

FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DO ALTO SÃO FRANCISCO

CURSO DE FARMÁCIA

IVONE DE PAULA PIRES

**HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO FARMACÊUTICO: uma premissa para
satisfação de pacientes em drogaria**

LUZ - MG

2017

IVONE DE PAULA PIRES

**HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO FARMACÊUTICO: uma premissa para
satisfação de pacientes em drogaria**

**Monografia apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras do Alto São Francisco, como
quesito parcial para obtenção do título de Bacharel
em Farmácia, Curso de Farmácia.**

Área de Concentração: Farmácia Clínica.

**Orientadora: Profa. Ma. Gabriela Campos de
Oliveira Filgueira.**

LUZ – MG

2017

Catálogo: Antonio Jorge Resende Junior / Biblio. Crb 1/1992

Pires, Ivone de Paula .

P743h Humanização do atendimento farmacêutico: uma premissa para
satisfação de paciente em drogaria ./ Ivone de Paula Pires . Luz – MG:
FASF -- 2017.

54 f.

Orientador: Ma. Gabriela Campos de Oliveira Filgueira
Monografia apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras
do Alto São Francisco no Curso de Farmácia.

1. Humanização. 2.Satisfação. 3.Atenção farmacêutica. 4. Drogaria. I.
Título.

CDD 615

IVONE DE PAULA PIRES

**HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO FARMACÊUTICO: uma premissa para
satisfação de pacientes em drogaria**

**Monografia apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras do Alto São Francisco, como
quesito parcial para obtenção do título de Bacharel
em Farmácia, do curso de Farmácia.**

BANCA EXAMINADORA

Orientadora

Profa. Ma. Gabriela Campos de Oliveira Figueira

Profa. Ma. Alessandra Duarte

Ma. Daniela Marielli Carvalho

Luz, 1º de dezembro de 2017.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, e para que não haja escolhidos nem esquecidos agradeço a todos que colaboraram direta e indiretamente para esta conquista.

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo avaliar a satisfação dos clientes de uma drogaria situada em Contagem, Minas Gerais, em relação ao atendimento prestado pelo farmacêutico. O trabalho propõe a premissa que a humanização do atendimento farmacêutico aumenta a satisfação dos clientes/pacientes. Os dados obtidos foram coletados por meio de questionários aplicados para 30 pacientes hipertensos e diabéticos atendidos na drogaria no mês de julho de 2017. De acordo com os resultados encontrados, a maioria dos pacientes portadores de hipertensão e diabetes *mellitus*, clientes da drogaria estudada é do sexo masculino, aposentado, com média de 58 anos de idade e IMC médio de 27,6 kg/m². De acordo com as respostas do questionário sobre satisfação, os pacientes classificaram o atendimento farmacêutico, na maioria dos casos, como ótimo, inferindo, portanto, que o atendimento farmacêutico é de boa qualidade e humanizado. Portanto, aparentemente, o atendimento do farmacêutico na drogaria avaliada é humanizada, devido à alta satisfação dos clientes/pacientes que participaram desta pesquisa.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização. Satisfação. Atenção farmacêutica. Drogaria.

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the patients' satisfaction of a drugstore located in Contagem, Minas Gerais, in relation to the care provided by the pharmacist. The research proposes the premise that the humanization of pharmaceutical care increases client/patient satisfaction. The data were collected through questionnaires applied to 30 hypertensive and diabetic patients attended at the drugstore in July 2017. According to the results, the majority of patients with hypertension and diabetes mellitus, clients of the drugstore studied are male, retired, with mean age of 58 years and mean BMI of 27.6 kg/m². According to the questionnaire's answers of satisfaction, the patients classified the pharmaceutical service, in the majority of cases, as optimal, inferring, therefore, that the pharmaceutical service is of good quality and humanized. Therefore, apparently, the pharmacist's care in the drugstore evaluated is humanized, due to the high satisfaction of clients/patients who participated in this research.

KEYWORDS: Humanization. Satisfaction. Pharmaceutical care. Drugstore.

LISTA QUADROS

Quadro 1 - Infecções mais comuns em portadores de diabetes.....	32
Quadro 2 – Satisfação dos pacientes em relação ao serviço prestado na drogaria.....	39

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Estratificação da amostra entre os sexos.....	35
Figura 2: Descrição da ocupação dos indivíduos entrevistados	36
Figura 3: Frequência de pacientes hipertensos e diabéticos.....	37
Figura 4: Descrição da relação farmacêutico-paciente.....	40

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

MG - Minas Gerais

PNH – Política Nacional de humanização

SUS – Sistema Único de Saúde

SBH – Sociedade Brasileira de Hipertensão

SBD – Sociedade Brasileira de Diabéticos

OMS – Organização Mundial de saúde

DC – Dicionário Complementar

CBAF – Conselho Brasileiro de Atenção Farmacêutica

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PRM – Problema Relativo ao Medicamento

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PAD – Pressão Arterial Diastólica

RCU – Risco Cardiovascular

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Justificativa.....	12
1.2 Problema e hipótese.....	12
1.3 Objetivos.....	13
1.3.1 Objetivo geral.....	13
1.3.2 Objetivos específicos.....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 Satisfação do cliente/paciente.....	14
2.2 Política Nacional de Humanização e HumanizaSUS.....	16
2.3 Atenção farmacêutica e humanização da assistência.....	18
2.4 A evolução da farmácia clínica.....	19
2.5 Hipertensão arterial e diabetes <i>mellitus</i>	22
2.5.1 Hipertensão arterial.....	23
2.5.2 Etiologia da hipertensão arterial.....	24
2.5.3 Fatores para a ocorrência da hipertensão arterial.....	24
2.5.4 Sintomas da hipertensão.....	25
2.5.5 Diagnósticos da hipertensão arterial.....	25
2.5.6 Tratamento da hipertensão arterial.....	26
2.6 Diabetes mellitus.....	27
2.6.1 Diabetes mellitus tipo 1.....	28
2.6.2 Diabetes mellitus tipo 2.....	30
2.6.3 Outros tipos específicos de Diabetes mellitus.....	31
2.6.4 Diabetes mellitus gestacional.....	31
2.6.5 Infecções no paciente diabético.....	32
2.6.6 Iniciativa para a prevenção e redução das prevalências de doenças crônicas.....	32
3. METODOLOGIA.....	34
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
5. CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICE.....	51

1 INTRODUÇÃO

A atenção farmacêutica surgiu inicialmente como uma maneira de controlar o uso de medicamentos, ministrados aos pacientes. No final da década de 1990, o Conselho Brasileiro de Atenção Farmacêutica (CBAF) em conjunto com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), ampliaram discussões e estratégias para a expansão da atenção farmacêutica, “já reconhecendo o farmacêutico como profissional imprescindível na área de saúde, devido à sua atuação na Farmácia Clínica” (Menezes, 2000).

O papel do farmacêutico no sistema de saúde, hoje, evoluiu de uma abordagem centrada no produto aos cuidados centrados no paciente, ou seja, a reorganização das responsabilidades profissionais (GRANT et al., 2007; SZUMITA, 2009). Portanto, o objetivo fundamental da prática de farmácia hoje é proporcionar atenção farmacêutica com a prestação responsável de terapia medicamentosa, por meio da colaboração de um farmacêutico clínico com o paciente. Isso inclui identificar problemas potenciais e reais relacionados a drogas, resolver problemas atuais relacionados a drogas e prevenir futuros problemas relacionados a drogas (HEPLER; STRAND, 1990; LEE, 1997; CHUNG et al., 2014).

Alguns estudos demonstraram que os pacientes mais propensos a aderir melhor ao tratamento prescrito são os usuários satisfeitos com o serviço recebido. Constataram também que os pacientes satisfeitos tendem a ter uma melhor qualidade de vida (AHARONY; STRASSER, 1993; BERNHART et al., 1999; BARON-EPEL et al., 2001; SOEIRO et al., 2017).

Para os pacientes se sentirem satisfeitos, o farmacêutico precisa, em primeiro lugar, conhecê-los, pois só haverá satisfação se ele perceber que o farmacêutico se empenhou para descobrir suas necessidades e oferecer os produtos e serviços adequados. É de extrema importância que o farmacêutico conheça o grau de satisfação de seus pacientes, com isso terá condições de melhorar os pontos deficientes e procurar alcançar a excelência no atendimento (MENEZES, 2000).

Segundo Kotler e Armstrong (2007), “clientes satisfeitos têm maior possibilidade de serem clientes fiéis e conceder à empresa uma participação maior em seus negócios”. Cliente, portanto, é um elemento importante para a formação de uma empresa. A principal ferramenta para conquistar um cliente é um atendimento e serviços de qualidade. Portanto, um paciente satisfeito continuará adquirindo os produtos e serviços oferecidos e também o recomendará.

Já o cliente insatisfeito pode causar danos à empresa, expondo a outras pessoas a má experiência que teve e podem utilizar os serviços dos concorrentes.

O resultado deste estudo trará conhecimento sobre a relação do modo de atendimento adotado pela drogaria estudada e a satisfação dos pacientes. Pois o trabalho constitui-se em analisar a satisfação dos clientes de uma drogaria em relação ao atendimento prestado pelo farmacêutico.

1.1 Justificativa

A globalização econômica resultou em constantes transformações mercadológicas, com o avanço da tecnologia, as empresas ficaram cada vez mais competitivas buscando sempre aumentar a qualidade de seus produtos e serviços, com isso os clientes ficaram mais exigentes passando a cobrar mais das empresas prestadoras de serviços. Estas por sua vez, tendem a buscar a excelência na qualidade dos produtos e no atendimento aos seus clientes pacientes como diferencial competitivo, tendo como objetivo principal a satisfação de seus consumidores, neste caso pacientes (BRANCO, 2004).

A presente pesquisa enfatiza a satisfação do paciente, em relação ao atendimento prestado por uma Drogaria na cidade de Contagem – MG. O ponto a ser destacado é a importância em atender as necessidades e expectativas dos pacientes que procuram a drogaria, uma vez que a referida empresa nunca teve a oportunidade de medir a satisfação dos mesmos.

A satisfação do cliente é resultado dos serviços prestados pela empresa. A percepção desta satisfação para os clientes é fundamental para o crescimento e lucratividade do negócio (KOTLER; ARMSTRONG, 2007). Dessa forma, a presente pesquisa visa buscar maiores informações a respeito da qualidade no atendimento ao cliente.

1.2 Problema e hipótese

O presente estudo visa responder o seguinte problema: Os pacientes de uma drogaria de Contagem/MG estão satisfeitos com o atendimento oferecido pelo farmacêutico? O farmacêutico possui uma postura humanizada?

A hipótese do presente estudo é que os pacientes estão satisfeitos com o atendimento oferecido pelo farmacêutico. Fato este que poderá ser ou não confirmado pelos resultados dos questionários aplicados.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

O objetivo deste trabalho constitui-se em analisar a satisfação dos clientes de uma drogaria, no que se refere ao atendimento prestado pelo farmacêutico, bem como se a postura do farmacêutico é humanizada.

1.3.2 Objetivo específico

- Avaliar a qualidade dos serviços farmacêuticos prestados aos clientes da drogaria.
- Caracterizar os pacientes hipertensos e diabéticos.
- Identificar se o cliente está satisfeito com o atendimento prestado.
- Verificar se há humanização do atendimento pelo farmacêutico.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Satisfação do cliente/paciente

Segundo Vavra (1993), para satisfazer e humanizar o atendimento aos clientes/pacientes, ou seja, torná-lo mais íntimo e respeitoso, é necessário compreender as suas necessidades. Além disso, é preciso desenvolver processos de trabalho de forma eficaz e efetiva para dar soluções a não satisfação e mau atendimento que ocorre para com estes pacientes/clientes. Quanto maior a dedicação do profissional, maior será a satisfação e fidelidade do paciente.

De acordo com Kotler (2000) a satisfação consiste na sensação de prazer ou desapontamento resultante da comparação do desempenho (ou resultado) percebido de um produto em relação às expectativas do comprador. Já Vavra (1993, p. 164), defende que, a satisfação é “entregar produtos ou serviços consistentes que atendam plenamente às necessidades e expectativas dos clientes”.

Para Kotler (2000), a realidade do mercado evidencia um aumento da competitividade entre os estabelecimentos farmacêuticos. Por isso, há a necessidade de garantir a lealdade, e a satisfação na compra repetida ou na continuidade dos serviços prestados. Um cliente satisfeito recomendará a seus conhecidos, o que se torna um dos principais objetivos do sistema de gestão de qualidade. O consumidor fica satisfeito quando produtos, atendimento e serviços oferecidos a ele ultrapassam as suas expectativas. A satisfação é um dos principais elementos capazes de fidelizar um cliente, sendo assim as organizações devem buscar a satisfação de forma a estreitar a relação com seus clientes, tornando-os aliados comerciais. Além disso, Kotler (2000) afirma que:

Para estimular o trabalho em equipe entre todos os departamentos, a empresa adota, além do marketing externo, o marketing interno. O marketing externo é direcionado às pessoas de fora da empresa. O marketing interno é a tarefa de contratar, treinar e motivar funcionários que desejam atender bem aos clientes. Na verdade, o marketing interno deve proceder ao marketing externo. Não faz o menor sentido prometer um excelente serviço antes que o quadro da empresa esteja preparado para fornecê-lo. (KOTLER, 2000, p.44)

O cliente é o principal elemento da empresa, por isso é importante que os colaboradores sejam capacitados, que estejam atualizados e tenham conhecimento das suas

atividades dentro da organização. Uma ferramenta importante para aumentar a satisfação dos clientes e promover a qualidade em todos os setores da empresa e o comprometimento do funcionário. Motivar os funcionários a executarem melhor suas tarefas por meio do marketing interno, delegação de poderes, treinamento e trabalho em equipe é de suma importância (LEVITT, 2004).

Cada vez mais, organizações adotam estratégias para melhorar sua ação junto ao cliente, adicionando a eles qualidade e respeito. Os clientes buscam bom atendimento, produtos e serviços de qualidade, de tal forma que os satisfaçam. A satisfação é um processo contínuo, por isso as empresas devem ter conhecimentos das suas atividades, de modo que possa satisfazer de forma rápida e eficaz as dúvidas expostas pelo cliente, conquistando-o e o fidelizando (KOTLER, 2000).

A satisfação do consumidor é, para as empresas, o único meio de conseguir obter e manter clientes. Constitui, portanto, um objetivo imprescindível para as organizações. (LEVITT, 2004, p.48).

A satisfação do cliente é derivada da proximidade entre as expectativas do comprador e desempenho percebido do produto. Se o desempenho não alcançar totalmente as expectativas, o cliente fica desapontado; se alcançar as expectativas, ele fica satisfeito, e se exceder a s expectativas ele fica encantado. (KOTLER, 2000, p.205)

A maneira em que um colaborador aborda o cliente, a forma com que o orienta, conquista sua simpatia e sua confiança poderão constituir uma vantagem em relação as suas expectativas. O bom relacionamento entre empresa e cliente proporciona um vínculo de dependência entre eles. O cliente satisfeito sempre voltará e trará com eles vários outros. Pois a principal propaganda é aquela difundida através de elogios gerados por clientes (KOTLER, 2002; PINHEIRO, 2003).

O cliente, portanto, é um elemento importante para a formação de uma empresa. E, a principal ferramenta para conquistar um cliente é um atendimento e serviços de qualidade, que resulta na satisfação do mesmo. Ao referir satisfação, compreende-se que o contentamento que o cliente tem ao adquirir um produto ou serviço, pode ser considerado como um ponto culminante de uma empresa. Para as empresas (drogarias) focadas no cliente (paciente), a satisfação do cliente é ao mesmo tempo um fator objetivo e um fator dominante de sucesso. A empresa entente que o cliente satisfeito lhe traz diversos benefícios (KOTLER, 2000).

O sucesso de uma organização depende não só de as características de seus negócios atenderem aos requisitos-chave de êxito na operação em mercados-alvo, mas também de superarem os pontos fortes dos concorrentes. (KOTLER, 2000, p.98)

O bom atendimento, os colaboradores e farmacêuticos altamente qualificados e capacitados são considerados um dos diferentes pontos de ligação entre empresa-cliente e farmacêutico-paciente. As organizações que oferecem tais atendimentos e serviços conseguem ganhar um destaque potencial no mercado, ou seja, atingindo um grau em excelência no quesito humanização (KOTLER, 2002; COSTA; SANTANA; TRIGO, 2015).

De acordo com as teorias de Vavra (1993); Kotler (2000) e Levitt (2004), pode-se concluir que os meios para o processo de humanização existem, e que há métodos para introduzi-lo em qualquer empresa desde que haja vontade de implantar e implementar.

2.2 Política Nacional de Humanização e HumanizaSUS

O Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Humanização (2003), desenvolveu um documento que descreve essa política de humanização. Esse documento tem como propósito além da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), também propagar as diretrizes da humanização para os trabalhadores, gestores e usuários do SUS. Preza pelo fortalecimento de iniciativas atuais de humanização, desenvolvimento de tecnologias e compartilhamento de práticas relacionadas a atenção à saúde. O PNH também visa divulgar, oferecer e aprimorar estratégias e metodologias de modelos de mudanças sustentáveis de gestão e atenção. Para atingir esses propósitos criou-se o HumanizaSUS, dentro do PNH (2003), que tem três macro objetivos:

- Ampliar as ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários;
- Incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil;
- Divulgar a Política Nacional de Humanização e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições.

Na prática, os resultados que a Política Nacional de Humanização (2003) busca são:

Redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;

- Atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;
- Implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo;
- Garantia dos direitos dos usuários;
- Valorização do trabalho na saúde;
- Gestão participativa nos serviços.

Os princípios da PNH (2003) são a transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

A transversalidade corresponde a transformação de relações laborais baseadas na extensão do contato e comunicação entre as pessoas, dissipando os isolamentos e hierarquias do poder. Transversalizar é reconhecer que as várias especialidades e práticas podem trabalhar juntas para o benefício do usuário, promovendo a saúde de maneira corresponsável (PNH, 2003).

A indissociabilidade entre atenção e gestão caracteriza-se pela participação ativa do usuário na tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. As decisões da gestão interferem na atenção à saúde, por essa razão, os usuários devem entender como funciona a gestão, os serviços e a rede de saúde. Sendo assim, o cuidado e assistência à saúde não responsabilidade exclusiva da equipe de saúde, o usuário se torna corresponsável pelo cuidado da própria saúde e de seus familiares. O usuário, então assume o protagonismo da sua saúde (PNH, 2003).

A partir do momento em que o usuário assume o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, ele não é só mais um paciente e os profissionais não só cumprem ordens. Ocorrem mudanças com o reconhecimento do papel de cada um e qualquer alteração na gestão e atenção é mais concreta quando envolve a ampliação da autonomia e vontade das pessoas, que compartilham responsabilidades. Um SUS humanizado reconhece os direitos de cada pessoa, valoriza e incentiva seu desempenho na produção e promoção de saúde (PNH, 2003)

O HumanizaSUS, é um portal de colaboração para construção e disseminação de informações sobre humanização da saúde entre gestores e profissionais da saúde, bem como pesquisadores, estudantes e profissionais de diversas áreas. Todos com um objetivo em comum como conhecer melhor, ampliar e posicionar na roda de conversa virtual o tema da humanização. Incluir os trabalhadores na gestão é imprescindível para que eles reinventem os meios de trabalhar e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas famílias nos processos de cuidado é um recurso importante para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si (PNH, 2003).

2.3 Atenção farmacêutica e humanização da assistência

A definição do termo humanização, de acordo com Dicionário Informal (2009), é um processo que pode ocorrer em várias áreas, como Ciências da Saúde, Ciências Sociais Aplicadas, Ciências Exatas, entre outras. A humanização cria condições melhores e mais humanas para os trabalhadores de uma empresa ou utilizadores de um serviço ou sistema.

O aumento do consumo de medicamentos origina uma preocupação em profissionais e autoridades da saúde (LEFÈVRE, 1991). Ademais, a adesão a saúde, particularmente as recomendações terapêuticas e uso racional de recursos e medicamentos tornou-se importante nas últimas décadas e leva a preocupações dos profissionais da saúde (AQUINO, 2008).

Ao verificar a importância dos profissionais da saúde, como os farmacêuticos, na humanização do atendimento, observou-se a necessidade de garantir que esses profissionais estejam em condições para realizar um atendimento humanizado, pois, na maioria das vezes, são submetidos a processos de trabalhos mecanizados ou se encontram fragilizados pelo contato constante com a dor, o sofrimento, a morte e a miséria. Há, portanto, a necessidade de investir na construção de uma assistência humana pelos profissionais, melhorar as condições adversas de trabalho apontadas como fatores desumanizantes, tais como baixos salários, número insuficiente de pessoal, sobrecarga de atividades, jornada dupla/tripla de trabalho (JOÃO, 2010).

Assim, o conceito de farmácia, que se iniciou com a ideologia da farmácia clínica, chegando a farmácia social, “objetivava a aproximação do farmacêutico ao paciente e à equipe de saúde” (MENEZES, 2002). Os estudos de Freitas (2002) compreendem que ainda existem dificuldades que envolvem o processo de humanização do processo farmacêutico/paciente. No entanto eles defendem uma melhor e mais adequada formação ao profissional de farmácia.

Houve, então, uma mudança na concepção do propósito da função do farmacêutico. O profissional não fica mais focado no medicamento como um produto, bem de consumo ou simplesmente suporte para o acesso a entrada do paciente no estabelecimento. O foco do farmacêutico passou a ser os benefícios do cuidado terapêutico para a saúde do paciente (HEPLER, 1990; OPAS, 2002). O processo de mudança de paradigmas deve começar no processo de formação de profissionais, que era centrado no aprendizado técnico, racional e individual, com poucos incentivos à criatividade, sensibilidade, crítica e humanização (JOÃO, 2010).

No sentido de cuidado terapêutico está intrínseca a ideia de positividade ou potência para promover a adesão ao tratamento. Portanto, a assistência farmacêutica está relacionada às atitudes, responsabilidades, inquietações, valores éticos, conhecimentos e habilidades do farmacêutico na prestação de uma farmacoterapia racional, com a realização de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, além da recuperação da saúde (PAIVA, 2011).

O acompanhamento farmacoterapêutico é definido como:

Serviço profissional que tem como objetivo detectar problemas relacionados com medicamentos (PRM), para prevenir e resolver os resultados negativos associados à medicação (RNM). Este serviço implica em compromisso e deve ser disponibilizado de um modo contínuo, sistemático e documentado, em colaboração com o doente e com os profissionais do sistema de saúde, com a finalidade de atingir resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do doente” (HERNÁNDEZ et al., 2007).

Existem diversas causas de RNM, entre elas a não adesão ao tratamento. É importante, portanto, realizar uma avaliação dos pacientes sobre a assistência que recebem, consequentemente avalia-se a qualidade do serviço de saúde. A satisfação dos doentes é uma medida que prediz se o paciente irá continuar ou não a utilizar os serviços prestados pelo estabelecimento de saúde (IGLESIAS et al., 2004).

O caminho da humanização, portanto, é o reconhecimento do que o outro tem a dizer. Sendo este outro não necessariamente os usuários dos serviços de saúde, como também, os profissionais da saúde e a própria comunidade organizada (JOÃO, 2010).

2.4 Evolução da farmácia clínica

Nos anos de 1950, período em que não se apresentava uma densidade demográfica tão grande quanto hoje, era possível cultivar e até manter um relacionamento mais humanitário entre farmacêutico e paciente. Isto devido à maneira de manipular e distribuir os medicamentos (FREITAS, 2002).

A profissão farmacêutica, como todas as outras profissões, vem sofrendo transformações ao longo do tempo. Essas transformações foram desencadeadas pelo desenvolvimento e mecanização da indústria farmacêutica, aliada à padronização de formulações para a produção de medicamentos em larga escala e à descoberta de novos fármacos, sempre considerados de eficácia superior pela indústria

farmacêutica, resultado da pesquisa farmacêutica de alta complexidade. Adiciona-se a estes fatos a evolução das formas farmacêuticas, remodelando ações terapêuticas de fármacos. Estes avanços levaram à quase obsolescência os laboratórios magistrais das farmácias, até então atividade primária do farmacêutico, definida pela sociedade e pelo âmbito profissional (Freitas et al., 2002).

O farmacêutico passou a ser visto como um mero vendedor de medicamentos. Esse fato contradizia os pensamentos dos profissionais de farmácia, na década de 1960, surgindo assim o movimento “farmácia clínica”. Esse movimento objetivava a aproximação do farmacêutico ao paciente e à equipe de saúde, possibilitando o desenvolvimento de habilidades relacionadas à farmacoterapia (MENEZES, 2002).

Já na década de 1970, os profissionais de farmácia alegando que a farmácia clínica estava restrita somente a área hospitalar e aos profissionais de saúde em geral, iniciaram um estudo que serviu de embrião para que da década de 1980 fosse então defendida a tese de humanização do atendimento ao paciente, com o nome de atenção farmacêutica (PEREIRA; FREITAS, 2008). A OMS (Organização Mundial de Saúde), em 1994 defendia que a:

Atenção Farmacêutica é a provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida do paciente. [...] E o papel chave do farmacêutico: estender o caráter de beneficiário da Atenção Farmacêutica ao público, em seu conjunto e reconhecer, deste modo, o farmacêutico como dispensador da atenção sanitária que pode participar, ativamente, na prevenção das doenças e da promoção da saúde, junto com outros membros da equipe sanitária.

O termo Atenção Farmacêutica foi adotado e oficializado no Brasil, após discussões lideradas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), OMS, Ministério da Saúde (MS), entre outros órgãos) (CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA, 2002). Foi, então, definido o conceito de Atenção Farmacêutica como:

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

(CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA, 2002).

A humanização do atendimento ao paciente pelo profissional de farmácia pode ser considerada como uma ligação entre a farmácia clínica surgida nos anos de 1970, e a farmácia social fundamentada na década seguinte (PEREIRA; FREITAS, 2008).

No Brasil, de acordo com a OMS (1994), os modelos tecnológicos em saúde que precederam o SUS, contribuíram para afastar o farmacêutico dos pacientes, pois não era prevista a sua participação na equipe de saúde, nem o medicamento considerado insumo estratégico.

Porém, a partir do ano de 2006, com a publicação da Portaria GM n. 675 de 30 de março de 2006, fica aprovada a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2006). Em 2009, foi revogada a portaria GM n. 675 de 30 de março de 2006 e a nova portaria foi publicada, Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência (BRASIL, 2009).

No entanto, nessa portaria em vigor, só é citada a farmácia no momento em que é descrito que o paciente tem direito a recebimentos de medicamentos presentes na farmácia básica, quando prescritos. Em casos de medicamentos de alto custo, o acesso deve ser garantido conforme protocolos do MS (BRASIL, 2009).

Devido a esses fatores, Ferraes (2001) afirma que, no Brasil, o exercício profissional farmacêutico no âmbito da farmácia comunitária tem se limitado ao desenvolvimento de atividades técnicas pouco voltadas aos pacientes, o que tem contribuído para seu isolamento profissional e baixo reconhecimento profissional pela sociedade.

Entretanto, a reestruturação das diretrizes curriculares dos cursos da área de saúde, em especial a farmacêutica, em que o profissional farmacêutico está direcionado ao tratamento do paciente como um todo, não apenas ao medicamento, melhora a perspectiva da humanização do atendimento farmacêutico (BRASIL, 2017). O momento no Brasil é, portanto, de reestruturação na área do medicamento e no sistema de saúde, relacionados a formação e prática dos profissionais de saúde. A implantação e implementação de ações preconizadas

pelo SUS, bem como a atuação da ANVISA, do Ministério da Saúde e da OPAS, fortalecem as ações voltadas à racionalidade no emprego dos medicamentos (PEREIRA; FREITAS, 2008).

O farmacêutico egresso deverá ter a formação estruturada em três pilares, são eles o cuidado em saúde, tecnologia e inovação em saúde e gestão em saúde. Para isso, a formação deve ser humanista, crítica, reflexiva e generalista (BRASIL, 2017).

Entende-se, como cuidado em saúde, o conjunto de ações e de serviços ofertados ao indivíduo, à família e à comunidade, que considera a autonomia do ser humano, a sua singularidade e o contexto real em que vive, sendo realizado por meio de atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, além da prevenção de doenças, e que possibilite às pessoas viverem melhor (BRASIL, 2017).

No ano de 2005, Oliveira et al. já descrevia a necessidade de estimular a atuação do profissional farmacêutico, principalmente em acadêmicos. E relatava que era o primeiro passo para o sucesso da Atenção Farmacêutica e reconhecimento da importância da atenção farmacêutica pelos pacientes e pela própria sociedade.

No Brasil, existem profissionais farmacêuticos que desenvolvem alternativas para atuarem na Atenção Farmacêutica, entretanto, muitas vezes, de forma isolada, relacionada às Universidades e docentes. De maneira geral, a prática da Atenção Farmacêutica ainda é recente no Brasil, tanto no setor público quanto no privado (PEREIRA; FREITAS, 2008).

E, de acordo com Ambiel; Mastroianni (2013), para o avanço da atividade de atenção farmacêutica no Brasil, são necessárias políticas públicas de incentivo ao seu exercício da profissão farmacêutica, por meio de programas específicos, implantações dos serviços nas unidades de saúde, farmácias e drogarias.

2.5 Hipertensão arterial e diabetes *mellitus*

De acordo com Brasil (2001); Fonseca (2011); Santos (2014), a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus* são doenças crônicas que podem levar a patologias cardiovasculares, havendo tratamentos com resultados eficazes, tanto na prevenção de complicações, quanto na melhoria da qualidade de vida dos pacientes acometidos. O grande

problema é que não há uma boa adesão ao tratamento, aumentando o risco de ocorrência de complicações cardiovasculares, as quais fazem parte do principal grupo causador de alto índice de morbidade e mortalidade no Brasil. Este fato junto à elevada prevalência destas doenças faz delas um grande problema de saúde pública.

2.5.1 Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial é um importante problema contemporâneo da saúde pública, devido ao alto índice de pessoas acometidas e de complicações crônicas que ela desencadeia. No Brasil, dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde concluíram que a hipertensão arterial atinge cerca de 20 a 40% da população adulta (BRASIL, 2007; LOPES 2014).

A hipertensão arterial sistêmica ou também denominada “pressão alta”, é um fator relevante em relação ao desenvolvimento de doenças resultantes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam principalmente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. Esta patogenia crônica é responsável por 25% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e 40% dos acidentes vasculares cerebrais. A multiplicidade de consequências que a hipertensão arterial pode acarretar, faz com que ela seja uma das principais causadora do surgimento de doenças cardiovasculares, assim, caracterizando-a como um dos motivos de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (FUCHS, 2004; PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

O estudo de Binder (2007) afirma que a grande prevalência de hipertensão arterial na população, bem como as complicações clínicas decorrentes, fazem com que doença seja destaque nos programas de saúde pública. Por esse motivo, estudos clínicos, epidemiológicos e genéticos têm sido realizados para buscar compreender os mecanismos envolvidos no desenvolvimento da hipertensão arterial, visando aprimorar os métodos de diagnóstico, tratamento e prevenção da doença.

Aproximadamente 90% dos casos de hipertensão são de etiologia e cura desconhecidas, sendo necessário o controle da pressão arterial por meio de mudanças no estilo de vida e/ou tratamento farmacológico. A etiopatogenia da hipertensão se deve à vários fatores, de maneira que ela será produto da interação de diferentes genes associados a um elevado número de fatores ambientais que atuam de maneira coordenada para resultar no aumento contínuo da pressão arterial, sendo considerado altos os valores a partir de 139mmHg para a Pressão Arterial Sistólica (PAS) e 89 mmHg para a Pressão Arterial

Diastólica (PAD) para indivíduos adultos (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007; LOPES, 2014).

Segundo Lopes (2014), na minoria dos pacientes com hipertensão arterial, a pressão sanguínea elevada é um sinal clínico decorrente de disfunção renal, endócrina ou cardiovascular, sendo nesses casos considerada secundária.

2.5.2 Etiologia da hipertensão arterial

De acordo com Bartosh; Aronson (1999); Salgado; Cavalhaes (2003); Neves; Candico (2013), as principais causas de hipertensão arterial de acordo com a faixa etária são descritas da seguinte maneira:

- **Recém-nascidos:** trombose de artéria renal, estenose de artéria renal, trombose venosa renal, anormalidades renais congênitas, coarctação da aorta, displasia broncopulmonar (menos comum), PCA (menos comum) e hemorragia intraventricular (menos comum).
- **Primeiro ano de vida:** coarctação da aorta, doença renovascular e doença do parênquima renal.
- **De 1 a 6 anos:** doença do parênquima renal, doença renovascular, coarctação da aorta, hipertensão essencial e causas endócrinas (menos comum).
- **De 6 a 12 anos:** – doença do parênquima renal, doença renovascular, hipertensão essencial, coarctação da aorta, causas endócrinas e iatrogênicas (menos comum).
- **De 12 a 18 anos:** hipertensão essencial, iatrogênicas, doença do parênquima renal, doença renovascular (menos comum), causas endócrinas (menos comum) e coarctação da aorta (menos comum).

Os autores Salgado; Carvalhais (2003) afirmam que as crianças jovens (menores de seis anos de idade) há maior probabilidade de serem acometidas por hipertensão secundária, enquanto que, no final da primeira década e início da segunda, a hipertensão essencial começa a ser etiologia predominante.

2.5.3 Fatores para a ocorrência da hipertensão arterial

Diversos fatores são determinantes para o desenvolvimento de hipertensão arterial, como os fatores de risco constitucionais (idade, sexo, raça/cor e história familiar) e os fatores

de risco ambientais (sedentarismo, sobrepeso/obesidade, excesso de sal, gordura animal, ingestão abusiva de carboidratos simples e complexos, consumo diário acima de 100ml de café ou de bebidas que contém cafeína, uso abusivo de álcool, estresse não gerenciado e tabagismo (SANTOS; LIMA, 2008; SANTOS; CAETANO, MOREIRA, 2009).

Nas últimas décadas vários fatores têm influenciado na mudança de estilo de vida das crianças e adolescentes, dentre eles o crescimento imobiliário, que levou à diminuição das áreas de lazer, e a marginalização, que induziu os pais a não permitirem que seus filhos visitem praças e brinquem com crianças na rua (BERENSON et al., 1998; SANTOS; LIMA, 2008; SANTOS; CAETANO, MOREIRA, 2009). Os autores ainda afirmam que em consequência disto, essa redução do esforço físico resultou na diminuição de gasto energético, influenciando assim o sedentarismo. Junto a esse problema, houve uma grave mudança do padrão alimentar, como a oferta de alimentações rápidas e muito calóricas, alimentos industrializados e alimentação fora de casa. Esses fatores ajudaram a produzir uma geração cada vez mais obesa e sedentária. A obesidade e o sedentarismo estão associados às principais causas das doenças cardiovasculares e surgimento da hipertensão arterial sistêmica.

2.5.4 Sintomas da hipertensão

O sintoma mais frequente e específico em um indivíduo hipertenso é a cefaleia. A cefaleia suboccipital, pulsátil, que se inicia nas primeiras horas da manhã e vai desaparecendo ao decorrer do dia, é tida como característica peculiar da doença, entretanto qualquer tipo de cefaleia pode ocorrer no indivíduo hipertenso. A hipertensão arterial de evolução acelerada (hipertensão maligna) está relacionada com sinais de sonolência, confusão mental, distúrbio visual, náusea e vômito (vasoconstrição arteriolar e edema cerebral), caracterizando a encefalopatia hipertensiva. Há outros sintomas, tais como epistaxe e escotomas cintilantes, zumbidos e fadiga, sendo inespecíficos e não sendo mais considerados característicos para o diagnóstico de hipertensão arterial (KANNEL; VASAN; LEVY, 2003; OGMAN, 2014).

2.5.5 Diagnósticos da hipertensão arterial

Segundo Mion Jr. (1996), o diagnóstico de hipertensão arterial é feito por médicos habilitados, o qual é baseado em aferição da pressão arterial, método simples e rápido, porém de grande relevância, pois tem caráter decisório ao diagnosticar se um paciente é normotenso

ou hipertenso. As consequências de um diagnóstico errôneo são desastrosas e podem causar graves consequências. O diagnóstico de normotensão, em um hipertenso, irá privá-lo dos benefícios do tratamento, ao passo que o de hipertensão, em um normotenso, irá colocar sua saúde em perigo devido ao tratamento desnecessário.

O diagnóstico em hipertensão arterial baseia-se em anamnese, exame físico e exames complementares que auxiliam na concretização do diagnóstico da doença propriamente dita, sua etiologia, grau de comprometimento de órgãos-alvo e na identificação dos fatores de risco cardiovascular associados (MION JR et al, 1996).

2.5.6 Tratamento da hipertensão arterial

A prevenção primária para evitar que pressão arterial se eleve à níveis acima do normal, pode ser obtida por meio de mudanças no estilo de vida, de uma alimentação balanceada, no controle de peso, ao evitar a ingestão excessiva de álcool, sal, cigarro e na prática de atividade física. (OLIVEIRA, 2011).

O tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial é aplicado com estratégias que buscam mudar o estilo de vida e que podem diminuir a dosagem dos medicamentos ou até mesmo proporcionar sua dispensa (LOPES; MORAES, 2011).

Este tratamento é indicado a todos os hipertensos e aos indivíduos mesmo que normotensos, mas aqueles que têm grandes probabilidades à ocorrência de doenças cardiovascular. Dentre as modificações, as que mais obtiveram resultados positivos na redução de altos níveis de pressão arterial, foram: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos com regularidade, e a não-utilização de drogas que elevam a pressão arterial (MIO JR, 2002; LOPES; MORAES, 2011)

As modificações de estilo de vida são benéficas, pois possuem custo e risco mínimo, acarretam na redução da pressão arterial, favorecendo o controle de outros fatores de risco, caso haja tratamento medicamentoso, favorece sua eficácia e proporciona a redução do risco cardiovascular (MIOR JR., 2002).

Em casos mais graves o tratamento deve ser feito com diversas classes de anti-hipertensivos com potenciais benefícios para redução de eventos cardiovasculares mesmo em pacientes sem critérios diagnósticos de hipertensão arterial, intervindo nos processos de remodelamento do coração bem como em vasos arteriais e venosos (CHALON et al., 1999; SOUZA et al. 2005; RUBIRA et al. 2007; SOUZA et al, 2007; MARTINS et al, 2008).

Diante disso, é essencial que seja feita a classificação exata do risco cardiovascular (RCV) individual para a adequada intervenção das medidas terapêuticas não-farmacológicas e farmacológicas a serem prescritas (MARTINS et al, 2008).

Os autores Muxfeldt et al. (2005); Martins et al (2008) afirmam que o tratamento de hipertensão resistente requer o uso efetivo de regimes com multidrogas anti-hipertensivas. O ajuste sequencial de fármacos com diferentes mecanismos de ação é intuitivo e permanece a forma de tratamento mais recomendada. Há um grande benefício anti-hipertensivo ao combinar um diurético tiazídico com a maioria das outras classes de agente, sendo importante no tratamento da hipertensão arterial, pois já que os tratamentos têm sugerido que a retenção persistente do volume intravascular geralmente é o apoio da resistência ao tratamento dos hipertensos.

2.6 Diabetes *mellitus*

As condições crônicas de saúde são as causadoras de 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. Em países que se encontram em desenvolvimento, a adesão ao tratamento dessas patologias chega a ser de apenas 20%, levando a resultados negativos na área da saúde pública, ocasionando encargos elevados à família, à sociedade e ao governo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; PACE et al., 2006).

Dentre as condições crônicas de saúde, destaca-se entre as principais a patologia diabetes *mellitus*, que é responsável por elevada taxa de morbidade e disposição de prevalência no mundo. O diabetes *mellitus* necessita de um contínuo cuidado clínico e uma forte educação para a prevenção das complicações agudas e crônicas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2016; PACE et al., 2006).

De acordo com The Expert Committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus (1997); Gross et al. (2001), o diabetes *mellitus* é um grupo de doenças metabólicas que se caracteriza por hiperglicemia, produto de defeitos na secreção de insulina e em sua ação.

A hiperglicemia aparece por meio de sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva ou por complicações agudas que podem levar a risco de vida: a cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica. A hiperglicemia crônica está associada a dano, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos de intervenção relataram que com o melhor

controle glicêmico possível consegue-se retardar o aparecimento de complicações crônicas microvasculares, apesar que não tenha tido um efeito significativo na redução de mortalidade por doença cardiovascular (UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP, 1998; GROSS et al., 2001)

O Diabetes *mellitus* interfere no cotidiano da vida de pessoas que são acometidas pela doença, desde a rotina mais corriqueira até o desejo de continuar a viver de modo saudável. Essa condição crônica, atribui ao indivíduo mudanças de hábitos de vida, como contínuo tratamento medicamentoso, nova dieta alimentar e a prática de atividades físicas, o que requer capacidade de enfrentamento para as adaptações necessárias à manutenção para o controle metabólico (RODRIGUES et al., 2012).

O comprometimento em seguir o tratamento ou desejo de interrompê-lo, resultam em atitude positiva ou negativa diante à doença, estando sempre presente no cotidiano da pessoa com diabete *mellitus* (LÓPEZ; SANDOVAL-DÍAS; PANDO-MORENO, 2005; RODRIGUES et al., 2012).

A compreensão do profissional de saúde em buscar entender que as atitudes do paciente quanto ao tratamento não são estáveis e estáticas, impõe a busca da atenção integral, efetiva e resolutiva. A atitude em ter predisposição à adoção de ações de autocuidado, pode ser ensinada e também apreendida. Sendo também influenciada por componentes cognitivos, motivacionais e emocionais (EAGLY; CHAIKEN, 1993; DOISE, 2000; RODRIGUES et al., 2012).

2.6.1 Diabetes *mellitus* tipo 1

O diabetes *mellitus* tipo 1 é uma doença crônica que leva a destruição parcial ou total das células β das ilhotas de Langerhans pancreáticas, causando a incapacidade progressiva de produzir insulina. Processo que pode ocorrer em meses ou anos, mas apenas torna-se visível clinicamente após a destruição de no mínimo 80% da massa de ilhotas. Inúmeros fatores genéticos e ambientais colaboram para a ativação imunológica que aciona esse processo destrutivo. Geralmente causado pelo processo autoimune (forma autoimune; tipo 1A) ou raramente de causa desconhecida (forma idiopática; tipo 1B) (ATKINSON; MACLAREN, 1994; IMAGAWA et al., 2000; DIRETRIZES SBD, 2014-2015).

Segundo Gross et al. (2001), na forma autoimune ocorre o processo de insulite e estando presentes autoanticorpos circulantes (anticorpos anti-descarboxilase do ácido

glutâmico, anti-ilhotas e anti-insulina). Especificamente, a instalação do quadro de diabetes *mellitus* tipo 1 autoimune é relativamente abrupta e comumente o indivíduo pode identificar quando se deu início aos sintomas.

Depois da década de 80 foi identificado a ocorrência de diabetes *mellitus* de origem autoimune de instalação insidiosa, designado de LADA (*Latent Autoimmune Diabetes in Adults*). A faixa etária média dos pacientes com LADA é em volta dos 50 anos e por isto estes pacientes acometidos são inicialmente classificados erradamente como diabéticos portadores do tipo 2. O LADA se assemelha com o diabetes *mellitus* tipo 1 a evidência de autoimunidade e esgotamento de secreção de insulina pelas células β e com o diabetes *mellitus* tipo 2, a faixa etária acometida e a presença de resistência insulínica. Diante a esses motivos, alguns autores sugerem q a patogenia poderia ser considerado um tipo distinto de diabetes *mellitus* (GROOP; BOTAZZO; DONIACH, 1986; CARLSSON et al., 2000).

Na manifestação da forma idiopática do diabetes *mellitus* tipo 1, o tipo 1B, é caracterizada pela ausência tanto de insulite como dos anticorpos relacionados ao diabetes autoimune, existindo descrição de subtipos desta forma, com instalação e evolução mais violenta e rápida em alguns casos (IMAGAWA et al., 2000; GROSS et al., 2001)

A consequência da perda das células β é a deficiência absoluta da secreção de insulina, o que por sua vez deixa os pacientes suscetíveis à ocorrência de cetoacidose, muitas vezes a primeira manifestação da doença (THE EXPERT COMMITTEE ON THE DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS, 1997; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

Conforme Gross et al. (2001), após o diagnóstico, o portador de diabetes *mellitus* do tipo 1 pode ficar no máximo um ano sem usar obrigatoriamente a insulina, sendo o período em que não ocorre cetoacidose, que geralmente manifesta-se de um a dois anos. Esta informação pode indicar a classificação do tipo de diabete que o indivíduo porta, já que a situação em que o paciente necessita de insulina somente após dois anos do diagnóstico, classifica-se em modo geral em quadros de diabetes *mellitus* do tipo 2. O autor ainda ressalta que a faixa etária em que pico de casos de diabetes *mellitus* tipo 1 ocorre dos 10 aos 14 anos de idade, havendo em seguida a redução progressiva da incidência até os 35 anos, após esta idade os casos de diabetes *mellitus* do tipo 1 são raros. Porém, a probabilidade de desenvolvimento de diabetes *mellitus* tipo 1 existe em qualquer período da vida.

Antes do período clínico os sinais e sintomas são praticamente ausentes ou intermitentes, mas após esse período eles se manifestam de maneira constante, entre os sinais

e sintomas destacam-se a poliúria, polidipsia, polifagia, astenia e perda de peso. Em indivíduos com sinais e sintomas característicos, o diagnóstico é feito de forma simples e confirmado pela glicemia plasmática de jejum ≥ 126 mg% ou glicemia casual, em qualquer hora do dia, > 200 mg% (DIRETRIZES SBD, 2014-2015).

2.6.2 Diabetes *mellitus* tipo 2

De acordo com as Diretrizes SBD (2014-2015), o diabetes *mellitus* do tipo 2 acomete cerca de 90% a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina. Comumente, ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia aparece, porém pode haver maior ocorrência de um deles. A maioria dos pacientes com essa forma de diabetes *mellitus* raramente apresentam cetoacidose que se desenvolvem de modo natural, ocorrendo apenas quando se associa a outras condições, como infecções.

O diabetes *mellitus* acomete todas as faixas etárias, mas é geralmente diagnosticado acima dos 40 anos, com pico de incidência em torno dos 60 anos. Os pacientes não dependem de insulina exógena para sobreviver, entretanto podem carecer de tratamento com insulina para alcançar o controle metabólico adequado. A destruição autoimune do pâncreas não está relacionada a doença, também ao contrário do diabetes *mellitus* tipo 1, a maioria dos pacientes apresenta sobrepeso/obesidade (GROSS et al., 2001; DIRETRIZES SBD, 2014-2015).

Alguns autores associam a obesidade à idade superior a 40 anos como fator indicador em diferir os dois tipos de diabetes *mellitus*. Entretanto, outros autores agregam a ausência de episódio agudo de cetoacidose e idade superior a 20 anos como apontadores da presença de diabetes *mellitus* do tipo 2 (HOTHER-NIELSEN et al. 1988; SERVICE et al., 1997; GROSS et al., 2001).

Deste modo, a idade isoladamente não é fator decisório ao definir a classificação, mas se aliada a outras variáveis como obesidade e ausência de cetoacidose podem indicar o tipo de diabetes. Deve ser considerado, apesar que ocorrência de cetoacidose seja atribuída ao estado de deficiência insulínica do tipo 1, o diabético tipo 2 pode apresentar este quadro na vigência de doenças graves como infecções ou episódios agudos de doença cerebrovascular (KITABCHI et al., 2001; GROSS et al., 2001).

Os autores Gross et al. (2001); Li et al. (2001) relatam que o episódio de agregação familiar da doença crônica diabetes é mais aplicada no diabetes *mellitus* tipo 2 do que no tipo 1. Porém, alguns estudos descrevem uma prevalência duas vezes maior de diabetes *mellitus*

do tipo 1 em famílias com tipo 2, sugerindo uma provável interação genética entre os dois tipos de diabetes *mellitus*. A distinção entre os dois tipos mais comuns de diabetes *mellitus* é geralmente simples e sendo essencialmente baseados em dados clínicos.

2.6.3 Outros tipos específicos de Diabetes *mellitus*

Segundo as Diretrizes SBD (2014-2015), as constituintes dessa classificação são formas pouco comuns de diabetes *mellitus*, as quais os defeitos ou processos causadores podem ser identificados. A apresentação clínica desse grupo é multivariada e depende da alteração de base. Sendo incluídos nessa categoria defeitos genéticos na função das células β , defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino e entre outras situações.

2.6.4 Diabetes *mellitus* gestacional

O diabetes *mellitus* gestacional define-se como a tolerância reduzida aos carboidratos, de níveis variados de intensidade, tendo como primeiro diagnóstico durante o período de gestação, podendo ou não persistir após o parto (THE EXPERT COMMITTEE ON THE DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS, 1997; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999, GLOSS et al. 2001).

Os fatores de risco relacionados ao diabetes *mellitus* gestacional são parecidos aos que se manifestam no diabetes *mellitus* tipo 2, compreendendo também, idade superior a 25 anos, sobrepeso adquirido na gravidez atual, acúmulo central excessivo de gordura corporal, baixa estatura, crescimento fetal exagerado, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez, antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal (GLOSS et al., 2001).

O rastreamento do diabetes *mellitus* é realizado na primeira consulta pré-natal, por meio da medida da glicose em jejum e objetivando detectar a presença de diabetes pré-existente e as gestantes são monitoradas durante todo período gestacional. As grávidas com diabetes *mellitus* gestacional devem ser reavaliadas com a medida da glicose de jejum ou com o TOTG, seis semanas após o parto, buscando a reclassificação do seu estado metabólico (THE EXPERT COMMITTEE ON THE DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS, 1997; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999; SCHMIDT; REICHEL, 1999; GLOSS et al. 2001).

2.6.5 Infecções no paciente diabético

Os pacientes diabéticos são considerados mais propensos à ocorrência de infecções, sejam elas bacterianas, fúngicas ou virais. Entretanto, muitos estudos populacionais não evidenciam a associação de diabetes com maior susceptibilidade às infecções gerais. Recentemente, em estudo prospectivo apontaram um risco de 30 a 40% maior nos diabéticos para o desenvolvimento de infecções do trato respiratório inferior, trato urinário, pele e mucosas. Nos pacientes diabéticos as infecções do trato urinário inferior foram até 100% mais comuns que os hipertensos não diabéticos. Algumas infecções são mais frequentes em pacientes diabéticos e outras são exclusivas destes (**Quadro 1**), havendo alterações imunitárias em pacientes com diabetes (LEWI, 2015).

Quadro 1 - Infecções mais comuns em portadores de diabetes.

INFECÇÕES COM MAIOR INCIDÊNCIA EM DIABETES	INFECÇÕES DE OCORRÊNCIA PREDOMINANTE EM DIABÉTICOS (>50%)
Cabeça e pescoço: candidíase oral e esofageana	Cabeça e pescoço: mucormicose rinocerebral e otite externa maligna.
Infecção do trato urinário: bacteriúria, cistite, pielonefrite e abscesso renal.	Infecção do trato urinário: pielite, cistite e pielonefrite enfisematosas.
Pele, tecido celular subcutâneo e ossos: feridas cirúrgicas, extremidades (pés) e osteomielite.	Pele, tecido celular subcutâneo e ossos: fascite necrotizante e gangrena de Fournier.
Pulmonar: tuberculose e pneumonias (<i>Staphylococcus aureus</i> e bactérias gram-negativas).	
Abdominais: colecistite enfisematosa, <i>Salmonella Enteritidis</i> , <i>Campylobacter jejuni</i> e <i>Listeria monocytogenes</i> .	

Fonte: LEWI, 2015

2.6.6 Iniciativa para a prevenção e redução das prevalências de doenças crônicas

Com o ritmo crescente das doenças crônicas não transmissíveis durante a infância e a adolescência, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de

Saúde propõem em nível mundial, desde 2004, a adoção da “Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde”, que tem por objetivo buscar a redução dos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis associadas a uma alimentação não saudável e aos baixos índices de realização de atividade física por meio do estímulo à formulação e implantação de estratégias nacionais efetivas e integradas para a redução dos custos diretos e indiretos com a morbidade e a mortalidade (NEVES, CÂNDIDO, 2013).

Os quatro objetivos principais da Estratégia Global são:

- Reduzir os fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis decorrentes da alimentação inadequada e inatividade física por meio de ação em saúde pública e promoção da saúde e medidas preventivas;
- Aumentar a atenção e o conhecimento a respeito de alimentação e atividade física;
- Encorajar o desenvolvimento, fortalecimento e implantação de políticas e planos de ação em nível global, regional, nacional e comunitário, incluindo a sociedade civil, o setor privado e a mídia;
- E por fim, monitorar dados científicos e influências-chave na alimentação e atividade física, com apoio para pesquisa de larga escala em áreas relevantes e fortalecer os recursos humanos necessários para qualificar e manter a saúde nesse domínio (NEVES, CÂNDIDO, 2013).

Tal estratégia tem como meta principal a promoção e proteção à saúde mediante ações sustentáveis em nível comunitário, nacional e mundial, com base em modos de vida saudáveis e com a participação dos profissionais de saúde e de outros setores relacionados (NEVES, CÂNDIDO, 2013).

3.METODOLOGIA

O procedimento utilizado para o desenvolvimento da pesquisa foi, primeiramente, a leitura dos estudos levantados e a categorização dos dados. A partir disso, foram definidos os temas e selecionados os estudos que atendem a perspectiva do trabalho. Em seguida, foi dado início à elaboração de desenvolvimento dos temas propostos.

Além da revisão da literatura, também foram aplicados questionários (APÊNDICE) para 30 pacientes hipertensos e diabéticos atendidos em uma drogaria da cidade de Contagem, Minas Gerais. Foi um estudo analítico, observacional, transversal, em que todos os pacientes hipertensos e diabéticos foram abordados ao entrar na drogaria no mês de julho de 2017.

A empresa estudada tem como ramo de atividade o comércio varejista de medicamentos em geral, e é composta por 06 funcionários que trabalham em único turno. Está situada na cidade de Contagem/MG. Trabalha com atendimento direcionado ao público. O horário de atendimento é das sete às vinte e duas horas, de segunda a sexta, e das seis às vinte horas aos domingos e feriados. A região onde se encontra localizada a drogaria estudada é uma área residencial, sem trânsito intenso, predominância de residência térreas e prédios com, no máximo, dois pavimentos.

As análises estatísticas foram realizadas pelo software Microsoft Excel e foram caracterizadas como frequências absolutas e relativas, média e desvio padrão da média.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Além do embasamento teórico para realização deste trabalho, foram entrevistados 30 pacientes a respeito de suas relações com os profissionais de farmácia, suas patologias e suas condições clínicas.

Os pacientes avaliados apresentavam as seguintes características: eram em sua maioria homens, aposentados, com idade média de 58 (12,5) anos e índice de massa corporal (IMC) médio de 27,6 (5,3) kg/m² (**Figuras 1 e 2**).

Figura 1 - Estratificação da amostra entre os sexos.

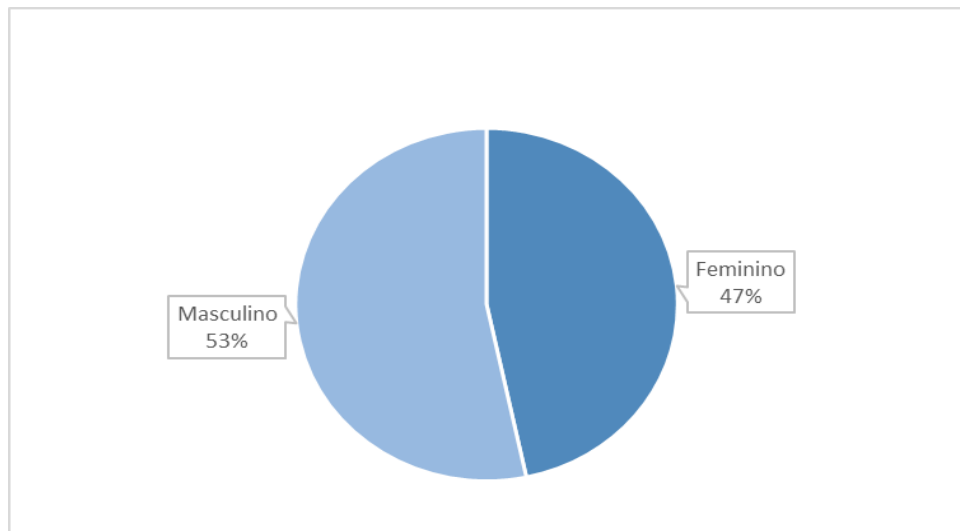
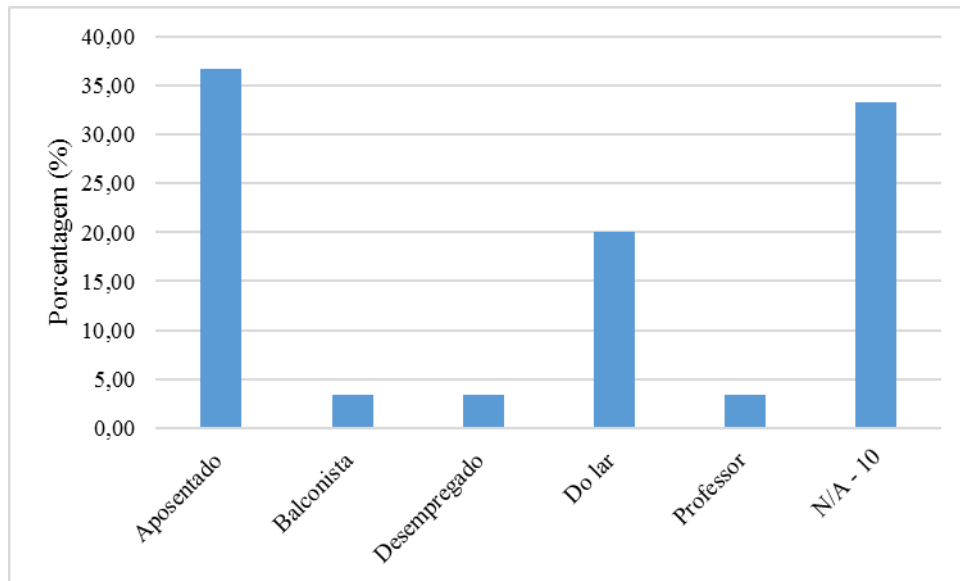


Figura 2 - Descrição da ocupação dos indivíduos entrevistados.

N/A- Não se aplica (não respondeu)

O estudo de Amarante et al. (2010) sobre a influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão ao tratamento e satisfação do paciente foi realizado em uma farmácia popular da cidade de Alfenas, Minas Gerais. Os pacientes encontrados na farmácia tiveram características diferentes dos pacientes do presente estudo, pois eram, na maioria, mulheres (67%) entre 40 e 50 anos.

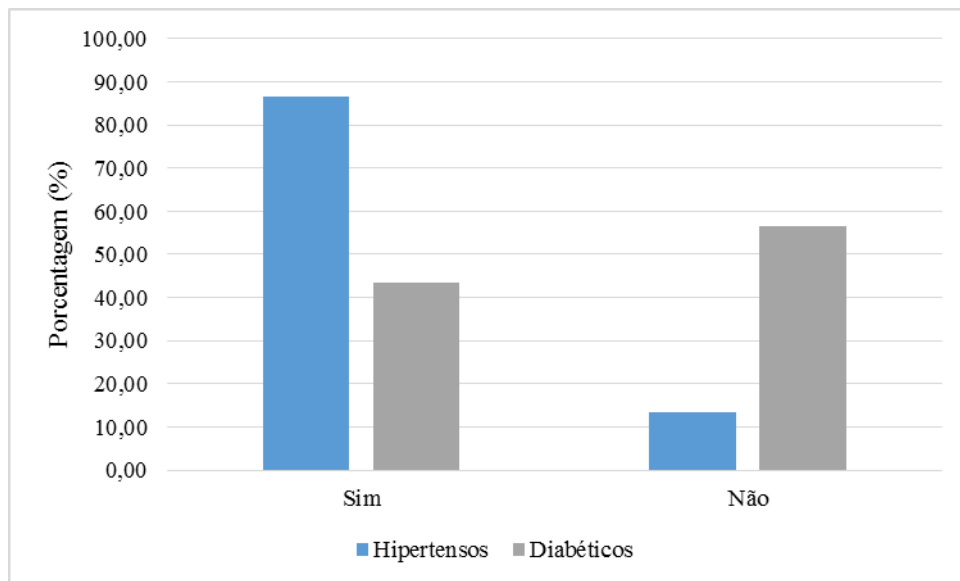
Em um outro estudo, realizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, o perfil de pacientes hipertensos avaliados eram, na maioria, mulheres (58,8%) entre 30 e 40 anos (PETRUZZELLIS; RODRIGUES; BOCK, 2013). Em Uberlândia, Minas Gerais, a maioria dos pacientes avaliados sobre o impacto da dispensação orientada sobre a adesão farmacoterapêutica era do sexo feminino (63%) (SILVA et al., 2008).

Essa diferença entre as populações estudadas sugere que é uma característica específica da drogaria estudada, a presença maior de pessoas do sexo masculino. Ou o fato do estudo apresentar um maior índice de homens que mulheres se trata apenas de um fato ocorrido coincidentemente com o grupo estudado.

Quanto a média de idade dos entrevistados ser mais alta que as descritas nos estudos anteriores, esses dados são característicos do bairro onde localiza-se a drogaria estudada, pois é um local adequado a moradia de pessoas mais idosas. Tem como característica ser um bairro residencial e tranquilo.

Os pacientes avaliados eram portadores de hipertensão e/ou diabetes *mellitus*. Essas duas patologias foram escolhidas, pois requerem uma manutenção mensal do seu tratamento e seus medicamentos. Os pacientes são, portanto, ideais para se aplicar o questionário sobre satisfação do atendimento do farmacêutico. A maioria dos indivíduos era hipertensa, 26 pacientes (87%) e apenas 13 pacientes eram diabéticos (43%) (**Figura 3**).

Figura 3 - Frequências de pacientes hipertensos e diabéticos.



Já com relação a diferença entre o número de hipertensos e diabéticos segundo a SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSOS (2017), cerca de 26 milhões de brasileiros são hipertensos. Entretanto apenas 2,7 milhões realizam o tratamento adequado, pois a hipertensão é reconhecida como uma doença que não manifesta sintomas evidentes. A hipertensão e o diabetes *mellitus* podem ser consideradas as doenças que mais acometem a população brasileira.

Pode-se afirmar, portanto, que como há uma grande prevalência de hipertensão no Brasil, mesmo sendo uma pequena amostra, o presente estudo também apresentaria maior prevalência de casos de hipertensão. Com relação aos medicamentos utilizados pelos pacientes, foram observados o uso de losartana e furosemida para o tratamento de hipertensão. Para o tratamento de diabetes *mellitus* observou-se o uso de metformina e glibenclamida.

Já o estudo de Amarante et al. (2010) observou que a maioria dos hipertensos utilizava um inibidor da enzima conversora de angiotensina (ECA), atenolol e hidroclorotiazida. Para o

tratamento de diabetes *mellitus* utilizavam principalmente a metformina. Apenas o medicamento para diabetes *mellitus* corrobora os resultados encontrados no presente estudo.

É importante ressaltar que o farmacêutico precisa oferecer uma informação precisa ao paciente sobre a utilização do medicamento dispensado e confirmar se ele a entendeu. Assim, pode haver, portanto, uma melhor adesão ao tratamento farmacoterapêutico (CAMPAMANY, 2006).

Já a humanização do atendimento ao paciente ou atenção farmacêutica humanizada amplia a relação entre profissionais e pacientes. A humanização farmacêutica prevê um cuidado integrado com o paciente. Exige do farmacêutico uma postura e uma escuta diferenciada diante do paciente, para que o profissional possa identificar suas necessidades, e então analisar a situação e tomar decisões a respeito de como agir na tentativa de tornar melhor as condições do paciente (DUQUE, 2006).

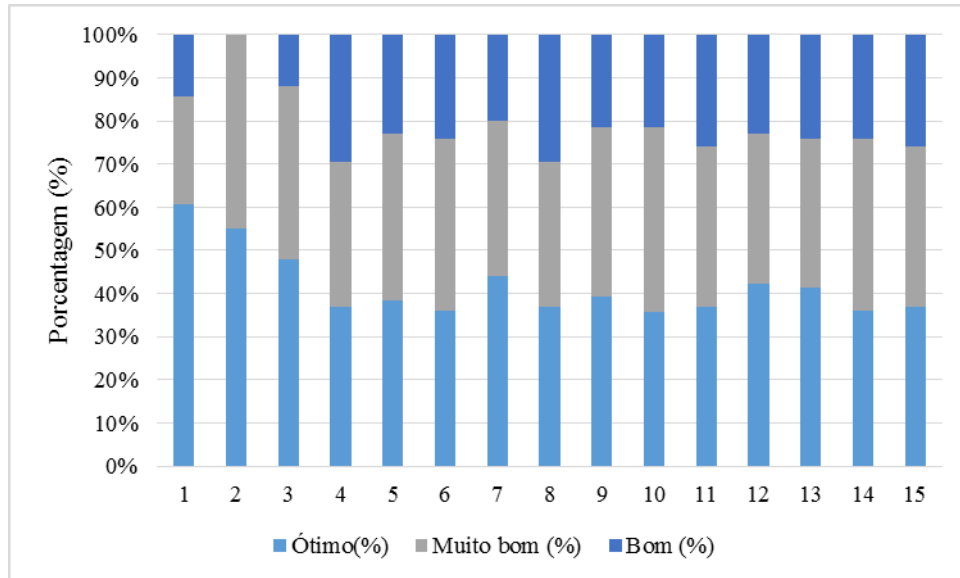
Para avaliar a humanização do atendimento, foi aplicado um questionário sobre a satisfação desse cliente/paciente. Como pode ser observado no **Quadro 2** e na **Figura 4**, a maioria dos pacientes descreveu como ótimo o atendimento farmacêutico na drogaria avaliada.

Não houve descrição das opções razoável e fraco pelos pacientes entrevistados, demonstrando, portanto, a ótima satisfação dos clientes/pacientes com o atendimento prestado na drogaria estudada. A partir das respostas do questionário, aparentemente há um atendimento humanizado na drogaria em que as entrevistas foram realizadas.

Diferentes estudos também obtiveram resultados semelhantes, em que os pacientes entrevistados não apontaram as opções razoável e fraco, bem como a maior porcentagem foi descrita como ótimo atendimento (IGLESIAS et al., 2004; LYRA JUNIOR et al., 2004; ARMANDO et al., 2005; AMARANTE et al., 2010).

Quadro 2 - Satisfação dos pacientes em relação ao serviço prestado na drogaria.

Descritor	Ótimo (%)	Muito bom (%)	Bom (%)
1) A disponibilização do farmacêutico para responder às suas perguntas?	60,71	25,00	14,29
2) A relação profissional que o farmacêutico tem contigo?	55,00	45,00	0,00
3) A capacidade do farmacêutico para aconselhar sobre os problemas que possa ter com os seus medicamentos?	48,00	40,00	12,00
4) O modo como o farmacêutico explica para que servem os medicamentos prescritos?	37,04	33,33	29,63
5) O interesse do farmacêutico na sua saúde?	38,46	38,46	23,08
6) O modo como o farmacêutico o ajuda a usar os medicamentos prescritos?	36,00	40,00	24,00
7) O empenho do farmacêutico para ajudá-lo a resolver problemas com os medicamentos prescritos?	44,00	36,00	20,00
8) A responsabilidade que o farmacêutico assume pelo seu tratamento com medicamentos?	37,04	33,33	29,63
9) O modo como o farmacêutico o informa sobre o modo de tomar os medicamentos prescritos?	39,29	39,29	21,43
10) O modo como o farmacêutico responde suas perguntas?	35,71	42,86	21,43
11) O empenho do farmacêutico para ajudá-lo a melhorar a sua saúde ou a manter-se saudável?	37,04	37,04	25,93
12) A confidencialidade das suas conversas com o farmacêutico?	42,31	34,62	23,08
13) O empenho do farmacêutico para assegurar que os medicamentos prescritos fazem o que é suposto fazerem?	41,38	34,48	24,14
14) O modo como o farmacêutico lhe explica os possíveis efeitos secundários?	36,00	40,00	24,00
15) O tempo que o farmacêutico disponibiliza para auxiliá-lo?	37,04	37,04	25,93

Figura 4 - Descrição da relação farmacêutico-paciente.

Conforme observado no Quadro 2, casa número corresponde a pergunta equivalente ao Quadro 2.

Humanizar, de acordo com Rech (2003), “é tratar as pessoas levando em conta seus valores e vivências como únicos, evitando quaisquer formas de discriminação negativa, de perda de autonomia, enfim, é preservar a dignidade do ser humano”.

E é neste contexto de humanizar que se analisa a última e mais relevante parte do questionário apresentado. A que se refere a satisfação do paciente com o trabalho apresentado uma vez que (Kotler 2000) defende que “Um consumidor fica satisfeito quando, atendimento e serviços oferecidos a ele ultrapassam as suas expectativas, ou seja, ele recebeu mais do que o esperado”.

De acordo com Vavra (1993), a satisfação é “entregar produtos ou serviços consistentes que atendam plenamente às necessidades e expectativas dos clientes”. E, “quanto maior a dedicação, mais satisfação e fidelidade o paciente apresentará”. Pode-se inferir, portanto, que as expectativas dos pacientes quanto ao atendimento farmacêutico foram atingidas e, provavelmente, eles estão fidelizados.

Entretanto, não é possível inferir, a partir dos resultados do presente estudo, se os pacientes têm um alto grau de satisfação em relação ao atendimento farmacêutico, devido a atenção farmacêutica prestada pelo farmacêutico, ou por já estarem acostumados com o atendimento daquela drogaria especificamente.

Faz-se necessário empenho no relacionamento direto com o cliente/paciente, intensificação no treinamento dos funcionários e farmacêuticos, além de criar estratégias de fidelização e satisfação do paciente geram um ambiente favorável a implantação do processo de humanização (KOTLER, 2000; FREITAS, 2004; LEVITT, 2004).

Conforme demonstrado nesse estudo, ainda existe uma grande dificuldade para se aplicar e definir a humanização no tratamento ao paciente pelo profissional de farmácia, dificultado o direcionamento de um estudo específico para a Humanização. Faz-se necessário, portanto, o desenvolvimento de trabalhos em que os pacientes sejam divididos em dois grupos: um grupo controle, em que não há atendimento humanizado e um grupo intervenção, em que o farmacêutico faça um atendimento humanizado.

5 CONCLUSÃO

A partir dos dados, foi possível caracterizar os pacientes portadores de hipertensão e diabetes *mellitus*, clientes da drogaria estudada. A maioria é do sexo masculino, aposentado, com média de 58 anos de idade e IMC médio de 27,6 kg/m². Esses pacientes classificaram o atendimento farmacêutico, na maioria dos casos, como ótimo, inferindo, portanto, que o atendimento farmacêutico é de boa qualidade devido à alta satisfação dos clientes/pacientes com o atendimento.

A partir desses resultados, sugere-se que há humanização do atendimento pelo farmacêutico responsável pela drogaria avaliada. Entretanto, são necessários mais estudos que comprovem essa afirmativa.

REFERÊNCIAS

AHARONY L, Strasser S. Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. **Med Care Rev.** 49-79.1993

AMARANTE, L. C. et al. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada.** V. 31, n. 3, p. 209-215. 2010

AMBIEL, I. S. S.; MASTROIANNI, P. C. Resultados da atenção farmacêutica no Brasil: uma revisão. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada,** v. 34, n. 4, p. 469-474, 2013.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes - 2016. **Diabetes Care,** v. 39, suppl. 1, p. S1-36, 2016.

AQUINO DS. Por que o uso racional dos medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciênc Saúde Colet.** 2008.

ARMANDO P, UEMA S, SOLA N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapêutico. **Seguim Farmacoter,** v. 3, n. 4, p. 205-212, 2005.

ATKINSON, M. A.; MACLAREN, N. K. The pathogenesis of insulin dependent diabetes. **N Engl J Med,** v. 331, p.1428-1436, 1994.

BARON-EPEL O.; DUSHENAT M, FRIEDMAN N. Evaluation of the consumer model: relationship between patient's expectations, perception and satisfaction with care. **Int J Qual Health Care,** v. 13, n. 4, p. 317-323, 2001.

BARTOSH S. M.; ARONSON A. J. Childhood hypertension: an update on etiology, diagnosis and treatment. **Pediatr Clin North Am,** v. 46, p. 235-252, 1999.

BERENSON G. S., et al. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. **N Engl J Med** 1998.

BERNHART MH, Wiadnyana IGP, Wihardjo H, Pohan I. Patient satisfaction in developing countries. **Soc Sci Med.** 1999.

BINDER A. A review of the genetics of essential hypertension. **Curr Opin Cardiol**. 2007.

BRANCO, V. R. C. **Os efeitos da globalização na economia: sua relação com o emprego, a educação e a família brasileira**. 2004. Dissertação (Pós-Graduação em Educação, Administração e Comunicação). Universidade São Marcos, São Paulo, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde. 60p.: il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20),2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde**, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**.2010

BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 6, DE 19 DE OUTUBRO DE 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências.

CAMPMANY ME. Identificación Del paciente y estrategias de comunicación. *Âmbito Farmacêutico*. **Dispensación Activa**; 78-84.2006.

CARLSSON A, Sundkvist G, Groop L, Tuomi T. Insulin and glucagon secretion in patients with slowly progressing autoimmune diabetes (**LADA**). *J Clin Endocrinol Metab* 76-80.2000.

CHALON S, BEDARIDA GV, MORENO JR. H, TEJURA B, URAE A, HOFFMAN BB, et al. Inhibition of angiotensin-converting enzyme in human hand veins. **Clin Pharm Ther**;p58-65.1999.

CHALON S, MORENO JR. H, HOFFMAN BB, BLASCHKE TF. Angiotensin-converting enzyme inhibition improves venous endothelial dysfunction in chronic smokers. **Clin Pharm Ther**, 295-303,1999.

CHAMMÉ. S. J. Repressão e saúde. In: **Saúde: um processo em constante construção. Tese de Livre-Docência.** Fac. de Filosofia e Ciências/UNESP: Marília, mimeo, 9p.1997

CHUNG, W. W. et al. **Effects of a pharmaceutical care model on medication adherence and glycemic control of people with type 2 diabetes.** Patient Prefer Adherence. V. 8, p. 1185-1194, 2014.

COHEN, Joshua. **Deliberation and democratic legitimacy.** In: BOHMAN, James; REHG, William. *Deliberative democracy: essays on reason and politics.* Cambridge: MIT Press, 1997.

CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA - PROPOSTA. **Atenção Farmacêutica no Brasil: “Trilhando Caminhos”.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 24p.2002.

COSTA, A. S. C.; SANTANA, L. C.; TRIGO, A. C. Qualidade do atendimento ao cliente: um grande diferencial competitivo para as organizações. **Revista de Iniciação Científica – RIC Cairu.** v. 2, n. 2, p. 155-172, 2015.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2009. **Sociedade brasileira de diabetes.** 3 ed. Itapevi: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENÇÃO 2016. **Sociedade Brasileira de Cardiologia** • ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016.

DOISE W. Atitudes e representações sociais. In: Jodelet, D, organizadores. **As representações sociais.** Ulup L, tradutor. Rio de Janeiro: UERJ; p. 187-204.2000.

DUQUE, D. C. C. **Relação farmacêutico-paciente: um novo olhar.** 2006. 44 f. Monografia (Especialização em Atenção Farmacêutica). Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL), Alfenas, 2006.

EAGLY AH, Chaiken S. **The psychology of attitudes**. Belmont: Wadsworth Group; 1993.

ESTRELA, Carlos. **Ciência endodôntica**. São Paulo: Artes Médicas, 2v.2000.

FERRAES, A. M. B.; CORDONI JÚNIOR, L. Medicamentos, farmácia, farmacêutico e o usuário: novo século, novas demandas. **Revista Espaço para a Saúde, versão online**, v. 4, n. 1, dez. 2001.

FLICK, Uwe. **Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Bookman,2004

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

GRANT R, Adams AS, Trinacty CM, et al. Relationship between patient medication adherence and subsequent clinical inertia in type 2 diabetes glycemic management. **Diabetes Care**.807–812; 2007.

GROOP L, Botazzo GF, Doniach D. **Islet cell antibodies identify latent type 1 diabetes in patients** aged 35-75 years at diagnosis. **Diabetes** 1986.

GUYTON, A. C., 1919-2003. **Tratado de fisiologia médica** / Arthur C. Guyton, John E. 2003.

HALL, 2006; tradução de Barbara de Alencar Martins... [et al.]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HEPLER CD, Strand LM. **Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care**. *Am J Hosp Pharm*. 533–543. 1990

HERNANDEZ DS, Castro MMS, Dáder MJF. **Guía de seguimiento farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada**. 3. ed., Granada, Espanha, 2007.

HOTHER-NIELSEN O, Faber O, Sorensen NS, Beck-Nielsen H. Classification of newly diagnosed diabetic patients as insulin requiring or non-insulin-requiring based on clinical and biochemical variables. **Diabetes Care** 1988.

HUMANIZAÇÃO, Significado de **Humanização** Por Dicionário inFormal (SP) em 08-06-2009

IGLESIAS P, Santos HJ, Fernandez-Llimós F, Fontes E, Leal M, Monteiro C. **Traducción y validación del “Pharmacy Services Questionnaire” al portugués (europeo)**. *Seguim Farmacoter.*:43-56.2004.

IMAGAWA A, Hanafusa T, Miyagawa J-I, Matsuzawa Y, for the Osaka IDDM Study Group. A novel subtype of type 1 diabetes mellitus characterized by a rapid onset and an absence of diabetes-related antibodies. *N Engl J Med* 2000.

JOÃO, W. S. J. **Humanização na saúde**. Pharmacia Brasileira. 2010.

KANNEL, W.B.; VASAN, R. & LEVY, D. — Is the relation of systolic blood pressure to risk of cardiovascular disease continuous and graded or are there critical values? **Hypertension**, 42(4): 453-6, 2003.

KINGDOM Prospective, Diabetes Study. **Diabetes Care** 2004;

KITABCHI AE, Umpierrez GE, Murphy MB, Barret EJ, Kreisberg RA, Malone JI et al. Management of hyperglycemic crises in patients with diabetes. **Diabetes Care** 2001.

KOTLER, P. **Marketing Management**, Millennium edition, Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, 2000.

_____, P. **Marketing Management**, Millennium Edition. Customer Edition of the University of Phoenix. Pearson Custom Publishing. 2002.

LEE P. Automation and the Future Practice of Pharmacy – Changing the Focus of Pharmacy. In: Wilson AL, editor. *Issues in Pharmacy Practice Management United States of America*. Gaithersburg, MD: **Aspen Publishers, Inc**; pp. 79–91.1997.

LEFÈVRE F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez; 1991.

LEVITT. **Miopia no marketing**. *Harvard Business Review Brasil*. p.1-11, São Paulo, jul, 2004.

LI H, Lindholm E, Almgren P, Gustafsson A, Forsblom C, Groop L et al. **Possible human leucocyte antigen-mediated genetic interaction between type 1 and type 2 diabetes.** *J Clin Endocrinol Metab*;86:574-82.2001.

LUDKE, G; ANDRÉ, P. **Metodologia da pesquisa.** São Paulo: P. 12.1996.

LYRA JÚNIOR D, AMARAL RT, ABRIATA JP, PELÁ IR. Satisfacción como resultado de un programa de atención farmacêutica para pacientes ancianos en Ribeirão Preto – São Paulo (Brasil). **Seguim Farmacoter**;3(1):30-42.2004.

MENEZES, E.B.B. Atenção farmacêutica em xeque. **Rev. Pharm. Bras.**, v.22, n. p.28, 2002.

MERHY, Emerson Elias. **O ATO DE CUIDAR: a alma dos serviços de saúde?** Campinas, maio, 1999.

MIO JR, D. Hipertensão Arterial. **Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia.** 2002.

MUXFELDT ES, Bloch KV, Nogueira Ada R, Salles GF. **True resistant hypertension: is it possible to be recognized in the office?** *Am J Hypertens*;2005.

OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista Bioquímica da Hipertensão.** São Paulo – SP, 2011.

OPAS. Organização Pan-americana da Saúde. **Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos.** Relatório 2001-2002. Brasília, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação.** Relatório Mundial. Brasília: OMS; 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **The role of the pharmacist in the health care system.** Geneva: OMS, 24p.1994

PAIVA Filho O. **ABC da ética farmacêutica.** Brasília: Cidade; 2011.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas.** V. 44, n. 4, p. 601-612, 2008.

PETRUZZELLIS, E. A.; RODRIGUES, F. M.; BOCK, P. M. **Perfil de pacientes hipertensos em uma drogaria de Porto Alegre-RS**. Infarma Ciências Farmacêuticas. V. 25, n. 4, p. 170-177, 2013.

PINHEIRO, I. N. **Gestão da Satisfação e Fidelidade do Cliente: Um estudo dos fatores que afetam a satisfação e a fidelidade dos compradores de automóveis**. Tese (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2003.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, Ministério da Saúde Esplanada dos Ministérios, Bloco G , Sala 934- 2003

PORTAL DA SAÚDE – Ministério da Saúde – www.saude.gov.br. **Todos os direitos reservados**. Joomla! é um software livre com licença GNU/GPL v2.0- 2017

RECH C. M. F. **Humanização hospitalar: o que pensamos tomadores de decisão a respeito?** São Paulo 2003.

RUBIRA MC, Consolim-Colombo FM, Rabelo ER, et al. **Venous or arterial endothelium evaluation for early cardiovascular dysfunction in hypertensive patients?** J Clin Hypertens 2007.

SANTOS ZMSA, Lima HP. **Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida**. Texto Context. Enferm 90-97,2008.

SCHMIDT MI, Reichelt AJ (pelo Grupo de Trabalho em Diabetes e Gravidez). **Consenso sobre diabetes gestacional e diabetes pré-gestacional**. Arq Bras Endocrinol Metab 1999.

SERVICE FJ, Rizza RA, Zimmerman BR, Dyck PJ, O'Brien PC, Melton III LJ. The classification of diabetes by clinical and C-peptide criteria. A prospective population-based study. **Diabetes Care** 1997.

SILVA, E. A. C. et al. Avaliação do impacto da dispensação orientada sobre a adesão farmacoterapêutica de pacientes hipertensos. **Rev. Bras. Farm.**, v. 89, n. 4, p. 315-318, 2008.

SOEIRO, O. M. et al. Satisfação de usuários com serviços da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, p. 1-11, 2017.

SOUSA MG, Yugar-Toledo JC, Rubira M, et al. **Ascorbic acid improves impaired venous and arterial endothelium-dependent dilation in smokers.** Acta pharmacologica Sinica 2005.

SZUMITA PM. **The hospital pharmacist: an integral part of the hyperglycaemic management team.** J Clin Pharm Ther. 2009.

THE EXPERT Committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Report of the Expert Committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care** ;20:1183-97.1997.

TORRES-LÓPEZ TM, Sandoval-Díaz MS, Pando-Moreno M. **“Sangre y azúcar”:** representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. Cad Saúde Pública; 21(1):101-10.2005.

UK PROSPECTIVE Diabetes Study (UKPDS) Group. **Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33).** Lancet 1998.

V DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão Arterial; 89(3): e-24-e-79.2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: report of a WHO consultation. **Geneva, World Health Organization**; 59p.1999.

APÊNDICE

Prezado (a) colaborador (a),

Você está recebendo um questionário que faz parte da pesquisa referente à monografia do curso de Farmácia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras do Alto São Francisco-FASF, onde solicito sua valiosa contribuição neste estudo.

Desde já, agradeço a colaboração.

Ivone de Paula Pires

PARTE I - DADOS GERAIS

- 1) Nome _____
- 2) Sexo: Masculino ()
Feminino ()
- 3) Idade _____ anos
- 4) Ocupação _____

PARTE II - QUESTIONÁRIO

- 1) Quais as medicações que o paciente faz uso?

- 2) Marque a opção que MELHOR RETRATA a sua avaliação sobre os fatores listados a seguir de acordo com o esquema que varia de “Ótimo a Fraco”.

PERGUNTAS	ÓTIMO	MUITO BOM	BOM	RAZOÁVEL	FRACO
1) A disponibilização do farmacêutico para responder às suas perguntas?					
2) A relação profissional que o					

farmacêutico tem contigo?					
3) A capacidade do farmacêutico para aconselhar sobre os problemas que possa ter com os seus medicamentos?					
4) O modo como o farmacêutico explica para que servem os medicamentos prescritos?					
5) O interesse do farmacêutico na sua saúde?					
6) O modo como o farmacêutico o ajuda a usar os medicamentos prescritos?					
7) O empenho do farmacêutico para ajudá-lo a resolver problemas com os medicamentos prescritos?					
8) A responsabilidade que o farmacêutico assume pelo seu tratamento com medicamentos?					
9) O modo como o farmacêutico o informa sobre o modo de tomar os medicamentos prescritos?					
10) O modo como o farmacêutico responde suas perguntas?					
11) O empenho do farmacêutico para ajudá-lo a melhorar a sua saúde ou a manter-se saudável?					
12) A confidencialidade das suas conversas com o farmacêutico?					
13) O empenho do farmacêutico para assegurar que os medicamentos prescritos fazem o que é suposto fazerem?					
14) O modo como o farmacêutico lhe explica os possíveis efeitos secundários?					

15) O tempo que o farmacêutico disponibiliza para auxiliá-lo?					
--	--	--	--	--	--