

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA – FACENE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARGARETH GUIMARÃES DA SILVA

**RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS E O
USO SEGURO DAS PLANTAS MEDICINAIS: CARTILHA PARA ATENÇÃO
BÁSICA**

JOÃO PESSOA - PB

2020

MARGARETH GUIMARÃES DA SILVA

**RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS E O
USO SEGURO DAS PLANTAS MEDICINAIS: CARTILHA PARA ATENÇÃO
BÁSICA**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família das Faculdades de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, como exigência para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Saberes, práticas e tecnologias do cuidado em saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria do Socorro Vieira Pereira

JOÃO PESSOA - PB

2020

S578r

Silva, Margareth Guimarães da

Reconciliação medicamentosa em hipertensos e diabéticos e o uso seguro das plantas medicinais: cartilha para atenção básica / Margareth Guimarães da Silva. – João Pessoa, 2020.

100f.; il.

Orientadora: Prof^ª. Maria do Socorro Vieira Pereira.

Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE.

1. Reconciliação Medicamentosa. 2. Alta Hospitalar. 3. Fitoterapia. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDU: 614:688

MARGARETH GUIMARÃES DA SILVA

**RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS E O
USO SEGURO DAS PLANTAS MEDICINAIS: CARTILHA PARA ATENÇÃO
BÁSICA**

Dissertação apresentada pela aluna Margareth Guimarães da Silva, do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, tendo obtido o conceito de Mestre, conforme apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: 30 de março de 2020.

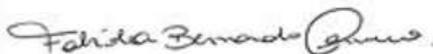
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a. Dra. Maria do Socorro Vieira Pereira – Orientadora
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE)



Prof.^a. Dra. Yana Balduino de Araújo – Membro interno
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE)



Prof.^a. Dra. Fabíola Carneiro – Membro externo
(Universidade Federal da Paraíba – UFPB)

Dedicatória

Dedico a Deus, a minha mãe (*in memoriam*) e a todos que incentivaram, apoiaram, durante essa caminhada árdua, que o Senhor venha derramar suas bênçãos sobre todos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu “DEUS” pelo amor, carinho, cuidado, fidelidade e suas bênçãos. A Ele seja dada honra e glória.

Ao meu esposo, Yussif, pela paciência, compreensão, companheirismo e incentivo para alcançar o meu objetivo.

Aos meus filhos, Anna Dhara e Raiff, pela paciência e amor para que eu chegasse à realização do meu objetivo.

À minha mãe, quero agradecer pelo seu amor, bondade, companherismo e sua grandiosa amizade. Que “DEUS” venha restaurar sua saúde e ampliar seus dias de vida.

À orientadora amável, compreensível e amiga, Doutora Maria do Socorro, pelos seus preciosos ensinamentos no decorrer dessa trajetória e por ser uma referência de educadora e pesquisadora. A ela, minha admiração e gratidão. Que “DEUS” venha abençoá-la todos os dias de sua vida com paz, saúde, felicidade e longos anos de vida.

Aos amigos maravilhosos, agradeço à Doutora Fabíola Carneiro, Karol, Romulo Passos e Gyslaine pela atenção, companherismo e carinho.

Agradeço também à minha irmã (Macilda), sogra (Amosis), sogro (Yusef Murad) e meu irmão (Wagner) e a todos que me ajudaram direto ou indiretamente.

“Combati o bom combate, terminei a corrida, guardei a fé”.

2 Timóteo 4: 7

RESUMO

O uso incorreto e o mau gerenciamento de medicamentos ocasionam problemas, gerando aumento de morbimortalidade, elevação de custos à saúde e prejuízos à segurança e à qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde, particularmente para pacientes hipertensos e diabéticos. Observa-se a ausência de uma atenção específica voltada para a reconciliação medicamentosa, após alta hospitalar, mesmo constando no cenário das políticas de saúde atuais, a exemplo da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que visa promover a melhoria das condições de vida e saúde da população usuária de medicamentos, como também da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). O presente estudo objetiva construir uma cartilha educativa com orientações sobre a reconciliação medicamentosa para o uso correto dos medicamentos e da fitoterapia como terapêutica complementar destinada aos pacientes hipertensos e diabéticos em alta hospitalar, como também ser utilizada na Unidade de Saúde da Família. Trata-se de um estudo metodológico, descritivo, documental e de campo, no qual serão revisados os prontuários dos pacientes, verificando-se o histórico de medicamentos, com o intuito de avaliar as reações adversas, interações e discrepâncias durante o processo de reconciliação, como também avaliar o conhecimento e a utilização de plantas medicinais pelos pacientes. O percurso metodológico foi definido em três etapas: 1) reflexão sobre a temática; 2) realização de pesquisa e investigação preliminar mediante um questionário estruturado; 3) implementação da aplicação com a elaboração da cartilha. A pesquisa preliminar foi realizada em unidade de internação do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB, cidade de João Pessoa – PB. A população foi constituída por 124 pacientes hipertensos e/ou diabéticos entrevistados. Este estudo obedeceu às diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas na resolução n.º 466/ 2012 do CNS, as quais devem ser cumpridas nos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, devendo, ainda, atender aos fundamentos éticos e científicos também nela elencados. Os resultados obtidos na pesquisa demonstraram que a maior parte dos pacientes do estudo 57,2% (n = 71) relataram ter o diagnóstico de HAS, enquanto 39,5% (n = 49) apresentaram HAS/DM, e 3,2% (n = 4), diabetes; a maioria na faixa etária maior/igual a 60 anos. Neste estudo, foram encontradas 178 discrepâncias, sendo 137 intencionais e 41 não intencionais. A maior parte dos pacientes da pesquisa 68,5% (n = 85) não eram adeptos ao uso de plantas medicinais, 31,45% (n = 39), entretanto entre os que usavam a forma mais utilizada foi o chá. Neste cenário, após a elaboração da cartilha esta auxiliará os profissionais de saúde, para garantia do uso racional de medicamentos, como também fornecerá orientações, sobre a utilização das plantas medicinais, com intuito de orientar os pacientes e assim evitar interações e problemas relacionados com medicamentos.

Descritores: Reconciliação medicamentosa. Alta hospitalar. Fitoterapia. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Misuse and mismanagement of medications cause problems leading to increased morbidity and mortality, increased health costs and impairments to safety and quality of life of health care users, particularly for hypertensive and diabetic patients. There is a lack of specific attention focused on drug reconciliation after hospital discharge, even in the current health policy scenario, such as the National Pharmaceutical Assistance Policy (PNAF), which aims to promote the improvement of living conditions and health of the drug user population, as well as the National Policy for Integrative and Complementary Practices (PNPIC) and the National Policy for Medicinal and Phytotherapeutic Plants (PNPMF). This study aims to build an educational booklet with guidelines on drug reconciliation for the correct use of medicines and herbal medicine as complementary therapy for hypertensive and diabetic patients discharged from hospital, as well as to be used in the Family Health Unit. This is a methodological, descriptive, documentary and field study, where patients records will be reviewed, checking drug history, in order to assess adverse reactions, interactions and discrepancies during the reconciliation process, as well as to assess knowledge and the use of medicinal plants by patients. The methodological course was defined in three stages: 1) reflection on the theme; 2) conducting preliminary research and investigation through a structured questionnaire; 3) implementation of the application with the preparation of the booklet. The preliminary research was conducted in an inpatient unit of Lauro Wanderley University Hospital/UFPB, city of João Pessoa-PB. The population consisted of 124 hypertensive and/or diabetic patients interviewed. This study complies with the guidelines and regulatory standards set forth in CNS Resolution No. 466/2012, which must be complied with in research projects involving human beings that must also meet the ethical and scientific foundations also listed therein. The results obtained in the research show that most patients in the study 57.2% (n = 71); reported having a diagnosis of SAH, while 39.5% (n = 49) had SAH/DM and 3.2% (n = 4) diabetes; most in the age group over / equal to 60 years. In this study, 178 discrepancies were found, 137 intentional and 41 unintentional; Most of the research patients 68.5% (n = 85) were not adept to use medicinal plants, 31.45% (n = 39), however among those who used the most used form was tea. In this scenario, the booklet will help health professionals to ensure the rational use of medicines, as well as provide guidance on the use of medicinal plants to guide patients and thus avoid drug-related interactions and problems.

Descriptors: Drug reconciliation. Hospital discharge. Phytotherapy. Primary health care.

RESUMEN

El uso incorrecto y la mala administración de medicamentos engendran problemas, ocasionando el aumento de la morbimortalidad, altos costos con la salud y perjuicios a la seguridad y calidad de vida de los usuarios del Sistema de Salud, particularmente entre los pacientes hipertensos y diabéticos. Se observa que hay la ausencia de una atención específica envuelta a la reconciliación medicamentosa, luego de la alta médica, aunque haya una constatación del actual escenario de las políticas de salud, teniendo por ejemplo la Política Nacional de Asistencia Farmacéutica (PNAF), el cual objetiva promover la mejoría de las condiciones de vida y salud de la población usuaria de medicamentos, así como la Política Nacional de Prácticas Integrantes y Complementares (PNPIC) y la Política Nacional de Plantas Medicinales y Fitoterapias (PNPMF). El estudio presente tiene por objetivo construir un manual educativo con orientaciones sobre la reconciliación medicamentosa tratando sobre el uso correcto de los medicamentos y de Fitoterapias como una manera terapéutica complementar destinado a los pacientes hipertensos y diabéticos con alta médica, así como usarla en la Unidad de Salud de la Familia. Este trabajo es un estudio metodológico, descriptivo, documental y de estudio de campo, en el cual se revisaron las historias clínicas de los pacientes, verificándose el histórico de medicamentos, con la intención de evaluar las reacciones adversas, interacciones y discrepancias durante el proceso de reconciliación, así como evaluar el conocimiento y la utilización de plantas medicinales por los debidos pacientes. El trayecto metodológico fue definido en tres etapas: 1) Reflexión sobre la temática; 2) Realización de la búsqueda e investigación preliminar mediante un cuestionario estructurado; 3) Implemento de la aplicación con la elaboración del manual. La investigación preliminar fue efectuada en la unidad de internación del Hospital Universitario Lauro Wanderley/UFPB, en la ciudad de João Pessoa – PB. Fueron 124 pacientes que constituyeron el estudio, los entrevistados eran hipertensos y/o diabéticos. Este estudio obedeció a las directrices y normas reglamentares establecidas en la resolución n° 466/2012 del CNS, las cuales deben ser cumplidas en los proyectos de investigación involucrando seres humanos, debiendo aún atender a los fundamentos éticos y científicos que hacen parte de su elenco. Los resultados obtenidos en la investigación demuestran que la gran parte de los pacientes del estudio 57,2% (n=71) relataron el diagnóstico de HAS, mientras 39,5% (n=49) presentaron HAS/DM, y 3,2% (n=4) diabetes; teniendo la gran mayoría el rango de edad mayor o igual a 60 años. En este estudio fueron encontradas 178 discrepancias, de las cuales 137 fueron intencionales y 41 no intencionales. La gran parte de los pacientes de la investigación 68,5% (n=85) no eran adeptos a la utilización de plantas medicinales, mientras que 31,5% (n=39) de los que usaban plantas medicinales, hacían uso específicamente de tés medicinales. Con este contexto, después de elaborar el manual, este ayudará a los profesionales de la salud para garantizar el uso racional de medicamentos, así como el fornecimiento de orientaciones sobre la utilización de las plantas medicinales, con la intención de orientar a los pacientes y consecutivamente evitar interacciones y problemas relacionados con los medicamentos.

Descriptor: Reconciliación medicamentosa. Alta médica. Fitoterapia. Atención primaria a la Salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Diagnóstico da hipertensão, diabetes, hipertensão/diabetes dos pacientes da pesquisa.	40
Tabela 2 - Dados demográficos.	40
Tabela 3 - Frequência do tabagismo e etilismo entre os pacientes da pesquisa	41
Tabela 4 - Prática de atividades físicas entre os pacientes da pesquisa.....	42
Tabela 5 - Medicamentos mais utilizados pelos pacientes da pesquisa.....	42
Tabela 6 - Discrepâncias encontradas no estudo: intencionais e não intencionais	43
Tabela 7 - Uso de plantas medicinais pelos pacientes do estudo	43
Tabela 8 - Plantas medicinais mais citadas pelos pacientes da pesquisa.....	44

LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Mapa Conceitual: Etapas da construção do produto tecnológico do estudo.....	38
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
AMSP	Aliança Mundial para Segurança do Paciente
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
APS	Atenção Primária a Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EAS	Eventos Adversos
EAMS	Eventos Adversos a Medicamentos
EM	Erros de Medicamentos
ESF	Equipe Saúde da Família
e-SUS	Software público que pretende integrar as informações do Sistema Único de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Programa de Cadastramento e Acompanhamento de Pacientes Hipertensos e Diabéticos
ICTQ	Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade
IM	Interação Medicamentosa
IMP	Interação Medicamentosa Potencial
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pressão Arterial
PIC	Práticas Integrativas Complementares
PM	Plantas Medicinais
PNAF	Política Nacional Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PRM	Problemas Relacionados a Medicamentos
RAM	Reações Adversas a Medicamentos
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENISUS	Relação Nacional de Plantas Medicinais ao Interesse do SUS
RM	Reconciliação medicamentosa
RT	Reconciliação Terapêutica
TPH	Tempo de Permanência Hospitalar
USF	Unidades Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Justificativa.....	17
1.2	Objetivos.....	19
1.2.1	Objetivo geral.....	19
1.2.1	Objetivos específicos.....	19
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2.1	Abordagens sobre as políticas públicas para hipertensão e diabetes.....	21
2.2	Considerações sobre as políticas de medicamentos e assistência Farmacêutica.....	23
2.3	A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF).....	24
2.4	A fitoterapia na estratégia da hipertensão e diabetes.....	28
2.5	Processo de reconciliação medicamentosa.....	29
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	33
3.1	Tipo de pesquisa.....	33
3.2	Etapa 1.....	33
3.2.1	Reflexão sobre a temática.....	33
3.2.2	Processo e investigação preliminar como caminho da inovação.....	34
3.2.2.1	<i>Local da pesquisa.....</i>	34
3.2.2.2	<i>População e amostra.....</i>	34
3.2.2.3	<i>Instrumento para coleta de dados.....</i>	34
3.2.2.4	<i>Procedimento para coleta de dados.....</i>	34
3.2.2.5	<i>Análise de dados.....</i>	35
3.3	Etapa 2.....	35
3.3.1	<i>Implementação da aplicação com a elaboração da cartilha.....</i>	36
3.4	Aspectos éticos.....	38
4	RESULTADOS	40
5	DISCUSSÃO	45
6	PRODUTO FINAL.....	54
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77

REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICES.....	93

1 INTRODUÇÃO

A prevalência elevada nos últimos anos da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), no Brasil, representa, atualmente, importante desafio para o sistema de saúde como um todo: doenças crônicas não transmissíveis constituem um dos maiores desafiadores de problemas de saúde pública. Vários são os fatores que influenciam na grande prevalência de casos dessas doenças, como: maior expectativa de vida; estilo de vida sedentário, dieta rica em açúcares e gorduras. Em decorrência das políticas públicas implantadas no país, ocorreu ampliação do acesso aos serviços de saúde, aumento de diagnósticos e tratamento, tendo como consequência maior expectativa de vida da população (STOPA et al., 2018).

A associação entre HAS e DM causa mortalidade, havendo maior evidência para as doenças renais, cardíacas e acidente vascular cerebral, associando-se também com dislipidemias, estado pré-trombótico e disfunção cardíaca. Estudos mostram que a incidência de hipertensão é o dobro entre diabéticos, e o risco de doenças cardiovasculares é quatro vezes maior em ambas as doenças (FRANCISCO et al., 2018).

O tratamento farmacológico ainda é uma das principais formas de tratamento dessas doenças, uma vez que o medicamento é uma ferramenta terapêutica importante. No entanto, quando utilizado de forma incorreta, pode conduzir sérios riscos para a saúde e levar ao alto custo e desperdício de recursos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, estima-se que, no mundo, metade de todos os medicamentos são inadequadamente prescritos, dispensados, e a metade dos pacientes não fazem o uso correto do medicamento (MENDES et al., 2014).

Os erros de medicação ocasionam agravos à saúde, e estes são definidos como um evento evitável ocorrido em qualquer fase da terapia medicamentosa, que pode ou não ocasionar dano ao paciente. A Reconciliação Medicamentosa (RM) permite detectar, interceptar e corrigir discrepâncias entre o tratamento prévio e o tratamento proposto, suspender medicamentos desnecessários e revisar a segurança e adequabilidade do regime farmacoterapêutico (AVELAR et al., 2010; MARQUES; ROMANO-LIBER, 2014).

A reconciliação medicamentosa é descrita como um processo para obtenção de uma lista completa, precisa e atualizada dos medicamentos que cada paciente utiliza em casa, incluindo nome, dosagem, frequência e via de administração, comparada com as prescrições médicas feitas na admissão, transferência, consultas ambulatoriais e altas hospitalares. É

recomendada como um dos procedimentos operacionais para facilitar a implantação e a avaliação de soluções padronizadas para a segurança do paciente pelo projeto internacional “*High 5s Project*”, lançado pela Organização Mundial da Saúde em 2006 (THE JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 2008; FRIZON, 2014).

O processo de alta hospitalar envolve a transição do cuidado, pois os pacientes se encontram vulneráveis, e a ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos, na maioria das vezes, resulta em atendimento de serviços de urgência, culminando na readmissão hospitalar (MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014).

As Reações Adversas a Medicamentos (RAM) significam uma resposta prejudicial e não intencional que acontece com medicamentos em doses usualmente empregadas no ser humano para profilaxia, diagnóstico, tratamento de doença ou para modificação de funções fisiológicas. Geram custos e causam danos aos pacientes, uma vez que necessitam de cuidados adicionais, resultando em impacto ao sistema de saúde (MODESTO et al., 2014). Assim, a reconciliação medicamentosa, orientação ao paciente e ao cuidador e seguimento domiciliar devem ser desenvolvidos em hospitais como estratégias para a diminuição dos riscos de ocorrência de eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos após a alta hospitalar, o que em muito contribuirá para evitar danos ao paciente e prejuízos financeiros ao sistema de saúde (MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014).

Para detectar reações adversas a fármacos e prevenir Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) evitáveis, muitos hospitais certificados têm feito esforços para criar Serviços de Farmácia Clínica. Estudos demonstram que a utilização da RM reduz bruscamente as possibilidades de Efeitos Adversos (EAS) na aplicação de medicamentos, utilizados tanto em casa como nos hospitais, em cerca de 70%, tornando a RM uma prioridade absoluta para as Organizações Internacionais de Acreditação. Estes dados são utilizados para aperfeiçoar a utilização dos medicamentos em todos os pontos de transição do paciente dentro do sistema de saúde e têm como principal objetivo diminuir a ocorrência de erros de medicação quando o paciente permuta de nível de assistência à saúde, passando do nível de atenção secundário para o primário (MANZORRO et al., 2011; OKUMURA, SILVA; COMARELLA, 2016).

A realidade da farmácia clínica hospitalar identifica o apoio do farmacêutico ao prescritor no momento da prescrição. Na farmacovigilância, no âmbito da atenção farmacêutica, encontra-se a orientação da alta hospitalar, levando em conta o elevado número de pacientes que recebem alta com receituário de medicamentos para a terapia sequencial

oral, para ser autoadministrada em domicílio, com pouca ou nenhuma orientação, e também o elevado número de pacientes que ficam internados no serviço de saúde hospitalar, utilizando apenas terapia oral, aumentando os custos hospitalares e os riscos de infecção hospitalar. A segurança do paciente assume particular importância em situações de transição do cuidado, particularmente na alta hospitalar, quando o uso de medicamentos é complexo, aumentando o risco de erros de medicação, devido à transferência incorreta ou informações mal interpretadas e incompletas, assim como o envolvimento de múltiplas ações, uma atuação multiprofissional e interinstitucional (LIMA et al., 2016).

As organizações governamentais e não governamentais, as instituições de ensino e pesquisa, os profissionais de saúde e até os próprios pacientes e cuidadores debatem o tema sobre a redução do risco a um mínimo aceitável de danos desnecessários, associados ao atendimento em saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (AMSP), com o intuito de promover políticas para melhorar a segurança do paciente, fazendo com que os países em questão tivessem maior atenção ao tema (ANDREAZZA et al., 2011; BRASIL, 2013). No Brasil, essa política também foi adotada pelo Ministério da Saúde (MS), que aplicou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Aliados a esta medida, têm-se os serviços da atenção primária, representados pela Estratégia de Saúde da Família, englobando mais de 30.000 equipes multiprofissionais implantadas por todo o território brasileiro, tendo como enfoque principal a promoção da saúde e a prevenção da doença por intermédio de profissionais na formação clínica, mas com percepção epidemiológica e social para interagir de forma individual, com a família e a sociedade (JULIÃO; WEIGELT, 2011).

A atenção primária à saúde é um dos condicionantes da dinâmica regional da saúde. No entanto, estudos realizados por Bousquat et al., (2019), em uma análise multidimensional de cinco regiões de saúde, demonstram que, na dimensão da política, observou-se fragilidade na cooperação intergovernamental e no protagonismo da esfera estadual, além da incapacidade da Comissão Intergestores Bipartite em se configurar como espaço de planejamento e pactuação, assim como se verificou, na dimensão da estrutura, a insuficiência de condições que assegurem minimamente a execução de funções essenciais da atenção primária à saúde. Observando-se, ainda, a escassez, má distribuição e problemas de qualificação de recursos humanos, além do subfinanciamento das ações, os resultados demonstraram que a superação dos constrangimentos identificados é central para o fortalecimento do próprio SUS como sistema público de igualdade e integralidade.

O Governo Federal, com o intuito de promover estudo científico na área, a elaboração de ferramentas capazes de desenvolver o uso sustentável da flora brasileira e a produção de medicamentos, aprovou o Decreto n.º 5.813, de 22 de junho de 2006, criando a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) e instituiu um Grupo Interministerial de Trabalho para a elaboração de um programa nacional sobre o uso de medicamentos oriundos dos biomas brasileiros (JOLY et al., 2011).

A busca pela manutenção da saúde de forma natural é uma área promissora no desenvolvimento de terapias fitoterápicas e refere-se ao tratamento e alívio dos sintomas. Vários estudos revelam que, no Brasil, as plantas medicinais e seus derivados são amplamente utilizados como terapêutica alternativa, sobretudo por pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e que estão em tratamento com outros medicamentos. A utilização de plantas medicinais, ao longo dos tempos, é cultural, o que leva ao uso indiscriminado de plantas medicinais e à automedicação (entendida como a utilização de medicamentos sem prescrição, orientação e/ou o acompanhamento do médico ou farmacêutico). O fácil acesso às plantas medicinais e o baixo custo favorecem a busca do medicamento pela população (ZENI et al., 2017).

Patologias crônicas, a Diabetes Mellitus e a hipertensão arterial sistêmica exigem tratamento e controle que requerem mudanças de hábitos e estilo de vida no que se refere à dieta, à ingestão de medicamentos e à prática de atividade física. No entanto, são raras as pesquisas sobre o uso de plantas medicinais por esses pacientes: a ocorrência de intoxicações e os efeitos colaterais relacionados ao uso de tais plantas consistem em informações que dificilmente chegam ao alcance dos usuários atendidos nos serviços de saúde pública, caracterizados como indivíduos de baixa escolaridade e acervo cultural (VIRGÍNIO et al., 2018).

1.1 Justificativa

Problemas relacionados com medicamentos são frequentes na maioria dos casos, particularmente nas doenças crônicas, uma vez que o paciente pode apresentar dificuldades de compreender ou de executar as intervenções. As resoluções desses problemas estão relacionadas ao contexto familiar e/ou social, pois os fatores como o abandono, ausência de cuidador para auxiliar no manejo dos medicamentos, ou mesmo cuidadores sem preparo adequado para lidar com determinada situação, além da necessidade de uma rede de apoio e a falta de habilidade com conflitos familiares, são exemplos de problemas relacionados a

medicamentos, que podem ser resolvidos com a intervenção junto à família. No entanto, esses fatores são geralmente excluídos no momento da determinação das causas e na formulação de intervenções.

Diante do exposto, surge a necessidade de atentar para essa realidade, já que a problemática da automedicação é universal, antiga e de grandes proporções, uma vez que os medicamentos industrializados são de fácil acesso. Ademais, é importante ressaltar as interações medicamentosas existentes entre diversos medicamentos alopáticos, como também associados aos fitoterápicos e plantas medicinais, o que traz a problemática da ausência de uma atenção específica voltada para esses pacientes no processo de alta hospitalar e nas unidades de saúde da família, as dificuldades encontradas para obtenção de informações e esclarecimentos sobre a reconciliação medicamentosa, como também a falta de um instrumento que norteia a compreensão sobre o uso de terapias complementares, como a fitoterapia. Justifica-se, assim, a escolha do estudo voltado para a saúde da população de hipertensos e diabéticos na estratégia de saúde da família. Dessa forma questiona-se: a reconciliação, o monitoramento e a intervenção medicamentosa feitos pelo farmacêutico ao paciente de alta hospitalar influenciarão na redução de efeitos adversos aos medicamentos? E, quanto à utilização das plantas medicinais, esses pacientes reconhecem as interações destas com os medicamentos?

Com base na necessidade de informações e orientações avaliadas na prática vivenciadas enquanto farmacêutica, sobre a reconciliação, o monitoramento e a intervenção medicamentosa feitos pelo farmacêutico ao paciente de alta hospitalar, em relação as suas dificuldades e terapias convencionais e complementares, foi elaborada uma cartilha educativa com conhecimentos específicos sobre hipertensão e diabetes e o uso correto do medicamento e utilização das plantas medicinais, fazendo com que esses compreendam a importância do medicamento e obtenham conhecimento sobre o uso das plantas medicinais como terapia complementar, para a melhoria da qualidade de vida de pacientes hipertensos e diabéticos, concedendo uma melhor assistência por parte da equipe de saúde da família para a comunidade.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Elaborar uma cartilha educativa sobre a orientação farmacêutica para a reconciliação medicamentosa em hipertensos e diabéticos e o uso seguro das plantas medicinais na atenção básica.

1.2.2 Objetivos específicos

- Investigar a ocorrência de problemas relacionados a medicamentos e possíveis interações entre as plantas medicinais com medicamentos na alta hospitalar em usuários a atenção básica;
- Consolidar a orientação farmacêutica quanto ao uso e a autoadministração de medicamentos em domicílio na alta hospitalar, em usuários na atenção básica.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A reconciliação deve ser realizada sempre que novos medicamentos são prescritos ou são refeitas as prescrições já existentes, incluindo mudanças de setor, serviço médico ou nível de atendimento, e o processo compreende as etapas de desenvolvimento de uma lista dos medicamentos em uso, como: resultado da obtenção da história medicamentosa, desenvolvimento de uma lista de medicamentos a serem prescritos, comparação entre as duas listas e tomada de decisão baseada na comparação, além de comunicação da nova lista ao paciente, ao seu cuidador e ao médico que dará continuidade ao atendimento do paciente fora do hospital (MARQUES; ROMANO-LIBER, 2014).

A revisão detalhada das prescrições médicas por farmacêuticos tem sido proposta para minimização de erros em prescrições. A partir da análise detalhada da prescrição, o farmacêutico pode contribuir para a segurança do paciente e a racionalidade da farmacoterapia. Os resultados alcançados por intermédio das intervenções farmacêuticas realizadas no momento da reconciliação podem reduzir as taxas de mortalidade, custos e tempo de internação (DE; MÉDICA, 2014).

Estudos mostram que a realização da reconciliação medicamentosa no momento da admissão do paciente diminui o número de discrepâncias entre os medicamentos utilizados em casa e os prescritos durante a internação (ALLENDE et al., 2013). As discrepâncias na medicação podem acarretar danos relacionados tanto à efetividade quanto à segurança da terapia medicamentosa. Um estudo realizado por Lombardi e colaboradores (2016) relatou que 54% dos medicamentos apresentaram algum tipo de discrepância. As mais prevalentes foram relacionadas à omissão, a medicamentos em uso na pré-admissão não prescritos no internamento e à dose e a diferenças de dose observadas entre a pré-admissão e a prescrição do internamento.

De acordo com Do Sul (2014), os erros de prescrição envolveram medicamentos errados ou omissão de dose (31,6%), erros no monitoramento (25,4%) e dosagem imprópria (18,5%). Os medicamentos envolvidos nos erros incluíam antimicrobianos (23,4%), medicamentos que exigem mudanças frequentes, como antitrombótico (14,8%), e medicamentos utilizados com menor frequência em UTI, como anticonvulsivantes (10,8%).

Eventos adversos podem ter como causa o uso inapropriado de medicamentos, e o dano sofrido pelo paciente é que determinará a existência real do erro. Ressalta-se que todos os erros devem ser investigados, pois podem ocasionar efeitos adversos, dependendo da conjunção de fatores que atuam em circunstâncias específicas de utilização de medicamentos.

O conhecimento e a informação são importantes aliados na prevenção desses erros (ALVIM, 2015).

Segundo Viana (2014), apesar de a reconciliação medicamentosa não estar ainda padronizada na Europa, já é realizada de forma rotineira nos hospitais do Canadá. Nos Estados Unidos, uma pesquisa realizada em 2006 revelou que, para atender a requisitos exigidos no processo de acreditação hospitalar, cerca de 70% dos hospitais realizava a RM, o que demonstra o impacto e o valor que um padrão de acreditação pode ter para acelerar a adoção desta prática em hospitais, podendo ser uma estratégia a ser utilizada no Brasil.

Observa-se, assim, que a ferramenta para prevenção de erros, principalmente aqueles derivados do histórico de medicação, é a identificação destes, desde o momento em que os pacientes são admitidos até a alta hospitalar.

2.1 Abordagens sobre as políticas públicas para hipertensão e diabetes

Na década de 1990, o SUS modificou sua forma de atuação, deixando o atendimento de hospital e buscando ações no campo de saúde pública, de fato preventivo e coletivo, objetivando melhores condições de saúde. Desde 2014, algumas farmácias no Brasil tiveram atendimentos de farmacêuticos a pacientes de forma privada, funcionando como consultório farmacêutico. Segundo pesquisa do Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade (ICTQ), mais de 1500 farmácias no país já aderiram a esse procedimento, inclusive com uma atenção especial ao paciente diabético.

O Sistema de Cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), durante muito tempo, foi uma ferramenta de monitoramento adotado por profissionais da rede básica e gestores do SUS, para enfrentamento da hipertensão e diabetes. Segundo o IBGE, o Brasil já possui uma população de quase 15 milhões de idosos, isto é, com 60 anos, o que se assemelha com os países desenvolvidos. Este programa de cadastramento e acompanhamento de hipertensão e diabetes foi criado em março 2002 (Portaria 371/GM). Como um plano articulado de atenção à hipertensão e à diabetes, este programa objetivava estabelecer planos de meta e diretrizes em ações de prevenção, diagnóstico e controle total dessas doenças, por meio das unidades das redes básicas dos serviços de saúde/SUS (BRASIL, 2012).

Na estrutura da Hiperdia, a atenção primária realiza ações de programações à saúde, identificando subpopulações de risco, realizando diagnósticos, buscando casos ativos e cadastrando os usuários portadores de HAS E DM. Compete à APS observar o risco e tratar

os casos diagnosticados, prevenir e diagnosticar complicações e encaminhar casos à atenção secundária quando necessário. Compete à atenção secundária a prestação de atendimento especializado e apoio diagnóstico e terapêutico. Na atenção terceira, cabe ajuda a portadores de HAS e DM, em situação de urgência e emergência, e de mais alta complexidade (MARQUES, 2010).

Segundo dados da OMS, 31% da mortalidade mundial foi causada pelas doenças cardiovasculares, configurando como a maior causa de morte do mundo. No Brasil, elas causaram 28% das mortes (OMS, 2017; SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017). Essa epidemia causa preocupação porque reduz a qualidade de vida da população, além de trazer custos ao governo, à família, à sociedade e às pessoas (CARVALHO et al., 2015).

A hipertensão e a diabetes são as causas principais de morte e hospitalização no SUS, maior do que a insuficiência renal crônica submetida à diálise. A hipertensão representa uma causa básica de óbito importante. No Brasil, estudos epidemiológicos indicam que a prevalência de hipertensão na população geral é cerca de 30%. Um estudo transversal analisou 356 participantes do Biobanco para Estudos no Envelhecimento, com idade maior do que 50 anos, autopsiados no Serviço de Verificação de Óbitos entre os anos de 2004 a 2014, e demonstrou que a hipertensão foi definida pelo relato da doença ou o uso de medicação anti-hipertensiva pelo informante do falecido (COELHO et al., 2019).

Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus não estão estruturadas como um programa específico. Desta forma, o Brasil já ocupa a quarta posição entre os países com maior número de pessoas vivendo com a doença. São, aproximadamente, 14,3 milhões, ficando atrás apenas da China, da Índia e dos Estados Unidos. O DM é considerado uma das linhas de cuidado do SUS. Existem recomendações sistematicamente desenvolvidas, orientadas por diretrizes clínicas, com o objetivo de garantir a atenção à saúde, definindo as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção primário, secundário e terciário de uma Rede de Atenção à Saúde e expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades (BORGES; LACERDA, 2018). Substituindo o Hiperdia, surge a estratégia e-SUS Atenção Básica, formada por vários setores de informação da atenção básica, ficando desnecessário registrar a informação em fichas ou sistemas similares, dando aos profissionais agilidade no seu trabalho para melhorar os cuidados em saúde. O e-SUS AB teve a sua publicação na portaria GM/MS n.º 1412 de 10 de julho de 2013 (OLIVEIRA et al., 2016). Desta forma, atualmente os pacientes hipertensos e diabéticos são assistidos pela rede de atenção a pessoas com doenças

crônicas, inserida no e-SUS, que tem como objetivo cuidar integralmente e contribuir com a saúde da população (BRASIL, 2013).

2.2 Considerações sobre as políticas de medicamentos e assistência farmacêutica

Desde a década de 1970, foi promulgada a Lei n.º 5.991 de 17 de dezembro de 1973, regulamentada pelo Decreto n.º 74.170, de 10 de junho de 1974, que estabeleceu o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e também a Lei n.º 6.360 de 23 de setembro 1976, regulamentada pelo Decreto n.º 79.094, de 05 de janeiro de 1977, que trata sobre a Vigilância Sanitária com os medicamentos sujeitos a ela, além de droga, insumos farmacêuticos, correlatos, cosméticos e outros produtos.

Entretanto, a criação da Central de Medicamentos (CEME), por meio do Decreto n.º 68806 de 1971, foi importante iniciativa do governo brasileiro, em termos de planejamento, organização e aquisições de medicamentos, de uma forma central para todo o país. O que se destacava na CEME eram as atividades voltadas à assistência farmacêutica pública, além do abastecimento de medicamentos importantes à população, por meio da coordenação no campo da pesquisa e do incentivo do desenvolvimento de fármaco, produto, aquisição e distribuição de medicamentos (LUCCHESI, 1991).

Após o fim da CEME, em meio de desvio de conduta, foi promulgada, em 30 de outubro de 1998, a Política Nacional de Medicamento (PNM), por meio da portaria n.º 3916/MS. A Política Nacional de Medicamento (PNM) se esforçou no sentido da consolidação do SUS, além do desenvolvimento social do país. Quando o SUS foi criado, previa-se a assistência farmacêutica como direito do cidadão, porém, só foi regulamentada pela Política Nacional de Medicamentos após 10 anos. Esta regulamentação fortaleceu os princípios e os objetivos do SUS, com o objetivo de garantir, com eficiência e segurança, o uso racional dos medicamentos com acesso da população ao mesmo. A formulação de políticas de medicamentos e a assistência farmacêutica são campos de atuação do SUS. A PNM baseia-se nos princípios e diretrizes do SUS, diretrizes e prioridades para balizar as ações das esferas de Governo no alcance do objetivo essencial da política e esforços de implementação de uma agenda ambiciosa para a AF, que tentou lidar com desafios de enfrentamento do mercado farmacêutico, da operacionalização da AF dentro do SUS (VASCONCELOS et al., 2017).

A distribuição de medicamentos em relação à atenção a saúde é uma atividade da Assistência Farmacêutica (AF). A PNM, aprovada em 1998, definiu os objetivos e as funções

AF dentro dos SUS, criando grupos de atividades interagindo com os fármacos, com o objetivo de apontar ações de saúde da comunidade, inclusive o abastecimento de medicamentos, por meio da seleção, programação e aquisição dos mesmos, com base na adoção da Relação Nacional dos Medicamentos Essenciais (RENAME), promovendo a conservação, controle de qualidade, segurança e eficiência terapêutica, além de acompanhar e avaliar para assegurar o seu uso racional. A organização da AF dentro do SUS ampliou o acesso da população ao sistema de saúde pública, por intermédio da atenção básica à saúde, aumentando a cobertura na distribuição gratuita de medicamentos, minimizando custos para descentralizar a gestão de ação da AF (VIEIRA, 2017).

2.3 A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF)

O Brasil possui cerca de 20% do número total de espécies do mundo e é conhecido mundialmente por sua biodiversidade. Esta diversidade possui valores preditivos que envolvem tanto aspectos ecológicos como econômicos. O Ministério da Saúde destaca ainda que valores genéticos, sociais, científicos, educacionais, culturais, recreativos e estéticos são responsáveis pela sadia qualidade de vida (CALIXTO, 2003; BRASIL, 2016).

Visando à elaboração de ferramentas capazes de desenvolver o uso sustentável da flora brasileira e a produção de medicamentos, o Governo Federal aprovou o Decreto n.º 5.813, de 22 de junho de 2006, que criou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) e instituiu um Grupo Interministerial de Trabalho para a elaboração de um programa nacional sobre o uso de medicamentos oriundos dos biomas brasileiros (JOLY et al., 2011).

As políticas públicas aproximam os dois saberes, o científico e popular, podendo isso ser demonstrado na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada pela portaria n.º 971 de 3 de maio de 2006; Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), aprovada por meio do Decreto n.º 5.813, de 22 de junho de 2006; Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, aprovado mediante a portaria interministerial n.º 2.960 de 9 de dezembro de 2008, e o Programa Farmácia Viva, instituído no SUS por meio da portaria n.º 886, de 20 de abril de 2010. Devido ao crescimento do interesse popular e institucional pelo uso das plantas medicinais, a partir da década de 1980, começaram a se criar resoluções, portarias e relatórios que passariam a funcionar como instrumentos normativos na área (BRASIL, 2006; 2008; 2010; 2012).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi criada no ano de 2006, por meio da portaria n.º 971, surgindo como a primeira Política Nacional de Saúde, que trata de diretrizes específicas acerca do uso de plantas medicinais e da Fitoterapia no SUS. A PNPIC é uma política que atende à necessidade de conhecer, apoiar e implementar experiências que já vinham sendo vivenciadas na rede pública de vários municípios e estados brasileiros, das quais se destacavam ainda a medicina tradicional chinesa/acupuntura, a homeopatia, a medicina antroposófica e o termalismo/crenoterapia (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2013).

Diretrizes norteiam essa política e buscam estruturar e fortalecer as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no SUS, incentivando-se a inserção da PNPIC em todos os níveis da atenção à saúde, com destaque na atenção básica; desenvolvimento multiprofissional; implantação e implementação de ações, bem como fortalecimento das já existentes; determinação das formas de financiamento; estabelecimento de normas técnicas operacionais para o seu funcionamento e articulação da sua lógica de funcionamento em consonância com as demais políticas de saúde. A PNPIC ainda incentiva a qualificação de profissionais por meio de estratégias de educação permanente e estimula o desenvolvimento de pesquisas (BRASIL, 2013).

Um grande incentivo para a inserção da Fitoterapia no SUS ocorreu no ano 2006, momento de crescentes pesquisas para o desenvolvimento de medicamentos fitoterápicos, uma vez que a indústria farmacêutica encontrava dificuldades nos campos de planejamento e desenvolvimento devido à falta de recursos humanos que fossem capacitados a estudar a eficácia e a segurança das plantas medicinais do nosso país. Com isso, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, criada no ano de 2008, incluiu os fitoterápicos nas estratégias para pesquisas e desenvolvimentos de novos medicamentos para promover saúde e tratar e prevenir doenças. Essa política objetivou ainda fortalecer a capacidade de realização de ensaios clínicos que avaliassem a eficácia, a segurança e a eficiência no uso dos novos produtos. Foi, então, publicada a portaria n.º 1.274, que criou um Grupo Executivo para o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, o qual deveria apoiar o Ministério da Saúde em sua coordenação (BRASIL, 2008).

A PNPMF foi criada para promover as boas práticas no uso das plantas medicinais, com base em todo o histórico que envolvia o uso da flora brasileira no tratamento de doenças por intermédio do saber tradicional. Porém, sua inspiração maior está no Projeto Farmácias-Vivas, criado na Universidade Federal do Ceará (UFC), há mais de três décadas, pelo professor Francisco José de Abreu Matos, um dos maiores estudiosos de plantas e suas

propriedades medicinais, sendo bastante reconhecido e respeitado em todo o mundo por seu vasto conhecimento na área. O projeto se disseminou pelo Ceará, sendo este o primeiro estado do Brasil a regulamentar o uso da Fitoterapia na saúde, no ano de 1999, por meio da Lei 12.951, e regulamentada pelo Decreto 30.016 no ano de 2009. As Farmácias-Vivas foram implantadas no estado, garantindo o acesso seguro às plantas medicinais e aos serviços que envolvem o uso da Fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, sugerindo modelos de atividades que deveriam ser desenvolvidas para garantir um adequado funcionamento (BRASIL, 2007).

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde, inspirado no projeto pioneiro do professor Matos, resolveu instituir no âmbito do SUS a Farmácia Viva, por meio da portaria n.º 886, de 20 de abril de 2010, ficando sua gestão sob responsabilidade dos governos estaduais, municipais e do Distrito Federal, tendo o uso da Fitoterapia seu foco principal na atenção primária à saúde, que representa o primeiro contato dos usuários com o SUS (BRASIL, 2010).

A legislação sanitária no Brasil conceitua os medicamentos fitoterápicos como aqueles obtidos com emprego exclusivo de matérias-primas ativas vegetais, cuja segurança e eficácia estejam baseadas em evidências clínicas e que sejam caracterizadas pela constância de sua qualidade. Essa mesma legislação também abrange os produtos tradicionais fitoterápicos que são obtidos com emprego exclusivo de matérias-primas ativas vegetais, cuja segurança e efetividade sejam baseadas em dados de uso seguro e efetivo, publicados na literatura técnico-científica, e que sejam concebidos para ser utilizados sem a vigilância de um profissional médico para fins de diagnóstico de prescrição ou de monitorização (CACCIA-BAVA et al., 2017).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) considera o medicamento fitoterápico obtido exclusivamente a partir de matérias-primas ativas vegetais, cuja eficácia e segurança são validadas por levantamentos etnofarmacológicos, de utilização, documentações técnico-científicas ou evidências clínicas (FIRMINO; BINSFELD, 2011). Tendo em vista seu conceito, o desenvolvimento de fitomedicamentos abarca desde pesquisas e identificação de novas moléculas, até aspectos burocráticos concernentes à sua liberação para consumo pela população. Para o efetivo desenvolvimento de pesquisas e tecnologias, tem-se a necessidade de capacitação dos profissionais envolvidos (BRASIL, 2006b).

A assistência farmacêutica nacional usa como base para escolha de medicamentos a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), existindo, ainda, no Brasil a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS), que é constituída

de 71 espécies vegetais com potencial de avançar nas etapas da cadeia produtiva dos fitoterápicos e de gerar produtos de interesse ao SUS e ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a).

A RENAME 2014, estabelecida em Portaria MS/GM n.º 1/2015, traz listados 12 fitoterápicos, como explicitado no Quadro 1 (um baixo número se compararmos à terapia alopática tradicional, devido ao baixo interesse comercial). A lista tem importante papel na orientação de políticas públicas de evolução científica e tecnológica, a fim de tornar o país capaz de desenvolver e de produzir os medicamentos para atender às necessidades do SUS (BRASIL, 2015a). Existe, portanto, embasamento legal à pesquisa e ao desenvolvimento de terapias fitoterápicas no Brasil.

Lista de fitoterápicos presentes na RENAME (2014).

Quadro 1 - Lista de fitoterápicos presentes na RENAME (2014).

Nome científico	Nome popular	Parte usada	Indicação	Referência
<i>Cynara scolymus L.</i>	Alcachofra	Folhas	Colagoga	NICOLETTI, 2007
<i>Schinus terebinthifolius Raddi.</i>	Aroeira	Casca do caule	Inflamação nasal, cicatrização, adstringente	RDC/10/2010
<i>Rhamnus purshiana DC.</i>	Cáscara-sagrada	Casca do caule	Constipação ocasional	BONIL et al., 2014
<i>Maytenus officinalis Mabb.</i>	Espinheira-santa	Folhas	Males do estômago, afinar o sangue	RDC/10/2010
<i>Mikania glomerata Spreng.</i>	Guaco	Folhas	Gripes e resfriados, bronquites alérgicas, expectorante	RDC/10/2010
<i>Harpagophytum procumbens.</i>	Garra-do-Diabo	Raiz	Dores articulares (artrite, artrose, artralgia)	RDC/10/2010
<i>Glycine max (L.) Merr.</i>	Isoflavona-de-soja	Grãos	Hipertensão, hipercolesterolemia e osteoporose	ZAKIR; FREITAS, 2015
<i>Uncaria tomentosa (Willd. ex Roem. & Schult.).</i>	Unha-de-gato	Entrecasca	Dores articulares (artrite, artrose, artralgia), anti-inflamatório	RDC/10/2010

<i>Aloe vera (L.) Burm. F.</i>	Babosa	Folhas	Cicatrizante, antifúngica e antibactericida	SILVEIRA; BANDEIRA, ARAIS, 2008
<i>Salix alba L.</i>	Salgueiro	Casca do caule	Gripes, resfriados, inflamação, dor e febre	RDC/10/2010

Fonte: Brasil (2015a).

A utilização das plantas medicinais e de fitoterápicos é uma medida adotada para o tratamento de diversos problemas de saúde que se acentuam com o processo de envelhecimento. Foram realizados estudos para verificar o uso, o conhecimento e a utilização de plantas medicinais por mulheres em processo de envelhecimento. Usuárias de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Ijuí/RS relataram utilizar plantas medicinais como a *Matricaria recutita* “Camomila”, *Aloysia triphylla* Royle “Cidró”, *Foeniculum vulgare* Mill “Erva-doce”, *Mentha x piperita* var. *citrata* (Ehrh.) Briq. “Hortelã-pimenta” (SCHIAVO et al., 2014).

2.4 A fitoterapia na estratégia da hipertensão e diabetes

As plantas medicinais são muito usadas, principalmente, nas localidades rurais, por prevenirem doenças, mantendo e recuperando a saúde, estabelecendo a qualidade de vida, usando mais recursos naturais e tecnologia. A cultura constrói a história, sendo, assim, importante resguardar o conhecimento das plantas medicinais, que foi construído em cada comunidade, mediante seus valores, fazendo intrinsecamente a essência da vida de tais populações (TORRES, 2014; ALCANTARA et al., 2015).

O Ministério da Saúde (MS) evidencia, por meio de seu Caderno da Atenção Básica, as práticas integrativas e complementares, como a fitoterapia, por meio do conhecimento das comunidades, em relação às plantas medicinais, fortalecendo seu uso de forma racional. Devido à alta incidência de HAS e doenças cardíacas, a Organização Mundial da Saúde tem incentivado o uso das plantas medicinais no tratamento de doenças, fortalecendo também pesquisas com produtos naturais (MARMITT et al., 2016).

O Ministério da Saúde vem, nos últimos anos, incrementando diálogos com a população e reconhecendo a utilização das plantas medicinais, sobretudo em pessoas com doenças crônicas, como diabetes (DM) e hipertensão (HAS). Estudos demonstram que o uso

das plantas medicinais foi ampliado pelo Ministério da Saúde somado ao conhecimento popular, principalmente em pessoas com doença crônica, como a diabetes mellitus. É importante ressaltar que os fitoterápicos devem ser indicados pelo médico, sendo ou não *in natura* ou droga vegetal, em decorrência das intoxicações e interações medicamentosas (OLIVEIRA et al., 2014; NUNES et al., 2015).

2.5 Processo de reconciliação medicamentosa

É imprescindível, para o sucesso do processo, a participação efetiva da equipe multidisciplinar, conhecedora da medicação dos pacientes. Portanto, por intermédio de médicos, enfermeiros e farmacêuticos trabalhando como uma equipe multidisciplinar nas diferentes etapas do RM, tem-se o aperfeiçoamento dos resultados no período de internação do paciente. O importante, porém, é que haja uma correlação entre as responsabilidades de cada profissional em relação à conciliação medicamentosa (MERGENHAGEN et al., 2012).

Os profissionais que atuam no histórico medicamentoso do paciente são médicos, enfermeiros e farmacêuticos. Na instrumentalização, eles utilizam questionários, a fim obter informação dos medicamentos na admissão, internação e alta, evitando equívocos. Usam-se os mesmos profissionais específicos para a conduta da admissão, transferência e alta, sendo os farmacêuticos mais importantes para obter informações e evitar discrepâncias e as EAS (MATIAS, 2011).

Com a obtenção do histórico completo acerca da utilização dos medicamentos, colhido em conversas com o paciente, familiares e cuidadores, adquire-se a lista com informações importantes, como: nome do remédio, indicação, dosagem, forma de administração, tempo da terapia, EAS e alergia (MARQUES, 2013). Pois é no ambiente hospitalar que se pode adaptar medicamentos de uso contínuo, porém, na alta, é melhor ter o retorno do mesmo, sendo, portanto, necessária uma boa documentação, a fim de que o paciente que faz uso de medicamentos contínuo, tanto idoso com pediátrico, saiba usar estes medicamentos com critério (MARQUES, 2013).

Qualquer movimentação envolvendo o paciente, como mudança de hospital, leito e alta, precisam de Reconciliação Medicamentosa (RM), evitando-se muitos erros de medicamentos em caso de uma melhor comunicação. Quase metade dos pacientes em alta volta à internação, por falta de planejamento, no ponto de vista da comunicação ineficiente. Então, a equipe deve estar atenta, interagindo com os dados do paciente, registrando tudo e

planejando com toda a equipe, para objetivar a reconciliação medicamentosa (SOUSA et al., 2012; AFONSO, 2015).

Existe uma formalidade entre os profissionais de saúde, interagindo com pacientes, familiares e prestadores de cuidados, para que haja informação com mais qualidade na terapêutica comum do doente. Os profissionais de saúde, particularmente os farmacêuticos, médicos e enfermeiros, juntos com os pacientes e familiares, compartilham e programam o processo de RT, assegurando, com isso, a continuidade dos cuidados farmacêuticos a algumas unidades de saúde. A equipe multiprofissional nos hospitais deve desenvolver um cuidado peculiar, durante a internação, além de um planejamento com dedicação antes da alta, o que promoverá, certamente, um impacto importante no comportamento de pacientes, pela redução das taxas de não adesão do tratamento (BRITO et al., 2017).

A reconciliação medicamentosa é um instrumento fundamental para a redução de discrepâncias, as quais são classificadas em: discrepâncias não intencionais; omissão de medicamentos em uso pelo paciente; inclusão inadequada de medicamento não utilizado pelo paciente; dose incorreta; frequência de administração incorreta; via de administração incorreta; prescrição de medicamento incorreto pertencente à mesma classe terapêutica; duplicidade de administração, troca ou adição de novo medicamento justificado pela situação clínica. Discrepâncias intencionais; há uma decisão médica de não prescrever um medicamento ou trocar sua dosagem, frequência de administração ou via baseada na situação clínica, além de uma substituição de um medicamento por outro padronizado no hospital. A intenção da reconciliação medicamentosa é diminuir erros e evitar dúvidas quanto à interação medicamentosa. Portanto, por meio da informação obtida, haverá uma adequação melhor para as prescrições. As discrepâncias são tidas como uma diferença entre o que o paciente recebe em domicílio e a prescrição do hospital (ANDEREGG et al., 2014).

Os erros de medicação são eventos frequentes ocorridos no período de mudança do tratamento do paciente, além de informações incompletas no momento da admissão, de modo que todos esses fatores prejudicam a segurança do paciente. A conciliação medicamentosa é um processo essencial para a redução de problemas relacionados a medicamentos (duplicidade, dose, frequência, interrupção do tratamento abruptamente) nas diversas etapas do cuidado. Nesse processo, é necessário que a equipe multidisciplinar esteja treinada e envolvida, com a finalidade de garantir a segurança do paciente. A informatização do serviço é primordial no processo, facilitando a comunicação entre os profissionais envolvidos e o acesso aos prontuários, assegurando a realização da evolução eletrônica (MIGOTTO, 2012).

Os erros de medicação são o processo pelo qual o mesmo tem capacidade de provocar danos ao doente. Nos eventos adversos que estão implicitamente ligados ao erro de medicação, que poderiam ser evitados, há um cuidado mais efetivo ao paciente. Os profissionais de saúde devem ter todas as informações fundamentais dos doentes (idade, peso, alergias e gravidez), para terem acesso rápido à aplicação de medicamentos de forma eficiente (REIS, 2015). Estudo realizado por Miranda et al., (2012) demonstrou que a intervenção farmacêutica é uma atividade positiva na redução dos Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMS), além de apresentar um impacto significativo na prevenção de erros de medicação.

O processo em que define a segurança do paciente está relacionado à prevenção de supostas lesões ou infecções que sejam causadas no âmbito médico-hospitalar e domiciliar. A segurança do paciente e a qualidade no uso do medicamento tem sido foco de estudo em nível mundial. O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) efetivado em nosso país se tornou importante método para assegurar práticas eficazes nos estabelecimentos de saúde brasileira (BRASIL, 2013).

A interação medicamentosa é um produto formado pela ação de um determinado medicamento, alimento ou substância química, alterando o efeito do outro. A Interação Medicamentosa Potencial (IMP) é o resultado de eventos clínicos em que a ação de um medicamento sofre interferência do efeito de outro. As Interações Medicamentosas (IM) podem apresentar sinergismo, antagonismo parcial ou total. Não são benéficas nem nocivas, pois dependem da terapêutica aplicada (LEÃO; MOURA; MEDEIROS, 2014; MIBIELLI et al., 2014).

As mudanças fisiológicas que ocorrem ao longo do envelhecimento proporcionam mais interações de ocorrência medicamentosa, pois há diminuição do suco gástrico, esvaziamento gástrico mais lento, menor volume de água corporal, aumento do tecido adiposo, redução das proteínas plasmáticas, diminuição da irrigação renal e redução do fluxo sanguíneo e das atividades do fígado, podendo, então, mudar a farmacodinâmica do medicamento (SILVA et al., 2015; MONTEIRO et al., 2015).

Pacientes da unidade de terapia intensiva utilizam múltiplos fármacos pela sua situação grave, apresentando, portanto, riscos de interações medicamentosas, devido à complexa polifarmacoterapia (VIEIRA et al., 2012; GARCÍA-FUERTES; VILLANUEVA-FERNÁNDEZ; CRESPIÓN-CRESPIÓN, 2016). É necessária, pois, a atenção dos profissionais de saúde quanto às situações de morbimortalidade provocadas por essas interações (CEDRAZ; SANTOS-JUNIOR, 2014; HASANLOEI et al., 2014).

A polimedicação é o uso de uma quantidade exagerada de medicamentos observado nos pacientes geriátricos, pelo surgimento de várias enfermidades. Podemos dizer que a polimedicação é o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos, durante mais de três meses, ou uso exagerado de medicamentos ineficazes. A grande variedade de fármacos (cinco ou mais) está relacionada com 20% das pessoas com mais de 75 anos; em Portugal, estudos demonstram que 25% das vendas de medicamentos estão relacionados às pessoas com mais de 65 anos (VERÍSSIMO, 2014; WALCKIERS; VAN DER HEYDEN; TAFFOREAU, 2015).

A polifarmácia tem relação com a elevação da possibilidade de ocasionar reações adversas (RAM), interações medicamentosas (IM), toxicidade acumulada e erros de medicação (MEDEIROS et al., 2011).

A alta hospitalar é a fase em que os familiares adotam as responsabilidades sobre o paciente, em substituição dos profissionais de saúde, havendo também o entendimento para quem administra os medicamentos, pois há alteração de dose e posologia. Na alta hospitalar, o paciente tem dois sentimentos: a alegria, pois está voltando para casa, e o medo pela possibilidade de retornar ao hospital. Muitas vezes, eles retornam para a família, mas ainda trazendo problemas para os quais esses pacientes precisam de assistência, isso ocorrendo pela falta de leitos no hospital e risco de infecção hospitalar. Então, frequentemente, os pacientes têm alta quando ainda estão convalescentes.

Na alta hospitalar, o que se nota na farmacoterapia é que muitos pacientes sabem para que servem os medicamentos. Contudo, outros fatores eles desconhecem, como: os efeitos adversos, a duração da aplicação, a interferência com outros medicamentos e alimentos, inclusive, a mudança no estilo de vida. Estudos notaram que o paciente tem pouco conhecimento do uso e finalidade do medicamento, além dos efeitos adversos, e isso fica mais evidente em idosos e em pacientes que se medicam, dificultando o conhecimento pelo uso inadequado do medicamento. Geralmente, os hospitais não dão continuidade à sequência do atendimento ao paciente em sua residência, até eles retornarem ao ambulatório, e essa transição é comprometedora para a segurança do paciente, pois ele se encontra em período vulnerável (COLEMAN et al., 2006).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa trata do estudo de caráter metodológico. Os estudos metodológicos tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa. As crescentes demandas por avaliações de resultados sólidos e confiáveis, testes rigorosos de intervenções e procedimentos sofisticados de obtenção de dados têm levado a um aumento do interesse pela pesquisa metodológica, principalmente entre os profissionais de saúde (POLIT; BECK, 2011).

3.2 Etapa 1

Tratou-se de um estudo descritivo, documental e de campo, na qual foram revisados os prontuários de pacientes, verificando-se o histórico de medicamentos utilizados, tendo como enfoque avaliar as reações adversas, interações de medicamento *versus* alimento, e medicamento *versus* medicamento, além dos cuidados na administração, guarda e conservação dos mesmos.

Na pesquisa descritiva, descrevem-se as características de determinadas populações e/ou fenômeno para aumentar os conhecimentos sobre características e magnitude de um problema. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como questionário e a observação sistemática (GIL, 2002).

Segundo Kripka, Scheller e Bonotto (2015), a pesquisa documental propicia-se a produzir novos conhecimentos, criar novas formas de compreender os fenômenos e a conhecer a forma como estes têm sido desenvolvidos.

3.2.1 Reflexão sobre a temática

Para a reflexão sobre a temática, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o cenário das políticas e programas de saúde atuais, a exemplo de redes de atenção à saúde para pessoas com doenças crônicas, como a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que visa a promover a melhoria das condições de vida e saúde da população usuária de medicamentos, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e a

Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF), que contribuem para a redução da morbidade e mortalidade no Brasil em todas as fases de vida.

3.2.2 Processo e investigação preliminar como caminho da inovação

3.2.2.1 *Local da pesquisa de campo*

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, localizado no Campus I – Cidade Universitária, João Pessoa, Paraíba. A pesquisa foi realizada com pacientes portadores de hipertensão e diabetes das unidades de internação da Clínica Médica “A” e “B” e Clínica cirúrgica “A”. A coleta foi realizada no período de 05 de novembro de 2018 a 05 de março de 2019.

3.2.2.2 *População e amostra*

A amostra foi composta por pacientes hipertensos e diabéticos internados no Hospital Universitário Lauro Wanderley (UFPB), com histórico de hipertensão e diabetes em fase de alta hospitalar. Estes participaram do estudo após assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Dessa forma, 124 pacientes foram selecionados para o estudo, cujo critério de inclusão foi para pacientes maiores de 18 anos e o de exclusão foi para menores de 18 anos e mulheres grávidas, além de pacientes que não quiseram participar da pesquisa.

3.2.2.3 *Instrumento para coleta de dados*

O instrumento de coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturado, de caráter flexível, com perguntas objetivas, inerentes à investigação clínica, acompanhado da prescrição médica. O questionário foi aplicado no período de novembro de 2018 a março de 2019.

3.2.2.4 *Procedimento para coleta de dados*

A coleta de dados foi realizada por entrevista individual, a partir de conversas, interrogando o sujeito com a finalidade de colher as informações necessárias para alcançar o objetivo da pesquisa. A abordagem qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o

mundo real e o sujeito, isto é, uma relação indissociável a qual os dados numéricos não podem traduzir (CHEHUEN NETO; LIMA, 2012).

3.2.2.5 Análise de dados

Os dados coletados foram analisados quanti e qualitativamente, sendo apresentados por meio de tabelas e gráficos, acompanhados posteriormente de análise e discussões dos resultados, de acordo com a literatura pertinente e os objetivos formulados.

Segundo Bardin (2010), este método propõe uma síntese em termo teórico e empírico da metodologia de pesquisa de comunicação, análise de conteúdo desenvolvido que tem um caráter essencialmente qualitativo, embora possa se utilizar de parâmetros estatísticos para apoiar as intepretações dos fenômenos das comunicações.

Na abordagem qualitativa, utilizou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefevre, representado por meio de quadros. O discurso do sujeito coletivo é sintético, elaborado com pedaços de discursos de sentido semelhante reunidos num só discurso. E a matéria-prima do material verbal coletado consistiu nos depoimentos, extraindo-se a ideia central (LEFEVRE; CRESTANA; CORNETTA, 2003).

3.3 Etapa 2

A trajetória percorrida para elaboração da cartilha teve inicialmente a realização da pesquisa de campo, onde foram selecionados 124 pacientes hipertensos e diabéticos internados no Hospital Universitário Lauro Wanderley. A primeira etapa foi feita:

- a) A revisão de prontuário;
- b) A reconciliação medicamentosa que envolveu aplicação de um questionário contendo perguntas objetivas de fácil compreensão para obter informações sobre medicamentos de uso contínuo, alergias, uso de plantas medicinais;
- c) A análise de prescrição para identificar as discrepâncias (quando identificadas contatar com o médico, para evitar erros para o paciente).

Todas essas atividades estão correlacionadas com políticas que visam melhorar as condições de vida e saúde da população de hipertensos e diabéticos, estabelecendo padrões e critérios em todas elas; e-SUS, PNM, PNAF, PNPIC PNPMF.

No presente trabalho, optou-se pela elaboração de uma cartilha educativa para pessoas diabéticas e/ou hipertensas, trazendo como inovação a reconciliação medicamentosa e informações sobre o uso da fitoterapia como terapêutica alternativa no alívio dos sintomas. A cartilha será apresentada com uma leitura objetiva, dinâmica e agradável para ser utilizada na atenção básica à saúde.

O produto final do estudo consistiu em uma cartilha educativa para pacientes diabéticos e/ou hipertensos e o uso da fitoterapia na atenção básica, contendo informações sobre a fisiopatologia das doenças, diagnóstico e as orientações sobre prevenção, tratamento e controle. Também há informações sobre a utilização das principais plantas medicinais usadas, com as suas indicações e as interações medicamentosas produzidas e a forma correta de uso como terapêutica alternativa no alívio dos sintomas para ser utilizada na atenção básica.

3.3.1 Implementação da aplicação com a elaboração da cartilha

A cartilha foi desenvolvida com base nos seguintes tópicos com sugestões para melhorar os cuidados e a qualidade de vida dos pacientes com hipertensão e diabetes na atenção primária em saúde.

1. Fisiopatologia da hipertensão e diabetes; de acordo com os objetivos específicos das Políticas Públicas para Hipertensão e Diabetes, baseado nos descritores para a saúde, o acesso à informação e cuidados; nesse primeiro tópico, apresentar-se-ão os conceitos das doenças, representando um problema de saúde pública, pela sua magnitude e pelas repercussões sociais produzidas, em consequência do aumento da expectativa de vida ocorrida mundialmente. Portanto, a saúde e a qualidade de vida desses pacientes merecem atenção especial, para que possam viver de maneira tão saudável quanto em outras fases de sua vida.
2. Despertar para a compreensão dos mecanismos de patogenicidade e aspectos clínicos envolvidos. No segundo tópico, serão apresentados os sintomas tanto físicos quanto psicossociais que podem ser acompanhados por um conjunto de sinais e sintomas desagradáveis, característicos, que prejudicam a qualidade de vida e o bem-estar psíquico desses pacientes.
3. Terapêutica farmacológica na hipertensão e diabetes: esse terceiro tópico constará do esclarecimento sobre a terapia com medicamentos de uso continuado, quanto ao risco e aos benefícios, apontando efeitos adversos e colaterais.

4. Terapia complementar, com a utilização das plantas medicinais no combate aos sintomas, no quarto tópico, tendo como eixo os princípios fundamentados na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), acerca do uso de plantas medicinais e da Fitoterapia no SUS, assim como no Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PMF), todos criados para promover as boas práticas no uso das plantas medicinais, com base em todo o histórico que envolve o uso da flora brasileira no tratamento de doenças por meio do saber tradicional, sendo informadas as principais plantas popularmente utilizadas por pacientes diabéticos e hipertensos no combate aos sintomas, as indicações e as interações medicamentosas com plantas medicinais e alimentos.
5. Qualidade de vida, bem-estar físico e mental, por meio da realização de atividade física e alimentação adequada – no quinto tópico, será discutido, na cartilha, como se prevê, dentro dos objetivos específicos das Políticas Públicas para Hipertensão e Diabetes, a prática de atividade física e reeducação alimentar, que podem ser de grande contribuição e benefício, podendo impactar positivamente na redução dos sintomas e na consequente melhora da qualidade de vida.

sejam divulgados os dados relatados pelo paciente. A participação nessa pesquisa poderá fornecer informações importantes para a prática clínica e adoção de estratégias que venham a contribuir com a ampliação do conhecimento acerca da patologia, tratamento e controle. O protocolo de estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, sendo a instituição proponente o Hospital Universitário Lauro Wanderley, sob o número de registro no CAAE: 95236518.5.0000.5183.

A resolução 311/2007 determina, no Art. 90, “Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo a violar a integridade da pessoa” e reforça, no Art. 91, “Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo da pesquisa, especialmente na divulgação nos seus resultados” (COFEN, 2007).

4 RESULTADOS

Tabela 1 - Diagnóstico de hipertensão, diabetes, hipertensão/diabetes dos pacientes da pesquisa

DIAGNÓSTICO	N	%
HAS	71	57,25
DM	04	3,22
HAS/DM	49	39,5

Fonte: Dados da pesquisa 2019.

A maior parte dos pacientes do estudo 57,2% (n = 71) relatou ter o diagnóstico de HAS, enquanto 39,5% (n = 49) apresentaram HAS/DM, e 3,2% (n = 4), diabetes (Tabela 1).

Tabela 2 - Dados demográficos

SEXO	N	%
FEMININO	73	58,87
MASCULINO	51	41,12
IDADE		
19 a 39	14	11,29
40 a 59	47	37,9
≥ 60	63	50,8
ESCOLARIDADE		
Fundamental Incompleto	84	67,74
Fundamental Completo	16	12,9
Superior Completo	10	8,0
Superior Incompleto	01	0,8
Ensino Médio Completo	07	5,64
Não Alfabetizado	06	4,8
ETNIA		
Branco	48	38,70
Pardo	45	36,29
Negro	31	25,0

Fonte: Dados da pesquisa 2019.

O número de pacientes diabéticos e hipertensos do estudo apresentam idades entre 28 e 94 anos, estando a maioria na faixa etária maior/igual a 60 anos. O número de mulheres que participaram foi de 58,8% (n = 73) em relação a 41% (n = 51) de homens. Em relação à hipertensão, 33% (n = 41) do sexo feminino, em que 23,4% (n = 29) apresentaram HAS/DM, e 2,4% (n = 3) apresentaram diabetes. Enquanto, para o sexo masculino, 24% (n = 30) apresentaram hipertensão, 16% (n = 20) com HAS/DM e 0,8% (n = 1) com diabetes (Tabela 2).

A escolaridade foi variada, sendo 67,74% (n = 84) com nível fundamental incompleto; 12,9% (n = 16) com fundamental completo; 5,6% (n = 7) com ensino médio completo; 8% (n = 10) com superior completo; 0,8 % (n = 1) com superior incompleto, e 4,8% (n = 6) correspondem aos não alfabetizados (Tabela 2).

Com relação à etnia, a amostra foi composta de 38,7% (n = 48) de brancos; 36,29% (n = 45) de pardos e 25% (n = 31) de negros (Tabela 2).

Tabela 3 - Frequência do tabagismo e etilismo entre os pacientes da pesquisa

TABAGISMO	N	%
Fumante	9,0	7,25
Não Fumante	79	63,7
Ex-Fumante	36	29,0
ETILISMO	N	%
Ausente	75	60,48
Atual	15	12,1
Anterior	34	27,41

Fonte: Dados da pesquisa 2019.

A tabela mostra a distribuição do hábito de fumar dos pacientes, em que 7,25% (n = 9) são fumantes; 63,7 % (n = 79) não são fumantes, e 29% (n = 36) são ex-fumantes. Foi analisado que 39,5% (n = 49) do sexo feminino não têm o hábito de fumar; 16% (n = 20) são

ex-fumantes; e que 3,2% (n = 4) fumam. Enquanto isso, no sexo masculino, 24,19% (n = 30) não fumam; 12,9% (n = 16) são ex-fumantes, e 4% (n = 5) são fumantes, como mostrado na Tabela 3.

A Tabela 3 mostra a distribuição do hábito de ingerir bebidas alcoólicas, em que 60,48% (n = 75) não têm esse hábito; 12,09% (n = 15) são usuários, e 27,42% (n = 34) deixaram este hábito. Foi analisado, quanto ao sexo feminino, o hábito de beber, em que 46,77% (n=58) não possuem esse hábito; 8,87% (n = 11) abandonaram-no, e 3,2% (n = 4) são usuárias. Já quanto ao sexo masculino, foi observado que 13,7% (n = 17) não ingerem bebidas alcoólicas; 8,8% (n = 11) são usuários, e 18,54% (n = 23) abandonaram o hábito de beber.

Tabela 4 - Prática de atividades físicas entre os pacientes da pesquisa

ATIVIDADES FÍSICAS	N	%
Sim	39	31,45
Não	85	68,54

Fonte: Dados da pesquisa 2019.

Na pesquisa, 31,45% (n = 39) dos pacientes adotaram a prática regular de exercícios físicos, enquanto 68,5% (n = 85) não praticam (Tabela 4). A alta taxa de pacientes que não praticam esportes está vinculada à idade, à amputação de membros inferiores, a doenças que impedem a demanda de esforços e à falta de interesse por exercícios físicos. Tais fatores foram observados durante a pesquisa de campo.

Tabela 5 - Medicamentos mais utilizados pelos pacientes da pesquisa

Medicamentos mais utilizados	N	%
Anti-hipertensivos	176	41,6
Hipoglicemiantes	46	10,8
Diuréticos	34	8
Antilipêmicos	26	6,1
Antiulcerogênicos	22	5,2
Outros medicamentos	119	28,1

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

No tocante aos medicamentos utilizados pelos pacientes do estudo, observou-se que 80 pacientes tiveram condições de informar seus próprios medicamentos, 43 informações foram feitas pelo familiar e 01 pelo cuidador. A classe de medicamentos mais citada pelos pacientes foram: anti-hipertensivos em 176 vezes, 41,6% (sendo a losartana o mais citado – 53 vezes); hipoglicemiantes em 46 vezes, 10,8% (sendo a metformina a mais citada – 17 vezes); diuréticos em 34 vezes, 8% (sendo a furosemida a mais citada – 22 vezes); antilipêmicos em 26 vezes, 6,1% (sendo a sinvastatina a mais citada – 19 vezes); antiulcerogênicos em 22 vezes, 5,2% (sendo o omeprazol o mais citado – 13 vezes). No total, foram citados 423 medicamentos (Tabela 5).

Tabela 6 - Discrepâncias encontradas no estudo: intencionais e não intencionais

Discrepância	Intencional (n = %)	Não Intencional	N
Omissão	97 (70,8)	38 (92,6)	135 (75,8)
Dose	11 (8,0)	02 (4,8)	13 (7,3)
Intervalo	15 (10,9)	-	15 (8,4)
Via	14 (10,2)	-	14 (7,8)
Duplicidade	-	01 (2,4)	01 (0,56)
Total	137 (99,9)	41 (99,8)	178(99,8)

Fonte: Dados da pesquisa 2019.

Neste estudo, conforme a Tabela 6, foram encontradas 178 discrepâncias, sendo 137 intencionais e 41 não intencionais.

Tabela 7 - Uso de plantas medicinais pelos pacientes do estudo

Pacientes em uso	N	%
Sim	39	31,45
Não	85	68,54

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A maior parte dos pacientes da pesquisa 68,5% (n = 85) não eram adeptos ao uso de plantas medicinais, 31,45% (n = 39), como mostrado na Tabela 7.

Os pacientes que fazem uso de plantas medicinais foram orientados pelo profissional farmacêutico antes de utilizar qualquer planta para: procurar saber sua indicação, qual parte deve ser usada, manusear plantas conhecidas, não associar plantas com medicamentos de uso contínuo, sempre comunicar ao médico o uso, não usar folhas mofadas, velhas. Após o uso da planta, se houver qualquer reação, procurar o serviço médico e não usar plantas por tempo indeterminado.

Tabela 8 - Plantas medicinais mais citadas pelos pacientes da pesquisa

Plantas	Nº de vezes
Erva cidreira	33
Boldo	28
Camomila	26
Capim santo	18
Erva doce	16
Canela	05

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

As plantas mais citadas pelos pacientes pertenciam às famílias: “Erva-cidreira” e o “Boldo” (Lamiaceae), “Camomila” (Asteraceae), “Capim-santo” (Poaceae), “Erva-doce” (Apiaceae), “Canela” (Lauraceae). Outras plantas foram citadas de maneira aleatória, ou seja, a quantidade não era expressiva (Tabela 8).

5 DISCUSSÃO

O processo de reconciliação foi desenvolvido em três etapas: Verificação – obter todas as informações relacionadas aos medicamentos de uso contínuo do paciente no momento da admissão. Confirmação – afirmar que o medicamento prescrito se encontra na dose adequada, para o uso. Reconciliação – após análise da prescrição, caso sejam identificadas discrepâncias, contactar o médico.

A hipertensão arterial sistêmica é um grave problema de saúde pública, devido à sua alta incidência de mortalidade (MORAES; AVEZUM-JUNIOR, 2012). Ela atinge 25% da população brasileira adulta, e o que se espera em 2025 é o aumento de 60%, chegando a 40% sua incidência. Os números da OMS demonstram que as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por 58,5% no mundo e por 45,9% da totalidade de todas as doenças (BRASIL, 2013).

As doenças cardiovasculares são responsáveis por 30% da mortalidade no mundo, e 50% das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm, na hipertensão arterial, seu fator preponderante de risco (SILVA et al., 2016).

O plano de ações estratégicas para o combate das DCNT foi efetivado. Dentro desse planejamento, aparece o cuidado total aos pacientes, por meio do acesso de medicamentos para tratar as doenças crônicas não transmissíveis no país (MALTA; SILVA-JUNIOR, 2013).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) e Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) objetivavam a descentralização da assistência farmacêutica, através do acesso de um grupo de medicamento de doenças prioritárias. Foi instituída, em 2004, uma ampliação desse acesso para sua complementação. A partir de 2011, o Programa Farmácia Popular do Brasil efetivou a denominada Saúde Não Tem Preço, na qual o tratamento de hipertensão e diabetes passou a ter medicamentos distribuídos de forma gratuita à população (MENGUE et al., 2015).

O plano de DCNT objetiva a distribuição gratuita de medicamentos para HAS e DM, por meio da campanha Saúde Não Tem Preço, que, desde 2011, mantém gratuitamente a distribuição nas farmácias e drogarias privadas que apresentam vínculo com o Ministério da Saúde, efetivando um crescimento de 70% na distribuição desses medicamentos (MALTA et al., 2015).

A HAS é uma doença grave que atinge o sexo feminino com maior intensidade, devido ao fato em que as mulheres estão em grande atividade no cotidiano atual. O papel do sexo feminino tem modificado no decorrer dos anos, e a sua participação se encontra além das

atividades domésticas, colaborando, atualmente, de forma ativa no mercado de trabalho, tendo como consequência o aparecimento do estresse, que leva ao desenvolvimento da hipertensão arterial (ROCHA; DEBERT-RIBEIRO, 2001).

Em 2011, 22,7 e 5,6% da população na idade de 18 anos apresentavam diagnóstico de HAS e DM, respectivamente, prevalecendo em mais velhos e de menos cultura (BRASIL, 2013).

No Brasil, 40% da população, isto é, cerca de 57,4 milhões de pessoas possuem alguma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), segundo estudos da Pesquisa Nacional da Saúde (PNS) em parceria com o IBGE, sendo a maior incidência nas mulheres (34,5 milhões), e não nos homens (23 milhões) (BRASIL, 2014). De acordo com a literatura (NOGUEIRA et al., 2010; WANG et al., 2013), os pacientes masculinos apresentam menores condições de conhecimento sobre a Hipertensão Arterial (HAS).

No estudo desenvolvido, foi constatada a maior incidência de HAS entre as mulheres. Este fato ocorre porque tem mais mulheres com HAS depois dos 50 anos, de acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010. Também a mulher vive mais e procura mais os serviços médicos, facilitando a identificação da hipertensão arterial. Estudos realizados observam que o serviço de saúde é mais procurado entre pessoas com mais de 65 anos, ou seja, por mulheres que realizam exames de rotina e de prevenção. Em contrapartida, os homens que procuram o serviço o fazem por razões de doenças (SILVA et al., 2013).

A vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) mostrou que, em 2013, a amostragem de hipertensão era de 24,1% em 22 cidades brasileiras, sendo 23% em mulheres e 21% em homens (BRASIL, 2014). Percebeu-se a relação entre o envelhecimento e o diagnóstico das doenças crônicas não transmissíveis como a DM, prevalecendo entre pessoas de maior idade (ROCHA; SAN JUAN, 2009). As políticas de saúde promovem atividades para todas as faixas etárias de menor incidência de doenças, sem desprezar as outras (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

De acordo com a VIGITEL, a incidência de HAS aumentou de 22,6% em 2006 para 24,3% em 2017. Esta doença aumenta com a idade e chegará a 60,9% nos adultos com mais de 65 anos. Constatou-se menor incidência em pessoas de maior escolaridade, e 14,8% entre as pessoas com mais de doze anos de estudo (BRASIL, 2011).

O estudo desenvolvido ressaltou maior prevalência de HAS em mulheres em relação a homens. De acordo com outros estudos, essa prevalência é 26,4% contra 21,7% para homens, sendo a maior prevalência de mulheres no Rio de Janeiro (34,7%) e Recife (30%). Já a prevalência de homens foi em Maceió (26,3%) e Natal (26,2%) (BRASIL, 2011). Segundo o

estudo desenvolvido em Paiçandu/Paraná, observou-se que, dos 408 adultos avaliados, 68,63% eram predominante do sexo feminino, e a prevalência da hipertensão foi de 23,03%, sendo maior entre as mulheres (24,64%) do que entre os homens (19,53%) (RADOVANOVIC et al., 2014).

As mulheres têm um nível pressão arterial determinado por alguns fatores, como gestação, menopausa, reposição hormonal e uso de contraceptivo, os quais geram aumento da pressão arterial (SILVA et al., 2016).

As mulheres por fatores orgânicos apresentam maiores incidências da hipertensão arterial, entretanto outra situação favorece o aumento da pressão arterial, o tabagismo, cerca de um terço da humanidade apresenta esse vício, sendo a maior incidência em homem. O etilismo é outro fator de risco que desencadeia a hipertensão (tabela 3).

A Organização Mundial Saúde (2014) descobriu que nenhum país conseguiu se livrar dos males do tabagismo, apesar de todos os esforços nesse sentido, para que os mesmos consigam salvar mais vidas.

Dados mostram que 22% de toda a população do mundo são fumantes. Isso seria 820 milhões de homens e 176 milhões de mulheres, sendo, pois, o tabaco, responsável por 34% de óbitos de homens e 22% entre as mulheres. No Brasil, ficam entre 12,8 e 9,4%, respectivamente (ERICKSEN et al., 2015).

Um dos grandes problemas de saúde pública do século XXI, segundo a Organização Mundial da Saúde, é o tabagismo, responsável por 63% das mortes em relação às DCNT. São seis milhões de pessoas que morrem ao ano, e, se nenhuma providência for tomada em 2030, esse número será de oito milhões (OPAS, 2016).

A atuação prejudicial do tabagismo nas complicações diabéticas são bem conhecidas por causa da nefropatia e na mortalidade macrovascular, aumentando também as complicações cardiovasculares secundárias em hipertenso, além de fazer progredir a insuficiência renal (BRASIL, 2014).

Em 2004, constatou-se, depois de estudos entre hipertensos e diabéticos, que o tabagismo era mais frequente entre os homens (CARVALHO et al., 2016), e isso reforça os resultados obtidos em nosso estudo.

O tabagismo está totalmente vinculado à hipertensão arterial, e medidas impeditivas em relação a esse hábito reduzem essas taxas (FARIA et al., 2016).

O alcoolismo também está relacionado à hipertensão arterial, pois aumenta em 2 mmHg cada 30 ml de álcool etílico, devendo haver controle constante entre hipertensos. Contudo, estudos demonstraram não haver relação entre uma coisa e outra (JARDIM et al., 2007). O

grande consumo de álcool proporciona o aumento de riscos de danos cardiológicos (LUO et al., 2013; WAKABAYASHI; ARAKI, 2010).

A Organização Mundial da Saúde, em 2014, descobriu também que o AVC e a hipertensão arterial estão associados ao consumo de álcool. Demonstrou-se que, em 2012, houve três milhões de mortes, sendo que 5,9% das mortes mundiais são responsabilidade do consumo do álcool.

Nesse estudo, verificou-se que a maior prevalência de etilistas e fumantes foi encontrada em homens (DOOLAN; FROELICHER, 2008), assim como na Tailândia (TRAN et al., 2015). Também nesta pesquisa, confirmaram que o Reino Unido e os Estados Unidos também apresentam maior percentual entre os homens no uso abusivo de álcool (ODERMATT; STUTZER, 2015; SILFEN et al., 2015). Este estudo corrobora os resultados obtidos na pesquisa que foi desenvolvida com os pacientes hipertensos e diabéticos nesta instituição hospitalar.

O surgimento da hipertensão (HAS) está ligado ao consumo do álcool, como também ao descontrole da pressão desses pacientes em tratamento (CARVALHO et al., 2016).

No que se refere ao perfil dos usuários (tabela 4), deve-se destacar a importância da prática esportiva, a fim de prevenir e tratar a hipertensão, uma vez que a maioria da população não tem hábito de fazer exercícios físicos.

É muito importante a prática desses exercícios, que seria uma prevenção e tratamento para reduzir a pressão arterial, sendo o esporte saudável em todas as faixas etárias, promovendo a redução da pressão sistólica e diastólica para 6,9 a 4,9 mmHg, respectivamente (SOARES; SILVA; DELLAGRANA, 2009).

Estima-se que mudanças de hábitos para uma vida mais atuante aumenta a expectativa de vida em até 15 anos. Estudos comprovam que qualquer atividade física pode reduzir em 25% o risco de doenças cardíacas (RAMALHO, 2015).

Segundo Santos et al., (2015), há uma estimativa de que haverá 366 milhões de pessoas com diabetes no mundo inteiro. No Brasil, 5,6% possui Diabetes Mellitus Tipo II (BRASIL, 2012b; MENEZES et al., 2016). Além disso, afirma que as complicações em DM Tipo II são grandemente encontradas mundialmente.

A atividade física, juntamente com alimentação saudável, suspendendo álcool/cigarro, diminui a possibilidade de instalação e progressão da DM. Estudos revelaram que mais de 50% dos hipertensos não praticavam exercícios físicos, sendo em maior número as mulheres. Outros estudos demonstram também que atividade de menor intensidade reduz em 20% a

mortalidade. Esses estudos se assemelham com a pesquisa desenvolvida (CARVALHO et al., 2016; GOMES et al., 2018).

Observou-se que na tabela 5, se refere ao momento em que o farmacêutico vai obter informações sobre os medicamentos através da aplicação de questionários e da entrevista com o paciente.

No momento da reconciliação, o farmacêutico, por intermédio do diálogo com o paciente, deve informar e orientar sobre a melhor maneira de usar o medicamento, enfatizando a dose, horário, o armazenamento, a não utilização de medicamentos com prazo de validade expirado, avisar ao médico se faz uso de plantas medicinais, evitar a automedicação, informar se tem alergia a algum medicamento, observar a duração do tratamento. Caso os medicamentos de uso do paciente não sejam padronizados, a prescrição deve ser sinalizada (estar com o paciente), portanto, a equipe de enfermagem naquele horário vai até o leito do paciente para administrar o seu medicamento. Nesse momento, o farmacêutico deve perguntar se o paciente tem alguma dúvida em relação a seus medicamentos. Em relação aos pacientes idosos, orientar para os cuidadores terem uma supervisão maior quanto à administração dos medicamentos. Todas essas etapas foram desenvolvidas na pesquisa de campo.

A conciliação medicamentosa enfrenta um grande desafio no tratamento das doenças crônicas, uma vez que as pessoas deixam de relatar suas doenças e o tratamento que fazem, podendo haver riscos à saúde (SHARMA et al., 2012). Estudos comprovam que os erros de medicações em hospital universitário estão relacionados com prescrição, outros com problemas de dosagem ou diluição de medicamentos inadequados, podendo ser evitados ou minimizados, de acordo com a literatura e a equipe de saúde (SILVA; CASSIANI, 2004). Após análise das prescrições pelo farmacêutico clínico, foram realizadas 83 intervenções. Destas, 82 foram aceitas, apenas uma não foi, mas foi justificada. Foram detectadas 22 alergias, 18 interações, sendo todas informadas, registradas e colocadas na prescrição do paciente. Entretanto, mesmo as intervenções farmacêuticas sendo positivas e bem estabelecidas, há poucos relatos sobre esta atividade (NURGAT et al., 2011).

As intervenções em alergias são bastante importantes, devido ao alto risco de medicamentos prescritos, em que o paciente relata sua alergia. Apesar de o número de intervenções alérgicas não ser tão grande quanto as incidências de outras, é necessário evitar o uso inadequado de fármacos registrados na prescrição médica. Portanto, é de fundamental importância o envolvimento do farmacêutico (BAYLEY et al., 2007).

A intervenção farmacêutica, por meio de suas observações, reduz PRM, além de minimizar os riscos da farmacoterapia. A CFF determina que o farmacêutico deve avaliar prescrição médica, observando quantidade, qualidade, estabilidade e interações (AGUIAR et al., 2018).

Ultimamente, o farmacêutico vem sendo efetivado na equipe multiprofissional da UTI, com a finalidade de melhorar a qualidade e a assistência, por meio do monitoramento dos fármacos na sua eficácia, colaborando, assim, com a segurança do paciente (FIDELES et al., 2015).

Observou-se que o estudo desenvolvido apresentou resultado positivo em relação ao número de intervenções, tendo sido aceitas 98,7%, o que mostra que o serviço de farmácia clínica tem uma boa interação com a equipe médica, residentes e o corpo de enfermagem. Segundo outros estudos, como o desenvolvido no Hospital da Comunidade de Campo Largo, Brasil, na UTIP, 89% das intervenções foram bem aceitas pelo corpo médico e enfermagem (OKUMURA et al., 2016).

Todas as prescrições foram analisadas por meio dos programas UP TO DATE e LEXICOMP, no momento em que as interações eram identificadas (quando graves, o médico era informado de imediato, para modificar, evitando, assim, qualquer dano ao paciente).

As discrepâncias intencionais e não intencionais que foram identificadas nas prescrições médicas durante a pesquisa de campo (tabela 6). As divergências ocorrem pela omissão de medicamentos, que pessoas anteriormente tomavam na pré-hospitalização. São recorrentes entre 60% a 80% das prescrições (PATEL et al., 2007; PIPPINS et al., 2008; HELLSTRÖM et al., 2012). A desinformação também é critério que pode levar à interrupção do tratamento medicamentoso, portanto, a falta de comunicação poderá causar uma controvérsia na confecção das prescrições, no período da internação (FRIZON et al., 2014).

Diferenças medicamentosas influenciam negativamente sobre a morbidade (COLEMAN et al., 2005). Houve a observação de que pacientes com 65 anos ou mais, 14,3%, que apresentaram alguma discrepância de medicamentos, foram re-hospitalizados em 30 dias, comparando com pacientes que não apresentaram discrepância, 6,1% (COLEMAN et al., 2005). Para maior segurança dos pacientes, é bom evitar as discrepâncias. Segundo Tam et al., (2005), 10 a 67% tem ao menos um erro de prescrição em relação ao histórico médico.

As discrepâncias intencionais mais prevalentes consistiram na omissão 70,8% (n = 97), devido à nova situação clínica do paciente e substituição de medicamentos de uso contínuo por padronizado.

Em relação às discrepâncias não intencionais, 92,6% (n = 38) dos medicamentos retornaram a prescrição da mesma maneira que era utilizada antes da internação, e 4,8 % (n = 2) apresentou dose diferente em relação à pré-admissão. Em vários estudos, são evidenciados resultados semelhantes à pesquisa desenvolvida, onde há maior incidência de discrepância por omissão (LOMBARDI et al., 2016).

A tabela 7 demonstra através do estudo que apenas 39 pacientes utilizavam plantas medicinais, foram orientados sobre o uso correto, além do perigo de intoxicações e interações, enquanto na tabela 8 foram citadas as plantas mais utilizadas pelos pacientes.

O uso das plantas medicinais já faz parte da história humana, tanto em nível cultural, como medicinal (FIRMO et al., 2011). Destaca-se a sua utilização forma de chá, sendo reconhecida como uma das bebidas mais populares do mundo, podendo funcionar no controle da diabetes (KAUSHIK et al., 2010).

O uso de terapias alternativas tornou-se um fenômeno muito difundido no mundo todo, havendo, até nas escolas médicas, cursos de graduação e pós-graduação em fitomedicina. Existe procura por profissionais pelos pacientes nesta área, considerando-se que um terço dos pacientes utiliza fitoterápico, mesmo sem comunicar aos seus médicos. Há um crescimento de vendas de 2 milhões de dólares, aumento de 25%, e cerca de 80% da humanidade faz seu uso (FETROW; AVILA, 2000; PINTO, 2008). Atualmente, o mercado mundial de fitoterápicos movimentava 21,7 bilhões de dólares, enquanto o mercado Nacional, cerca de 400 milhões (SILVA, 2016). Constatou-se, em estudos, que 60% das pessoas faziam uso das plantas medicinais. A população usa plantas medicinais em conjunto com medicamentos. Observou-se que muito desta prática é feita sem orientação médica nem farmacêutica (SILVA; HAHN, 2011).

É necessário o cuidado com os produtos à base de plantas medicinais. É preciso conhecer riscos e benefícios, porque, muitas vezes, as plantas medicinais provocam efeitos adversos, decorrentes da má condição de cultivo, falta de identificação da parte botânica, além de poucas informações de reações adversas, esquema posológico, tempo de tratamento e, sobretudo, as reações adversas (COLET et al., 2015).

Para Lorenzi e Matos (2008), deve haver individualidade nos chás que forem preparados. Mas, quando forem utilizados frequentemente, podem ser preparados em maior quantidade para consumo diário.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em torno de 80% da população do mundo faz uso das plantas medicinais como forma terapêutica. Então, no mundo inteiro,

existe um movimento de US\$ 22 bilhões por ano. Aqui no Brasil, este comércio é 5%, o que equivale a US\$ 400 milhões por ano (SANTOS et al., 2016).

A partir da cultura popular, com a ajuda da etnobotânica, é possível intervir de forma planejada no desenvolvimento sustentável das regiões, reduzindo o extrativismo e os riscos sobre a saúde humana (ALBUQUERQUE; HANAZAQUI, 2006). Portanto, ao observar as intervenções, deve promover o uso de plantas como terapia segura, observando a interpretação da etnobotânica das plantas medicinais pela determinada população, sendo escolhidas as espécies pelo seu ambiente e cultura (MADEIRO; LIMA, 2015).

Em estudo desenvolvido em São Caetano do Sul em 2011, em relação à porcentagem de entrevistados distribuídos de acordo com o uso de plantas medicinais, o resultado obtido foi que 49 pacientes faziam uso frequente, 158 pacientes não usavam, 112 pacientes usavam esporadicamente. Este estudo corrobora a pesquisa desenvolvida, em que o número de pacientes que não usam plantas medicinais é de 85, e os adeptos, de 39.

É importante relatar que, no decorrer da pesquisa de campo, foram realizadas 25 transferências, 103 altas, 14 óbitos (11 óbitos hospitalares e 03 após alta) e 05 re-hospitalações.

A segurança do paciente é um princípio fundamental do cuidado. O mau gerenciamento e o uso incorreto do medicamento ocasionam problemas, gerando aumento de morbimortalidade, elevação de custos à saúde, prejuízos à segurança e à qualidade de vida dos usuários de saúde (BRASIL, 2010).

A reconciliação medicamentosa pode prevenir as reinternações hospitalares pelo cuidado e atenção aos pacientes, havendo também uma redução considerável nos custos hospitalares (ROZICH; RESAR, 2001; FONTOURA, 2019).

É preciso, entretanto, uma melhor comunicação nessas transições, para que haja mais informação, evitando, então, o risco de qualquer erro para os pacientes, como também orientar o paciente no processo de alta hospitalar, reconhecido por estudos de órgãos internacionais (CHINTHAMMIT et al., 2012; KWAN et al., 2013).

A transição do cuidado é um processo que começa com a internação do paciente, que contém planos de alta e educação para o paciente e a família, além de uma integração completa entre os profissionais de saúde que cuidam do paciente e colaboração com os demais serviços de saúde (HIRSCHMAN et al., 2015).

Na alta hospitalar, é imprescindível o cuidado na transição para a segurança do paciente. A transição do cuidado é feita de modo total, melhorando a assistência e qualidade de vida do usuário, transformando a vida dos pacientes, pelos cuidados em casa e aplicação de

medicações. Porém, muitas vezes, essas mudanças não são relatadas com eficiência no momento da internação hospitalar, quebrando os cuidados pós-alta (MARQUES; ROMANO-LIBER, 2014; TROMPETER et al., 2015; WEBER et al., 2017). Estudos comprovam que os erros médicos estão relacionados à falta de comunicação entre profissionais de saúde, contribuindo também para eventos adversos. Em consequência disso, mais qualidade dos cuidados (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

O enfermeiro, por diversas vezes, é importante na comunicação das informações entre os pacientes e familiares após a alta (WEBER et al., 2017). Porém, muitas vezes, essa mesma alta não é do conhecimento do enfermeiro, pois eles não têm acesso à transmissão dos cuidados domiciliares, pois o tempo é curto, e existe ansiedade dos pacientes em retornarem para casa (MARQUES; ROMANO-LIBER, 2014).

Estudos avaliaram também ser baixo o nível de informação na prática de alta hospitalar, acerca de indicação, dose, aspecto posológico e efeitos adversos, sendo mais graves em pacientes idosos e crônicos, acarretando danos pelo uso inadequado de medicamentos, (KERZMAN; BARON-EPEL; TOREN, 2005).

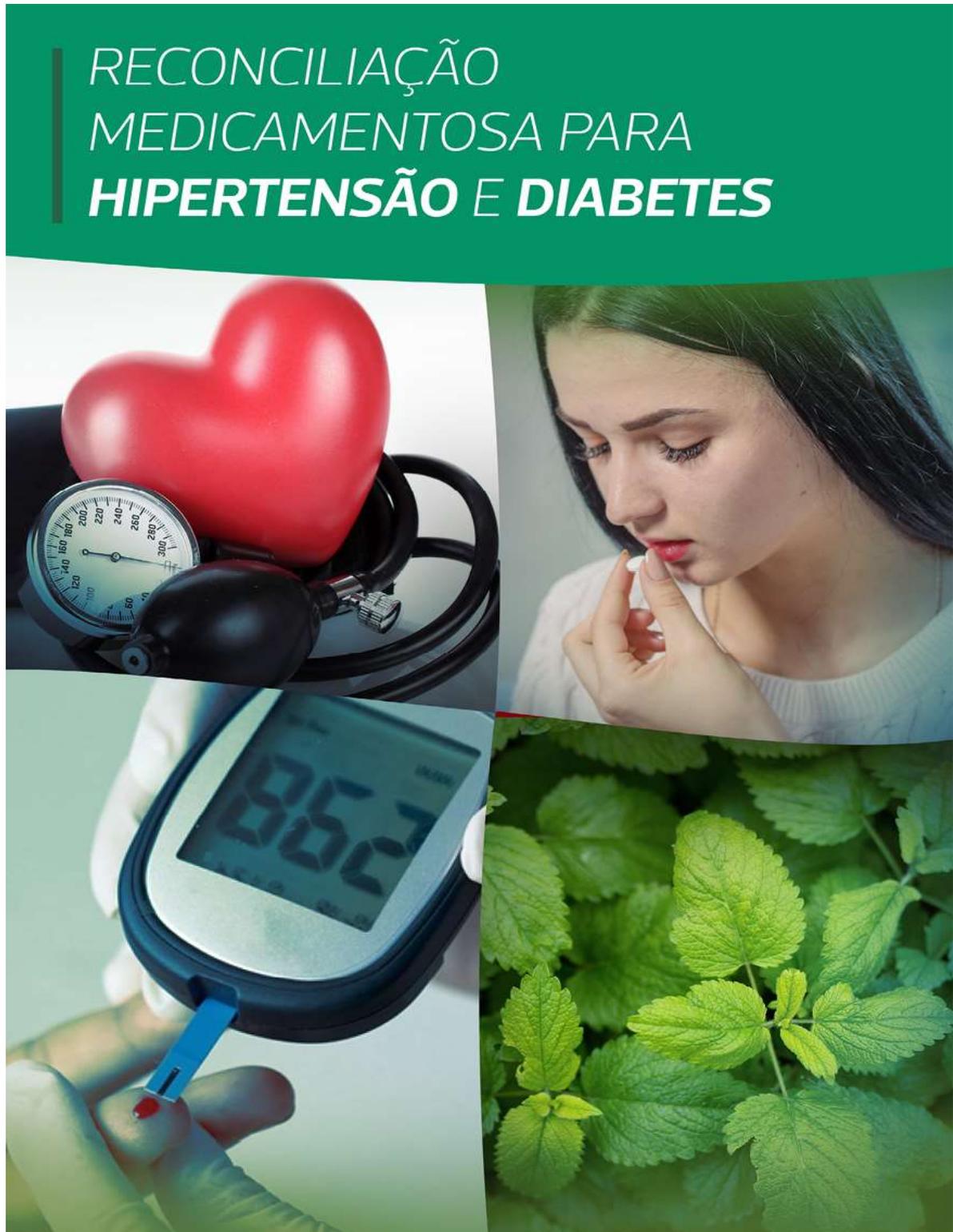
A revisão sistemática constatou que um bem elaborado plano estruturado de alta leva à redução no tempo de hospitalização (TPH), promovendo um aumento na satisfação do paciente, contendo os custos e aumentando resultados favoráveis à saúde, sendo oferecido um cuidado para continuidade dos cuidados (SHEPPERD et al., 2013).

É importante que os pacientes compreendam as instruções dos medicamentos, pois a alta hospitalar é um o momento de grande risco, podendo ocorrer confusões e EM, salientando que o principal são os conselhos dados na alta, e não apenas informações escritas (SOUSA; RODRIGUES; MACHADO, 2012).

Após alta hospitalar, os pacientes da pesquisa de campo foram acompanhados pelo profissional farmacêutico, por meio de telefonemas, com o objetivo de tirar dúvidas relacionadas a medicamentos, ou qualquer outra dúvida que surgisse durante a alta. Kripalani et al., (2007), confirmam *in loco* afirmações do citado estudo, esclarecendo como estão sendo usados os medicamentos, em contrapartida ao relato de alguma dificuldade de adquirir os mesmos.

6 PRODUTO FINAL

Cartilha: Reconciliação medicamentosa em hipertensos e diabéticos e o uso seguro das plantas medicinais na atenção básica



Sumário:

1. O que é hipertensão Arterial?.....	4
2. Quais os sintomas da HAS?	4
3. Quais os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS?	5
4. O que é Diabetes?.....	7
5. Quais os sintomas da Diabetes?.....	7
6. Quais os Fatores de Risco?.....	8
7. Quais as complicações causadas pela Diabetes?.....	8
8. Algumas das complicações causadas pela diabetes	9
9. Aconselhamento acerca da segurança do paciente	10
10. Interação entre plantas medicinais e medicamentos	14
11. Plantas medicinais com ação anti-hipertensiva	17
12. Plantas medicinais com ação antidiabética	18
13. Interação entre medicamentos e alimentos	19
14. Referências	20

O que é **HIPERTENSÃO ARTERIAL?**



A **hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)**, ou pressão alta, é uma doença **cardiovascular** que ocorre quando a pressão arterial sistólica é maior ou igual a **140 mmHg** (milímetros de mercúrio) e a pressão arterial diastólica é maior ou igual a **90mmHg** (**140/90 mmHg**).

Quais os sintomas da **HAS**?

Os sintomas da **HAS** podem facilmente ser confundidos com os de outras doenças. No entanto, alguns são recorrentes e bastante comuns, dentre eles:

- **Dor no peito**
- **Dor de cabeça**
- **Tontura**
- **Zumbido no ouvido**



- **Fraqueza**
- **Visão embaçada**
- **Sangramento nasal**

Ao menor sinal de qualquer um dos sintomas citados, procure imediatamente o serviço de saúde mais próximo. Mas é importante lembrar: **a hipertensão** pode ser uma doença silenciosa em muitos casos! Portanto, mesmo que você não apresente nenhum sintoma, consulte um cardiologista regularmente e evite surpresas desagradáveis.

Quais os fatores de risco para o desenvolvimento da **HAS**?

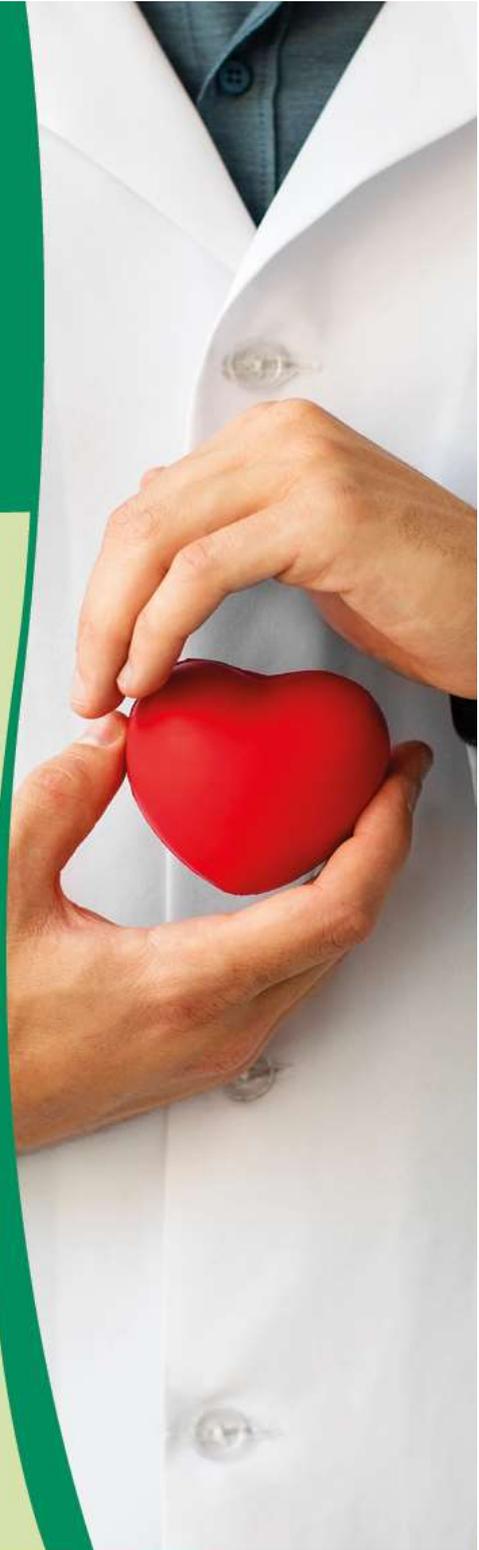
Alguns fatores importantes podem ajudar ou ser responsáveis pelo desenvolvimento da hipertensão, dentre eles:

- **Consumo de cigarros**
- **Consumo de sal em excesso**
- **Uso abusivo de bebidas alcoólicas**
- **Obesidade**
- **Estresse**
- **Sedentarismo**



Identificou-se com algum ou alguns desses fatores?

O sinal está **amarelo** para você! Evitar estes tipos de condutas e estilos de vida é sempre a melhor opção na luta contra a **hipertensão**.





Cuide-se
Sua Saúde Agradece!

O que é Diabetes?

A **diabetes** é uma doença crônica na qual o corpo não consegue produzir ou utilizar, de forma adequada a insulina que o organismo produz.

A insulina é o hormônio responsável por controlar os níveis de glicose (**açúcar**) presentes no sangue.

Sem esse hormônio, a glicose não pode ser controlada e permanece elevada no sangue, o que chamamos de **hiperglicemia**. Se este quadro durar

por longos períodos, pode danificar órgãos vitais, vasos sanguíneos e nervos.



Quais os sintomas da Diabetes?

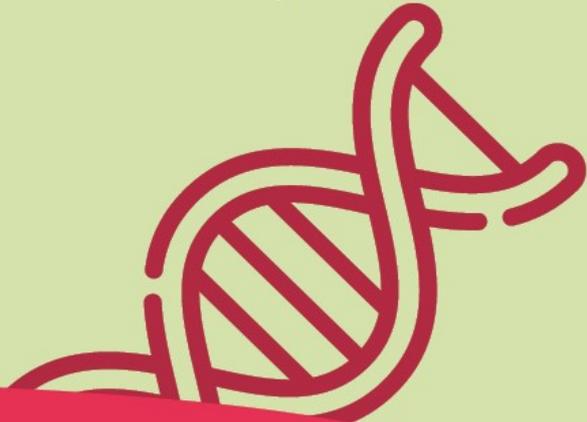
- **Sede:** vontade excessiva de tomar água e, ainda assim, continuar com sede.
- **Vontade de urinar:** ir ao banheiro constantemente, algumas vezes até com urgência.
- **Cansaço:** se sentir fraco e sem ânimo, mesmo sem motivo aparente.
- **Aumento de apetite:** sentir fome descontrolada em horários incomuns e mesmo após as refeições.
- **Perda de peso repentina:** mesmo comendo em excesso, o peso diminui drasticamente.
- **Dificuldade de concentração:** o indivíduo pode apresentar sonolência sem justificativa.
- **Câimbras:** causadas pela mudança no perfil metabólico do diabético.
- **Dores nas pernas:** associadas a outros sintomas da diabetes.
- **Visão embaçada:** também conhecida como visão borrada ou turva.
- **Formigamentos:** gerando perda de sensibilidade nos membros por falta de circulação sanguínea.
- **Cicatrização lenta:** sinal clássico e muito comum.
- **Náuseas, vômitos e infecções frequentes.**

Quais os Fatores de **Risco**?

Além da influência genética, no caso da diabetes **tipo I**, existem alguns fatores de risco responsáveis pelo desenvolvimento da diabetes **tipo II**.

Alguns deles são:

- **Hipertensão (pressão alta)**
- **Pré-diabéticos**
- **Colesterol alto**
- **Obesidade**
- **Doença renal crônica**
- **Síndrome do ovário policístico**
- **Apneia do sono**
- **Uso de corticoides**



Quais as complicações causadas pela **Diabetes**?

Atualmente, há muitas maneiras para controlar a diabetes, e todas elas têm o objetivo de melhorar o quadro da doença e evitar complicações.

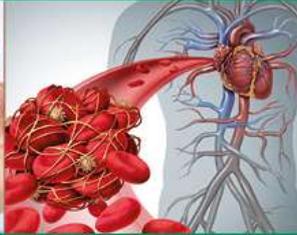
No entanto, se o tratamento não for realizado corretamente e houver negligência do paciente em relação à doença, o quadro pode ser agravado.



Algumas das complicações causadas pela diabetes são:



Doença Renal



Má circulação do sangue



Feridas abertas



Glaucoma



Catarata



Retinopatia



Pelesensível



Amputação de membro

A **diabetes** pode ser controlada,
Não seja negligente!



Aconselhamento acerca da segurança do paciente

A segurança do paciente é uma questão prioritária mundialmente. Ela consiste em diminuir os efeitos danosos em relação à saúde do mesmo. Envolve o cuidado do paciente desde o momento em que entra em um serviço de saúde (atendimento) até a alta hospitalar.

- ✓ **1.** Ter em mãos a prescrição mais recente.
- ✓ **2.** Observar se o medicamento de uso diário foi prescrito ou teve substituição.
- ✓ **3.** Analisar se, na receita médica, consta dose, além de frequência e período de tratamento (em caso de antibióticos e anti-inflamatórios).
- ✓ **4.** Orientar a administração do medicamento com água, para evitar interação.
- ✓ **5.** Para pacientes polimedicados, fazer uma tabela colocando os nomes dos medicamentos e seus horários de administração, evitando, assim, o esquecimento.
- ✓ **6.** Orientar a ingestão de medicamentos no horário certo, porque, em caso de qualquer reação alérgica, torna-se mais fácil identificar o medicamento.
- ✓ **7.** Orientar no sentido de não tomar a dose dobrada, caso haja esquecimento de tomar o medicamento.
- ✓ **8.** Orientar sobre a verificação da validade dos medicamentos (não utilizar medicamentos vencidos).
- ✓ **9.** Armazenar adequadamente os medicamentos, mantendo em lugares arejados e longe da luz.
- ✓ **10.** Informar ao médico se faz uso de plantas medicinais.
- ✓ **11.** Não utilizar plantas medicinais por longo período.
- ✓ **12.** Não suspender os medicamentos de uso contínuo sem informar ao médico.
- ✓ **13.** Não abandonar o tratamento antes de falar com o médico e farmacêutico.

- ✔ 14. Orientar sobre a importância de aferir com frequência a pressão arterial e fazer o controle da glicemia diariamente.
- ✔ 15. Orientar o acompanhamento por um familiar durante as consultas médicas, para pessoas com 60 anos ou mais.
- ✔ 16. Manter na bolsa a receita médica mais atualizada.
- ✔ 17. Informar ao médico se tem alergia a algum medicamento.
- ✔ 18. Evitar automedicação.

Tabela de como usar o medicamento



Horário	6h00	7h00	8h00	12h00	16h00	18h00	19h00	24h00	
Medicamento A	X								24h (1x ao dia)
Medicamento B		X					X		12/12h (2x ao dia)
Medicamento C			X		X			X	8/8h (3x ao dia)
Medicamento D	X			X		X		X	6/6h (4x ao dia)



**CALOR E
UMIDADE
NÃO!**



**VENCIDOS
NÃO!**

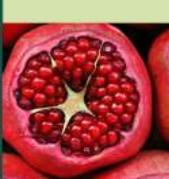
12 RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA PARA HIPERTENSÃO E DIABETES



Interação entre plantas medicinais e medicamentos

PLANTA	NOME CIENTÍFICO	PARTE	INDICAÇÕES	FÁRMACO	INTERAÇÕES
	Allium sativum	Bulbo composto	Coadjuvante no tratamento da hipertensão. Tratamento da hipertensão arterial leve.	Varfarina	↑ Tempo de sangramento
				Lisinopril	↑ Efeito hipotensor do medicamento
				Insulina e Glipizida	↓ Excessiva da glicose, levando hipoglicemia
	Rosmarinus officinalis	Folhas	Antioxidante, Anti-inflamatório, Antitumoral, Anti HIV.	Anticoncepcional	Aborto, irritação renal.
	Peumus Boldus Molina	Folhas	Colagogo, colerético, tratamento sintomático de distúrbios gastrintestinais espásticos.	Anticoagulantes	↑ Função antiplaquetária de anticoagulantes
	Cymbopogon citratus	Folhas, raízes e óleos	Cólicas abdominais, febres, dores abdominais e hipertensão	Gentamicina Cefalotina Cefepima	Óleo potencializa o antibacteriano no tratamento contra o S. aureus
				Verapamil Diltiazem Nifedipino Anlodipino	↓ Pressão arterial
	Cinnamomum zeylanicum	Folhas Rebentos Casca Óleo	Antibacteriano Antifúngico Antioxidante Hipoglicemiante	-	-
	Baccharis trimera	Folhas Ramos	Analgésicos Antidiabéticos Anti-inflamatórios Antimicrobianos Antioxidante	-	-

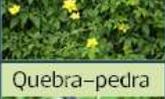
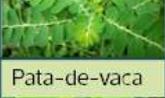
PLANTA	NOME CIENTÍFICO	PARTE	INDICAÇÕES	FÁRMACO	INTERAÇÕES
Camomila 	Matricaria recutita	Partes Florais	Antiespasmódico Anti-Inflamatório Tópico Distúrbios digestivos Insônia leve	AAS Ibuprofeno Haloperidol Clozapina Propranolol Ciclosporina Warfarina Amitriptilina Benzodiazepínicos Metoclopramida Fenobarbital	Potencializa ação desses fármacos
				Contraceptivos Orals	Diminui ação
				Antiácidos	Diminui ação pela redução da absorção do ferro
Cravo-da-Índia 	Caryophyllus aromaticus	Botão Floral Óleo essencial	Anti-Inflamatório Cicatrizante Analgésico Eficaz na eliminação de bactéria presente na boca	Warfarina	↑ risco de sangramento
Erva-cidreira 	Melissa officinalis	Folhas Óleo essencial	Carminativo Antiespasmódico Distúrbios do sono	Psicofármaco Pentobarbital Carbimazol Levotiroxina Inibidores seletivos da recaptação da serotonina	Potencializa ação destes fármacos
Erva-doce 	Pimpinella anisum	Fruto	Carminativo Antiespasmódicos Estomáquico Estimulante geral Diurético	Ansiolíticos e sedativos	Prolonga ação sedativa
Gengibre 	Zingiber officinale	Raiz	Anti-Inflamatório Alivia as dores musculares Infecções do trato respiratório Tosse Asma Bronquite	Ranitidina Lansoprazol AAS Warfarina Heparina Clopidogrel Ibuprofeno Naproxeno	Estimula a produção do ácido clorídrico Aumenta o risco de sangramento
Hortelã 	Mentha piperita	Folhas Caules	Carminativo Expectorante Cólicas intestinais Descongestionante nasal	Nifedipino Felodipina	↑ Concentração do fármaco
				Estatinas (Fluvastatina)	Potencializa o seu efeito farmacológico

PLANTA	NOME CIENTÍFICO	PARTE	INDICAÇÕES	FÁRMACO	INTERAÇÕES
Insulina 	Cissus sicyoides	Partes aéreas	Utilizados no tratamento da diabetes e de abscessos Reumatismo Ativa circulação sanguínea	Antidiabéticos orais	Potencializa o efeito hipoglicemiante, promovendo uma hipoglicemia leve a moderada
Laranja 	Citrus sp.	Folha Fruto	Antitérmico Antigripal Calmante Expectorante Problemas Gástricos e Respiratórios	B-bloqueadores Atenolol Bisoprolol Metoprolol Propranolol Pindolol	Ocorre uma interação sinérgica (com suco de laranja vermelha)
Laranja 	Citrus sp.	Folha Fruto	Antitérmico Antigripal Calmante Expectorante Problemas Gástricos e Respiratórios	Inibidores da ECA Benazepril Captopril Enalapril Lisinopril Ramipril	↑ Atividade do fármaco
Quebra-pedra 	Phyllanthus niruri	Folhas Raízes Frutos e Sementes	Utilizado nas afecções hepáticas com icterícia	Diuréticos	Potencializa os efeitos dos diuréticos
Romã 	Punica granatum	Fruto	Anti-Inflamatório Antioxidante	Estatina (Rosuvastatina)	↑ O risco de rabdomiólise
Sabugueiro 	Sambucus nigra	Folhas Flores Frutos casca raízes	Antioxidante Diurético Diaforético Analgésico Constipação Infecções do trato respiratório	-	-

Plantas medicinais com ação anti-hipertensiva

PLANTA	NOME CIENTÍFICO	PARTE UTILIZADA	EFEITO
 <p>Alho</p>	Allium sativum	Bulbo composto	Coadjuvante no tratamento da hipertensão arterial leve
 <p>Capim-limão</p>	Cymbopogon citratus	Folha seca ou fresca Raiz rizomatosa	Redução da pressão arterial por um efeito direto sobre o músculo liso vascular levando à vasodilatação
 <p>Chuchu</p>	Sechium edule	Flor Semente Raiz	Efeito vasorrelaxante
 <p>Colônia</p>	Alpinia zerumbet	Folhas	Redução da pressão arterial média
 <p>Ginkgo Biloba</p>	Ginkgo biloba	Folhas	Propriedades vasodilatadoras periféricas e antiagregantes plaquetárias, sendo usada nos casos de disfunção cognitiva, insuficiência cerebral, demência, zumbidos e na prevenção de doenças ateroscleróticas
 <p>Erva-cidreira</p>	Melissa officinalis	Folha Flor	Redução da pressão arterial por um efeito direto sobre o músculo liso vascular, levando à vasodilatação
 <p>Laranja</p>	Citrus sp.	Folha Fruto	Efeito hipotensor
 <p>Maracujá</p>	Passiflora sp.	Folhas	Efeito anti-hipertensivo pode ser devido à valorização do estado antioxidante

Plantas medicinais com ação antidiabética

PLANTA	NOME CIENTÍFICO	PARTE UTILIZADA	EFEITO
 <p>Alho</p>	Allium sativum	Bulbo composto	Aumenta a secreção e liberação de insulina pelo pâncreas
 <p>Babosa</p>	Aloe vera	Folhas Polpa Seiva	Apresenta atividade hipoglicêmica maior que a glibenclamida
 <p>Cebola</p>	Allium cepa	Bulbo	Aumenta a secreção e a liberação da insulina pelo pâncreas
 <p>Carqueja</p>	Baccharis trimera	Folha Ramos	Apresentou potencial antidiabético com redução da glicemia após sete dias de tratamento, quando usado em ratos diabéticos
 <p>Figo</p>	Ficus carica	Fruto	Possui um efeito hipoglicemiante similar ao da glibenclamida
 <p>Melão-de-são-caetano</p>	Momordica charantia	Folhas	Estimula a síntese e liberação de insulina por parte das células pancreáticas
 <p>Quebra-pedra</p>	Phyllanthus niruri	Folhas, Raízes Frutos e Sementes	Reduz os níveis glicêmicos
 <p>Pata-de-vaca</p>	Bauhinia forficata	Folhas Cascas Flores	Pode reduzir a taxa de glicose (através da trigonelina), triglicerídios e colesterol

Interação entre medicamentos e alimentos

Quadro das possíveis interações entre alimentos, nutrientes e fármacos

FÁRMACO	ALIMENTOS/ NUTRIENTES	MECANISMO/ EFEITOS	RECOMENDAÇÕES
Ácido acetilsalicílico	Suco de maracujá (vitamina C) e alface (vitamina K)	Depleta absorção das vitaminas	Não ingerir alimentos ricos em vitamina C e K, ácido fólico, tiamina e aminoácido próximo ou durante administração dos medicamentos
Captopril	Alimentos em geral	Diminui absorção do fármaco	Administrar uma hora antes ou duas horas após as refeições
Carvedilol	Alimentos em geral	Administrar com alimentos diminui a hipertensão ortostática	Administrar com alimentos
Espiro lactona	Leite e carne (potássio)	Retém o potássio (K ⁺)	Evitar administração com alimentos ricos em potássio
Furosemida	Abóbora, arroz, cenoura, carne (sódio)	Depleta o sódio (Na ⁺)	Evitar administração com alimentos ricos em sódio
Glibenclâmida	Alimentos em geral	Quando administrado com alimentos, obtém-se um pico de insulina satisfatório para reduzir a glicemia, proveniente da alimentação	Ser administrado 30 minutos antes das refeições
Hidroclorotiazida	Queijo, ovo frito, carne	Aumenta a absorção do fármaco e depleta o sódio	Administrar com alimentos gordurosos. Evitar administração com alimentos ricos em sódio
Omeprazol	Frango, leite, (Vitamina B12)	Depleta absorção da (vitamina B12)	Não ingerir alimentos ricos em vitamina B12 junto ou próximo da administração do medicamento
Propranolol	Leite (proteína)	Aumenta a biodisponibilidade do fármaco	Administrar com alimentos hiperprotéicos
Ranitidina	Leite, carne (Vitamina B12)	Depleta absorção da (vitamina B12)	Não ingerir alimentos ricos em vitamina B12 junto ou próximo da administração do medicamento

Referências

- AGUIAR, L. G. K.; VILLELA, N. R.; BOUSKELA, E. A. A microcirculação no diabetes: implicações nas complicações crônicas e tratamento da doença. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v. 51, n. 2, p. 204-211, 2007.
- ALONSO, J. R. *Fitomedicina: curso para profissionais da área da saúde*. Pharmabooks, 2008, p. 195.
- BASILA, D.; YUAN, C. Effects of dietary supplements on coagulation and platelet function. *Thrombosis Research*, v. 117, n. 1, p. 49-53, 2005.
- BATISTA, C.; PINHO, C.; CASTEL-BRANCO, M.; CARAMONA, M.; FIGUEIREDO, I. Potential herb-drug interactions found in a community pharmacy patients. *Biomedical and Biopharmaceutical Research*, v. 12, n. 1, p. 33-47, 2015.
- BORGES, K. N.; BAUTISTA, H. Etnobotânica de plantas medicinais na comunidade de Cordoaria, litoral norte do estado da Bahia, Brasil. *PLURAIS Revista Multidisciplinar*, v. 1, n. 2, 2018.
- CARVALHO-FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; MEDINA, M. G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. *Saúde Debate*. V. 38, p. 265-278, 2014.
- CEMBRANEL, F.; BERNARDO, C. O.; OZCARIZ, S. G. I.; D'ORSI, E. Impacto do diagnóstico de diabetes e/ou hipertensão sobre indicadores de consumo alimentar saudável: estudo longitudinal com idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, v. 20, p. 34-46, 2017.
- COSTA, V. P.; MAYWORM, M. A. S. Plantas medicinais utilizadas pela comunidade do bairro dos Tenentes-município de Extrema, MG, Brasil. *Revista Brasileira de Plantas Medicinais*, v. 13, n. 3, p. 282-292, 2011.
- FFUC-DIPM (Observatório de interações planta-medicamento), 2015. Disponível em: <<http://www.oiprn.uc.pt/home/>>. Acesso em dezembro de 2015.
- LAMBRECHT, J. E.; HAMILTON, W.; RABINOVICH, A. A. Review of herbdrug interactions: documented and theoretical, v. 25, n. 8, 2000.
- LIMA, C. G.; BASILE, L. G.; SILVEIRA, J. Q.; CESAR, T. B. Ingestão regular do suco de laranja vermelha reduz pressão arterial de adultos. *Journal of the Health Sciences Institute*, v. 30, n. 1, p. 59-63, 2012.
- LOMBARDO-EARL, G.; ROMAN-RAMOS, R.; ZAMILPA, A.; HERRERA-RUIZ, M.; ROSAS-SALGADO, G.; TORTORIELLO, J.; JIMÉNEZ-FERRER, E. Extracts and fractions from edible roots of *Sechium edule* (Jacq.) Sw. with antihypertensive activity. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, v. 2014, 2014.
- LONGO, M. A. T.; MARTELLI, A.; ZIMMERMANN, A. Hipertensão arterial sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de psicogeriatría do Instituto Bairral de Psiquiatria, no município de Itapira, SP. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 14, n. 2, p. 271-284, 2011.
- LOPES, E. M.; CARVALHO, R. B. N.; FREITAS, R. M. Análise das possíveis interações entre medicamentos e alimento/nutrientes em pacientes hospitalizados. *Einstein (São Paulo)*, v. 8, n. 3, p. 298-302, 2010.

LOPES, G. A. D.; FELICIANO, L. M.; DINIZ, R. E. D. S.; ALVES, M. J. Q. D. F. Plantas medicinais: indicação popular de uso no tratamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS). *Revista Ciência em Extensão*, p. 143-155, 2010.

LOURENÇO, R. Enteral feeding: drug/nutrient interaction. *Clinical Nutrition*, v. 20, n. 2, p. 187-193, 2001.

MARATHE, P. H.; ARNOLD, M. E.; MEEKER, J.; GREENE, D. S.; BARBHAIYA, R. H. Pharmacokinetics and bioavailability of a metformin/glyburide tablet administered alone and with food. *The Journal of Clinical Pharmacology*, v. 40, n. 12, p. 1494-1502, 2000.

NEGRI, G. Diabetes melito: plantas e princípios ativos naturais hipoglicemiantes. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v. 41, n. 2, p. 121-142, 2005.

NICOLETTI, M. A.; JÚNIOR, M. A. O.; BERTASSO, C. C.; CAPOROSSI, P. Y.; TAVARES, A. P. L. Principais interações no uso de medicamentos fitoterápicos. *Infarma*, v. 19, n. 1/2, p. 32-40, 2007.

NUNES, M. G. S.; DE OLIVEIRA BERNARDINO, A.; MARTINS, R. D. Uso de plantas medicinais por pessoas com hipertensão. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 16, n. 6, p. 775-781, 2015.

OLIVEIRA, F. C. S.; BARROS, R. F. M.; MOITA NETO, J. M. Plantas medicinais utilizadas em comunidades rurais de Oeiras, semiárido piauiense. *Revista Brasileira de Plantas Medicinais*, v. 12, n. 3, p. 282-301, 2010.

PIZARRO, A.; CAMPOS, M. G. Interações entre plantas medicinais e medicamentos. In: RAMOS et al., 2014. (Eds.). *Medicamentos, Alimentos e*

Plantas: As Interações esquecidas. Lisboa: Hollyfar, p. 180-216, 2014.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M.; FLOWER, R. J.; HENDERSON, G. *Farmacologia*. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

RIBEIRO, D. A.; MACÊDO, D. G.; OLIVEIRA, L. G. S.; SARAIVA, M. E.; OLIVEIRA, S. F.; SOUZA, M. M. A.; MENEZES, I. R. A. Potencial terapêutico e uso de plantas medicinais em uma área de Caatinga no estado do Ceará, nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Plantas Medicinais*, v. 16, n. 4, p. 912-930, 2014.

SCHWEIGERT, I. D.; PLETSCH, M. U.; DALLEPIANE, L. B. Interação medicamento-nutriente na prática clínica. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, v. 23, n. 1, p. 72-77, 2008.

SILVA, I. *Noções sobre o organismo humano e utilização de plantas medicinais*. Assoeste, 1995.

RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA PARA HIPERTENSÃO E DIABETES

Elaboração:

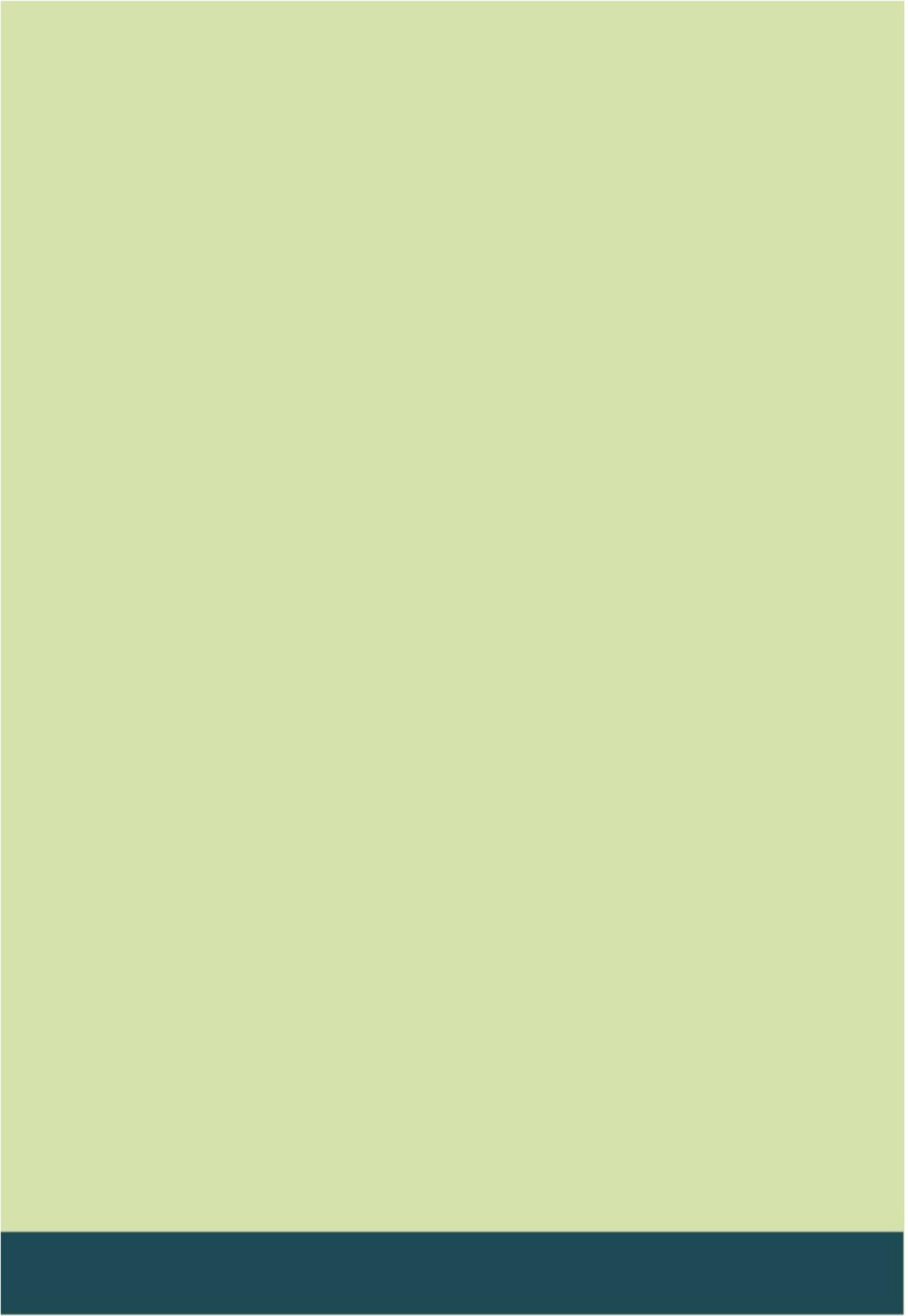
Aluna Margareth Guimarães da Silva
E-mail: margarethgsilva@yahoo.com.br

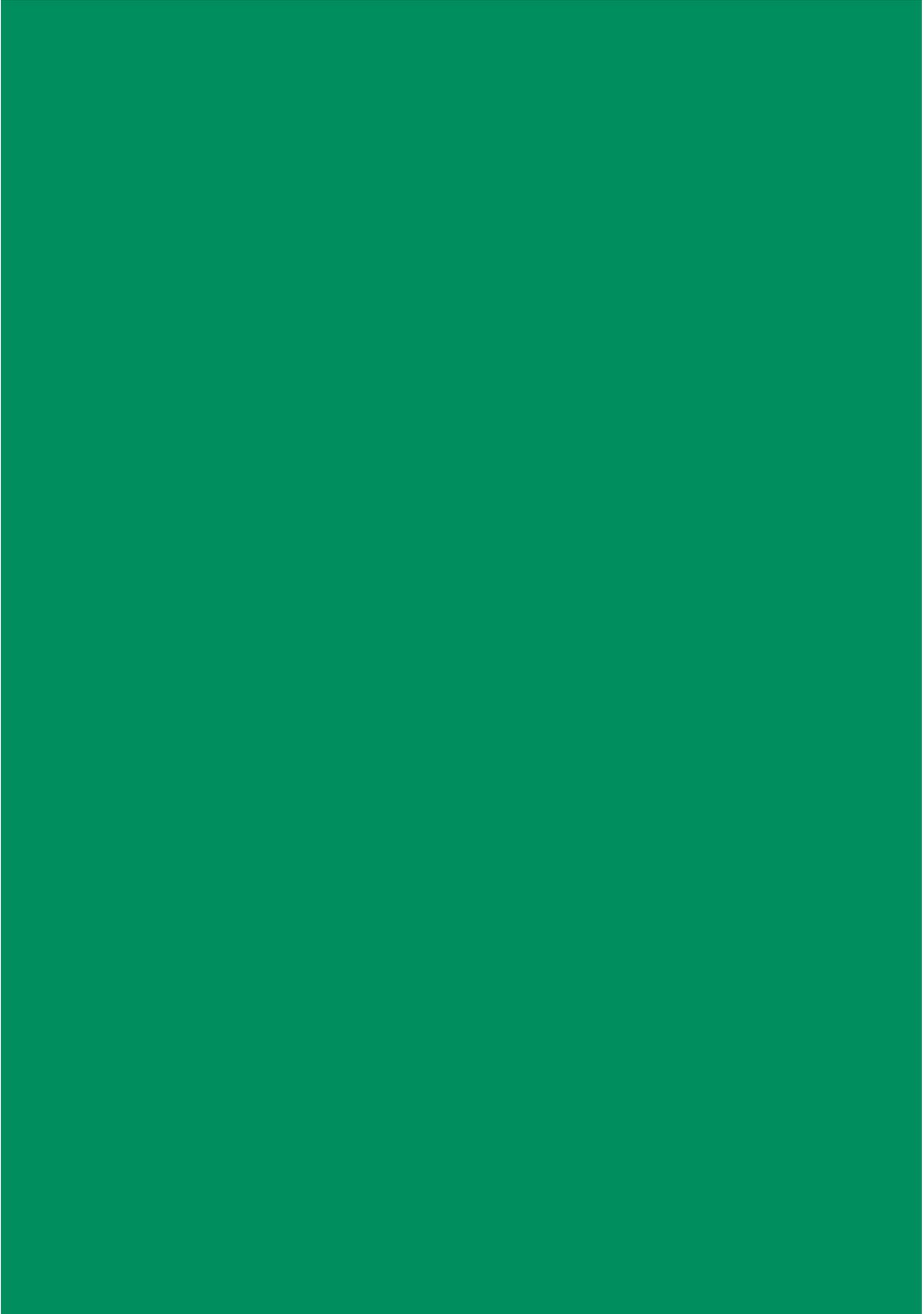
Professora Maria do Socorro Vieira Pereira
E-mail: vieirapereira@uol.com.br

DIAGRAMAÇÃO E ILUSTRAÇÕES:



*www.moldstudio.com.br
(83) 9 9869-5462*





7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo final dessa pesquisa foi plenamente realizado, com todos os critérios atendidos, além de estabelecer parâmetros entre os profissionais da saúde com os pacientes, de forma eficaz e interagindo na sua totalidade.

É importante ressaltar que o processo de reconciliação medicamentosa deve ser realizado em todos os pacientes, com o objetivo de reduzir o número de erros, interações, incompatibilidades, nas prescrições, além do uso de plantas medicinais que deve ser avisado, aumentando, assim, a segurança do paciente, reduzindo custos, tempo de internação do paciente. Para facilitar o desenvolvimento das atividades do farmacêutico clínico, é necessário que o serviço de farmácia tenha um sistema de prescrição eletrônica, validação das prescrições, inclusão de protocolos institucionais – fatores importantes, além da participação efetiva do profissional na equipe multidisciplinar.

Durante o estudo, ficou visível a necessidade de um plano de alta hospitalar individual, com todos os profissionais de saúde envolvidos, visto que os pacientes, na maioria das vezes, não entendem as informações fornecidas. Tal fator aumenta risco de erros de medicação e reduz a adesão do tratamento.

Os profissionais de saúde devem interagir com o intuito de estimular o desenvolvimento de hábitos saudáveis para controlar e enfrentar as DCNT. Portanto, devem ser realizadas com mais frequências ações e campanhas, com propagandas maciças, a fim de estimular mais o interesse público.

É imprescindível que os profissionais de saúde ampliem seus conhecimentos em relação às plantas medicinais, com o intuito de orientar os pacientes e, assim, evitar interações e outros problemas relacionados a medicamentos. Portanto, a presença do profissional farmacêutico na equipe multiprofissional é um diferencial positivo, o qual vai garantir uso racional de medicamentos, evitando a automedicação.

A elaboração da cartilha tem o objetivo de alcançar os pacientes hipertensos e diabéticos, independente do grau de escolaridade. Utilizadas ilustrações que facilitarão o entendimento e cores que chamarão a atenção, estimulando a leitura. A cartilha chegará até o paciente no momento da alta hospitalar e na atenção básica por meio da comunicação com os profissionais, abrangendo, na sua distribuição, os hipertensos e diabéticos.

REFERÊNCIAS

AFONSO, R. Reconciliação terapêutica. **Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca**, v. 3, n. 1, p. 35-36, 2015.

AGUIAR, K. D. S.; SANTOS, J. M. D.; CAMBRUSSI, M. C.; PICOLOTTO, S.; CARNEIRO, M. B. Segurança do paciente e o valor da intervenção farmacêutica em um hospital oncológico. **Einstein (São Paulo)**, v. 16, n. 1, 2018.

ALBUQUERQUE, U.P.; HANAZAQUI, N. Pesquisas etnodirigidas na descoberta de novos fármacos de interesse médico e farmacêutico: fragilidades e perspectivas. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, São Paulo, v.16, p. 678-689, 2006.

ALCANTARA, R. G. L.; JOAQUIM, R. H. V. T.; SAMPAIO, S. F. Plantas medicinais: o conhecimento e uso popular. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 18, n. 4, p. 470-482, 2015.

ALLENDE, B. M.; ARENERE, M. M.; GUTIÉRREZ, N. F.; CALLEJA, H. M.; RUIZ, L. I. F. Pharmacist-led medication reconciliation to reduce discrepancies in transitions of care in Spain. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 35, n. 6, p. 1083–90, 2013.

ALVIM, B. A. **Importância da Implantação e Desenvolvimento da Reconciliação Medicamentosa em Hospitais**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas, 2015.

ANDEREGG, S. V.; WILKINSON, S. T.; COULDRY, R. J.; GRAUER, D. W.; HOWSER, E. Effects of a hospital wide pharmacy practice model change on readmission and return to emergency department rates. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 71, n. 17, p. 1469-1479, 2014.

ANDREAZZA, R. S.; CASTRO, M. S.; KÖCHE, P. S.; HEINECK, I. Causes of drug-related problems in the emergency room of a hospital in southern Brazil. **Gaceta Sanitária**, v. 25, n. 6, p. 501-506, 2011.

AVELAR, A. F. M.; SALLES, C. L. S.; BOHOMOL, E.; FELDMAN, L. M.; PETERLINI, M. A. S.; HARADA, M. J. C. S.; INNOCENZO, M. D.; PEDREIRA, M. L. G.; HANGAI, R. K. **10 PASSOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE. 10 passos para a segurança do paciente**. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo; Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – Polo São Paulo, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Win/Downloads/6919-Texto%20do%20artigo-30720-1-10-20170602.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições, 2010, p. 3. v. 70.

BAYLEY, K. B.; SAVITZ, L. A.; MADDALONE, T.; STONER, S. E.; HUNT, J. S.; WELLS, R. Evaluation of patient care interventions and recommendations by a transitional care pharmacist. **Therapeutics and Clinical Risk Management**, v. 3, n. 4, p. 695, 2007.

BONIL, L. N.; BUENO, S. M. **Plantas medicinais: Benefício e malefícios**. 2014. Disponível em: <<http://unilago.edu.br/revista-medicina/artigo/2017/10-plantas-medicinais-beneficios-e-maleficios.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

BORGES, D. B.; LACERDA, J. T. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 162-178, 2018.

BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; MEDINA, M. G.; MARTINS, C. L.; ALMEIDA, P. F.; MOTA, P. H. D. S. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00099118, 2019.

BRASIL. **Decreto nº 5.813 de 22 de junho de 2006**. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica – AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 60, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **Mais de 5% dos brasileiros são diabéticos e doença cresce entre homens, alerta Saúde**. 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/mais-de-5-dos-brasileiros-sao-diabeticos-e-doenca-cresce-entre-homens-alerta-saude-1>>. Acesso em: 22 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS 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 o respectivo monitoramento e controle. Brasília: Diário Oficial da União nº 22, 31 de janeiro de 2007, Seção I, página 45. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010**. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0886_20_04_2010.html>. Acesso em: 05 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529 de 01 de abril de 2013**. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 43, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, n.84, seção 1, p. 19, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 156, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Relatório de Gestão: 2006/2010**. Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento (cadernos de Atenção Básica, n. 29)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. **Hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Morbidade auto referida segundo o VIGTEL, 2009. Cadastro de Portadores do SIS-HIPERDIA, 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/pdf/vigitel.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **52 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2014**/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 9. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 228 p., 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção da hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância de doença e agravos não transmissíveis e promoção da saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2960, de 09 de dezembro de 2008.** Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri2960_09_12_2008.html>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção domiciliar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRITO, A. M.; SIMÕES, A. M.; ALCOBIA, A.; COSTA, F. A. Optimising patient safety using pharmaceutical intervention in domiciliary hospitalization. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 39, n. 5, p. 980-984, 2017.

CACCIA-BAVA, M. D. C. G.; BERTONI, B. W.; PEREIRA, A. M. S.; MARTINEZ, E. Z. Disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais nas unidades de atenção básica do Estado de São Paulo: resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1651-1659, 2017.

CALIXTO, J. B. Biodiversidade como fonte de medicamentos. **Ciência e Cultura**, v. 55, p. 37-39, 2003.

CARVALHO, C. A. D.; FONSECA, P. C. D. A.; BARBOSA, J. B.; MACHADO, S. P.; SANTOS, A. M. D.; SILVA, A. A. M. D. The association between cardiovascular risk factors and anthropometric obesity indicators in university students in São Luís in the State of Maranhão, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 479-490, 2015.

CARVALHO, C. J. D.; MARINS, J. C.; AMORIM, P. R.; FERNANDES, M. F.; REIS, H. H.; SALES, S. S.; MIRANDA, M. R.; LIMA, L. M. Altas taxas de sedentarismo e fatores de risco cardiovascular em pacientes com hipertensão arterial resistente. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 49, n. 2, p. 124-133, 2016.

CEDRAZ, K. N.; SANTOS-JUNIOR, M. C. S. Identificação e caracterização de interações medicamentosas em prescrições médicas da unidade de terapia intensiva de um hospital público da cidade de Feira de Santana, BA. **Revista da Sociedade Clínica Médica**, v. 12, n. 2, p. 124-30, 2014.

CHEHUEN NETO, J. A.; LIMA, W. G. **Metodologia da pesquisa científica:** da graduação à pós-graduação. Curitiba: CRV, p. 147-54, 2012.

CHINTHAMMIT, C.; ARMSTRONG, E. P.; WARHOLAK, T. L. A cost-effectiveness evaluation of hospital discharge counseling by pharmacists. **Journal of Pharmacy Practice**, v. 25, n. 2, p. 201-208, 2012.

COELHO, J. C.; FERRETTI-REBUSTINI, R. E. D. L.; SUEMOTO, C. K.; LEITE, R. E. P.; JACOB-FILHO, W.; PIERIN, A. M. G. A hipertensão arterial é causa subjacente de morte avaliada na autópsia de indivíduos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.

COFEN. **Resolução COFEN nº 311/2007**. Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro (Brasil): COFEN, 2007.

COLEMAN, E. A.; PARRY, C.; CHALMERS, S.; MIN, S. J. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. **Archives of Internal Medicine**, v. 166, n. 17, p. 1822-1828, 2006.

COLEMAN, E. A.; SMITH, J. D.; RAHA, D.; MIN, S. J. Posthospital medication discrepancies: prevalence and contributing factors. **Archives of Internal Medicine**, v. 165, n. 16, p. 1842-1847, 2005.

COLET, F. C.; CAVALHEIRO, C. A. N.; DAL MOLIN, G. T.; CAVINATTO, A. W.; SCHIAVO, M.; SCHWAMBACH, K. H.; OLIVEIRA, K. R. Uso de plantas medicinais por usuários do serviço público de saúde do município de Ijuí/RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 36, 2015.

DE, I. F. E. E. P.; MEDICA, V. D. L. P. Intervenção Farmacêutica no Processo da Validação da Prescrição Médica. **Revista Brasileira Farmácia Hospitalar**. Secretaria de Saúde de São Paulo, v. 5, n. 2, p. 14-19, 2014.

DOOLAN D. M.; FROELICHER, E. S. Smoking cessation interventions and older adults. **Progress in Cardiovascular Nursing**, v. 23, n. 3, p. 119-127, 2008.

ERICKSEN, M.; MACKAY, J.; SCHLUGER, N.; GOMESHTAPEH, F.; DROPE, J. The Tobacco Atlas: revised, expanded, and updated. Atlanta, USA: **American Cancer Society**, 2015.

FARIA, F. C.; POLES, K.; CASTELO, P. M.; FARIA, B. G.; ANDRADE, E. F.; PEREIRA, L. J. Avaliação de variáveis relacionadas ao risco à hipertensão em indivíduos atendidos pelo Programa de Saúde da Família. **Enfermagem Brasil**, v. 15, n. 3, p. 116-122, 2016.

FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 53, n. 1, p. 80-86, 2009.

FETROW, C. W.; AVILA, J. R. **Manual de medicina alternativa para o profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

FIDELES, G. M. A.; ALCÂNTARA-NETO, J. M. D.; PEIXOTO JÚNIOR, A. A.; SOUZA-NETO, P. J. D.; TONETE, T. L.; SILVA, J. E. G. D.; NERI, E. D. R. Recomendações farmacêuticas em unidade de terapia intensiva: três anos de atividades clínicas. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 27, n. 2, p. 149-154, 2015.

FIRMINO, F. C. BINSFELD, P. C. **A biodiversidade brasileira como fonte de medicamentos para o SUS**. 2011. Disponível em: <<http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/6mostra/artigos/SAUDE/FABIANA%20COSTA%20FIRMINO.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2019.

FIRMO, W. D. C. A.; MENEZES, V. D. J. M.; CASTRO PASSOS, C. E.; DIAS, C. N.; ALVES, L. P. L.; DIAS, I. C.; ALVES, L. P. L.; SANTOS-NETO, M.; OLEA, R. S. G. Contexto histórico, uso popular e concepção científica sobre plantas medicinais. **Cadernos de Pesquisa**, v. 18, p. 90-95, 2011.

FONTOURA, A. **Importância do farmacêutico clínico na reconciliação medicamentosa em um hospital ensino**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2019.

FRANCISCO, P. M. S. B.; SEGRI, N. J.; BORIM, F. S. A.; MALTA, D. C. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3829-3840, 2018.

FRIZON, F.; DOS SANTOS, A. H. F.C. L.; SILVA, P. V. M. Reconciliação de medicamentos em hospital universitário. **Revista de Enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 454, 2014.

GARCÍA-FUERTES, D.; VILLANUEVA-FERNÁNDEZ, E.; CRESPIÓN-CRESPIÓN, M. Drug-induced long-QT and torsades de pointes in elderly polymedicated patients. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 106, n. 2, p. 156-159, 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002, p. 16-17.

GOMES, H. G.; BITTENCOURT, L. F. S.; COSTA, C. C. C.; SANTOS FERREIRA, J. M. Prevalência e perfil dos pacientes com neuropatia periférica diabética acompanhados por uma unidade de saúde. **Revista Interdisciplinar**, v. 11, n. 2, p. 47-55, 2018.

HASANLOEI, V.; AMIN, M.; HAMDOLAH, S.; AYSA, H. Drug–drug interactions prevalence in intensive care unit patients of a university hospital in Iran. **Bulletin of Environment, Pharmacology and Life Sciences**, v. 3, n. 7, p. 87-91, 2014.

HELLSTRÖM, L. M.; BONDESSON, Å.; HÖGLUND, P.; ERIKSSON, T. Errors in medication history at hospital admission: prevalence and predicting factors. **BMC Clinical Pharmacology**, v. 12, n. 1, p. 9, 2012.

HIRSCHMAN, K.; HIRSCHMAN, K. B.; SHAID, E.; MCCAULEY, K.; PAULY, M. V.; NAYLOR, M. D. Continuity of care: the Transitional Care Model. **Online Journal of Issues in Nursing**, Ohio, v.20, n.3, 2015.

IBGE. Censo de 2010. Conceição das Alagoas. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/>>. Acesso em: 25 jun. 2019.

ICTQ. **O mapa do diabetes no Brasil**. Disponível em: <<https://www.ictq.com.br/varejo-farmacutico/745-o-mapa-do-diabetes-no-brasil>>. Acesso em: 18 abr. 2019.

JARDIM, P. C. B. V.; GONDIM, M. D. R. P.; MONEGO, E. T.; MOREIRA, H. G.; VITORINO, P. V. D. O.; SOUZA, W. K. S. B.; SCALA, L. C. N. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, n. 4, p. 452-7, 2007.

JOLY, C. A.; HADDAD, C. F.; VERDADE, L. M.; OLIVEIRA, M. C. D.; BOLZANI, V. D. S.; BERLINCK, R. G. Diagnóstico da pesquisa em biodiversidade no Brasil. **Revista USP**, n. 89, p. 114-133, 2011.

JULIÃO, G. G.; WEIGELT, L. D. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 2, p. 144-152, 2011.

KAUSHIK, G.; SATYA, S.; KHANDELWAL, R. K.; NAIK, S. N. Commonly consumed Indian plant food materials in the management of diabetes mellitus. **Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews**, v. 4, n. 1, p. 21-40, 2010.

KERZMAN, H.; BARON-EPEL, O.; TOREN, O. **What do discharged patients know about their medication? Patient Education and Counseling**, v. 56, n. 3, p. 276-282, 2005.

KRIPALANI, S.; LEFEVRE, F.; PHILLIPS, C. O.; WILLIAMS, M. V.; BASAVIAH, P.; BAKER, D. W. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. **Journal of the American Medical Association**, v. 297, n. 8, p. 831-841, 2007.

KRIPKA, R.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa documental: considerações sobre conceitos e características na pesquisa qualitativa. **Atas CIAIQ2015**, v. 2, p. 243-247, 2015.

KWAN, J. L.; LO, L.; SAMPSON, M.; SHOJANIA, K. G. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. **Annals of Internal Medicine**, v. 158, n. 5, p. 397-403, 2013.

LEÃO, D. F. L.; MOURA, C. S.; MEDEIROS, D. S. Avaliação de interações medicamentosas potenciais em prescrições da atenção primária de Vitória da Conquista (BA), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 311-318, 2014.

LEFEVRE, A. M. C.; CRESTANA, M. F.; CORNETTA, V. K. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização "Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRHU", São Paulo-2002. **Saúde e Sociedade**, v. 12, p. 68-75, 2003.

LIMA, L. F.; MARTINS, B. C. C.; OLIVEIRA, F. R. P. D.; CAVALCANTE, R. M. D. A.; MAGALHÃES, V. P.; FIRMINO, P. Y. M.; NÉRI, E. D. R. Orientação farmacêutica na alta hospitalar de pacientes transplantados: estratégia para a segurança do paciente. **Einstein (São Paulo)**, v. 14, n. 3, p. 359-365, 2016.

LOMBARDI, N. F.; MENDES, A. E. M.; LUCCHETTA, R. C.; REIS, W. C. T.; FÁVERO, M. L. D.; CORRER, C. J. Análise das discrepâncias encontradas durante a conciliação medicamentosa na admissão de pacientes em unidades de cardiologia: um estudo descritivo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 1-7, 2016.

LORENZI, H.; MATOS, F. J. A. Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas. 2. ed. **Nova Odessa**, São Paulo: Instituto Platarum, 2008.

LUCCHESI, G. **Dependência e autonomia no setor farmacêutico: um estudo da CEME**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1991.

LUO, W.; GUO, Z.; HAO, C.; YAO, X.; ZHOU, Z.; WU, M.; LIU, J. Interaction of current alcohol consumption and abdominal obesity on hypertension risk. **Physiology & Behavior**, v. 122, p. 182-186, 2013.

MADEIRO, A. A. S.; LIMA, C. R. L. Estudos etnofarmacológicos de plantas medicinais utilizadas no Brasil: revisão de literatura. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v. 3, n.1, p. 69-76, 2015.

MALTA, D. C.; SILVA-JUNIOR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.

MALTA, D. C.; STOPA, S. R.; SZWARCOWALD, C. L.; GOMES, N. L.; SILVA-JÚNIOR, J. B.; REIS, A. A. C. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional da Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 3-16, 2015.

MANZORRO, A. G.; ZONI, A. C.; RIEIRO, C. R.; DURÁN-GARCÍA, E.; LÓPEZ, A. N. T.; SANZ, C. P.; MUNOZ, A. B. J. Developing a programme for medication reconciliation at the time of admission into hospital. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 33, n. 4, p. 603-609, 2011.

MARMITT, D. J.; REMPEL, C.; GOETTERT, M. I.; COUTO E SILVA, A.; POMBO, F.; NÉRI, C. Revisión sistemática de las plantas de interés para el Sistema de Salud con potencial terapéutico cardiovascular. **Revista Cubana de Plantas Medicinales**, v.21, p.108-124, 2016.

MARQUES, L. F. G.; ROMANO-LIEBER, N. S. Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 401-420, 2014.

MATIAS, M. R. **Reconciliação da medicação no pós-operatório da cirurgia ortopédica**. 2011. 69 f. Dissertação (Ciências Farmacêuticas). Ciências da Saúde. Universidade da Beira Interior. Covilhã, 2011.

- MEDEIROS, E. F. F.; MORAES, C. F.; KARNIKOWSKI, M.; NÓBREGA, O.T.; KARNIKOWSK, M. G. O. Intervenção interdisciplinar enquanto estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3139-49, 2011.
- MENDES, L. V.; EMMERICK, I. C.; LUIZA, Vera Lucia. Uso de medicamentos entre portadores de doenças crônicas: um estudo observacional no estado do Espírito Santo. **Rev. Bras. Farm.**, v. 95, n. 2, p. 732-47, 2014.
- MENEZES, M. M.; LOPES, C. T.; NOGUEIRA, L. S. Impacto de intervenções educativas na redução das complicações diabéticas: revisão sistemática. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 4, p. 773-784, 2016.
- MENGUE, S. S.; TAVARES, N. U. L.; COSTA, K. S.; MALTA, D. C.; JÚNIOR, S. Fontes de obtenção de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 192-203, 2015.
- MERGENHAGEN, K. A.; BLUM, S. S.; KUGLER, A.; LIVOTE, E. E.; NEBEKER, J. R.; OTT, M. C.; BOOCKVAR, K. S. Pharmacist-versus physician-initiated admission medication reconciliation: impact on adverse drug events. **The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy**, v. 10, n. 4, p. 242-250, 2012.
- MIBIELLI, P.; ROZENFELD, S.; MATOS, G. C. D.; ACURCIO, F. D. A. Interações medicamentosas potenciais entre idosos em uso dos anti-hipertensivos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do Ministério da Saúde do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 1947-1956, 2014.
- MIGOTTO, R. A. R. Z. **Reconciliação Medicamentosa. Farmacêutico em Foco**. 2012. Disponível em: <http://farmaceuticoemfoco.com.br/jornal/arquivos/jornal_interno_ed14.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2019.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº. 338, de 6 de maio de 2004**. Diário Oficial da União, 2004.
- MIRANDA, T. M. M.; PETRICCIONE, S.; FERRACI, F. T.; BORGES-FILHO, W. M. Intervenções realizadas pelo farmacêutico clínico na unidade de primeiro atendimento: **Einstein (São Paulo)**, v. 10, n. 1, p.74-78, 2012.
- MODESTO, A. C. F. Reações Adversas a Medicamentos e Farmacovigilância: Conhecimentos e Condutas de Profissionais de Saúde de um Hospital da Rede Sentinela. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, no.3, p. 401-410, 2014.
- MONTEIRO, M. H. D.; FRAGA, S. A. P. M. Fitoterapia na odontologia: levantamento dos principais produtos de origem vegetal para saúde bucal. **Revista Fitos**. Rio de Janeiro/ RJ, v. 9, n. 4, p. 253-303, 2015.

- MORAES, A. A. L.; AVEZUM-JUNIOR, A. O Impacto da Hipertensão Arterial no Mundo. In: BRANDÃO, A.A.; AMODEO, C.; NOBRE, F. **Hipertensão**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, p. 11-19.
- NICOLETTI, M. A.; OLIVEIRA-JÚNIOR, M. A.; BERTASSO, C. C.; CAPOROSSI, P. Y.; TAVARES, A. P.L. Principais Interações no Uso de Medicamentos Fitoterápicos. **Infarma**, v.19, n.1,2. 2007.
- NOGUEIRA, D.; FAERSTEIN, E.; COELI, C. M.; CHOR, D.; LOPES, C. S.; WERNECK, G. L. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. **Revista Pan-americana de Salud Pública**, v. 27, p. 103-109, 2010.
- NOGUEIRA, S. J. W.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 230-234, 2015.
- NUNES, M. G. S; BERNADINO, A. O.; MARTINS, R. D. Uso de plantas medicinais por pessoas com hipertensão. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 6, p. 775-781, 2015.
- NURGAT, Z. A.; AL-JAZAIRI, A. S.; ABU-SHRAIE, N.; AL-JEDAI, A. Documenting clinical pharmacist intervention before and after the introduction of a web-based tool. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 33, n. 2, p. 200-207, 2011.
- ODERMATT, R.; STUTZER, A. Smoking bans, cigarette prices and life satisfaction. **Journal of Health Economics**, v. 44, p. 176-194, 2015.
- OKUMURA, L. M.; DA SILVA, D. M.; COMARELLA, L. Relação entre o uso seguro de medicamentos e Serviços de Farmácia Clínica em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 4, p. 397-402, 2016.
- OLIVEIRA, A. E. C. D.; LIMA, I. M. B. D.; NASCIMENTO, J. A. D.; COELHO, H. F. C.; SANTOS, S. R. D. Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 212-218, 2016.
- OLIVEIRA, M. E. B.; OLIVEIRA, M. A.; LEMOS, I. C. S.; SILVA, L. G.; MENEZES, I. R. A.; FERNANDES, G. P.; KERNTOPF, M. R. Uso de plantas medicinais por portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 18, n. 3, p. 137-142, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre doenças não comunicáveis**. Brasília: 2014. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4766:doencas-cronicas-nao-transmissiveis-causam-16-milhoes-de-mortes-prematuras&Itemid=839>. Acesso em: 15 jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The conceptual Framework for the International classification for Patient Safety VI. **Final Technical Report and Technical Annexes**. Geneva: WHO, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cardiovascular diseases (CVDs)**. Disponível em: <[https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))>. Acesso em: 20 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). 2016. **OPAS/OMS Brasil destaca importância de embalagem padronizada em evento do Dia Mundial sem Tabaco**. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5137:opasoms-brasil-destaca-importancia-de-embalagem-adronizadaevento-dodiamundial-sem-tabaco&catid=845:noticias&Itemid=839>. Acesso em: 19 jul. 2016.

PATEL, H.; BELL, D.; MOLOKHIA, M.; SRISHANMUGANATHA, J.; PATEL, M.; CAR, J.; MAJEED A. Trends in hospital admissions for adverse drug reactions in England: analysis of national hospital episode statistics 1998-2005. **BMC Clin Pharmacol**, v. 7, p. 9, 2007.

PINTO, L. N. Plantas medicinais utilizadas em comunidades do município de Igarapé-Miri, Pará: etnofarmácia do município de Igarapé-Miri-Pará. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal do Pará, 2008.

PIPPINS, J. R.; GANDHI, T. K.; HAMANN, C.; NDUMELE, C. D.; LABONVILLE, S. A.; DIEDRICHSEN, E. K.; LIANG, C. L. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. **Journal of General Internal Medicine**, v. 23, n. 9, p. 1414-1422, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

RADOVANOVIC, C. A. T.; DOS SANTOS, L. A.; BARROS-CARVALHO, M. D.; MARCON, S. S. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 547-553, 2014.

RAMALHO, J. R. D. O. Efeito da atividade física sobre a mortalidade em idosos: Estudo de Coorte de Idosos de Bambuí. **Tese de doutorado**. 2015.

REIS, W. C. T. **Revisão de prescrições em hospital universitário brasileiro de grande porte**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná, 2015.

RESOLUÇÃO. **RDC N°10 de 9 de março de 2010**. Dispõe sobre a notificação de drogas vegetais junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e dá outras providências. Diário Oficial da União, seção 1, n. 46. 2010. 19.

ROCHA, L. E.; DEBERT-RIBEIRO, M. Trabalho, saúde e gênero: estudo comparativo sobre analistas de sistemas. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, p. 539-547, 2001.

ROCHA, V. M.; SAN JUAN, B. M. A. The home visit as form of teaching in primary health care in Cuba. **Atencion Primaria**, v. 41, n. 9, p. 521, 2009.

RODRIGUES, D. T.; MATIAS, D. B.; DE OLIVEIRA, M. R.; CERETTA, L. B.; BECKER, I. R. T.; ZANETE, V. C.; ROSSATO, A. E. Avaliação do uso de plantas medicinais por um grupo de hipertensos em uma unidade ESF de um bairro no município de Criciúma. **Revista Inova Saúde**, v. 2, n. 1, p. 47-63, 2013.

ROZICH, J. D.; RESAR, R. K. Medication safety: one organization's approach to the challenge. **JCOM-WAYNE PA-**, v. 8, n. 10, p. 27-34, 2001.

SANTOS, A. P. A. L.; SILVA, D. T.; ALVES-CONCEIÇÃO, V.; ANTONIOLLI, A. R.; LYRA, D. P. Conceptualizing and measuring potentially inappropriate drug therapy. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, v. 40, n. 2, p. 167-176, 2015.

SANTOS, J. A. A.; SANTOS, E. C. B.; MAGNATA, S. D. S. L. P.; GARCIA, J. E.; MARTINS, R. D. Diagnóstico e educação em saúde no uso de plantas medicinais: relato de experiência. **Revista Ciência em Extensão**, v. 12, n. 4, p. 183-196, 2016.

SBC (Sociedade Brasileira de Cardiologia). **Programa Nacional de Prevenção e Epidemiologia**. Disponível em: <<http://www.cardiol.br/funcor/epide/epidemiio.htm>>. Acesso em: 18 abr. 2019.

SCHIAVO, M.; COLET, C. D. F.; OLIVEIRA, K. R.; MORAES, E. Avaliação do uso de plantas medicinais por mulheres residentes em Ijuí/RS. In: **XXII Seminário de Iniciação Científica. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul**. Ijuí- Rio Grande do Sul, 2014.

SHARMA, A. N.; DVORKIN, R.; TUCKER, V.; MARGULIES, J.; YENS, D.; ROSALIA JR, A. Medical reconciliation in patients discharged from the emergency department. **The Journal of Emergency Medicine**, v. 43, n. 2, p. 366-373, 2012.

SHEPPERD, S.; LANNIN, N. A.; CLEMSON, L. M.; MCCLUSKEY, A.; CAMERON, I. D.; BARRAS, S. L. Discharge planning from hospital to home. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 1, 2013.

SILFEN, S. L.; CHA, J.; WANG, J. J.; LAND, T. G.; SHIH, S. C. Patient characteristics associated with smoking cessation interventions and quit attempt rates across 10 community health centers with electronic health records. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 10, p. 2143-2149, 2015.

SILVA, A. E. B. C.; CASSIANI, S. H. B. Erros de medicação em hospital universitário: tipo, causas, sugestões e providências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 6, p. 671-674, 2004.

SILVA, B. Q.; HAHN, S. R. Uso de plantas medicinais por indivíduos com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus ou dislipidemias. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 2, p. 36-40, 2011.

SILVA, E. C.; MARTINS, M. S. A. S.; GUIMARÃES, L. V.; SEGRI, N. J.; LOPES, M. A. L.; ESPINOSA, M. M. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 38-51, 2016.

SILVA, N. C. S. tudo que é natural não faz mal? investigação sobre o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos por idosos, na cidade de iapu-leste de minas gerais. **ÚNICA Cadernos Acadêmicos**, v. 2, n. 1, 2016.

SILVA, P. A.; SILVA, K. O.; MIRANDA MASCARENHAS, G. D.; FARIA, L. A. Aspectos relevantes da farmacoterapia do idoso e os fármacos inadequados. **Revista InterScientia**, v. 3, n. 1, p. 31-47, 2015.

SILVEIRA, P. F.; BANDEIRA, M. A. M.; ARRAIS, P. S. D. Farmacovigilância e Reações Adversas às Plantas Medicinais e Fitoterápicos: uma realidade. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.18, n.4, 2008.

SIQUEIRA, A. D. S. E.; SIQUEIRA-FILHO, A. G. D.; LAND, M. G. P. Análise do impacto econômico das doenças cardiovasculares nos últimos cinco anos no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, p. 39-46, 2017.

SOARES, D. S.; SILVA, M.; DELLAGRANA, R. A. Prevalência de hipertensão arterial com o avanço da idade em mulheres. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 14, n. 136, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). Diretrizes Brasileira de Hipertensão VI. **Rev. Bras. Hipertensão**. v. 17, p.1-64, 2010.

SOUSA, T. J. P. D.; RODRIGUES, M. C. S.; MACHADO, V. B. Educação do paciente sobre regime terapêutico medicamentoso no processo de alta hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 186-196, 2012.

STOPA, S. R.; CESAR, C. L. G.; SEGRI, N. J.; ALVES, M. C. G. P.; BARROS, M. B. D. A.; GOLDBAUM, M. Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da adesão às medidas comportamentais no Município de São Paulo, Brasil, 2003-2015. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00198717, 2018.

TAM, V. C.; KNOWLES, S. R.; CORNISH, P. L.; FINE, N.; MARCHESANO, R.; ETCHELLS, E. E. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. **Cmaj**, v. 173, n. 5, p. 510-515, 2005.

THE JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. 2009 National Patient Safety Goals. **Joint Commission Perspectives**, v. 28, p. 1-30, 2008.

- TORRES, C. C. **Análise linguística das plantas medicinais utilizadas na comunidade Kalunga Engenho II - município de Cavalcante - Goiás.** 2014. 54 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Educação do Campo) -Universidade de Brasília, Planaltina-DF, 2014.
- TRAN, T. T.; YIENGPRUGSAWAN, V.; CHINWONG, D.; SEUBSMAN, S.; SLEIGH, A. Environmental tobacco smoke exposure and health disparities: 8-year longitudinal findings from a large cohort of Thai adults. **BMC public health**, v. 15, n. 1, p. 1217, 2015.
- TROMPETER, J. M.; MCMILLAN, A. N.; RAGER, M. L.; FOX, J. R. Medication Discrepancies during Transitions of Care: A Comparison Study. **Journal for Healthcare Quality, Skokie**, v. 37, n.6, p. 325-332, 2015.
- VASCONCELOS, D. M. M. D.; CHAVES, G. C.; AZEREDO, T. B.; SILVA, R. M. D. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2609-2614, 2017.
- VERÍSSIMO, M. T. (Ed.). **Geriatrics fundamental: saber e praticar.** Lidel-Edições Técnicas, Lda., 2014.
- VIANA, A. M. **Reconciliação da medicação em geriatria universidade.** 2014. 51 f. **Dissertação** (Ciências Farmacêuticas). Departamento de Ciências Farmacêuticas. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa, 2014.
- VIEIRA, F. S. Integralidade da assistência terapêutica e farmacêutica: um debate necessário. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 126-126, 2017.
- VIEIRA, L. B.; REIS, A.; LIMA, R. E.; FARIA, L. M.; CASSIANI, S. H. Interações medicamentosas potenciais em pacientes de Unidades de Terapia Intensiva. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 33, n. 3, p. 401-408, 2012.
- VIRGÍNIO, T. B.; CASTRO, K. S.; LIMA, A. L. A.; ROCHA, J. V.; BONFIM, I. M.; CAMPOS, A. R. Utilização de plantas medicinais por pacientes hipertensos e diabéticos: estudo transversal no nordeste brasileiro. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 4, 2018.
- WAKABAYASHI, I.; ARAKI, Y. Influences of gender and age on relationships between alcohol drinking and atherosclerotic risk factors. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 34, p. S54-S60, 2010.
- WALCKIERS, D.; VAN DER HEYDEN, J.; TAFFOREAU, J. Factors associated with excessive polypharmacy in older people. **Archives of Public Health**, v. 73, n. 1, p. 50, 2015.
- WANG, H.; ZHANG, X.; ZHANG, J.; HE, Q.; HU, R.; WANG, L.; SU, D.; XIAO, Y.; PAN, J.; YE, Z. Factors Associated with Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension among Adults in Southern China: A Community-Based, Cross-Sectional Survey. **PloS One**, v. 8, n. 5, p. e62469, 2013.

WEBER, L. A. F.; LIMA, M. A. D. D. S.; ACOSTA, A. M.; MARQUES, G. Q. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, vol. 22, n. 3, p. e47615, 2017.

WILLIAMS, S. **What is the High 5s Project? High 5's Project Website**. 2017. Disponível em: <<https://www.high5s.org/bin/view/Main/WebHome>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

ZAKIR, M. M.; FREITAS, I. R. Benefícios à saúde humana do consumo de isoflavonas presentes em produtos derivados da soja. **Journal of bioenergy and food science**, v. 2, n. 3, 2015.

ZENI, A. L. B.; PARISOTTO, A. V.; MATTOS, G.; HELENA, E. T. D. S. Utilização de plantas medicinais como remédio caseiro na Atenção Primária em Blumenau, Santa Catarina, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2703-2712, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Formulário de acompanhamento do paciente

1. Data de admissão: _____ Data da alta: _____

2. Clínica: _____ Leito: _____

3. Identificação (números): _____

4. Sexo: () F () M

5. Idade: _____ Altura: _____ Peso: _____

6. Etnia: () Branco () Negro () Pardo

7. Endereço:

Rua: _____

Bairro: _____

Telefone: _____

8. Escolaridade:

- () Fundamental incompleto () Fundamental completo () Ensino Médio incompleto
() Ensino Médio completo () Superior incompleto () Superior completo
() Não alfabetizado

9. Faz uso de álcool?

() Sim. () Não

Com que frequência? _____

10. É fumante?

() Sim. () Não

Há quanto tempo? _____

11. Faz atividade física?

() Sim. () Não

Com que frequência? _____

12. Medicamentos em uso:

1) _____

2) _____

- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____
- 9) _____
- 10) _____

13. A lista de medicamentos foi informada pelo:

- Paciente
- Familiar
- Cuidador
- Outros _____

14. Apresenta outra (s) enfermidade (s)?

Quais? _____

15. Possui alergia a algum medicamento?

- Sim Não

Quais? _____

16. Faz uso de plantas medicinais? Quais?

- Sim Não

Quais? _____

17. Inclusão de novos medicamentos:

18. Exclusão de medicamentos:

Data: _____

Prezado(a) Senhor(a):

Solicitamos sua autorização para realização do projeto de pesquisa intitulado **Proposta de cartilha: reconciliação medicamentosa em hipertensos e diabéticos e o uso seguro das plantas medicinais na atenção básica**, de autoria da Mestranda do Curso do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – FACENE, Margareth Guimarães da Silva, sob a orientação da Professora Dra. Maria do Socorro Vieira Pereira.

Este projeto tem como objetivo a construção de uma cartilha, para a reconciliação medicamentosa, autoadministração de medicamentos em domicílio na alta hospitalar para pacientes com hipertensão e diabetes para ser utilizada pela população e publicado na Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança e/ou outros periódicos e eventos científicos. O procedimento adotado será a aplicação de um questionário estruturado e análise do prontuário do paciente. Esta atividade não apresenta riscos ao participante.

Espera-se com esta pesquisa compreender e auxiliar na Reconciliação medicamentosa em hipertensos e diabéticos e o uso seguro das plantas medicinais na atenção básica. Qualquer informação adicional poderá ser obtida através do telefone (83) 2106-4790 – Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina Nova Esperança.

A qualquer momento, o (a) senhor (a) poderá solicitar esclarecimentos sobre o trabalho que está sendo realizado, sem qualquer tipo de cobrança e poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores estão aptos a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para contornar qualquer mal-estar que possa surgir em decorrência da pesquisa ou não.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos, contudo, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de sua instituição. Nomes, endereço e outras indicações pessoais não serão publicados em hipótese alguma, os bancos de dados gerados pela pesquisa só serão disponibilizados sem estes dados. A participação será voluntária, e não fornecemos por ela nem por esta autorização qualquer tipo de pagamento, sendo os participantes também isentos de qualquer tipo de remuneração.

Identificação (*em letra de forma e assinatura*) do Responsável Institucional

Professor Responsável

Pesquisador Auxiliar

____/____/____

Data

Documento em duas vias:

1° via instituição.

2° via pesquisadores.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

FACULDADES DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA

Prezado Sr.,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada PROPOSTA DE CARTILHA: RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS E O USO SEGURO DAS PLANTAS MEDICINAIS NA ATENÇÃO BÁSICA, de autoria da Mestranda do Curso de PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – FACENE, Margareth Guimarães da Silva, sob a orientação da Professora Dra. Maria do Socorro Vieira Pereira, nessa Instituição. Antes de decidir sobre sua participação é importante que entenda o motivo da mesma estar sendo realizada e como ela se realizará.

Este projeto tem como objetivo a construção de uma cartilha, para a reconciliação medicamentosa, autoadministração de medicamentos em domicílio na alta hospitalar para pacientes com hipertensão e diabetes para ser utilizada pela população e publicado na Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança e/ou outros periódicos e eventos científicos. O procedimento adotado será um levantamento dos dados clínicos e exames laboratoriais do participante. Esta atividade não apresenta riscos ao participante.

A qualquer momento, o (a) senhor (a) poderá solicitar esclarecimentos sobre o trabalho que está sendo realizado, sem qualquer tipo de cobrança e poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores estão aptos a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para contornar qualquer mal-estar que possa surgir em decorrência da pesquisa ou não.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos, contudo, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de sua instituição. Nomes, endereço e outras indicações pessoais não serão publicados em hipótese alguma, os bancos de dados gerados pela pesquisa só serão disponibilizados sem estes dados. A participação será voluntária, e não fornecemos por ela nem por esta autorização qualquer tipo de pagamento, sendo os participantes também isentos de qualquer tipo de remuneração.

O pesquisador estará permanentemente à sua disposição para prestar informações inerentes aos instrumentos de pesquisa. Mesmo após o encerramento do estudo a equipe da pesquisa estará à sua disposição para quaisquer esclarecimentos ou orientações que você julgar necessários em relação ao tema abordado.

Este documento foi elaborado em duas vias de igual teor, que deverão ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo participante da pesquisa, pelo aluno pesquisador e pela pesquisadora responsável. Você receberá uma das vias e a outra ficará arquivada com os responsáveis pela pesquisa.

Declaramos que o desenvolvimento desta pesquisa seguirá rigorosamente todas as exigências preconizadas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, especialmente aquelas contidas no item IV. 3. Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos ou sobre o desenvolvimento deste estudo você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, Prof.^a Maria do Socorro Vieira Pereira, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Espera-se com esta pesquisa compreender. Qualquer informação adicional poderá ser obtida através do telefone (83) 2106-4790 – Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina Nova Esperança.

CONSENTIMENTO

Eu, após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa _____
 _____ e após ter lido os
 esclarecimentos prestados anteriormente no presente Termo de Consentimento Livre e
 Esclarecido, eu estou plenamente de acordo em participar do presente estudo, permitindo que
 os dados obtidos sejam utilizados para os fins da pesquisa, estando ciente que os resultados
 serão publicados para difusão e progresso do conhecimento científico e que minha identidade
 será preservada. Estou ciente também que receberei uma via deste documento. Por ser
 verdade, firmo o presente.

João Pessoa, ____ / ____ / ____

 Assinatura do Participante da Pesquisa

 Assinatura da Pesquisadora Responsável

 Assinatura do Aluno Pesquisador

APÊNDICE C – Termo de Compromisso da Pesquisadora Responsável

Declaro que conheço e cumprirei as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012, suas Complementares e a Resolução 0564/2017 COFEN (Colocar o seu Código de Ética) em todas as fases da pesquisa intitulada PROPOSTA DE CARTILHA: RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS E O USO SEGURO DAS PLANTAS MEDICINAIS NA ATENÇÃO BÁSICA.

Comprometo-me submeter o protocolo à PLATBR, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa, a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e que os resultados desta investigação serão tornados públicos tão logo sejam consistentes, sendo estes favoráveis ou não, e que será enviado o Relatório Final pela PLATBR, Via Notificação ao Comitê de Ética em Pesquisa Facene/Famene até o dia, mês de ano, como previsto no cronograma de execução.

Em caso de alteração do conteúdo do projeto (número de sujeitos de pesquisa, objetivos, título, etc.) comprometo comunicar o ocorrido em tempo real, através da PLABR, via Emenda.

Declaro encaminhar os resultados da pesquisa para publicação na revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, com os devidos créditos aos pesquisadores associados integrante do projeto, como também, os resultados do estudo serão divulgados ao paciente, como preconiza a Resolução 466/2012 MS/CNS e a Norma Operacional Nº 001/2013 MS/CNS.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida Resolução.

João Pessoa, 29 de junho de 2018.



Prof. Dra. Maria do Socorro Vieira Pereira