso correto de seus medicamentos e mudanças no estilo de vida após a capacitação. A estimulação do conhecimento através de capacitação para os profissionais da saúde comprovaram-se ser fatores potencializadores na segurança dos usuários.

Em relação aos usuários, resultados melhores foram encontrados após a implantação dos serviços clínicos farmacêuticos, o que indica a importância da presença do profissional farmacêutico na orientação dos usuários para a correta utilização dos medicamentos. Portanto, conclui-se que as intervenções farmacêuticas relacionadas ao tratamento medicamentoso foram efetivas e contribuíram significativamente para a promoção da saúde dos usuários.

O farmacêutico é um profissional capacitado que possui o conhecimento e habilidades necessárias para solucionar problemas da farmacoterapia, atuar como educador em saúde e promover a melhoria da qualidade de vida da população, principalmente em relação às doenças crônicas.

Este estudo veio demonstrar a importância da capacitação e atualização dos farmacêuticos que atuam no setor público e necessidade da atuação direta deste profissional na dispensação de medicamentos e orientação ao paciente.

7 REFERÊNCIAS

ABADI BL, Budel JM. **Aspectos Clínicos Laboratoriais das Dislipidemias.** Cadernos da Escola de Saúde, Curitiba. 2011; 1(5): 158169.

ARAÚJO, D.R.D. **Como transcrever sua entrevista: técnica de editoração da transcrição de entrevista em pesquisa de abordagem compreensivista.** Psicologia, v.32, n.1, p. 147-157, 2001.

AQUINO, D.S. **Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?** Ciência & Saúde Coletiva, v.13 (Sup), p.733-736, 2008.

BINSFELD, Luciane; RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. **O processo de conformação do perfil assistencial nos hospitais federais da cidade do Rio de Janeiro, Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, p. 209-220, jan. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100209&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 abr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.12822015>.

Bonfim M.R., Oliveira A.S.B., Amaral S.L., Monteiro H.L. **Condutas do tratamento com estatinas no SUS.** Medicina (Ribeirão Preto) 2013;46(1): 47-55. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.b>

BOURBEAU, J. ; NAULT, D. ; DANTG-TAN, T. **Selfmanagement and behaviour modification in CO PD.** Patient Educ Couns, v. 52, n.3, p. 0738-3991, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira.** 2ª edição. Política nacional de atenção básica. Brasília, 2014.

BRASIL. Portaria nº 3.916/GM. **Aprova a Política Nacional de Medicamentos.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 out. 1998. Seção 1, p. 18-22, 2004.

BRASIL - Ministério da saúde. Ministério do planejamento, orçamento, e gestão. **Percepção do estado de saúde, Estilos de vida e doenças crônicas.** Brasil,

grandes regiões e Unidades da federação. Pesquisa Nacional de Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL- Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. **Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle.** Seção 1, p. 45-51

BRASIL - Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.554, DE 30 DE JULHO DE 2013b. **Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Nº 146 – DOU – 31/07/13 – seção 1 – p.69

BRASIL - Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.555, DE 30 DE JULHO DE 2013b. **Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Nº 146 – DOU – 31/07/13 – seção 1 – p.69

BRASIL- Ministério da Saúde. Portaria nº 200, de 25 de fevereiro de 2013a. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Dislipidemia: Prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite.**

CASSARO, K. O. S. et al., **Level of satisfaction of clients of public pharmacies dispensing high-cost drugs in Espírito Santo, Brazil.** *Braz. J. Pharm. Sci.* [online]. 2016, vol.52, n.1, pp.95-103. ISSN 2175-9790.

CHEMELLO, C. et al. **Adaptação de Método de Orientação de Usuários sobre Medicamentos por uma Análise de Compreensão.** *Acta Farm. Bonaerense* 25(4): 613-8 (2006)

CHOR, D. et al. **Doenças cardiovasculares: comentários sobre a mortalidade precoce no Brasil.** *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v.64, n.1, p.15-19, 1995.

CIPOLLE, R. J., et. al. **Problemas relacionados con el medicamento.** *Pharm Care Esp*, *Pharm Care Esp*, [S.l.], *Pharm Care Esp*, v. 1, p. 127-132, 1990. (traduzido de *Ann Pharmacoter*, [S.l.], v. 24, p. 1093-1097, 1990.)

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

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Assistência Farmacêutica no SUS**. - Brasília: CONASS, 2011. 186 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 7).

DINIZ, E.T.; A.L.D; B.F. **Como tratar e diagnosticar Dislipidemia**. Recife: Revista Brasileira de Medicina, 2008.

EIZERIK, Dauana Pitano; MANFROI, Waldomiro Carlos. **Efficacy of pharmaceutical care in dyslipidemia: systematic review**. Clinical & Biomedical Research, [S.l.], v. 28, n. 1, apr. 2008. ISSN 2357-9730. Available at: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/458>>. Date accessed: 14 may 2017.

ESPÍRITO SANTO. Decreto nº 1956-R de 07 de novembro de 2007. **Aprova a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo e dá outras providências, 2007**.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde. Gerência Estadual da Assistência Farmacêutica. **Parâmetros e orientações gerais para implantação de farmácia cidadã na atenção primária à saúde**. Disponível em: <www.saude.es.gov.br>. Acesso em: 02 de março de 2015.

FRANCESCHET-DE-SOUSA, lane et al . **Uso racional de medicamentos: relato de experiência no ensino médico da Unesc, Criciúma/SC**. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 34, n. 3, p. 438-445, Sept. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000300014&lng=en&nrm=iso>. access on 14 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000300014>.

GAZZINELLI, M. F; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. **Educação em saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: Ed UFMG, 2006. 166 p.

GIMENES, Heloisa T. et al. **O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais**. Ciência, Cuidado e Saúde. v. 5. Maringá: 2006.

HEPLER, C. STRAND, L.M. **Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care**. American Journal of Hospital Pharmacists, v.47, n.3, Mar, p 533-43, 1990.

JOINT BRITISH SOCIETIES. **Guidelines on prevention of cardiovascular disease in clinical practice.** Heart, v.91, p.1-52, 2005.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **O discurso de sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos).** Caxias do Sul: Educ, 2003.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O sujeito coletivo que fala.** Interface (Botucatu), Botucatu , v. 10, n. 20, p. 517-524, dez. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200017&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 abr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200017>.

LESSA, I. FONSECA, J. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância.** Ciênc. Saúde Coletiva, v.9, n.4, p.931-943, 2004.

LORGA, Adalberto et al . **Diretrizes para Avaliação e Tratamento de Usuários com Arritmias Cardíacas.** Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 79, supl. 5, p. 1-50, 2002 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2002001900001&lng=en&nrm=iso>. access on 10 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2002001900001>.

MACHADO-DOS-SANTOS, S.C. A Política de Fármacos eleva a Política de Saúde. In: NEGRI, B. & VIANA, A.L.D. (Orgs.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio.** São Paulo: Sobravime ; Cealag, 2002. p. 353-387.

MACHADO-DOS-SANTOS, S.C. **Assistência Farmacêutica no Brasil: um componente essencial do sistema de atenção à saúde.** Cadernos CONASS. Brasília, 2001, Caderno n. 7.

MARIN, N. et al (Org.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais.** Rio de Janeiro: OPAS: OMS, 2003.

MARTINS, Ignez Salas et al . **Dislipidemias e alguns fatores de risco associados em uma população periférica da Região Metropolitana de São Paulo, SP - Brasil. um estudo piloto.** Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 23, n. 3, p. 236-243,

jun. 1989 . Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101989000300009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 abr. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101989000300009>.

MARTINS, I.S. et al. **Doenças cardiovasculares ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes melito em população da área metropolitana da região sudeste do Brasil: I - Metodologia da pesquisa.** Rev. Saúde Pública, v.27, n.4, p.250-261, 1993. MARTINS, L.M.; FRANÇA, A.P.D.; KIMURA, M. **Qualidade de vida de pessoas com doença crônica.** Rev Latino-am. Ribeirão Preto, V. 4, n. 3, p. 5-18, dezembro de 1996.

MELGAÇO, T.B. et.al; **Polifarmácia e ocorrências de possíveis interações medicamentosas.** Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2011/v25n1/a2585.pdf>

MIGUEL SOCA, Pedro Enrique. **Dislipidemias.** ACIMED [online]. 2009, vol.20, n.6, pp. 265-273. ISSN 1024-9435.

MION JUNIOR, D.; KOHLMANN JUNIOR,. O.; MACHADO, C. A.; AMODEO, C.; GOMES, M. A. M.; PRAXEDES, J. N., NOBRE, F.; BRANDÃO, A; ZANELLA, M. T.; GUSMÃO, J. L. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC).** Arq Bras Cardiol. 2007;89(3):24-79.

MIRANZI, S. S. C., et al. **Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família.** Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 672-9.

NAVES, J.O.S; MERCHAN- HAMANN, E.; SILVER, L.D. **Orientação farmacêutica para DST: uma proposta de sistematização.** Ciência &Saúde Coletiva, v.10, n.4, p. 1005-104, 2005.

NECKEL, L.G. et al. **Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(Supl. 1):1463-1472, 2009.

OENNING, Diony. et.al. . **Conhecimento dos usuários sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação.** Ciência e saúde coletiva. v. 16, 2011.

PÉRES, D., et. al. **Dificuldades dos usuários diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos.** Rer. Latino-am. São Paulo, 2007.

PEZATO, Thátira Postali Jacinto; CESARETTI, Mário Luís Ribeiro. **Farmacovigilância hospitalar: importância do treinamento de profissionais na potencialização de suas ações.** Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. ISSN eletrônico 1984-4840, [S.l.], v. 17, n. 3, p. 135-139, set. 2015. ISSN 1984-4840. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/23518>>. Acesso em: 16 maio 2017.

PONTIERI, M. F.; BANCHIO, M. M. **Crenças de usuários diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento.** Rev. Ciência e Saúde coletiva. Goiás, 2010.

RANTUCCI, M;J. **Guia de consejo del farmacêutico al pacient.** Barcelona.(ES): Masson – Willians & Wilkins; 1998. 281p.

REZENDE, Ana Maria Bartels. **Ação educativa na Atenção Básica à Saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional.** 2011. Tese (Doutorado em Nutrição em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. DOI:10.11606/T.6.2011.tde-27072011-041835. Acesso em: 2017-04-09.

SABATÉ E. **Adherence to long-term Therapies: Evidence for action.** World Health Organization, Suíça, 2003, 194p.

SALES, F. et al. **O emprego da abordagem DSC (discurso do sujeito coletivo) na pesquisa em educação.** Linhas, v.8, n.1, p.124-145, 2007.

SANTOS, José Ernesto dos; GUIMARAES, Armênio Costa; DIAMENT, Jayme. **Consenso Brasileiro Sobre Dislipidemias Detecção, Avaliação e Tratamento.** Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo , v. 43, n. 4, p. 287-305, Aug. 1999 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000400005&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Apr. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27301999000400005>.

SARTÓRIO, M.J; SILVA, C;R. **Farmácia Cidadã: Um conceito moderno em saúde.** Rev. Conselho Federal de Farmácia: Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS. Nº 01. 2013. Disponível em http://www.cff.org.br/docs/exp_exitosas_01.pdf.

SCHUSTER, J. OLIVEIRA, A. DAL BOSCO, S. **O papel da nutrição na prevenção e no tratamento de doenças cardiovasculares e metabólicas.** Rev. Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul. Nº 28. 2015.

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – SBEM. Humaitá/RJ. 2014.

SECOLI, Silvia Regina. **Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos.** Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 63, n. 1, p. 136-140, Feb. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100023&lng=en&nrm=iso>. access on 13 May 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100023>.

SILVA, Tatiane. et al. **Nível de informação a respeito dos medicamentos prescritos a usuários ambulatoriais de hospital universitário.** Cadernos de saúde Pública, v. 16, Rio de Janeiro: 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretriz brasileira sobre dislipidemia e prevenção da aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013.**

SVARSTAD, B.L.et al . **Patient Couseling Provided in Community Pharmacies: Effect of State Regulation,** Pharmacist Age and Busyness. Journal of American Pharmacist Association, v.44, n.1, p22-29, 2004.

The Whoqol Group. **The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization.** Soc Sci Med. 2000.

THOMAS, L.M.; FRANZ, B.B.L.; **A importância da alimentação na prevenção de doenças cardiovasculares.** Salão do conhecimento Unijui. Rio Grande do Sul. 2015.

TOLEDO, M. A.; MORLEY P. C.; STRAND, L. M.. **Comprehensive pharmaceutical care: an overview of an involving practice model.** Journal of Pharmacy Teaching, v.5, n.12, p.73-84, Jan./ Apr. 1996.

TOLEDO, M. ABREU, N. LOPES, A. **Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde.** Rev. Saúde Pública 2013;47(3):540-8.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde.** Physis. v.14, n.1, p.67-83, 2004.

YACH, D. et al. Global burden of chronic diseases. **Overcoming impediments to prevention and control.** Journal of the American Medical Association, v.291, n.21, p.2616-2622, 2004.

World Health Organization. **The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life.** Geneva: World Health Organization, 2002. [Acessado em 10 de Maio de 2017]. Disponível em <http://www.who.int/whr/2002/en/>

8 ANEXO

SOCIEDADE EDUCACIONAL
DO ESPIRITO SANTO
UNIDADE DE VILA VELHA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do uso racional de medicamentos para tratamento de pacientes dislipidêmicos com risco cardiovascular alto, atendidos nas Farmácias Cidadãs: diagnóstico do serviço e implantação de orientações farmacêuticas sistematizadas (impacto sobre desfechos clínicos e humanísticos)

Pesquisador: Tadeu Uggere de Andrade

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 29305014.1.0000.5064

Instituição Proponente: SOC EDUC DO ESP SANTO UNIDADE DE V VELHA ENSINO SUPERIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 721.998

Data da Relatoria: 30/07/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo que será realizado em duas fases: Fase 1: estudo retrospectivo dos processos de dispensação de medicamentos para tratamento de pacientes dislipidêmicos pelas Farmácias Cidadãs do ES, fase em que serão levantadas informações para traçar o perfil dos usuários e o cumprimento do protocolo na dispensação desses medicamentos. Na fase 2 será realizado um estudo observacional, longitudinal e prospectivo com 95 pacientes dislipidêmicos e atendidos em Farmácia Cidadã do ES. Os seguintes desfechos clínicos serão avaliados antes e depois da implantação dos serviços farmacêuticos sistematizados: a) primários: qualidade de vida, mortalidade, eventos cardiovasculares maiores, risco cardiovascular e biomarcador de aterosclerose[LDL(-)]; b) secundários: nível de satisfação dos usuários, perfil lipídico, PCR ultrasensível, nível de conhecimentos dos farmacêuticos, nível de informações dadas aos usuários. Para seleção da amostra serão utilizados critérios de exclusão baseado no Protocolo de Dislipidemia, a saber: a) hipotireoidismo descompensado (TSH acima de 10 mcUI/ml); b) gestantes ou mulheres em idade fértil que não estejam utilizando pelo menos dois métodos contraceptivos seguros ou que não tenham contracepção definitiva; c) doença hepática aguda ou crônica grave (como elevação das transaminases mais de 3 vezes os valores normais, icterícia ou prolongamento

Endereço: Rua Comissário José Dantas de Melo, 21

Bairro: Boa Vista

CEP: 29.102-770

UF: ES

Município: VILA VELHA

Telefone: (27)3241-2080

Fax: (27)3241-2080

E-mail: cep.uvv@gmail.com

**SOCIEDADE EDUCACIONAL
DO ESPIRITO SANTO
UNIDADE DE VILA VELHA**



Continuação do Parecer: 721.998

do tempo de protrombina); ou d) hipersensibilidade ou evento adverso prévio conhecido ao medicamento ou a qualquer componente da fórmula. Além disso, serão excluídos os indivíduos que não forem aderentes ao programa e que não comparecerem para a coleta de amostra de sangue e dosagens bioquímicas ou se recusarem a assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Objetivo da Pesquisa:

Realizar o diagnóstico do serviço de dispensação de medicamentos do componente especializado da Assistência Farmacêutica para o tratamento de pacientes dislipidêmicos atendidos nas Farmácias Cidadãs do Estado do Espírito Santo. Avaliar o impacto sobre desfechos clínicos e humanísticos da implantação de orientações sistematizadas dirigidas aos pacientes dislipidêmicos que recebem medicamentos do componente especializado da Assistência Farmacêutica para o tratamento da aterosclerose, atendidos nas Farmácias Cidadãs do estado do Espírito Santo; visando o uso racional desses medicamentos. Pretende-se verificar a hipótese de que a realização do diagnóstico do serviço de dispensação de medicamentos do componente especializado da AF para o tratamento de pacientes dislipidêmicos atendidos nas Farmácias Cidadãs do Espírito Santo (ES), e a avaliação do impacto sobre desfechos clínicos e humanísticos da implantação de orientações farmacêuticas sistematizadas voltados para esses pacientes irá gerar melhorias nas dimensões: a) serviço; b) saúde dos usuários e c) estratégicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A coleta de sangue será realizada por profissional de farmácia com experiência em punção venosa. A coleta de exames laboratoriais por acesso venoso periférico não apresenta riscos graves ao voluntário do estudo, mas caso gere desconforto durante a realização do procedimento, o mesmo será imediatamente interrompido. Como a pesquisa envolve aplicação de questionário, podem ocorrer o risco de cansaço vocal para os voluntários. Caso isso ocorra, as perguntas do questionário serão finalizadas e remarcada para outra data. As repostas ao questionário podem gerar algum tipo de constrangimento para o voluntário, o que será minimizado pelo fato de o nome do voluntário não aparecer nos resultados da pesquisa. Além disso, o voluntário pode, a seu critério, se recusar a responder ao questionário. Por outro lado os benefícios incluem: exame laboratorial incluindo biomarcador de aterosclerose[LDL(-)]; perfil lipídico, PCR ultrasensível, avaliação da qualidade de vida. No caso de alteração nos níveis de LDL(-) ou no perfil lipídico, o voluntário receberá orientações preliminares será encaminhado para profissional especializado para diagnóstico complementar e tratamento adequado. Além disso, os usuários das Farmácias Cidadãs portadores de dislipidemia, ao receberem orientações sobre o uso correto de seus

Endereço: Rua Comissário José Dantas de Melo, 21
Bairro: Boa Vista **CEP:** 29.102-770
UF: ES **Município:** VILA VELHA
Telefone: (27)3241-2080 **Fax:** (27)3241-2080 **E-mail:** cep.uvv@gmail.com

**SOCIEDADE EDUCACIONAL
DO ESPIRITO SANTO
UNIDADE DE VILA VELHA**



Continuação do Parecer: 721.998

medicamentos, reforço sobre o conhecimento da sua doença, das medidas não farmacológicas de apoio, entre outras; dos farmacêuticos ao receberem seus medicamentos, todas as vezes que forem à Farmácia, terão mais conhecimento sobre sua condição de saúde e seu tratamento. Isso provavelmente aumentará as chances de sucesso do tratamento e controle de sua condição de saúde o que pode reduzir as complicações cardiovasculares, a chances de reações adversas, o número de hospitalizações e melhorando a qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa está claramente delineado e justificado, sendo que riscos e benefícios estão detalhadamente descritos, bem como os procedimentos que serão realizados para minimizá-los, de tal forma que não há aspectos éticos que comprometam a sua realização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- 1) Termo de consentimento de uso de bancos de dados: anexado uma declaração do grupo de pesquisa sobre os aspectos éticos que permearão o uso de banco de dados, dirigido ao Gestor de Assistência Farmacêutica do Estado do Espírito Santo.
- 2) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido bastante detalhado e adequado ao recomendado pela legislação pertinente.
- 3) Instrumentos de coleta de dados: apresentado apenas o questionário de avaliação da satisfação do usuário da Farmácia Cidadã, utilizado em outro estudo similar publicado.

No entanto, na primeira apreciação do Projeto, não encontrava-se anexado outros três instrumentos para coleta de dados, a saber:

- 1) Escala de Qualidade de Vida;
- 2) questionário que será utilizado para avaliar o nível de conhecimento dos Farmacêuticos das Farmácias Cidadãs acerca do Protocolo de Dislipidemia, da Aterosclerose/Dislipidemia e dos medicamentos (farmacologia) usados para seu tratamento;
- 3) roteiro de entrevista estruturada para avaliação do nível de conhecimento dos usuários acerca do uso correto dos medicamentos dispensados.

Recomendações:

Anexar os instrumentos de coleta de dados, ausentes e relatados no item anterior.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Dada as considerações anteriores, que justificam a realização do estudo e não lhe atribui nenhum

Endereço: Rua Comissário José Dantas de Melo, 21	
Bairro: Boa Vista	CEP: 29.102-770
UF: ES	Município: VILA VELHA
Telefone: (27)3241-2080	Fax: (27)3241-2080 E-mail: cep.uvv@gmail.com

SOCIEDADE EDUCACIONAL
DO ESPIRITO SANTO
UNIDADE DE VILA VELHA



Continuação do Parecer: 721.998

tipo de comprometimento em relação aos aspectos éticos;

Considerando que, atendendo a solicitação deste Colegiado, os instrumentos de pesquisa citados anteriormente, que não estavam anexados quando da primeira apreciação do projeto, forem agora anexados;

Recomendo a aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado aprova o parecer do relator, aprovando o projeto para sua execução. Lembro ao pesquisador que após a conclusão do estudo, deverá ser encaminhado a este comitê a conclusão do estudo, com modelo disponível na página do CONEP.

VILA VELHA, 17 de Julho de 2014

Assinado por:
Valéria Rosseto Lemos
(Coordenador)

Endereço: Rua Comissário José Dantas de Melo, 21
Bairro: Boa Vista **CEP:** 29.102-770
UF: ES **Município:** VILA VELHA
Telefone: (27)3241-2080 **Fax:** (27)3241-2080 **E-mail:** cep.uvv@gmail.com