



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM FARMACOLOGIA

LUIZ HENRIQUE MORAES DE SOUZA

**ANÁLISE DA INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA NA ALTA HOSPITALAR SOBRE  
O CONHECIMENTO AUTODECLARADO E A INTENÇÃO DE ADERIR À  
FARMACOTERAPIA EM PACIENTES PÓS-INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

Florianópolis

2025

LUIZ HENRIQUE MORAES DE SOUZA

**ANÁLISE DA INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA NA ALTA HOSPITALAR SOBRE  
O CONHECIMENTO AUTODECLARADO E A INTENÇÃO DE ADERIR À  
FARMACOTERAPIA EM PACIENTES PÓS-INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

Dissertação submetida ao Mestrado Profissional em Farmacologia da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Farmacologia.

Orientador: Prof. Dr. José Eduardo da Silva Santos

Florianópolis

2025

Souza, Luiz Henrique Moraes de

Análise da intervenção farmacêutica na alta hospitalar sobre o conhecimento autodeclarado e a intenção de aderir à farmacoterapia em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio / Luiz Henrique Moraes de Souza ; orientador, José Eduardo da Silva Santos, 2025.

88 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Biológicas, Mestrado Profissional em Farmacologia, Florianópolis, 2025.

Inclui referências.

1. Farmacologia. 2. Orientação farmacêutica. 3. Educação em saúde. 4. Infarto do miocárdio. 5. Continuidade do cuidado. I. Santos, José Eduardo da Silva. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Mestrado Profissional em Farmacologia. III. Título.

LUIZ HENRIQUE MORAES DE SOUZA

**ANÁLISE DA INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA NA ALTA HOSPITALAR SOBRE  
O CONHECIMENTO AUTODECLARADO E A INTENÇÃO DE ADERIR À  
FARMACOTERAPIA EM PACIENTES PÓS-INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 26 de agosto de 2025, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Daniel Fernandes, Dr.

Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Filipe Carvalho Matheus, Dr.

Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Maria Cláudia Santos da Silva, Dr.(a)

Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Farmacologia.

---

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Prof. Dr. José Eduardo da Silva Santos

Orientador

Florianópolis, 2025.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, ao Prof. José Eduardo, pela orientação, paciência e dedicação durante o desenvolvimento desta dissertação, contribuindo de forma decisiva para o meu crescimento acadêmico e profissional. Ao Prof. Daniel Fernandes, coordenador do Programa de Pós-Graduação em Farmacologia, pela constante disponibilidade, incentivo e apoio não apenas nesta pesquisa, mas em todo o percurso do curso.

Aos farmacêuticos clínicos João Burtet e Kauê Sonda, pelo suporte na criação do protocolo e na aplicação da pesquisa junto aos pacientes, cuja colaboração foi essencial para a execução deste trabalho.

Ao meu parceiro de vida, por estar ao meu lado em cada etapa desta jornada, oferecendo apoio incondicional, compreensão e incentivo mesmo nos momentos mais desafiadores.

À minha analista, pelo suporte e acolhimento psicológico, fundamentais para manter o equilíbrio emocional ao longo desta trajetória.

Aos meus amigos, que se fizeram presentes com palavras de encorajamento, companhia e afeto durante esse período tão significativo. Um agradecimento especial aos colegas provenientes do Programa, cuja amizade, troca de experiências e companheirismo tornaram essa caminhada mais leve e enriquecedora.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste trabalho, meu mais sincero agradecimento.

“A ciência da farmácia se completa quando transforma conhecimento em  
cuidado.”

— Adaptado de William Osler

## RESUMO

A transição do cuidado hospitalar para o domicílio em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio (IAM) é um momento crítico, especialmente no que se refere à adesão e ao conhecimento sobre a farmacoterapia. Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto de uma intervenção estruturada de orientação de alta farmacêutica sobre o conhecimento e a adesão percebida à terapia medicamentosa em pacientes internados por IAM em um hospital privado da Grande Florianópolis. Trata-se de um estudo com aplicação de questionários antes e após a intervenção. Foram avaliados o conhecimento geral e específico sobre os medicamentos utilizados no tratamento pós-IAM (ácido acetilsalicílico, clopidogrel, estatinas e betabloqueadores), a percepção de adesão e variáveis sociodemográficas. Os dados foram analisados por testes estatísticos apropriados conforme a distribuição das variáveis. Os resultados demonstraram que a orientação de alta realizada pelo farmacêutico aumentou de forma significativa o conhecimento autodeclarado em todos os pontos avaliados, evidenciando uma redistribuição das categorias de resposta, com concentração maior nas faixas de conhecimento alto e muito alto. Apesar disso, os escores de adesão não apresentaram variações significativas em alguns cenários, o que pode ter decorrido, ao menos em parte, de diferenças na interpretação das perguntas vinculadas à escala pelos pacientes. Conclui-se que a orientação de alta farmacêutica foi eficaz para ampliar o conhecimento sobre a farmacoterapia, destacando-se como ferramenta estratégica para a segurança do paciente e a qualificação da assistência na transição do cuidado.

**Palavras-chave:** Infarto do miocárdio; Adesão à medicação; Orientação farmacêutica; Educação em saúde; Continuidade do cuidado.

## **ABSTRACT**

The transition from hospital to home care for patients after acute myocardial infarction (AMI) is a critical moment, especially regarding adherence and knowledge of pharmacotherapy. This study aimed to evaluate the impact of a structured pharmacist discharge counseling intervention on knowledge and perceived adherence to medication therapy in patients admitted for AMI to a private hospital in Greater Florianópolis. This study involved administering questionnaires before and after the intervention. General and specific knowledge about medications used in post-AMI treatment (acetylsalicylic acid, clopidogrel, statins, and beta-blockers), perceived adherence, and sociodemographic variables were assessed. Data were analyzed using appropriate statistical tests according to the distribution of variables. The results demonstrated that discharge counseling provided by the pharmacist significantly increased self-reported knowledge across all assessed points, demonstrating a redistribution of response categories, with a greater concentration in the high and very high knowledge ranges. Despite this, adherence scores did not show significant variations in some scenarios, which may have been due, at least in part, to differences in patients' interpretation of the scale's questions. We conclude that the pharmaceutical discharge guidance was effective in expanding knowledge about pharmacotherapy, standing out as a strategic tool for patient safety and improving care during transitions.

**Keywords:** Myocardial infarction; Medication adherence; Pharmaceutical guidance; Health education; Continuity of care.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação esquemática do fluxo metodológico do estudo, desde a identificação dos pacientes pós-infarto agudo do miocárdio (IAM) até a alta hospitalar.	36
Figura 2 – Faixa etária e escolaridade da amostra incluída neste estudo.	38
Figura 3 – Características clínicas dos pacientes incluídos no estudo.	40
Figura 4 – Percepção autodeclarada de pacientes sobre a terapia farmacológica no pós-IAM, antes da orientação de alta farmacêutica, segundo o sexo.	42
Figura 5 – Percepção autodeclarada de pacientes sobre a terapia farmacológica no pós-IAM, antes da orientação de alta farmacêutica, segundo a faixa etária.	43
Figura 6 – Percepção autodeclarada de pacientes sobre a terapia farmacológica no pós-IAM, antes da orientação de alta farmacêutica, segundo a escolaridade.	44
Figura 7 – Escore geral de conhecimento sobre a farmacoterapia no pós-infarto agudo do miocárdio (IAM), segundo variáveis sociodemográficas, antes da intervenção.	45
Figura 8 – Percepção dos pacientes sobre a terapia farmacológica antes e após a orientação de alta farmacêutica.	47
Figura 9 – Distribuição do conhecimento autodeclarado dos pacientes antes da intervenção, por classe medicamentosa.	48
Figura 10 – Comparação da probabilidade auto-declarada de interromper o uso dos medicamentos na ausência de sintomas, segundo características sociodemográficas.	52
Figura 11 – Comparação da probabilidade auto-declarada de interromper o uso dos medicamentos no aparecimento de efeito adverso, segundo características sociodemográficas.	53
Figura 12 – Distribuição do escore geral de adesão farmacológica auto-declarada no pós-IAM segundo sexo, faixa etária e escolaridade.	53
Figura 13 – Comparação da adesão farmacológica auto-relatada antes e depois da orientação de alta, em diferentes cenários clínicos.	54
Figura 14 – Folder educativo sobre à farmacoterapia no pós-IAM.	64

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Aspectos gerais das principais classes farmacológicas utilizadas no tratamento do IAM.	25
Quadro 2 – Instrumento para avaliação do conhecimento e adesão à terapia medicamentosa pós-IAM.	35
Quadro 3 – Falas autodeclaradas dos pacientes antes e depois da orientação farmacêutica de alta, quanto ao conhecimento sobre a terapia medicamentosa no pós-IAM.	50

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

OMS - Organização Mundial da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

IECA - Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina

BRA - Bloqueador dos Receptores de Angiotensina

AAS - Ácido Acetilsalicílico

COX-1 - Ciclooxigenase 1

TAPD - Terapia Antiplaquetária Dupla

ICP - Intervenções Coronarianas Percutâneas

ECA - Enzima Conversora de Angiotensina

NO - Óxido Nítrico - no inglês: *nitric oxide*

GCs - Guanilato ciclase solúvel

GMPC - Guanosina monofosfato cíclico

IAMSSST - Infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST

IAMCSST - Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>16</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>30</b>
2.1 OBJETIVO GERAL	30
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
<b>3 MÉTODOS</b>	<b>31</b>
3.1 DESENHO DO ESTUDO	31
3.2 LOCAL DO ESTUDO	31
3.3 AMOSTRA DO ESTUDO	31
3.3.1 Critérios de Inclusão	32
3.3.2 Critérios de Exclusão	32
3.3.3 Procedimentos e logística	32
3.3.4 Instrumento(s) para coleta dos dados	33
3.3.5 Caracterização demográfica e clínica dos participantes	34
3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA	36
<b>4 RESULTADOS</b>	<b>37</b>
4.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	38
4.2 PERCEPÇÃO DOS PACIENTES SOBRE A TERAPIA FARMACOLÓGICA	41
4.3 IMPACTO DA ORIENTAÇÃO DE ALTA NA PERCEPÇÃO VERBALIZADA DOS PACIENTES SOBRE A TERAPIA FARMACOLÓGICA	48
4.4 PERCEPÇÃO DOS PACIENTES SOBRE A ADESÃO FARMACOLÓGICA	52
4.5 INSTRUMENTOS ELABORADOS PARA A ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA NA ALTA HOSPITALAR	54
<b>5 DISCUSSÃO</b>	<b>66</b>
<b>6 CONCLUSÕES</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>78</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O infarto agudo do miocárdio (IAM), uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo, configura-se como uma condição clínica grave caracterizada pela necrose do tecido miocárdico em decorrência de isquemia prolongada. Esse evento ocorre geralmente devido à obstrução de uma artéria coronariana, resultando em insuficiência no suprimento sanguíneo ao coração (ANDERSON et al., 2021).

Conforme relatado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o IAM é responsável por milhões de óbitos anualmente, especialmente em países com renda per capita classificada como baixa ou média, onde os fatores de risco, como hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo e diabetes mellitus, estão em ascensão (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). No Brasil, o cenário não é diferente. Dados do Ministério da Saúde apontam que, em 2022, as doenças isquêmicas do coração representaram uma das principais causas de internações hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando o impacto socioeconômico da doença.

O IAM é intimamente relacionado ao desenvolvimento de aterosclerose, que, ao longo dos anos, promove o acúmulo de lipídios e células inflamatórias na parede arterial, formando placas instáveis suscetíveis à ruptura (GRUNDY et al., 2019). Em muitos casos, a formação de trombos sobre as placas ateroscleróticas rompidas leva à oclusão parcial ou total da luz arterial. Essa obstrução limita a oferta de oxigênio ao miocárdio, ocasionando alterações metabólicas e estruturais nas células cardíacas. Em questão de minutos, ocorre um desbalanço entre oferta e demanda de oxigênio e a morte celular irreversível, caso a perfusão não seja restabelecida rapidamente (YUSUF et al., 2021).

A manifestação clínica clássica do IAM inclui dor torácica intensa, de caráter constritivo, frequentemente irradiada para membros superiores, mandíbula ou dorso, acompanhada de sintomas como sudorese, náuseas, vômitos e dispneia. Contudo, estudos destacam que apresentações atípicas são mais prevalentes em mulheres, idosos e pacientes com comorbidades, o que dificulta o diagnóstico precoce e o início do tratamento adequado (SILVA et al., 2020).

## **Diagnóstico, manejos clínicos e farmacológicos do IAM**

O diagnóstico do IAM é confirmado por meio de critérios clínicos, eletrocardiográficos e laboratoriais, incluindo a dosagem de biomarcadores como a troponina cardíaca, que possui alta especificidade e sensibilidade para detectar necrose miocárdica (ANTMAN et al., 2021). Além disso, o uso da angiografia coronariana permite a identificação precisa da obstrução arterial, sendo fundamental para o planejamento terapêutico.

O manejo do IAM é dividido em medidas iniciais de reperfusão, como a angioplastia primária e a trombólise, e em estratégias secundárias de prevenção, que incluem a prescrição de medicamentos como estatinas, betabloqueadores, antiplaquetários e inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA). A implementação de protocolos terapêuticos padronizados tem demonstrado impacto positivo na redução das taxas de mortalidade e na melhora da qualidade de vida dos pacientes (CARVALHO et al., 2021).

Para além da fase aguda do IAM, o período pós-hospitalização requer uma abordagem abrangente e integrada, envolvendo reabilitação cardiovascular e controle rigoroso dos fatores de risco, como hipertensão, diabetes e tabagismo. Tais intervenções são determinantes para a melhora da sobrevida e qualidade de vida dos pacientes, destacando a importância de estratégias que priorizem a educação em saúde e o acompanhamento sistemático. Nesse contexto, o tratamento farmacológico desempenha um papel central, com o uso de medicamentos como betabloqueadores, IECA, antiplaquetários e estatinas, que são amplamente reconhecidos por sua eficácia em reduzir efeitos colaterais e estabilizar a condição clínica dos pacientes (COLLET et al., 2021).

A recuperação e o manejo adequado desses pacientes após a alta hospitalar são desafios que demandam estratégias terapêuticas rigorosas e um acompanhamento contínuo. Nesse sentido, a adesão ao regime terapêutico prescrito, incluindo medicamentos e mudanças no estilo de vida, é crucial para prevenir recorrências, complicações e reduzir a mortalidade a longo prazo (SILVA; FERREIRA; LOPES, 2019). Além disso, estudos mostram que a adesão ao tratamento pós-IAM pode ser influenciada por fatores sociais, psicológicos e educacionais, tornando essencial o papel de uma equipe multidisciplinar no suporte aos pacientes. A implementação de protocolos específicos e orientações

personalizadas tem se demonstrado eficaz em reduzir a incidência de reinternações hospitalares e melhorar os desfechos clínicos a longo prazo (REYNOLDS et al., 2020). No entanto, a eficácia dessas intervenções pode ser comprometida por desafios como a polifarmácia, efeitos colaterais dos medicamentos e dificuldades relacionadas à adesão terapêutica. A educação farmacêutica, associada a uma atuação multidisciplinar, emerge como uma ferramenta essencial para superar essas barreiras, oferecendo suporte para o entendimento e cumprimento do tratamento prescrito pelos pacientes (NIEUWLAT et al., 2014).

Os medicamentos utilizados no pós-IAM têm como objetivo estabilizar o quadro clínico, prevenir novos eventos cardiovasculares e melhorar a qualidade de vida do paciente. São exemplos o ácido acetilsalicílico (inibidor não seletivo das ciclooxigenases) e o clopidogrel (antagonista de receptores P2Y12), que desempenham papel essencial na prevenção de trombozes recorrentes ao inibir a agregação plaquetária (ANTMAN et al., 2021). O metoprolol e o carvedilol, dois betabloqueadores, reduzem a demanda de oxigênio do miocárdio, melhoram o prognóstico e diminuem o risco de arritmias fatais, enquanto o enalapril (IECA), ou a losartana (BRA) são indicados para controlar a hipertensão arterial, evitar ou reverter a remodelagem do miocárdio, e assim evitar ou limitar o desenvolvimento da insuficiência cardíaca (YUSUF et al., 2020).

Outra classe de medicamentos indispensável é a das estatinas, na qual incluem-se a atorvastatina e a rosuvastatina, que auxiliam no controle da dislipidemia, estabilizam as placas ateroscleróticas e possuem efeitos pleiotrópicos que beneficiam o endotélio vascular (GRUNDY et al., 2019). Já a espironolactona (antagonistas da aldosterona), pode ser utilizada em pacientes com disfunção ventricular ou insuficiência cardíaca, ajudando a controlar a sobrecarga hídrica e a prevenir hospitalizações. Por fim, em casos específicos, nitratos e anticoagulantes também podem ser indicados. Cada uma das classes utilizadas possui um papel bem definido no pós-IAM, mas a efetividade do tratamento depende diretamente da adesão do paciente e do entendimento correto acerca das orientações sobre uso e possíveis efeitos colaterais.

A seguir, destacamos as bases do mecanismo de ação e evidências científicas que dão suporte ao uso terapêutico dos principais fármacos incluídos nos protocolos pós-IAM. A Tabela 1, apresentada mais adiante, sumariza os principais

aspectos farmacológicos das classes de medicamentos utilizados no tratamento do IAM. Ela inclui exemplos representativos de cada classe, os respectivos alvos terapêuticos e seus efeitos esperados, as principais indicações clínicas no contexto do IAM, os efeitos colaterais mais comuns associados a essas terapias, além das referências bibliográficas que fundamentam as informações apresentadas. Essa síntese tem o objetivo de facilitar a compreensão dos profissionais e acadêmicos sobre a racionalidade do uso de cada classe farmacológica no manejo pós-IAM.

### **Antiagregantes Plaquetários**

Os antiplaquetários desempenham um papel crucial no tratamento do IAM, sendo amplamente utilizados para prevenir a formação de trombos em artérias coronárias. No contexto do IAM, a dose inicial recomendada de ácido acetilsalicílico (AAS) varia entre 160 mg e 325 mg, administrada em dose única mastigável para rápida absorção, seguida por uma dose de manutenção de 75 mg a 100 mg/dia em uso contínuo para prevenção secundária (VALGIMIGLI et al., 2018). No período pós-IAM, esses medicamentos são indicados para uso prolongado, geralmente por pelo menos 12 meses, com o objetivo de reduzir a ocorrência de eventos isquêmicos recorrentes, como reinfarto e trombose de *stent* (COLLET et al., 2021).

O AAS gera inibição irreversível da enzima ciclooxigenase-1 (COX-1), reduzindo a produção de tromboxano A<sub>2</sub>, um potente indutor da agregação plaquetária, o que confere ao medicamento um papel fundamental na redução de eventos cardiovasculares adversos maiores, conforme evidenciado em diversos estudos clínicos (COLLET et al., 2021). Já os antagonistas do receptor P2Y<sub>12</sub>, como clopidogrel, prasugrel e ticagrelor, são amplamente utilizados para potencializar a inibição plaquetária. O clopidogrel é administrado com uma dose de ataque de 300 mg a 600 mg, seguida por 75 mg/dia como manutenção. O prasugrel é utilizado com 60 mg de ataque e 10 mg/dia como manutenção. Já o ticagrelor destaca-se por sua ação reversível e mais rápida em comparação ao clopidogrel, sendo recomendado seu uso na dose de ataque de 180 mg, seguida por 90 mg duas vezes ao dia, especialmente em pacientes com síndromes coronarianas agudas (WALLENTIN et al., 2009).

A terapia antiplaquetária dupla (TAPD), combinando AAS e um inibidor do receptor P2Y<sub>12</sub>, é recomendada especialmente após intervenções coronarianas

percutâneas (ICP), como a colocação de *stents* farmacológicos, para prevenir trombose intra-stent e novos eventos isquêmicos (VALGIMIGLI et al., 2018).

### **Estatinas**

As estatinas, como atorvastatina e rosuvastatina, são fármacos essenciais no controle da dislipidemia e na estabilização de placas ateroscleróticas. Seu alvo farmacológico é a enzima hidroximetilglutaril-coenzima A redutase (HMG-CoA redutase), responsável pela etapa limitante da síntese hepática de colesterol. Ao inibir essa enzima, as estatinas reduzem a produção de colesterol endógeno, levando ao aumento compensatório da expressão dos receptores de LDL hepáticos, o que promove maior captação e remoção do LDL circulante (GRUNDY et al., 2019). No contexto do IAM e pós-IAM, a redução dos níveis de LDL-C está diretamente associada à menor progressão da aterosclerose e à estabilização das placas vulneráveis, reduzindo o risco de novos eventos cardiovasculares (SABATINE et al., 2017).

Além do efeito hipolipemiante, as estatinas apresentam efeitos pleiotrópicos, incluindo melhora da função endotelial, redução do estresse oxidativo e da inflamação vascular, o que contribui para a diminuição da instabilidade da placa aterosclerótica (RIDKER et al., 2018). As diretrizes recomendam o uso precoce de estatinas de alta intensidade, como atorvastatina (40-80 mg/dia) ou rosuvastatina (20-40 mg/dia), preferencialmente logo após o evento isquêmico e em uso contínuo, visando atingir níveis de LDL-C < 55 mg/dL para prevenção secundária (GRUNDY et al., 2019; MACH et al., 2020).

### **Betabloqueadores**

Os betabloqueadores, como metoprolol e carvedilol, são fármacos essenciais no manejo do IAM. O alvo farmacológico desses medicamentos são os receptores  $\beta$ 1-adrenérgicos, localizados predominantemente no coração. A inibição desses receptores leva à redução da contratilidade miocárdica e da frequência cardíaca, diminuindo a demanda de oxigênio pelo miocárdio (PFEFFER et al., 1999). A racionalidade do uso dos betabloqueadores no IAM e no período pós-IAM baseia-se na sua capacidade de prevenir o desenvolvimento da falência cardíaca. Esses fármacos atenuam a resposta simpática exacerbada característica do IAM,

melhoram a perfusão subendocárdica e reduzem a mortalidade cardiovascular, como demonstrado no estudo clínico randomizado que avaliou os efeitos do carvedilol em pacientes que sofreram IAM e apresentavam disfunção ventricular esquerda, o CAPRICORN Trial, que também evidenciou que o carvedilol melhora a sobrevida e apresenta benefícios clínicos significativos (PFEFFER et al., 1999).

A indicação é de que os betabloqueadores devem ser iniciados o mais precocemente possível, preferencialmente nas primeiras 24 horas após o IAM, desde que não haja contraindicações, como bradicardia grave ou insuficiência cardíaca descompensada. O metoprolol, por exemplo, pode ser administrado por via oral na dose inicial de 25-50 mg a cada 6-12 horas, ajustando-se conforme a resposta do paciente. O carvedilol é frequentemente iniciado com 3,125 mg duas vezes ao dia, podendo ser titulado progressivamente até 25 mg duas vezes ao dia (KJELDSEN et al., 2000).

### **Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) e Antagonistas dos Receptores da Angiotensina II**

Os IECA e os bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA)<sup>1</sup> são classes farmacológicas fundamentais no manejo do IAM, exercendo um papel crucial na redução da sobrecarga cardíaca e na prevenção do remodelamento ventricular adverso. O alvo terapêutico dos IECA é a enzima conversora de angiotensina (ECA), cuja inibição impede a conversão de angiotensina I em angiotensina II, resultando em vasodilatação, redução da retenção de sódio e água e menor estímulo para hipertrofia e fibrose miocárdica. Por outro lado, os BRA atuam bloqueando seletivamente os receptores AT1 da angiotensina II, inibindo seus efeitos vasoconstritores e pró-inflamatórios sem interferir na degradação da bradicinina. Essa distinção é relevante, pois reduz a incidência de tosse seca, um efeito colateral frequentemente associado ao uso de IECA (GRANGER et al., 2003).

A indicação dessas classes no IAM e no período pós-IAM fundamenta-se na capacidade de reduzir a pré e a pós-carga cardíaca, mitigar o remodelamento ventricular e melhorar a sobrevida, especialmente em pacientes com disfunção ventricular esquerda ou insuficiência cardíaca. Evidências robustas provenientes de

---

<sup>1</sup> Os termos “bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA)” e “antagonistas dos receptores da angiotensina II” são utilizados como sinônimos na literatura.

ensaios clínicos reforçam esses benefícios: o CONSENSUS Trial demonstrou que o enalapril reduz significativamente a mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca grave, enquanto o estudo VALIANT evidenciou que a valsartana é uma alternativa eficaz aos IECA na melhora dos desfechos cardiovasculares em pacientes pós-IAM, oferecendo um perfil de segurança adequado e eficácia comparável (YUSUF et al., 2020).

Os IECA e BRA devem ser iniciados o mais precocemente possível após o IAM, geralmente dentro das primeiras 24 horas, desde que o paciente não apresente contraindicações, como hipotensão significativa ou insuficiência renal grave. O enalapril pode ser administrado na dose inicial de 2,5 mg duas vezes ao dia, com titulação progressiva até 10-20 mg duas vezes ao dia, conforme tolerância. Já a valsartana é frequentemente iniciada com 40 mg duas vezes ao dia, podendo ser ajustada até 160 mg duas vezes ao dia, de acordo com a resposta clínica do paciente (GRANGER et al., 2003).

### **Diuréticos**

Essas classes desempenham um papel essencial no manejo do IAM na fase aguda, especialmente em pacientes com disfunção ventricular ou insuficiência cardíaca. O alvo farmacológico dos diuréticos de alça, como a furosemida, é o cotransportador  $\text{Na}^+/\text{K}^+/\text{2Cl}^-$  no segmento ascendente da alça de Henle, onde sua inibição reduz a reabsorção de sódio, cloro e potássio, promovendo diurese intensa e aliviando a sobrecarga hídrica. Já a espironolactona (antagonista da aldosterona), bloqueia os receptores da aldosterona nos túbulos coletores do rim, reduzindo a retenção de sódio e água, além de minimizar a fibrose miocárdica e o remodelamento cardíaco adverso (PITT et al., 2003).

A justificativa para o uso dessas classes no IAM e no período pós-IAM está associada à capacidade de reduzir a pré-carga e a sobrecarga hídrica, aliviando sintomas de congestão pulmonar e periférica em pacientes com insuficiência cardíaca. Além disso, a inibição da aldosterona reduz a fibrose miocárdica e melhora a função ventricular, impactando positivamente na sobrevida. Embora possam ser utilizados isoladamente em determinados cenários clínicos, seu uso é frequentemente combinado a outras terapias cardiovasculares, como IECA ou BRA, para otimizar os desfechos clínicos. Seus benefícios não se restringem apenas ao

efeito diurético, uma vez que, além da remoção do excesso de fluidos, exercem influência direta na remodelação cardíaca e na modulação neuronal. O efeito desses fármacos ocorre principalmente nos rins, onde regulam a excreção de sódio e água, mas também impactam diretamente o coração ao reduzir a sobrecarga de volume e a pressão intracardíaca, contribuindo para a melhora da função ventricular e para a redução do risco de eventos cardiovasculares adversos (PITT et al., 2003).

Quanto à posologia, os diuréticos de alça, como a furosemida, são indicados em doses iniciais de 20 a 40 mg por via intravenosa ou oral, podendo ser ajustados conforme a resposta diurética e o estado volêmico do paciente. Já os antagonistas da aldosterona são recomendados para pacientes com IAM complicado por disfunção ventricular esquerda (fração de ejeção  $\leq 40\%$ ) e sinais clínicos de insuficiência cardíaca, sendo a eplerenona iniciada na dose de 25 mg/dia, com titulação progressiva até 50 mg/dia, desde que os níveis de potássio e a função renal sejam adequados (PITT et al., 2003).

### **Nitratos e Anticoagulantes**

Os nitratos e os anticoagulantes são medicamentos de uso específico no contexto do IAM, particularmente em casos de angina persistente ou alto risco trombótico. Os nitratos, como a nitroglicerina, atuam como doadores de óxido nítrico (NO), que ativa a guanilato ciclase solúvel (GCs) no músculo liso vascular, levando ao aumento dos níveis de guanosina monofosfato cíclico (GMPc) e, conseqüentemente, à vasodilatação. Esse mecanismo reduz a pré-carga e a demanda de oxigênio pelo miocárdio, sendo essencial no manejo da isquemia miocárdica. Essa ação abrange o coração, com efeito direto nos vasos coronarianos, assim como os leitos vasculares sistêmicos, venoso e arterial. Por isso, o efeito final inclui a redução da pré-carga e da pós-carga cardíaca, diminuindo o consumo de oxigênio pelo miocárdio e, conseqüentemente, aliviando a isquemia (ANTMAN et al., 2004).

Os nitratos são agentes vasodilatadores indicados primariamente para o alívio da isquemia miocárdica em pacientes com angina, incluindo aqueles com infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST). Seu uso é particularmente recomendado na fase aguda do IAM, promovendo a redução da pré-carga e da demanda miocárdica por oxigênio. A administração pode

ser realizada por via sublingual para alívio imediato da dor torácica ou por via intravenosa em casos refratários ou com instabilidade hemodinâmica (BRASIL, 2013).

Já os anticoagulantes, como a heparina não fracionada e a enoxaparina (heparina de baixo peso molecular), atuam inibindo fatores da cascata de coagulação, como a trombina e o fator Xa, prevenindo a formação de trombos. O principal efeito ocorre no sistema circulatório, sendo fundamental para evitar complicações tromboembólicas durante e após o evento isquêmico. A ação dessas drogas se dá por meio da potencialização da antitrombina III, que inibe fatores cruciais da coagulação, um mecanismo essencial para a prevenção de eventos trombóticos em pacientes com IAM (GRANGER et al., 2003). Os anticoagulantes são amplamente utilizados em pacientes com IAM com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST) e em procedimentos de intervenção coronariana percutânea (ICP). A heparina não fracionada é frequentemente preferida nesses procedimentos devido ao seu rápido início de ação e à facilidade de reversão em caso de necessidade (KUSHNER et al., 2009).

**Quadro 1 – Aspectos gerais das principais classes farmacológicas utilizadas no tratamento do IAM**

Classe	Exemplos	Alvo/efeito no alvo	Indicação	Principais Efeitos Adversos	Ref.
<b>Antiplaquetários</b>	AAS e Clopidogrel	Inibição da COX-1 (AAS); bloqueio do receptor P2Y12 (Clopidogrel)	<u>No IAM:</u> Início imediato com AAS e inibidor de P2Y12 para prevenir trombose <u>Pós-IAM:</u> Dupla antiagregação por até 12 meses; manutenção com AAS a longo prazo	Sangramento, dispepsia, reações alérgicas	(SILVA et al., 2018)
<b>Estatinas</b>	Sinvastatina, Atorvastatina e Rosuvastatina	Inibição da HMG-CoA redutase (enzima hepática)	<u>No IAM:</u> Introdução precoce independentemente do perfil lipídico <u>Pós-IAM:</u> Dupla antiagregação por até 12 meses; manutenção com AAS a longo prazo	Sangramento, dispepsia, reações alérgicas	(CASTRO et al., 2017)
<b>Betabloqueadores</b>	Metoprolol e Atenolol	Bloqueio dos receptores $\beta$ -adrenérgicos (coração)	<u>No IAM:</u> Início precoce em pacientes hemodinamicamente estáveis para reduzir demanda miocárdica <u>Pós-IAM:</u> Manutenção para prevenção de arritmias e remodelamento ventricular	Bradycardia, hipotensão, fadiga	(LOPES et al., 2019)

Quadro 1 – Continuação

<b>IECA</b>	Enalapril e Ramipril	Inibição da enzima conversora de angiotensina (ECA)	<u>No IAM:</u> Iniciar nas primeiras 24h em pacientes com disfunção ventricular ou comorbidade <u>Pós-IAM:</u> Uso prolongado para prevenir remodelamento e melhorar sobrevida	Tosse seca, hipercalemia, hipotensão	(FERREIRA et al., 2020)
<b>BRA</b>	Losartana e Valsartana	Bloqueio dos receptores AT1 da angiotensina II	<u>No IAM:</u> Efeito similar aos IECA, usado em pacientes intolerantes à IECA. Melhor perfil de tolerabilidade <u>Pós-IAM:</u> Mesmas indicações dos IECA; uso prolongado	Tontura, hipercalemia, disfunção renal	(MARTINS et al., 2016)
<b>Diuréticos de alça</b>	Furosemida	Inibição do co transportador Na <sup>+</sup> /K <sup>+</sup> /2Cl <sup>-</sup> na alça de Henle	<u>No IAM:</u> Uso sintomático em casos de congestão ou sobrecarga volêmica <u>Pós-IAM:</u> Manutenção se houver sinais persistentes de congestão ou disfunção ventricular	Hipocalemia, desidratação, hipotensão	(CARVALHO et al., 2015)
<b>Antagonistas da Aldosterona</b>	Espironolactona	Bloqueio dos receptores de aldosterona nos rins	<u>No IAM:</u> Iniciar em até 7 dias em pacientes com FE reduzida e sinais de IC <u>Pós-IAM:</u> Uso prolongado para reduzir mortalidade e remodelamento	Hipercalemia, ginecomastia	(ALMEIDA et al., 2018)

Quadro 1 – Continuação

<b>Nitratos</b>	Nitroglicerina	Liberação de óxido nítrico (NO), promovendo vasodilatação	<u>No IAM:</u> Reduzem a pré-carga e pós-carga, aliviando a isquemia <u>Pós-IAM:</u> Utilizados se sintomas isquêmicos persistirem (ex: angina estável)	Cefaleia, hipotensão, tolerância	(IBANEZ et al., 2017)
<b>Anticoagulantes</b>	Heparina, Enoxaparina	Inibição da cascata de coagulação	<u>No IAM:</u> Indicação aguda em pacientes com alto risco trombótico ou fibrilação atrial <u>Pós-IAM:</u> Uso conforme risco tromboembólico (ex: FA); avaliar necessidade de anticoagulação crônica	Sangramento, trombocitopenia	(COLLET et al., 2021)

Fonte: Elaborado pelo autor.

## **Orientação Farmacêutica na Alta Hospitalar de Pacientes Pós-IAM**

O Quadro 1 apresenta uma síntese das principais classes de fármacos empregadas no manejo do IAM e no seguimento pós-IAM, destacando seus alvos terapêuticos, fundamentos fisiopatológicos, indicações clínicas e efeitos colaterais mais relevantes. O conhecimento aprofundado desses aspectos é essencial não apenas para a escolha racional da terapêutica, mas também para orientar intervenções voltadas à promoção da adesão ao tratamento, à prevenção de eventos adversos e à otimização dos desfechos clínicos, reforçando o papel estratégico do farmacêutico no contexto da atenção cardiovascular.

A adesão ao tratamento medicamentoso no pós-infarto é um dos principais determinantes para a prevenção de novos eventos cardiovasculares, redução de reinternações e melhora da sobrevida. No entanto, a complexidade dos regimes terapêuticos e a transição do ambiente hospitalar para o domiciliar podem comprometer a continuidade do cuidado. Nesse contexto, a orientação farmacêutica no momento da alta hospitalar emerge como uma estratégia fundamental para assegurar o uso correto dos medicamentos e promover a educação em saúde, fortalecendo a adesão terapêutica. Estudos indicam que intervenções farmacêuticas personalizadas podem melhorar significativamente a adesão ao tratamento e reduzir a incidência de eventos adversos. A implementação de planos de alta estruturados, com a participação ativa do farmacêutico, tem demonstrado eficácia na manutenção da continuidade dos cuidados pós-alta, proporcionando suporte tanto ao paciente quanto aos familiares (BERGO et al., 2022).

Além disso, a reconciliação medicamentosa realizada pelo farmacêutico durante a alta hospitalar é essencial para identificar e corrigir discrepâncias terapêuticas, prevenindo erros de medicação com o intuito de garantir a segurança do paciente. A atuação do farmacêutico na educação sobre mudanças no estilo de vida, aliada à orientação sobre o uso adequado da farmacoterapia, contribui para o entendimento do tratamento e para o engajamento do paciente, o que é crucial na prevenção de novos eventos cardíacos (CARVALHO et al., 2021).

A implementação de um protocolo de orientação de alta farmacêutica para pacientes pós-IAM visa padronizar e otimizar esse processo, assegurando que todos os pacientes recebam informações consistentes e de qualidade sobre sua terapêutica. A padronização de orientações destinadas a pacientes pós-IAM é

fundamental para o cuidado continuado e a prevenção de complicações (SILVA et al., 2020). Assim, ao garantir que o paciente compreenda os objetivos do tratamento e a importância da adesão, o protocolo contribui não apenas para a segurança e eficácia do cuidado, mas também para a redução de custos associados às reinternações, um fator crítico em instituições de saúde.

Portanto, a elaboração e aplicação de um protocolo específico pode não apenas potencializar a eficácia do tratamento, mas também promover a segurança do paciente, reduzindo a probabilidade de reinternações e melhorando a qualidade de vida após o infarto. A integração do farmacêutico clínico ao processo de alta hospitalar consolida-se como uma ferramenta essencial para superar os desafios do manejo terapêutico no pós-IAM, promovendo um cuidado centrado no paciente e alinhado às melhores práticas recomendadas pela literatura.

O desenvolvimento deste estudo partiu da hipótese de que a orientação farmacêutica no momento da alta hospitalar, após um IAM, exerce impacto significativo na percepção dos pacientes sobre a sua farmacoterapia, favorecendo a adesão ao tratamento. Como os resultados levantados por este estudo irão demonstrar, o conhecimento acerca da ação dos medicamentos prescritos, bem como a confiança no uso adequado, estão diretamente associados à qualidade da comunicação estabelecida entre o profissional farmacêutico e o paciente no momento da alta.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a orientação farmacêutica na alta hospitalar quanto ao conhecimento autodeclarado e à intenção de adesão à farmacoterapia em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio em um hospital privado da Grande Florianópolis.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar os aspectos sociodemográficos e epidemiológicos dos casos de IAM atendidos, ressaltando a importância do acompanhamento dos pacientes acometidos por essa condição.
- Desenvolver um protocolo de alta farmacêutica e material educativo para orientar pacientes pós-infarto agudo do miocárdio, visando melhorar a adesão ao tratamento e o entendimento sobre a terapêutica no momento da alta hospitalar.
- Avaliar o nível de conhecimento dos pacientes sobre a terapia farmacológica do IAM por meio da aplicação de um questionário estruturado.
- Analisar o impacto da implementação de um protocolo de alta farmacêutica estruturado na percepção dos pacientes quanto à compreensão do tratamento medicamentoso, à segurança no uso dos medicamentos e à experiência no processo de alta hospitalar.

### **3 MÉTODOS**

#### **3.1 DESENHO DO ESTUDO**

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme parecer de aprovação nº 6.735.811 (ANEXO A). Trata-se de um estudo transversal com abordagem metodológica mista, abrangendo aspectos quantitativos e qualitativos, realizado com pacientes em fase pós-IAM. Os participantes foram convidados a integrar o estudo de forma voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

#### **3.2 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi conduzido no Hospital da Unimed Grande Florianópolis, situado no município de São José, em Santa Catarina. A instituição atende 17 cidades da região litorânea do Estado e conta com uma ampla estrutura de serviços próprios, incluindo hospital, centro de diagnóstico, serviços de imagem, pronto atendimento para adultos e crianças, além de soluções digitais, como pronto atendimento virtual e telemedicina.

O apoio da instituição ao estudo reflete o compromisso em fortalecer o cuidado pós-alta dos pacientes. As informações levantadas a partir dos dados obtidos serão utilizadas para dar suporte ao desenvolvimento de um protocolo capaz de aprimorar o entendimento dos pacientes sobre a terapia medicamentosa e promover a adesão ao tratamento farmacológico, contribuindo, assim, para a prevenção de reinternações e a continuidade do cuidado.

#### **3.3 AMOSTRA DO ESTUDO**

O estudo contou com a participação de 20 pacientes cardiológicos internados na instituição no período de janeiro a novembro de 2024, com uma média aproximada de 2 pacientes por mês. No ano de 2024, o hospital registrou um total de 107 infartos agudos do miocárdio (29 com supradesnível do segmento ST e 78 sem supradesnível do segmento ST), evidenciando que a amostra analisada corresponde a uma parcela representativa, embora restrita, do total de casos atendidos pela instituição.

### 3.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo pacientes com diagnóstico confirmado de IAM, independente da faixa etária, que receberam atendimento no Hospital da Unimed Grande Florianópolis e consentiram espontaneamente em participar da pesquisa.

### 3.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo os pacientes que apresentavam condições físicas ou mentais que impossibilitaram a participação, como aqueles em *delirium*, com comprometimento significativo na capacidade de compreensão ou dificuldades de interação durante diálogos. Também foram excluídos pacientes com quaisquer fatores limitantes para sua inclusão no estudo e aqueles que vieram a óbito durante o período de acompanhamento.

### 3.3.3 Procedimentos e logística

A coleta de dados foi realizada no contexto do serviço de orientação de alta farmacêutica, conduzido pelo autor em conjunto com dois farmacêuticos clínicos da instituição. Os pacientes elegíveis eram convidados a participar do estudo; quando aceitavam, o questionário estruturado era aplicado em dois momentos, antes e após a orientação de alta farmacêutica. Nos casos em que o paciente optava por não participar da pesquisa, a orientação de alta era realizada normalmente, sem prejuízo ao cuidado assistencial. Para garantir a padronização do processo, estabeleceu-se que todos os pacientes em período pós-IAM deveriam obrigatoriamente receber a orientação de alta.

Antes do início da coleta, foi promovido um treinamento com a equipe de farmacêuticos clínicos, contemplando tanto os aspectos técnicos da abordagem terapêutica do IAM quanto os procedimentos metodológicos de aplicação do questionário e registro das respostas. Como resultado das atividades desenvolvidas ao longo do estudo, estruturou-se também um protocolo institucional de orientação de alta farmacêutica, consolidando a prática no serviço.

Esse treinamento teve como objetivo fortalecer o embasamento teórico da equipe, padronizar a condução das orientações, e garantir uniformidade na aplicação do instrumento de coleta de dados. Durante o encontro, foram discutidos

os principais fármacos utilizados no manejo do IAM, definidos os critérios para a condução da entrevista e orientado o correto preenchimento do formulário, bem como a forma adequada de abordar cada uma das questões, assegurando a confiabilidade e a consistência dos dados obtidos. O processo incluiu a aplicação de um questionário de avaliação antes e após a orientação, e a obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no final do serviço (ANEXO B).

#### 3.3.4 Instrumento(s) para coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário estruturado, desenvolvido especificamente para este estudo (Figura 1). O instrumento teve como principal objetivo avaliar a autopercepção dos pacientes em relação ao conhecimento sobre a terapia medicamentosa no pós-IAM, bem como aspectos relacionados à adesão ao tratamento farmacológico.

Para isso, os participantes foram questionados sobre: I) o entendimento geral sobre a terapia medicamentosa após o IAM (pergunta 1); II) o conhecimento sobre a função de medicamentos específicos usualmente prescritos após o evento isquêmico — ácido acetilsalicílico (AAS), clopidogrel e estatinas (perguntas 2 a 4); III) o conhecimento sobre betabloqueadores, com ênfase na orientação de que seu uso pode não ser necessário em todos os casos, considerando que nem todos os pacientes receberam prescrição para essa classe (pergunta 5); e IV) a percepção sobre as consequências de descontinuar a terapia medicamentosa sem orientação profissional, incluindo a chance de sentir sintomas (pergunta 6) e o risco de efeitos adversos ou perda de eficácia do tratamento (pergunta 7).

As respostas foram pontuadas em escala de Likert de 5 pontos, variando de “muito baixo” (1 ponto) a “muito alto” (5 pontos). Para os itens em que o participante auto declarava “alto” [4] ou “muito alto” [5], era solicitado que descrevesse, em poucas palavras, o que sabia sobre o tema abordado, permitindo assim avaliar a coerência entre a percepção e o conhecimento real.

Além disso, o questionário incluiu duas perguntas adicionais com alternativas únicas (perguntas 8 e 9), destinadas a investigar a percepção dos pacientes sobre os objetivos do tratamento farmacológico (ex: evitar novos eventos

cardiovasculares) e sobre o significado de adesão ao tratamento (ex: tomar corretamente os medicamentos, inclusive na ausência de sintomas).

Essa abordagem permitiu não apenas mensurar o nível de conhecimento, mas também identificar lacunas cognitivas e barreiras comportamentais que podem comprometer a eficácia da terapêutica no contexto do IAM. A Figura 2 apresenta o fluxograma das etapas de abordagem realizadas junto aos participantes da pesquisa.

### 3.3.5 Caracterização demográfica e clínica dos participantes

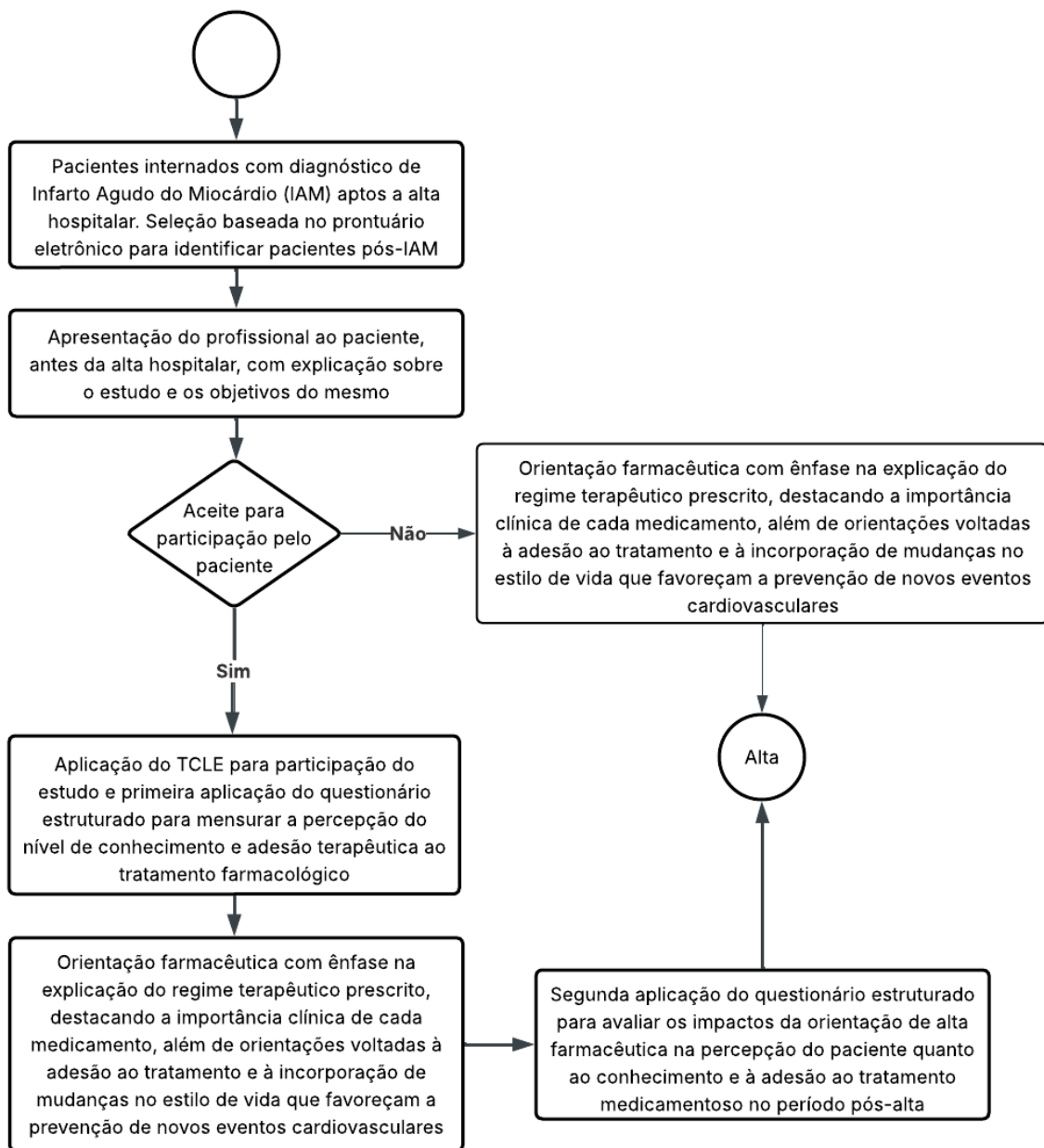
Os dados demográficos e clínicos, como idade, gênero, nível de escolaridade e comorbidades prévias, foram coletados a partir da consulta ao prontuário eletrônico dos pacientes, complementando as informações obtidas no questionário e garantindo uma análise mais completa do perfil dos participantes.

**Quadro 2 – Instrumento para avaliação do conhecimento e adesão à terapia medicamentosa pós-IAM.**

<b>Opinião do paciente sobre adesão e terapia farmacológica</b>	<b>Muito Baixo(a)</b>	<b>Baixo(a)</b>	<b>Médio(a)</b>	<b>Alto(a)</b>	<b>Muito Alto(a)</b>
1) Seu nível de entendimento em relação à terapia medicamentosa pós infarto agudo do miocárdio (IAM) é:	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]*	[ 5 ]*
2) Seu conhecimento sobre a função do medicamento ácido acetilsalicílico (AAS) no tratamento do IAM é:	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]*	[ 5 ]*
3) Seu conhecimento sobre a função do medicamento clopidogrel no tratamento do IAM é:	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]*	[ 5 ]*
4) Seu conhecimento sobre a função dos medicamentos da classe das estatinas, no tratamento do IAM é:	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]*	[ 5 ]*
5) <u>Caso se faça necessário</u> o uso da classe dos beta-bloqueadores no tratamento do IAM, seu conhecimento da função desses medicamentos é:	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]*	[ 5 ]*
<b>Conhecimento baixo: &lt;12 pontos</b> <b>Conhecimento alto: &gt;12 pontos</b>	<b>Somatória:</b>				
6) A chance de deixar de tomar os medicamentos se não estiver mais com sintomas, e estiver se sentindo bem é:	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]
7) O risco de deixar de tomar os medicamentos no aparecimento de um efeito adverso ou desconfiar que o mesmo está te fazendo mal é:	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]
<b>Adesão baixa: &gt;05 pontos</b> <b>Adesão alta: &lt;05 pontos</b>	<b>Somatória:</b>				
<b>* Se conhecimento/entendimento [4] ou [5], dizer em poucas palavras o que sabe:</b>					
Assinale somente uma alternativa abaixo. 8) O uso correto do tratamento que você passará a fazer uso irá: a. evitar novos problemas cardiovasculares b. prevenir novos problemas cardiovasculares c. reduzir o risco de problemas cardiovasculares d. promover a cura do problema atual					
Assinale somente uma alternativa abaixo. 9) O efeito benéfico do tratamento será garantido: a. mesmo que eu não use os medicamentos todos os dias b. utilizando os medicamentos todos os dias durante um período longo c. fazendo uso dos medicamentos até a ausência dos sintomas					

Questionário aplicado com pacientes no momento da alta hospitalar, contendo itens relacionados ao conhecimento sobre os principais medicamentos prescritos após o infarto agudo do miocárdio (IAM), percepção de risco da interrupção da terapia e entendimento dos benefícios do tratamento.

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).



**Figura 1 – Representação esquemática do fluxo metodológico do estudo, desde a identificação dos pacientes pós-infarto agudo do miocárdio (IAM) até a alta hospitalar.** O fluxograma descreve as etapas de abordagem, consentimento, aplicação do questionário, orientação farmacêutica e reavaliação da percepção dos pacientes quanto ao conhecimento e adesão à terapia medicamentosa.

Fonte: Elaborado pelo autor.

### 3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As informações coletadas foram organizadas e tabuladas em planilhas do Microsoft Excel®, visando facilitar a análise e posterior apresentação dos dados. Nesse processo, as variáveis foram devidamente categorizadas e codificadas para

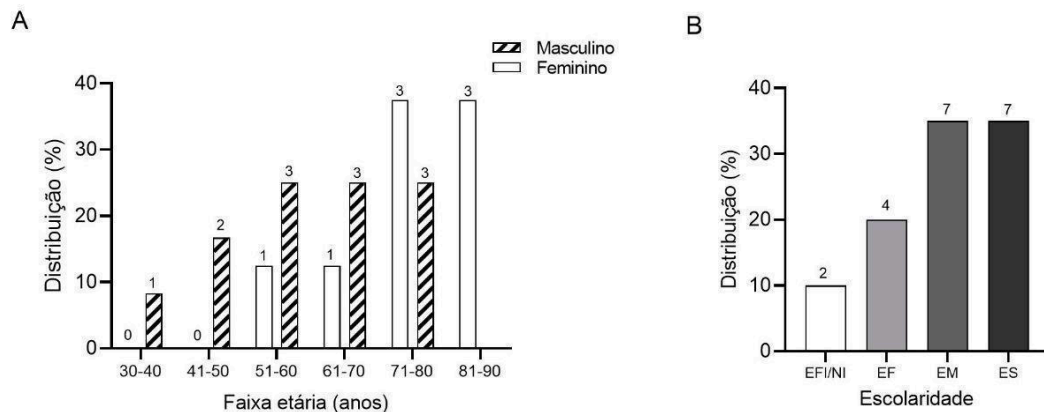
assegurar consistência na análise. Os dados obtidos estão descritos a partir das informações geradas pela análise estatística descritiva, sempre que aplicável, e são apresentados em forma de tabelas e gráficos. Quando aplicável, utilizaram-se os testes de *Mann-Whitney*, *Wilcoxon*, *t de student* e *Kruskal-Wallis* com pós-teste de *Dunn*, conforme a independência dos grupos e a normalidade dos dados. Tanto a análise estatística como os gráficos foram preparados com o software GraphPad Prism 9 (San Diego, CA, EUA). As análises incluíram a distribuição percentual de variáveis categóricas, a distribuição percentual de variáveis clínicas e de estilo de vida segmentadas por sexo, além da avaliação do conhecimento e da classificação subjetiva da percepção sobre a farmacoterapia, estratificadas por classe medicamentosa e sexo.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

A amostra incluída em nosso estudo foi formada por oito mulheres e doze homens, resultando na distribuição de 40% e 60% para os sexos femininos e masculinos, respectivamente. A análise da faixa etária revela que, entre os pacientes do sexo masculino, 75% da amostra apresentou idade entre 51 e 80 anos, distribuídos de forma homogênea. Já entre as mulheres, predominaram pacientes com idades entre 71 e 90 anos (Figura 3A).

A Figura 3B apresenta a distribuição percentual dos participantes segundo o nível de escolaridade. Observa-se que a maioria dos pacientes possuía ensino médio completo (35%) ou ensino superior completo (35%), totalizando 70% da amostra. Em menor proporção, 20% dos participantes relataram ter o ensino fundamental completo, enquanto apenas 10% possuíam ensino fundamental incompleto ou não informaram seu grau de instrução.



**Figura 2 – Faixa etária e escolaridade da amostra incluída neste estudo.** Distribuição dos pacientes internados com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (IAM), quanto à faixa etária e sexo (A) e escolaridade, independente do sexo (B). Os números acima das barras indicam o número absoluto (n) de participantes EFI/NI, ensino fundamental incompleto/não informado; EF, ensino fundamental completo; EM, ensino médio completo; ES, ensino superior completo.

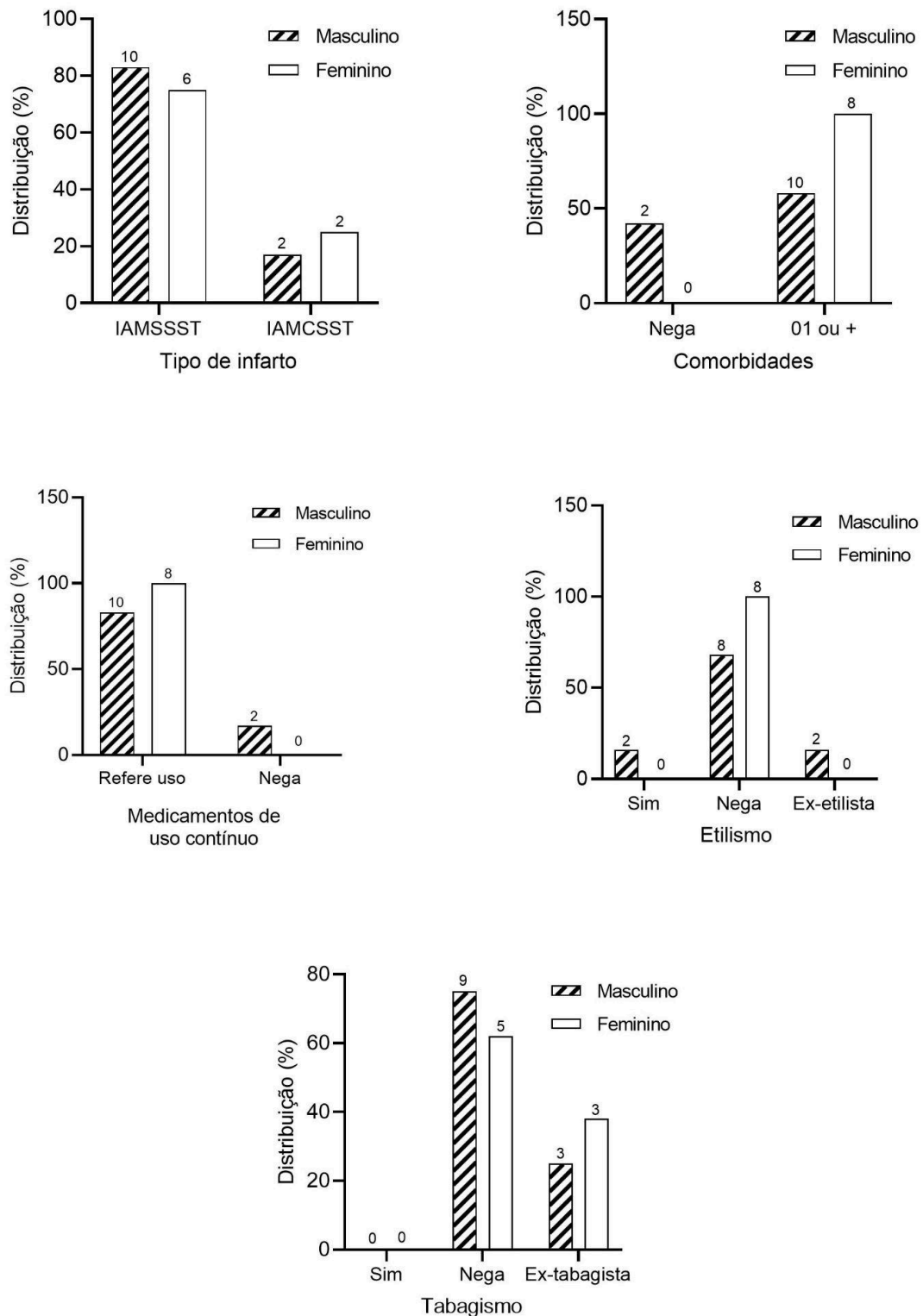
Analisamos algumas características clínicas dos pacientes atendidos, considerando a distribuição por sexo. No que se refere ao tipo de infarto, a maioria dos pacientes, tanto homens quanto mulheres, apresentou infarto agudo do

miocárdio sem supra de ST (Figura 3A). Embora seja evidente a diferença de incidência entre os tipos de infarto, nossos dados não permitem inferir diferenças entre os sexos, o que poderia ter implicações no manejo clínico e terapêutico desses pacientes.

No contexto de comorbidades, o levantamento revelou que os pacientes do sexo masculino foram mais frequentes na categoria "Nega", indicando um menor número de doenças conhecidas, existentes ou em acompanhamento. Em contrapartida, todas as mulheres apresentaram maior prevalência na categoria "01 ou + comorbidades", evidenciando um perfil clínico com maior complexidade. A análise da incidência de doenças já conhecidas, conforme declaradas pelos participantes, revelou que enquanto todas as mulheres da amostra declararam possuir uma ou mais comorbidades, uma parcela significativa dos homens declarou não possuir ou possuir somente uma doença já diagnosticada (Figura 3B).

Na Figura 3C, observa-se que a maioria dos pacientes, de ambos os sexos, relatou fazer uso de medicamentos de uso contínuo. O percentual de mulheres que utilizam esses medicamentos é superior ao dos homens. Em contrapartida, os pacientes que não fazem uso de medicamentos de uso contínuo concentram-se exclusivamente no grupo masculino.

Em relação ao etilismo, mostrado na Figura 3D, também foi avaliado no estudo, mostrando que a prevalência de indivíduos que relataram consumo atual de bebidas alcoólicas foi maior no sexo masculino. Já em relação ao tabagismo (Figura 3E), verificou-se que a inexistência de fumantes ativos na amostra, enquanto a categoria "Não fumantes" apresentou maior frequência no grupo masculino. A proporção de ex-tabagistas foi semelhante entre os sexos.



**Figura 3 – Características clínicas dos pacientes incluídos no estudo.** (A) Distribuição dos tipos de infarto agudo do miocárdio, classificados como IAMSSST (Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do Segmento ST) e IAMCSST (Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST); (B) presença ou ausência de comorbidades autorreferidas; (C) utilização de medicamentos de uso contínuo; (D) perfil etilista; (E) perfil tabagista. Os números inteiros apresentados acima das barras indicam a frequência absoluta de pacientes em cada categoria analisada.

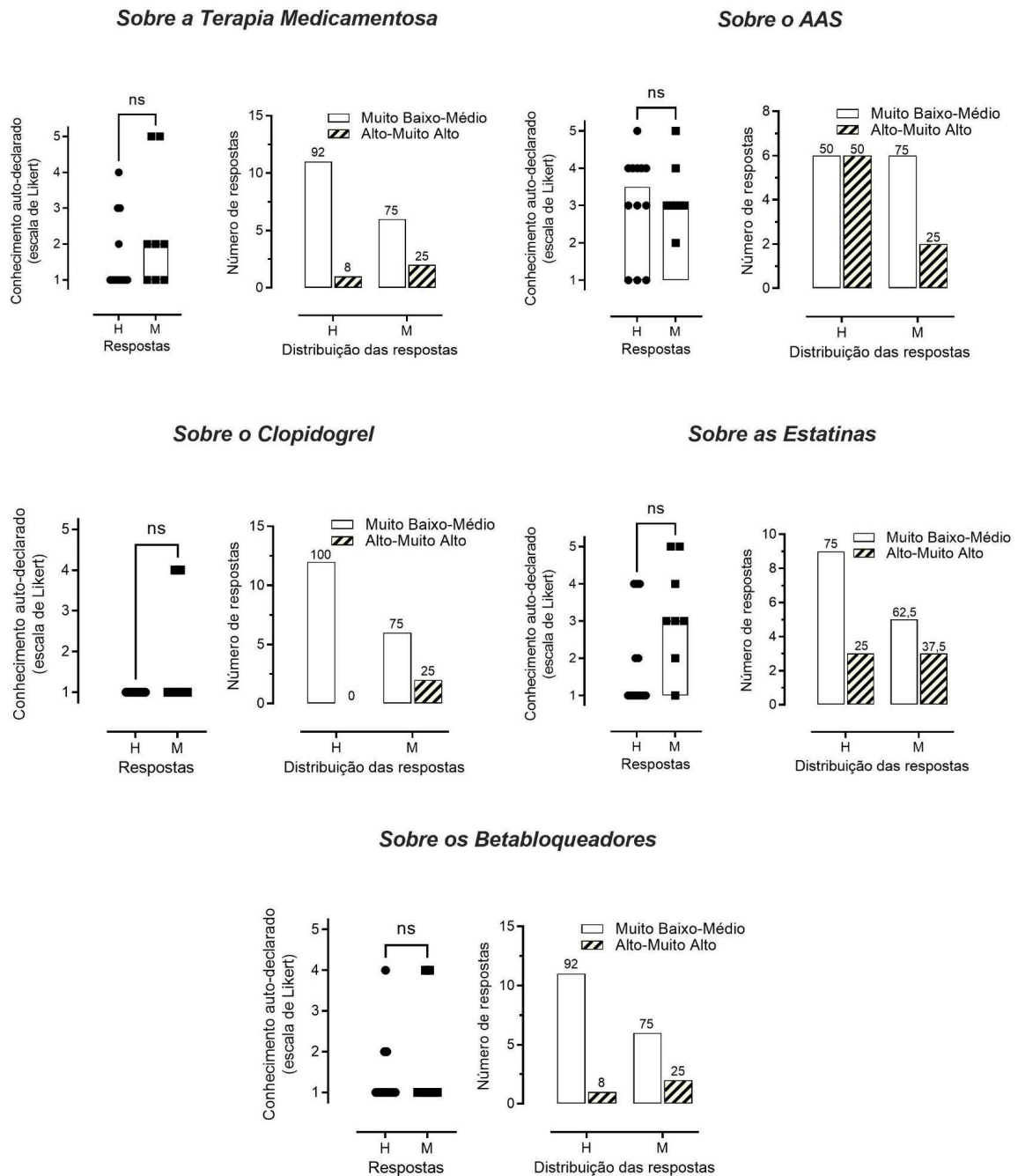
## 4.2 PERCEPÇÃO DOS PACIENTES SOBRE A TERAPIA FARMACOLÓGICA

Analizamos a percepção dos pacientes, antes da orientação de alta, em relação ao conhecimento sobre a farmacoterapia prescrita, incluindo a terapia medicamentosa de uma forma geral e as classes medicamentosas específicas utilizadas no tratamento pós IAM. Os dados foram inicialmente estratificados por sexo (H: homens; M: mulheres) e analisados segundo dois parâmetros: autoavaliação do conhecimento (escala de Likert) e distribuição percentual das respostas categorizadas em "Muito Baixo-Médio" e "Alto-Muito Alto".

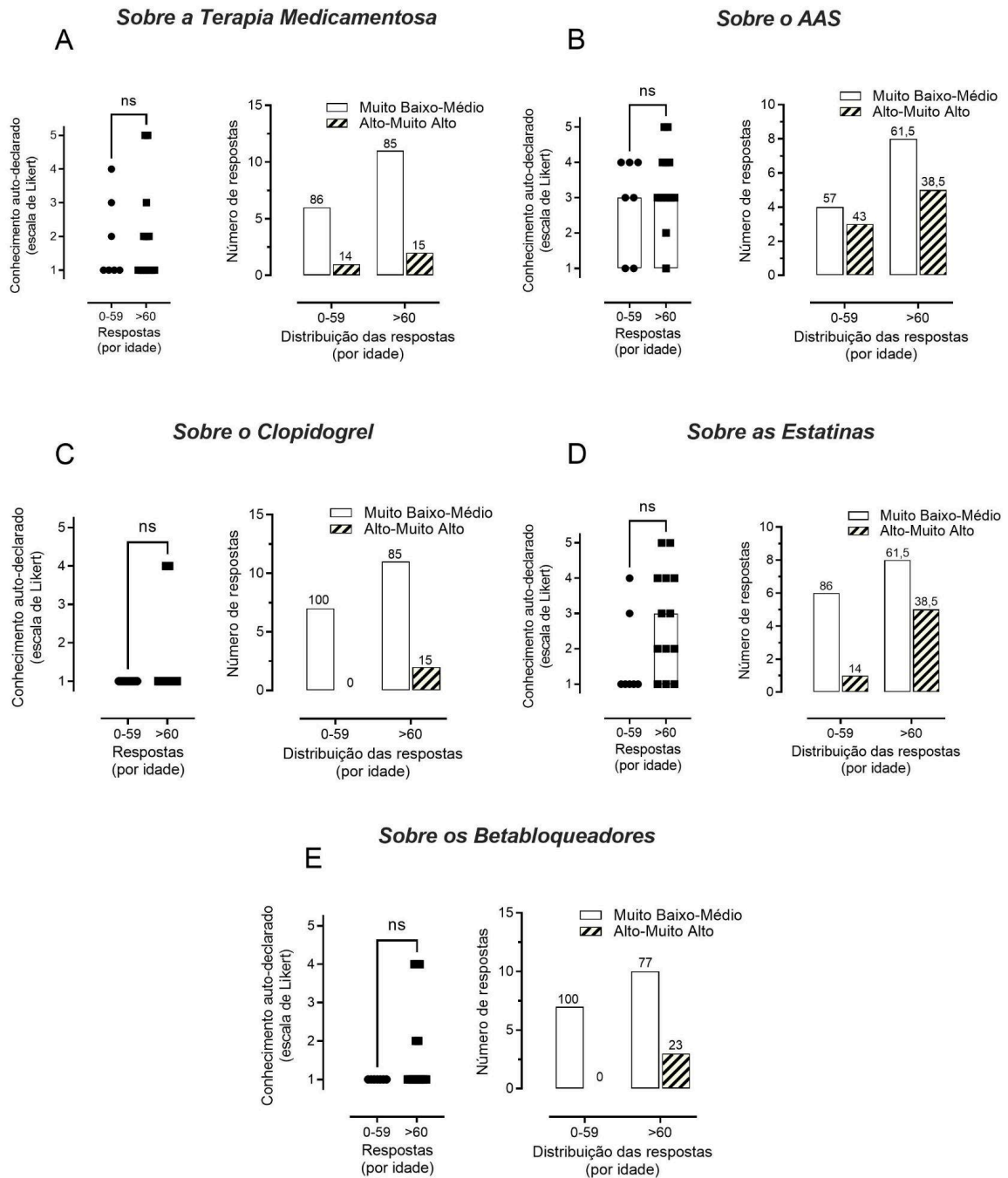
Na Figura 4A, observa-se que o conhecimento autodeclarado sobre a terapia medicamentosa geral não diferiu entre mulheres e homens. Porém, a maioria tanto de homens quanto de mulheres considerou ter conhecimento muito-baixo a médio nesse quesito.

Ao abordarmos o entendimento para cada uma das cinco classes medicamentosas separadamente, ainda na estratificação de respostas pelo sexo (Figuras 4B-E), constatamos que em quase todos os casos a maioria dos pacientes declarou ter conhecimento muito baixo, baixo ou médio sobre o tratamento farmacológico. De forma bastante interessante, clopidogrel (Figura 4C) e betabloqueadores (Figura 4E) destacaram-se por serem aqueles aparentemente menos conhecidos, tanto por homens como por mulheres. Por outro lado, uma parcela maior tanto de homens quanto de mulheres declarou um nível de conhecimento superior sobre o AAS (Figura 4B) e as estatinas (Figura 4D).

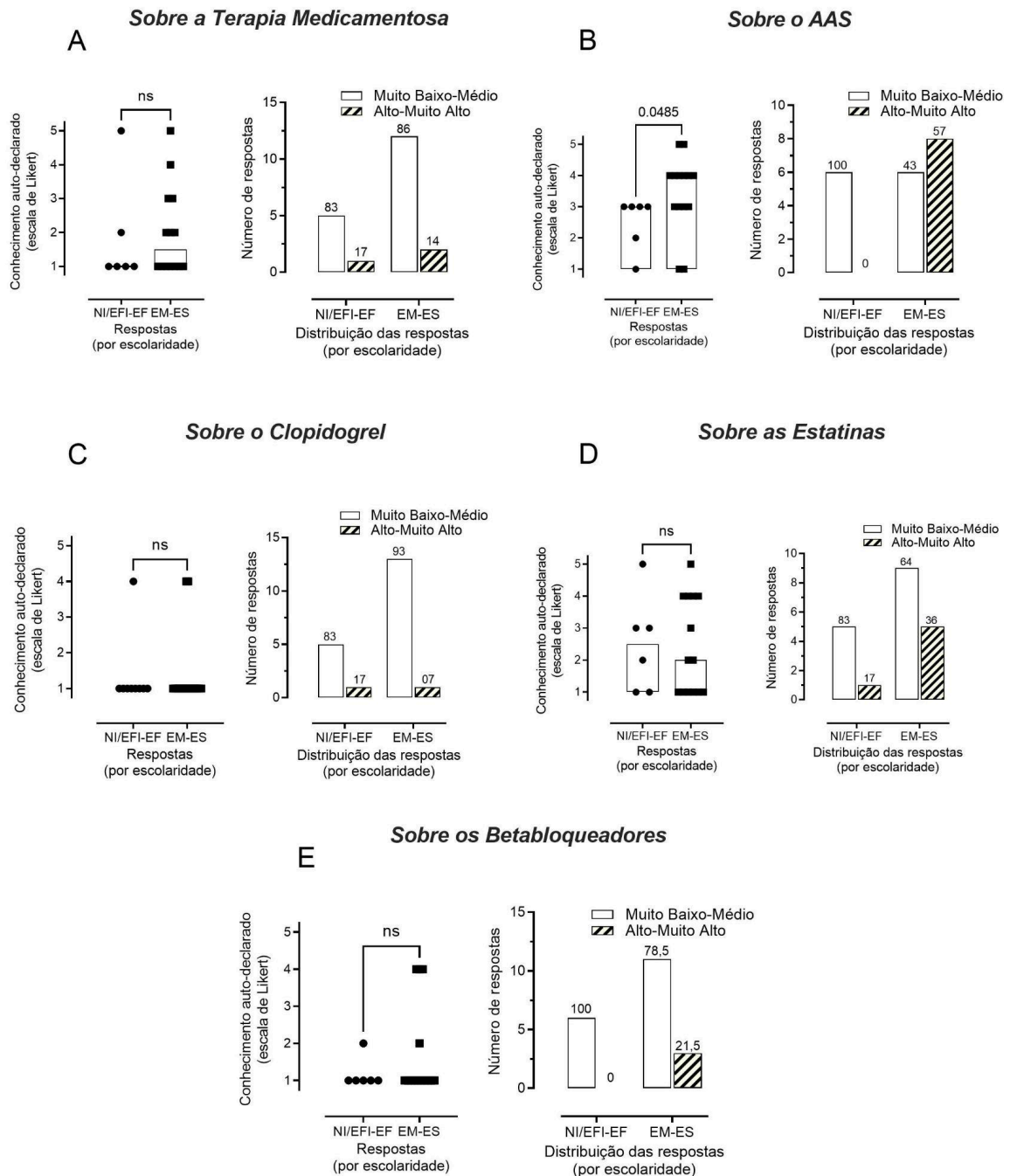
Um perfil semelhante na distribuição das respostas foi obtido quando os dados foram estratificados pela escolaridade (Figura 5) ou pela faixa etária (Figura 6). Em ambos os casos, tanto o clopidogrel (Figuras 5C e 6C) como os betabloqueadores (Figuras 5E e 6E) apareceram como os menos conhecidos. Já o AAS (Figuras 5B e 6B) e as estatinas (Figura 5D e 6D), apesar de apresentarem maior dispersão nas respostas estratificadas por faixa etária e escolaridade, também figuraram em um nível de conhecimento superior em relação às demais classes.



**Figura 4 – Percepção autodeclarada de pacientes sobre a terapia farmacológica no pós-IAM, antes da orientação de alta farmacêutica, segundo o sexo.** A figura apresenta a distribuição dos escores de conhecimento autodeclarado em escala de Likert (1 a 5 pontos), estratificados por sexo, abrangendo: (A) conhecimento geral sobre a terapia medicamentosa; (B) conhecimento sobre o AAS; (C) sobre o clopidogrel; (D) sobre as estatinas; e (E) sobre os betabloqueadores. Os gráficos de caixa à esquerda ilustram a mediana e os valores individuais por grupo (H = homens; M = mulheres). Acima das caixas, a notação “ns” (não-significativo) indica ausência de diferença estatisticamente significativa entre os grupos (teste de *Mann-Whitney*,  $p > 0,05$ ). Os gráficos de barras à direita mostram a frequência absoluta e percentual de respostas classificadas como “Muito Baixo-Médio” (1 a 3 pontos) e “Alto-Muito Alto” (4 a 5 pontos), permitindo visualizar o padrão de percepção entre os sexos antes da intervenção farmacêutica.

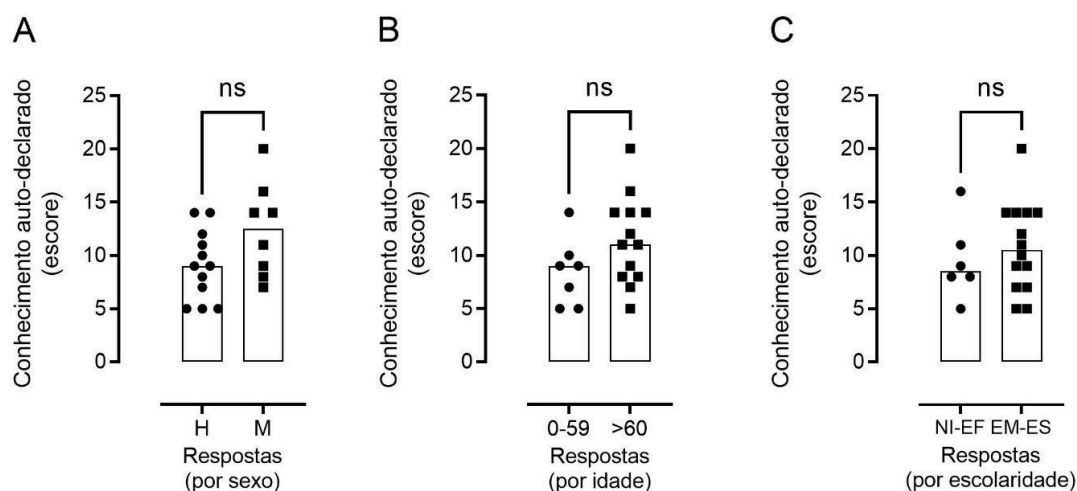


**Figura 5 – Percepção autodeclarada de pacientes sobre a terapia farmacológica no pós-IAM, antes da orientação de alta farmacêutica, segundo a faixa etária.** A figura apresenta a distribuição dos escores de conhecimento autodeclarado em escala de Likert (1 a 5 pontos), estratificados por faixa etária, abrangendo: (A) conhecimento geral sobre a terapia medicamentosa; (B) conhecimento sobre o AAS; (C) sobre o clopidogrel; (D) sobre as estatinas; e (E) sobre os betabloqueadores. Os gráficos de caixa à esquerda ilustram a mediana e os valores individuais por grupo (0-59; >60 anos). Acima das caixas, a notação “ns” (não-significativo) indica ausência de diferença estatisticamente significativa entre os grupos (teste de *Mann-Whitney*,  $p > 0,05$ ). Os gráficos de barras à direita mostram a frequência absoluta e percentual de respostas classificadas como “Muito Baixo-Médio” (1 a 3 pontos) e “Alto-Muito Alto” (4 a 5 pontos), permitindo visualizar o padrão de percepção entre os sexos antes da intervenção farmacêutica.



**Figura 6 – Percepção autodeclarada de pacientes sobre a terapia farmacológica no pós-IAM, antes da orientação de alta farmacêutica, segundo a escolaridade.** A figura apresenta a distribuição dos escores de conhecimento autodeclarado em escala de Likert (1 a 5 pontos), estratificados por escolaridade, abrangendo: (A) conhecimento geral sobre a terapia medicamentosa; (B) conhecimento sobre o AAS; (C) sobre o clopidogrel; (D) sobre as estatinas; e (E) sobre os betabloqueadores. Os gráficos de caixa à esquerda ilustram a mediana e os valores individuais por grupo (NI-EF = não informado ao ensino fundamental; EM-ES = ensino médio ou superior). Acima das caixas, a notação “ns” (não-significativo) indica ausência de diferença estatisticamente significativa entre os grupos (teste de *Mann-Whitney*,  $p > 0,05$ ). Em (7B), observou-se diferença significativa entre os grupos, com maior conhecimento no grupo de maior escolaridade ( $p = 0,0485$ , teste de *Mann-Whitney*). Os gráficos de barras à direita mostram a frequência absoluta e percentual de respostas classificadas como “Muito Baixo-Médio” (1 a 3 pontos) e “Alto-Muito Alto” (4 a 5 pontos), permitindo visualizar o padrão de percepção entre os sexos antes da intervenção farmacêutica.

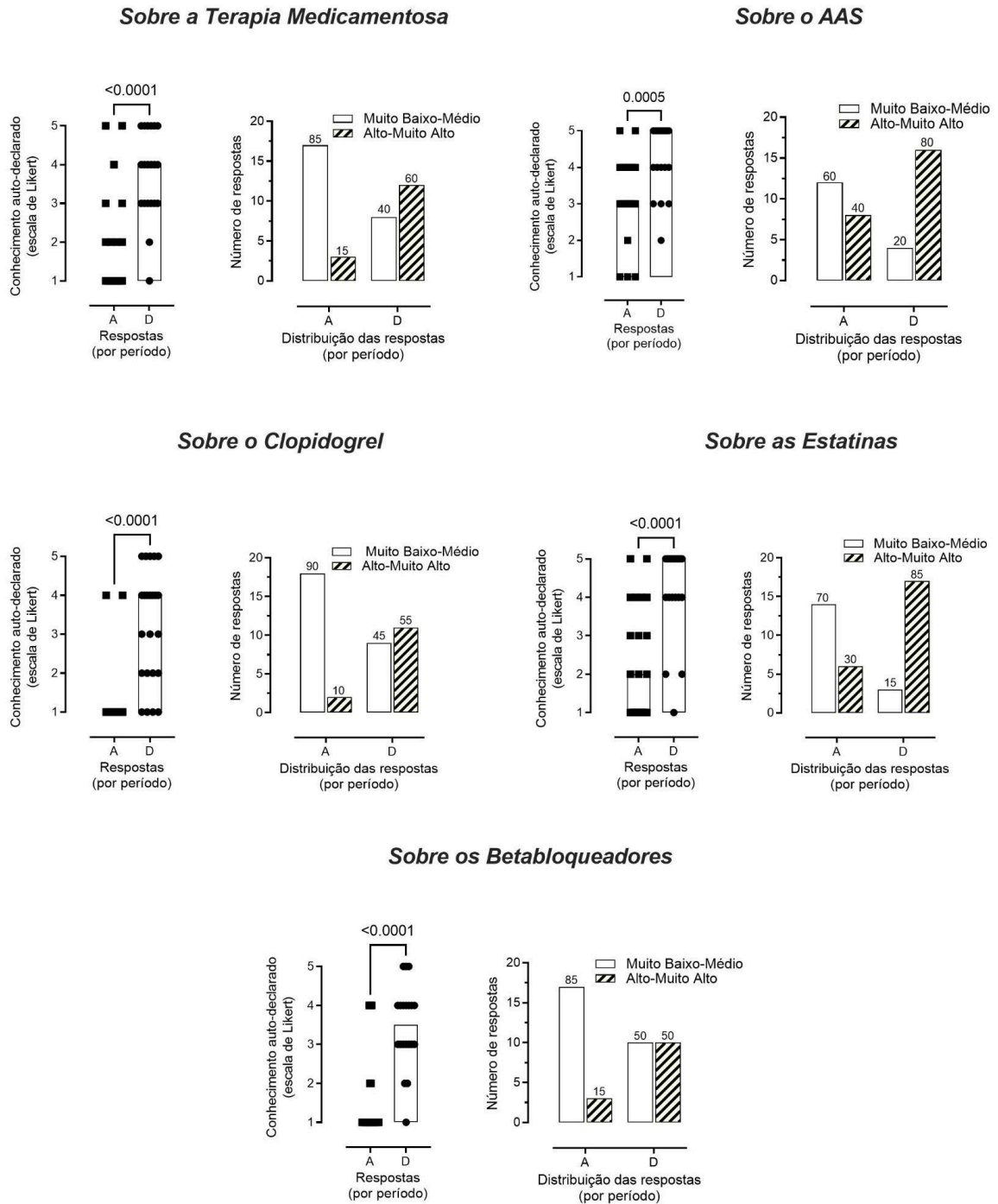
Na comparação do escore geral de conhecimento sobre a farmacoterapia no pós-IAM, antes da orientação de alta farmacêutica, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos analisados por sexo (Figura 8A), faixa etária (Figura 8B) e nível de escolaridade (Figura 8C). Os dados indicam distribuição semelhante das pontuações atribuídas nas três variáveis sociodemográficas avaliadas. Devido a ausência de diferenças significativas nos dados obtidos a partir da estratificação, o impacto da orientação sobre a percepção de conhecimento foi analisado sem estratificação.



**Figura 7 – Escore geral de conhecimento sobre a farmacoterapia no pós-infarto agudo do miocárdio (IAM), segundo variáveis sociodemográficas, antes da intervenção.** Os gráficos apresentam a mediana e a dispersão da pontuação atribuída pelos pacientes acerca da percepção de conhecimento sobre a terapia medicamentosa. Os dados estão segmentados por (A) sexo (H = homens; M = mulheres), (B) faixa etária (0–59 anos e >60 anos), e (C) nível de escolaridade (NI-EF = não informado ao ensino fundamental; EM-ES = ensino médio ou superior). Acima das caixas, a notação “ns” (não-significativo) indica ausência de diferença estatisticamente significativa entre os grupos (teste de t de Student,  $p > 0,05$ ). Para obtenção do escore geral, foi realizada a somatória de pontos da escala de Likert em relação às perguntas referentes ao conhecimento autodeclarado.

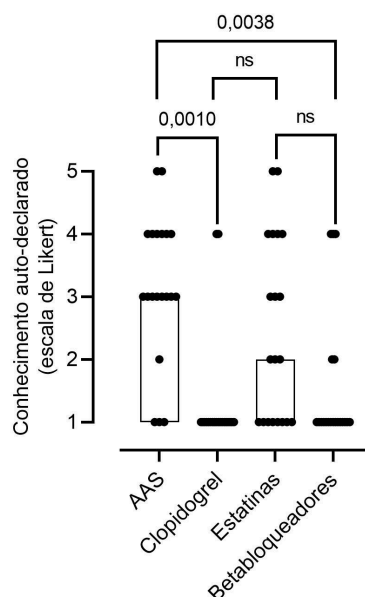
A análise da percepção autodeclarada dos pacientes sobre a terapia farmacológica antes e após a orientação de alta farmacêutica demonstrou melhora significativa em todas as classes avaliadas (Figura 9A–E). Os escores atribuídos aumentaram de forma estatisticamente significativa no pós-intervenção para o conhecimento geral sobre a terapia medicamentosa ( $p < 0,0001$ ), ácido acetilsalicílico – AAS ( $p = 0,0005$ ), Clopidogrel ( $p < 0,0001$ ), Estatinas ( $p < 0,0001$ ) e Betabloqueadores ( $p < 0,0001$ ).

Além do aumento nos escores médios, observou-se uma redistribuição nas categorias de respostas, com diminuição do número de pacientes classificados nos níveis “Muito Baixo–Médio” (escore 1 a 3) e aumento das respostas no intervalo “Alto–Muito Alto” (escore 4 a 5) após a intervenção. Esses resultados evidenciam uma tendência de melhora na percepção do conhecimento farmacológico em todos os grupos analisados. As análises estatísticas foram conduzidas com o teste de Wilcoxon pareado, apropriado para amostras relacionadas e distribuição não paramétrica.



**Figura 8 – Percepção dos pacientes sobre a terapia farmacológica antes e após a orientação de alta farmacêutica.** A figura apresenta o escore auto-declarado de conhecimento (esquerda) e a classificação das respostas em níveis de conhecimento (direita). Avaliação realizada para os seguintes componentes terapêuticos: (A) terapia medicamentosa global, (B) AAS, (C) clopidogrel, (D) estatinas e (E) betabloqueadores. Observa-se a variação individual no escore de conhecimento e a redistribuição das respostas entre os níveis “muito baixo-médio” e “alto-muito alto” após a intervenção farmacêutica. Diferença estatisticamente significativa (teste de *Wilcoxon* pareado) entre os períodos antes (A) e depois (D) da orientação farmacêutica em todas as classes e na terapia medicamentosa ( $p < 0,0001$ ), exceto AAS ( $p = 0,0005$ ).

A análise do conhecimento auto-declarado dos pacientes antes da intervenção farmacêutica evidenciou que o AAS apresentou mediana de conhecimento significativamente superior em relação ao clopidogrel ( $p = 0,0010$ ) e aos betabloqueadores ( $p = 0,0038$ ). Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre estatinas e as demais classes avaliadas nas comparações realizadas (estatinas  $\times$  clopidogrel,  $p = 0,1493$ ; estatinas  $\times$  betabloqueadores,  $p = 0,3456$ ). Esses achados indicam maior familiaridade dos pacientes com o AAS no período pré-intervenção, enquanto o conhecimento sobre clopidogrel e betabloqueadores mostrou-se mais limitado.



**Figura 9 – Distribuição do conhecimento auto-declarado dos pacientes antes da intervenção, por classe medicamentosa.** As classes medicamentosas utilizadas no pós-IAM avaliadas foram: AAS, clopidogrel, estatinas e betabloqueadores. Os valores representam o escore de conhecimento na escala de Likert (1 a 5). Os gráficos de caixa indicam a mediana e os valores individuais. As comparações entre grupos foram realizadas pelo teste de *Kruskal-Wallis* seguido do pós-teste de *Dunn*. Os números acima das linhas indicam valores de  $p$  para diferenças significativas, e “ns” indica ausência de significância ( $p > 0,05$ ).

#### 4.3 IMPACTO DA ORIENTAÇÃO DE ALTA NA PERCEPÇÃO VERBALIZADA DOS PACIENTES SOBRE A TERAPIA FARMACOLÓGICA

O Quadro 2 apresenta exemplos representativos das respostas verbais dos pacientes sobre o conhecimento relacionado à farmacoterapia no contexto do IAM, coletadas antes e após a orientação farmacêutica realizada no momento da alta

hospitalar. As declarações foram organizadas por classe medicamentosa, incluindo ácido acetilsalicílico (AAS), clopidogrel, estatinas e betabloqueadores, permitindo uma comparação qualitativa do entendimento dos pacientes antes e depois da intervenção.

Observa-se que os trechos selecionados foram extraídos de respostas de pacientes que atribuíram escore 4 ou 5 na escala de Likert utilizada para avaliação do conhecimento, indicando maior nível de entendimento. Antes da intervenção, predominavam respostas genéricas e de caráter empírico, como “afina o sangue” ou “bom para o coração”. Após a orientação, as respostas tornaram-se mais detalhadas e específicas, refletindo maior clareza sobre a função terapêutica dos medicamentos, seus mecanismos de ação e a importância da adesão ao tratamento medicamentoso.

**Quadro 3 – Falas autodeclaradas dos pacientes antes e depois da orientação farmacêutica de alta, quanto ao conhecimento sobre a terapia medicamentosa no pós-IAM.**

Pergunta	Antes	Depois
<p><b>Conhecimento sobre a Terapia medicamentosa pós-IAM</b></p>	<p><i>“Cuidou da sua irmã que teve infarto, conhece um pouco”</i>  <i>“Tem o AAS que afina o sangue”</i>  <i>“São bom para o tratamento”</i></p>	<p><i>“Os remédios ajudam a tratar o problema de infarto”</i>  <i>“Serve para afinar o sangue, empurrar trombos. limpar a veia”</i>  <i>“Que os medicamentos servem para prevenir o infarto, que se tomar direito de acordo com o que prescrevem, o tratamento funciona na prevenção”</i>  <i>“Melhor entendimento e a função de cada um”</i>  <i>“Pouco mais informado, mais elementos, mais disseminado”</i>  <i>“Julga importante o uso”</i>  <i>“Deve ser contínuo para seu efeito”</i>  <i>“Contínuo uso, para melhorar o tratamento”</i></p>
<p><b>Conhecimento sobre AAS</b></p>	<p><i>“Afinar o sangue”</i>  <i>“Afina o sangue através das plaquetas”</i>  <i>“Afina o sangue”</i>  <i>“Atua como afinador do sangue, prevenção de coagulação”</i></p>	<p><i>“Afinar o sangue, empurrar os trombos”</i>  <i>“Não deixa plaquetas agrupar”</i>  <i>“Ajuda na circulação, anticoagulante”</i>  <i>“Afina o sangue soltando as plaquetas”</i>  <i>“Afina o sangue, limpa a sujeira, casquinha de machucado”</i>  <i>“Dissolve o sangue coagulado/formação de plaquetas”</i>  <i>“Que o AAS afina o sangue, ajuda para não formar coágulo”</i>  <i>“Afinar o sangue e melhorar o fluxo”</i>  <i>“Afina o sangue, evitar formação de placas”</i>  <i>“Não dar coágulo”</i>  <i>“Prevenção de coagulação”</i>  <i>“Afinar o sangue para evitar infarto”</i>  <i>“Afinar o sangue, não ter acúmulo de plaquetas”</i></p>
<p><b>Conhecimento sobre Clopidogrel</b></p>	<p><i>“Melhora circulação sanguínea”</i>  <i>“Para não dar infarto, afinar o sangue”</i></p>	<p><i>“Clopidogrel faz igual o AAS, afina o sangue e empurra os trombos”</i>  <i>“Ação parecida com o AAS nas plaquetas”</i>  <i>“Não deixa as plaquetas agregarem”</i>  <i>“Mesma coisa do AAS, afinar o sangue”</i>  <i>“Dissolve o sangue coagulado/formação de plaquetas”</i>  <i>“Ajuda junto com o AAS para também não formar coágulo e trancar as veias”</i>  <i>“Atuar como complemento ao AAS”</i>  <i>“Função importante pós evento, ação antiplaquetária”</i>  <i>“Afinar o sangue para evitar coágulo”</i></p>

### Quadro 3 – Continuação

<p><b>Conhecimento sobre Estatinas</b></p>	<p><i>“Para colesterol e triglicerídeos”</i>  <i>“Para o colesterol, cuidou do marido que usava”</i>  <i>“Elimina gordura do sangue”</i>  <i>“Para prevenir parada cardíaca”</i>  <i>“Ajuda no colesterol”</i>  <i>“Bom pro coração”</i></p>	<p><i>“Baixa o colesterol e triglicerídeos”</i>  <i>“Não deixa gordura entupir as artérias”</i>  <i>“Inibe a formação de placas de gorduras”</i>  <i>“Reduzir colesterol, tirar a gordura das veias”</i>  <i>“Elimina gordura do sangue”</i>  <i>“Reduzir o colesterol, triglicerídeos, a gordura da veia”</i>  <i>“Ajuda a desobstruir os vasos, tirando a gordura de dentro deles. Diminuir colesterol”</i>  <i>“Ajuda a reduzir o colesterol, reduz formar gordura na veia”</i>  <i>“Prevenir o nível de colesterol no sangue evitando trombos”</i>  <i>“Ajuda no controle do colesterol e evita formação de trombos”</i>  <i>“Evitar placas”</i>  <i>“Controla o colesterol”</i>  <i>“Evita formação de trombos e controla o colesterol”</i>  <i>“Evitar aumento de colesterol e trombos”</i>  <i>“Não ter acúmulo de gordura nas veias”</i></p>
<p><b>Conhecimento sobre Betabloqueadores</b></p>	<p><i>“Para hipertensão”</i>  <i>“Ajuda nos problemas do coração”</i>  <i>“Controla a frequência”</i></p>	<p><i>“Para controlar a frequência que o sangue bombeia”</i>  <i>“Bombeia melhor o sangue”</i>  <i>“Prevenir problemas de coração, frequência cardíaca, velocidade que o sangue flui”</i>  <i>“Eles ditam o ritmo que o sangue flui, controla a frequência”</i>  <i>“Reduzir a pressão sanguínea, nem rápido, nem devagar”</i>  <i>“Controla a velocidade do coração, ajuda a não deixar bombear muito rápido ou devagar”</i>  <i>“Controle dos batimentos”</i>  <i>“Ajuda no fluxo do sangue”</i></p>

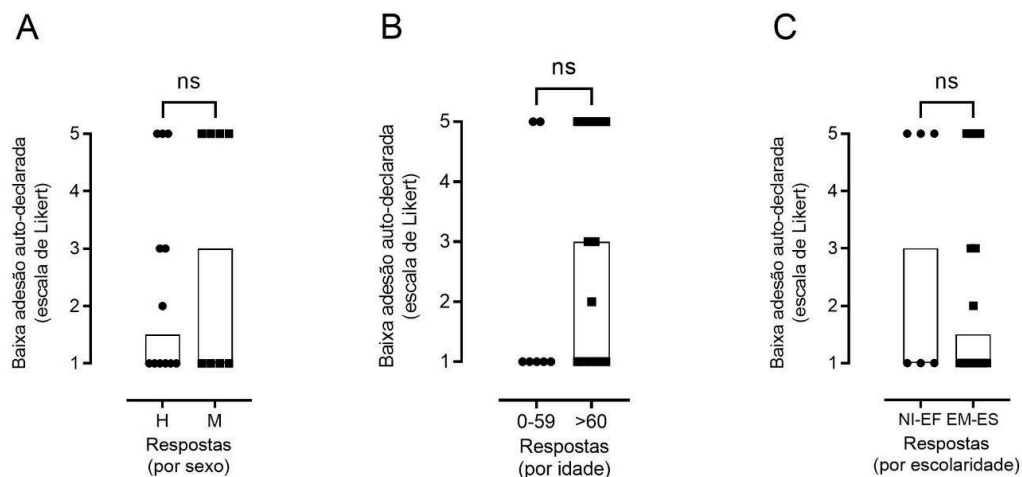
O quadro apresenta trechos representativos das respostas espontâneas fornecidas pelos pacientes participantes do estudo antes e após a intervenção farmacêutica de alta hospitalar. As falas foram agrupadas conforme o conteúdo relacionado à terapia medicamentosa geral e aos principais fármacos utilizados no manejo pós-IAM: ácido acetilsalicílico (AAS), clopidogrel, estatinas e betabloqueadores. A comparação evidencia a evolução qualitativa do conhecimento dos pacientes sobre o propósito terapêutico, mecanismo de ação e importância do uso contínuo dos medicamentos após a orientação realizada pelo profissional farmacêutico.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

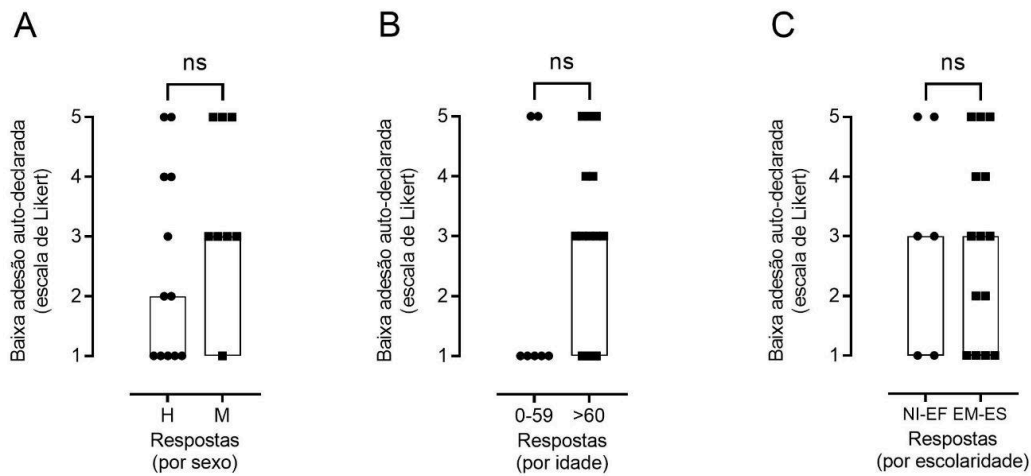
#### 4.4 PERCEPÇÃO DOS PACIENTES SOBRE A ADESÃO FARMACOLÓGICA

As Figuras 11 e 12 apresentam a percepção dos pacientes quanto à adesão ao tratamento farmacológico, com base em situações específicas que poderiam levar à interrupção do uso dos medicamentos. Na Figura 11, é demonstrada a probabilidade auto-declarada antes da orientação de interrupção da farmacoterapia na ausência de sintomas, considerando as estratificações por sexo (Figura 11A), faixa etária (Figura 11B) e escolaridade (Figura 11C). A análise estatística utilizando o teste de *Mann-Whitney* revelou ausência de diferenças significativas entre os grupos comparados ( $p > 0,05$ ).

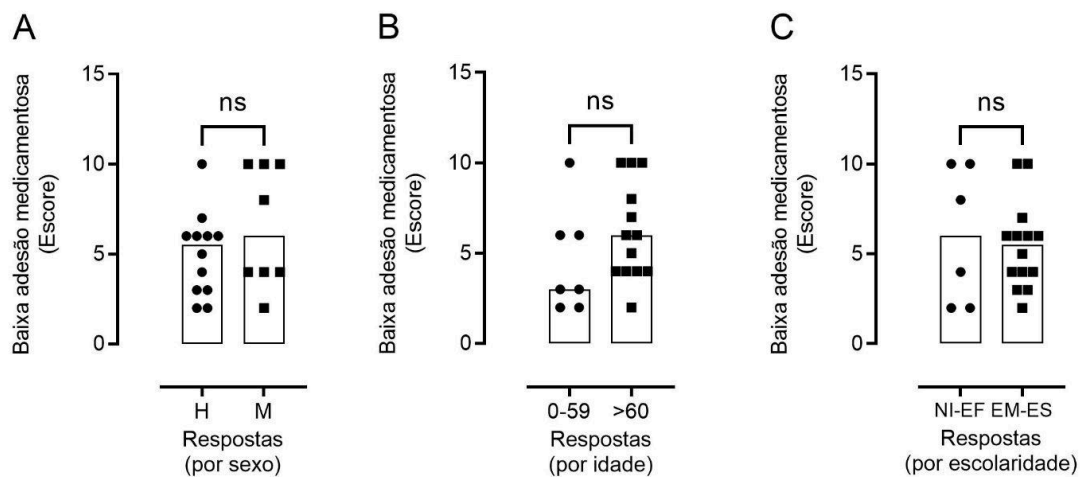
A mesma estratificação por sexo (Figura 12A), idade (Figura 12B) e escolaridade (Figura 12C) foi utilizado para comparar as respostas sobre a probabilidade de interromper o uso dos medicamentos no caso de aparecimento de efeitos adversos, antes da orientação de alta. Assim como foi observado acerca do conhecimento sobre os medicamentos, a estratificação das respostas através desses parâmetros não apontou diferenças sobre a perspectiva de abandono da terapia, o que foi confirmado pela somatória das respostas obtidas na escala de Likert (Figuras 13A-C).



**Figura 10 – Comparação da probabilidade auto-declarada de interromper o uso dos medicamentos na ausência de sintomas, segundo características sociodemográficas.** Os gráficos representam a adesão percebida (pergunta nº 06 da Figura 1) em uma escala de Likert (1 = muito baixa a 5 = muito alta), considerando três variáveis: (A) sexo (H = homens; M = mulheres), (B) faixa etária (0–59 anos e >60 anos), e (C) escolaridade (NI/EF1-EF = não informado ao ensino fundamental; EM-ES = ensino médio ou superior). Acima das caixas, a notação “ns” (não-significativo) indica ausência de diferença estatisticamente significativa entre os grupos (teste de *Mann-Whitney*,  $p > 0,05$ ).

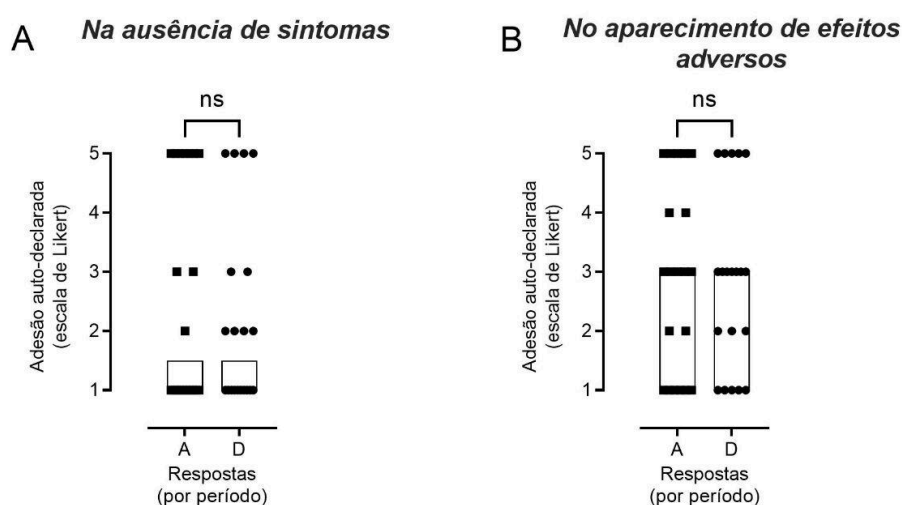


**Figura 11 – Comparação da probabilidade auto-declarada de interromper o uso dos medicamentos no aparecimento de efeito adverso, segundo características sociodemográficas.** Os gráficos representam a adesão percebida (pergunta nº 07 da Figura 1) em uma escala de Likert (1 = muito baixa a 5 = muito alta), considerando três variáveis: (A) sexo (H = homens; M = mulheres), (B) faixa etária (0–59 anos e >60 anos), e (C) escolaridade (NI/EFI-EF = não informado ao ensino fundamental; EM-ES = ensino médio ou superior). Acima das caixas, a notação “ns” (não-significativo) indica ausência de diferença estatisticamente significativa entre os grupos (teste de *Mann-Whitney*,  $p > 0,05$ ).



**Figura 12 – Distribuição do escore geral de adesão farmacológica auto-declarada no pós-IMA segundo sexo, faixa etária e escolaridade.** Distribuição do escore geral de adesão à farmacoterapia, conforme percepção dos pacientes antes da alta hospitalar, estratificada por variáveis sociodemográficas. A adesão foi avaliada por meio de um somatório de itens em escala de Likert, onde escores mais baixos indicam maior adesão e escores mais altos refletem maior propensão ao abandono ou uso inadequado da medicação. Os dados estão segmentados por (A) sexo (H = homens; M = mulheres), (B) faixa etária (0–59 anos e >60 anos), e (C) nível de escolaridade (NI-EF = não informado ao ensino fundamental; EM-ES = ensino médio ou superior). Acima das caixas, a notação “ns” (*non-significant*) indica ausência de diferença estatisticamente significativa entre os grupos (teste de *t* de *Student*,  $p > 0,05$ ).

A comparação das respostas obtidas, antes e depois da orientação de alta nesses dois cenários, revelou que a orientação de alta não foi capaz de alterar a potencial intenção dos pacientes de abandonar os tratamentos nos casos de ausência de sintomas da doença (Figura 14A) ou de aparecimento de efeitos adversos (Figura 14B). Os resultados demonstraram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os períodos avaliados. Em ambas as situações, as distribuições dos escores permaneceram semelhantes, conforme indicado pela notação “ns” (não-significativo).



**Figura 13 – Comparação da adesão farmacológica auto-relatada antes e depois da orientação de alta, em diferentes cenários clínicos.** Distribuição dos escores de adesão à farmacoterapia em escala de Likert (1 a 5), analisados antes (A) e depois (D) da orientação de alta hospitalar, considerando dois contextos: (A) ausência de sintomas e (B) aparecimento de efeitos adversos. A notação “ns” indica ausência de diferença estatisticamente significativa entre os períodos (teste de *Wilcoxon*).

#### 4.5 INSTRUMENTOS ELABORADOS PARA A ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA NA ALTA HOSPITALAR

No decorrer da pesquisa, foram desenvolvidos dois produtos técnico-científicos voltados à padronização e ao fortalecimento do processo de orientação farmacêutica na alta hospitalar de pacientes acometidos por infarto agudo do miocárdio (IAM). O primeiro produto corresponde ao Protocolo Operacional Padrão – POP-ASS-411: Orientação Farmacêutica de Alta Hospitalar (Apêndice A), representado abaixo, e elaborado de acordo com diretrizes nacionais e adaptado à realidade institucional do hospital participante. O documento contempla critérios de

elegibilidade dos pacientes, etapas do processo de orientação, instrumentos de registro em prontuário eletrônico e fluxos operacionais, promovendo a sistematização da prática e garantindo uniformidade das condutas farmacêuticas.

O segundo produto consiste em um folder educativo (Figura 14) entregue aos pacientes durante a orientação de alta. Esse material foi elaborado em linguagem acessível, com recursos visuais e conteúdo simplificado sobre os principais medicamentos prescritos após o evento isquêmico, destacando sua função terapêutica, os benefícios da adesão e os riscos da interrupção. O folder tem como propósito ampliar a compreensão do paciente sobre o tratamento, favorecer a autonomia no autocuidado e estimular a adesão medicamentosa no período pós-alta.

Dessa forma, os dois instrumentos, o protocolo e o folder educativo, configuram-se como ferramentas complementares e integradas ao questionário estruturado (Quadro 2), compondo o conjunto de estratégias desenvolvidas neste estudo para promover a segurança do paciente, a continuidade do cuidado e a redução do risco de reinternações evitáveis.

Figura 14 – Folder educativo sobre à farmacoterapia no pós-IAM.

## ORIENTAÇÕES PÓS INFARTO

**Parabéns, você está caminhando para sua alta hospitalar!**

Você está dando um passo importante para cuidar do seu coração. A partir de agora, seguir corretamente o tratamento é essencial para evitar novos problemas. Este material traz informações importantes para te ajudar nessa nova fase.

**Por que tomar os medicamentos é tão importante?**

- Eles ajudam a proteger o coração, evitar novos entupimentos nas artérias e prevenir outro infarto ou derrame.
- Interromper ou esquecer doses pode reduzir a eficácia do tratamento e colocar sua saúde em risco.


**Dica:** Crie uma rotina com lembretes (alarmes ou aplicativos).

### CONHEÇA OS MEDICAMENTOS MAIS UTILIZADOS

**1 AAS (Ácido Acetilsalicílico)**

**O que é?** Medicamento que deixa o sangue menos espesso, ajudando a evitar a formação de coágulos (caroços de sangue que podem entupir as artérias).

**Por que tomar?** Reduz o risco de outro infarto ou derrame, mantendo o sangue fluindo melhor pelo coração.



**2 Clopidogrel**

**O que é?** Também ajuda a evitar a formação de coágulos.

**Por que tomar?** Atua junto com o AAS para proteger as artérias, principalmente se você fez angioplastia (procedimento para desobstruir artérias) e colocou stent.

**3 Estatinas (ex.: Sinvastatina, Atorvastatina, Rosuvastatina)**

**O que é?** Medicamentos que reduzem o colesterol no sangue.

**Por que tomar?** O colesterol alto pode entupir as artérias e causar outro infarto. As estatinas ajudam a “limpar” as artérias e prevenir novos problemas.

**4 Betabloqueadores (ex.: Metoprolol, Atenolol, Carvedilol)**

**O que é?** Medicamento que ajuda o coração a bater mais devagar e com menos esforço.

**Por que tomar?** Reduz o risco de novo infarto, ajuda a controlar a pressão e melhora a função do coração.


**⚠ IMPORTANTE!**

- Se sentir dor no peito, falta de ar, tontura ou desmaio, procure ajuda médica imediatamente.
- Tome os medicamentos sempre no horário certo. Organize-se para não esquecer.

**Lembre-se:**  
Cuidar do coração é um compromisso diário, mas vale a pena. Seguir o tratamento traz mais qualidade de vida e reduz o risco de complicações.

**Em caso de dúvidas, fale com seu médico ou farmacêutico. Estamos aqui para ajudar!**

Serviço de Farmácia Clínica



## 5 DISCUSSÃO

A compreensão do conhecimento que os pacientes possuem sobre sua terapia farmacológica é um elemento central para o planejamento de estratégias de educação em saúde, especialmente no contexto do IAM, em que a adesão ao tratamento é determinante para a redução de complicações e reinternações. Avaliar essa percepção permite identificar lacunas que podem comprometer a efetividade terapêutica e orientar intervenções direcionadas. Entre os produtos desenvolvidos no âmbito deste projeto, destaca-se a elaboração de um questionário específico para avaliar o conhecimento dos pacientes sobre sua terapia medicamentosa pós-IAM, aplicado antes e após a orientação farmacêutica de alta hospitalar. Esse instrumento foi concebido para mensurar a percepção por meio de itens que exploraram desde a indicação e o mecanismo de ação dos medicamentos até a importância do uso contínuo, combinando questões em escala de Likert com perguntas abertas, cujas respostas verbais, quando aplicáveis, permitiram captar nuances qualitativas do entendimento. A análise dessas informações possibilitou não apenas identificar lacunas de conhecimento, mas também mensurar a evolução do aprendizado após a intervenção.

A análise demográfica da amostra deste estudo revelou predomínio de pacientes na faixa etária entre 61 e 80 anos, com leve prevalência do sexo feminino. Esse achado está em concordância com dados epidemiológicos que apontam maior incidência de infarto agudo do miocárdio (IAM) em idosos, especialmente a partir da sexta década de vida, reflexo do envelhecimento populacional e da maior exposição cumulativa aos fatores de risco cardiovasculares (BRUNNER et al., 2021).

Com relação à escolaridade, observou-se que a maioria dos participantes possuía ensino médio ou superior completo, enquanto uma parcela menor relatou ensino fundamental incompleto ou não informou sua escolaridade. Esse perfil educacional pode impactar diretamente na compreensão da terapia medicamentosa e na adesão ao tratamento, visto que níveis mais altos de escolaridade tendem a estar associados a maior alfabetização em saúde e autonomia no cuidado (DOMINGUES et al., 2020). Ainda que a literatura evidencie que a baixa escolaridade seja um fator de risco para desfechos adversos no manejo de doenças crônicas, especialmente cardiovasculares (OLIVEIRA; SANTOS; SOUSA, 2019), o perfil da amostra aqui analisada pode refletir as características de atendimento do

hospital privado onde o estudo foi conduzido, em que a população atendida possui, em geral, maior acesso à educação formal.

Embora a literatura sugira que fatores como escolaridade e idade possam impactar a compreensão e o manejo da farmacoterapia (SILVA et al., 2019), os achados deste estudo demonstram uma homogeneidade nos níveis de conhecimento entre os grupos. Tal resultado pode estar relacionado à ausência de estratégias educativas sistemáticas durante o período de internação, o que corrobora evidências de que a simples exposição ao tratamento hospitalar, sem intervenções informativas, é insuficiente para garantir conhecimento adequado sobre a farmacoterapia (MIRANDA et al., 2020). Além disso, estudos apontam que o nível de compreensão dos pacientes sobre os medicamentos prescritos está frequentemente associado ao grau de letramento em saúde, e não exclusivamente à escolaridade formal (MORAIS; GOMES, 2021). Assim, mesmo pacientes com ensino médio ou superior podem apresentar dificuldades em compreender orientações farmacológicas, especialmente em contextos de alta hospitalar, marcados por estresse, volume de informações e transição do cuidado.

Em relação às características clínicas dos pacientes incluídos neste estudo, verificou-se uma distribuição semelhante entre os tipos de infarto agudo do miocárdio com supradesnível (IAMCST) e sem supradesnível do segmento ST (IAMSSST). Tal distribuição é compatível com a literatura, que reconhece a relevância clínica de ambos os tipos de infarto, embora o IAMCST seja classicamente associado à maior gravidade e necessidade de intervenções imediatas (ANDRADE; MANTOVANI, 2021).

No que se refere à presença de comorbidades autorreferidas, observou-se um número superior de pacientes com doenças associadas, como hipertensão, diabetes ou dislipidemias, principalmente entre os homens. Embora esses dados tenham sido coletados a partir dos prontuários dos pacientes que participaram da pesquisa, não foram descritos individualmente nos resultados, sendo apresentados apenas de forma quantitativa. A presença dessas condições é amplamente descrita como fator de risco para eventos cardiovasculares e está relacionada à piora dos desfechos clínicos (SBC, 2022).

Quanto ao uso de medicamentos contínuos, a maioria dos pacientes relatou uso regular antes do evento agudo, com predominância no sexo masculino. Isso

sugere que parte da amostra já se encontrava em tratamento para condições crônicas, refletindo um perfil típico de prevenção secundária, com potencial impacto na adesão e compreensão da farmacoterapia (VIEIRA; CUNHA, 2020).

Em relação aos hábitos de vida, como etilismo, identificou-se maior proporção de pacientes do sexo masculino que relataram uso, o que está de acordo com a literatura sobre prevalência de etilismo entre homens (ANDRADE et al., 2019). Por outro lado, no que diz respeito ao tabagismo, observou-se proporções semelhantes entre homens e mulheres, indicando que esse fator de risco esteve presente de forma equilibrada entre os sexos na amostra analisada. Considerando esses achados, aliados às demais características clínicas e demográficas observadas, optou-se por realizar as análises de percepção de conhecimento sobre a terapia farmacológica estratificando a amostra segundo sexo, faixa etária e nível de escolaridade, a fim de identificar possíveis padrões e diferenças relacionados a esses perfis sociodemográficos.

A análise da percepção de conhecimento dos pacientes sobre a farmacoterapia prescrita, realizada antes da orientação de alta, revelou níveis limitados de conhecimento tanto em relação ao tratamento medicamentoso de forma geral quanto às classes farmacológicas específicas utilizadas no manejo do infarto agudo do miocárdio (IAM). A autoavaliação do conhecimento, estratificada por sexo, escolaridade e faixa etária, evidenciou que a maior parte dos participantes classificou seu entendimento como “muito baixo” a “médio”, o que é particularmente preocupante diante da importância da compreensão terapêutica para a adesão e continuidade do tratamento.

A literatura reforça que o conhecimento sobre os medicamentos é um dos fatores críticos para a adesão à farmacoterapia, influenciando diretamente a eficácia do tratamento e a prevenção de eventos adversos, especialmente em condições cardiovasculares crônicas (LIMA et al., 2018). A ausência de diferença significativa entre os sexos, como esperado, em relação à autoavaliação do conhecimento pode indicar que o baixo nível de entendimento não está relacionada ao gênero ou sexo, mas sim à ausência de estratégias sistematizadas de educação em saúde no momento da alta hospitalar.

De acordo com os resultados, o maior reconhecimento do AAS e das estatinas pode ser explicado por sua ampla utilização e divulgação como fármacos

de primeira linha na prevenção secundária pós-IAM (SBC, 2022). O ácido acetilsalicílico, por exemplo, é amplamente conhecido pela população geral como “remédio para afinar o sangue”, o que contribui para uma percepção leiga, ainda que parcialmente correta, de sua função (VIANA; SOUSA, 2021). As estatinas, por sua vez, são frequentemente associadas ao controle do colesterol, uma associação comumente difundida em campanhas de prevenção cardiovascular (NOGUEIRA et al., 2020).

Por outro lado, o conhecimento mais limitado em relação ao clopidogrel e aos betabloqueadores reforça a necessidade de reforço educativo direcionado a essas classes. O clopidogrel, embora fundamental na prevenção de eventos trombóticos em pacientes com IAM, é menos reconhecido devido à sua menor popularização fora do meio clínico. Já os betabloqueadores, por agirem em mecanismos menos perceptíveis ao paciente, como controle da frequência cardíaca e da pressão arterial, tendem a ser menos compreendidos pelos leigos, o que pode impactar negativamente na adesão e continuidade terapêutica (ANDRADE et al., 2020).

Esses achados se mantiveram consistentes quando os dados foram estratificados por escolaridade e faixa etária. Apesar da expectativa de que indivíduos com maior nível educacional apresentassem melhor entendimento, as respostas demonstraram que o conhecimento insuficiente sobre determinadas classes farmacológicas é transversal às diferentes faixas etárias e níveis de escolaridade. Esse cenário já foi apontado por estudos anteriores, que destacam que o nível educacional pode influenciar positivamente o entendimento, mas que, isoladamente, não é suficiente para garantir a compreensão plena dos regimes terapêuticos (SILVA et al., 2019).

Em conjunto, esses os dados reforçam a necessidade de intervenções educativas estruturadas no momento da alta hospitalar, com foco nas classes farmacológicas menos conhecidas, como o clopidogrel e os betabloqueadores, a fim de promover a adesão ao tratamento e reduzir o risco de desfechos adversos no período pós-infarto. A análise do escore geral de conhecimento sobre a farmacoterapia no pós-infarto agudo do miocárdio (IAM), antes da realização da orientação de alta farmacêutica, não evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos analisados por sexo, faixa etária e escolaridade. Esses

dados indicam que, independentemente das variáveis sociodemográficas avaliadas, os pacientes apresentavam níveis semelhantes de conhecimento acerca da terapia medicamentosa prescrita no momento da alta. Portanto, os resultados reforçam a necessidade de implementação de estratégias de orientação estruturadas e adaptadas às diferentes necessidades dos pacientes, de forma a promover a autonomia e a adesão terapêutica, contribuindo para a segurança e eficácia do tratamento farmacológico no período pós-IAM.

Os achados apresentados demonstram de forma consistente que a intervenção realizada durante a orientação de alta farmacêutica teve impacto significativo sobre a percepção dos pacientes em relação ao seu conhecimento sobre a farmacoterapia prescrita no pós-IAM. Em todos os grupos foi observada elevação estatisticamente significativa dos escores autodeclarados de conhecimento após a intervenção. Além do incremento nos escores, a redistribuição das respostas dos pacientes nas faixas de pontuação sugere maior domínio conceitual dos conteúdos abordados na orientação. Houve redução significativa no número de participantes que se autodeclararam com conhecimento “Muito Baixo–Médio” (escores 1 a 3), com migração para os níveis “Alto–Muito Alto” (escores 4 e 5), o que reforça o papel da intervenção educativa como estratégia eficaz para o fortalecimento do letramento em saúde (PAIVA et al., 2020).

Esses resultados corroboram evidências da literatura que indicam que a atuação do farmacêutico clínico na transição do cuidado, especialmente no momento da alta hospitalar, contribui de maneira significativa para a ampliação do conhecimento do paciente sobre seus medicamentos, o que, por sua vez, pode influenciar positivamente a adesão ao tratamento (SILVA et al., 2022; OLIVEIRA et al., 2021). O conhecimento sobre a finalidade terapêutica, o tempo de uso e os possíveis efeitos colaterais é apontado como um dos pilares para a adesão farmacológica e prevenção de reinternações por eventos evitáveis (WHO, 2021). Dessa forma, os dados reforçam a importância da orientação farmacêutica como ferramenta estratégica de educação em saúde, contribuindo para o empoderamento do paciente no manejo da sua condição clínica e para a segurança do uso de medicamentos no período pós-alta.

A comparação dos escores de conhecimento autodeclarado sobre as principais classes de medicamentos prescritos no pós-IAM, antes da intervenção

farmacêutica, demonstra que a percepção dos pacientes sobre seu conhecimento era globalmente reduzida, com maior concentração de respostas nos escores mais baixos da escala de Likert (1 a 5). A análise dos resultados apresentados na Figura 10 revela que essa limitação foi particularmente acentuada para os medicamentos das classes betabloqueadores e clopidogrel, que apresentaram medianas inferiores em comparação ao AAS. Por outro lado, não foram observadas diferenças significativas entre estatinas e as demais classes. Esse padrão está em consonância com estudos que indicam maior desconhecimento dos pacientes em relação a terapias que não faziam parte de sua rotina prévia ou cujo nome comercial seja menos familiar (ALMEIDA et al., 2021). Essa lacuna de conhecimento pode comprometer a adesão e o uso correto da farmacoterapia, especialmente quando envolve medicamentos com indicações preventivas e benefícios menos perceptíveis no curto prazo. Uma limitação identificada neste estudo foi a dificuldade em transmitir, de forma plenamente efetiva, o conhecimento relacionado às classes de clopidogrel e betabloqueadores, possivelmente devido à natureza técnica das informações, à menor familiaridade prévia dos pacientes e à baixa notoriedade desses fármacos. Como estratégia para mitigar essa barreira, elaborou-se, como segundo produto deste trabalho, um folder de orientação especialmente voltado a explicar de maneira clara e acessível o papel, a importância e os cuidados associados ao uso dessas classes medicamentosas. Este material tem potencial para contribuir com o fortalecimento do entendimento e da adesão, apoiando também a prática clínica dos farmacêuticos no acompanhamento pós-IAM. Esses achados reforçam a relevância da atuação do farmacêutico clínico no processo de alta hospitalar, especialmente no que se refere à comunicação efetiva com o paciente, à promoção do letramento em saúde e ao empoderamento para o autocuidado, pontos considerados essenciais em diretrizes nacionais e internacionais de atenção ao paciente pós-IAM (BRASIL, 2022; WHO, 2021).

Os dados apresentados evidenciam uma evolução significativa no conhecimento verbalizado pelos pacientes acerca da farmacoterapia após o IAM, perceptível nas falas mais detalhadas, precisas e alinhadas aos objetivos terapêuticos dos medicamentos abordados durante a orientação farmacêutica de alta hospitalar. Nessa etapa, os pacientes eram convidados a descrever, em poucas palavras, seu entendimento sobre o fármaco ou classe medicamentosa apenas

quando o conhecimento autodeclarado atingia níveis elevados (4 ou 5) na escala de Likert, permitindo assim identificar, de forma qualitativa, a profundidade da compreensão obtida. Nesse contexto, antes da intervenção, as respostas dos pacientes eram, em sua maioria, vagas ou baseadas em experiências pessoais ou conhecimentos informais, como exemplificado nas expressões: *“Cuidou da sua irmã que teve infarto, conhece um pouco”* ou *“Para não dar infarto, afinar o sangue”*. Essas falas evidenciam uma compreensão superficial, muitas vezes limitada ao uso de termos genéricos como "afinar o sangue", sem clareza sobre o mecanismo de ação ou a relevância clínica dos fármacos. Após a orientação farmacêutica, observa-se uma ampliação do vocabulário técnico e da compreensão do papel dos medicamentos. Termos como *“empurrar os trombos”*, *“dissolve o sangue coagulado/formação de plaquetas”*, *“controla o colesterol e evita formação de trombos”* e *“controla a velocidade do coração, ajuda a não deixar bombear muito rápido ou devagar”* indicam um entendimento mais apurado das funções específicas dos medicamentos, refletindo o impacto positivo da intervenção educativa na alfabetização em saúde desses pacientes. Esses achados estão em consonância com a literatura, que aponta que intervenções farmacêuticas estruturadas no momento da alta hospitalar estão associadas a maior adesão ao tratamento, compreensão dos regimes medicamentosos e desfechos clínicos mais favoráveis (SARMENTO et al., 2021; ALMEIDA et al., 2019).

Estudos destacam que o conhecimento sobre o tratamento é fator crítico para a adesão terapêutica, especialmente em doenças cardiovasculares, nas quais a continuidade do uso de AAS, estatinas, betabloqueadores e antiplaquetários é essencial para a prevenção secundária de eventos (WOLF et al., 2017). A falta de entendimento, por outro lado, está entre as principais causas de interrupção ou uso inadequado desses medicamentos (COSTA et al., 2020). Entretanto, alguns aspectos metodológicos merecem reflexão: a avaliação da percepção e das respostas ocorreu imediatamente após a orientação de alta, o que possivelmente favoreceu um melhor desempenho dos pacientes, pela memória recente das informações fornecidas. Esse cenário levanta questionamentos sobre a capacidade de reter e reproduzir o mesmo nível de conhecimento no dia seguinte ou ao longo do período pós-alta. Além disso, não foi possível mensurar, de forma efetiva, o quanto dessas informações se consolidou no médio e longo prazo, nem avaliar o impacto

real na adesão terapêutica domiciliar. Tais lacunas reforçam a necessidade de estratégias complementares de educação continuada e acompanhamento pós-alta, especialmente no contexto em que este trabalho foi realizado, de modo a sustentar o conhecimento adquirido e transformá-lo em prática efetiva. A adesão ao tratamento farmacológico constitui um pilar essencial no manejo de pacientes pós-IAM, sendo influenciada por diversos fatores individuais e contextuais. Neste estudo, investigou-se a percepção autodeclarada dos pacientes sobre a possibilidade de interromper o uso dos medicamentos em duas situações específicas: na ausência de sintomas e diante do aparecimento de efeitos colaterais. Conforme demonstrado não foram observadas diferenças para as respostas acerca do tema entre os grupos estratificados por sexo, faixa etária e escolaridade, sugerindo, mais uma vez, independentemente dessas variáveis.

A ausência de sintomas é reconhecida como um dos principais fatores que levam à descontinuação do tratamento (SABATÉ, 2003). Os resultados encontrados neste estudo, apontam para uma tendência preocupante de interrupção medicamentosa quando os sintomas desaparecem, o que reforça a necessidade de ações educativas contínuas no contexto hospitalar e ambulatorial. De maneira semelhante, a ocorrência de efeitos colaterais está entre os principais motivos para a descontinuação da farmacoterapia (OSTINI et al., 2009). No presente estudo, observou-se uma ampla variabilidade nos escores de adesão relatados pelos pacientes diante da possibilidade de surgimento de reações adversas. Essa oscilação sugere que, enquanto alguns indivíduos demonstram disposição para manter o tratamento mesmo frente a desconfortos, outros tendem a interromper a medicação com maior facilidade. Tal comportamento pode estar relacionado a diferentes fatores, como o nível de informação sobre a importância da continuidade terapêutica, experiências prévias negativas com medicamentos e o grau de confiança na equipe de saúde. Esses achados indicam que a percepção individual exerce papel relevante na tomada de decisão do paciente e reforçam a necessidade de abordagens personalizadas durante a orientação farmacêutica.

A literatura evidencia que fatores como o entendimento sobre o propósito do tratamento, o risco percebido e a relação terapêutica estabelecida com os profissionais de saúde influenciam diretamente na adesão (HO et al., 2009). Dessa forma, os achados deste estudo destacam a importância de intervenções

sistemáticas voltadas à educação em saúde e ao esclarecimento de dúvidas durante o processo de alta hospitalar, de modo a mitigar interpretações equivocadas e melhorar os resultados terapêuticos a longo prazo. Tais resultados podem ser parcialmente explicados por limitações metodológicas relacionadas à interpretação da escala utilizada, já que, diferentemente de outras perguntas do questionário, escores mais altos na escala de Likert indicam maior propensão à baixa adesão. Isso pode ter gerado confusão na compreensão da pontuação pelos pacientes, especialmente considerando o momento vulnerável da aplicação do instrumento, no contexto de hospitalização recente. Autores como Morisky et al. (2008) e Osterberg e Blaschke (2005) já alertam para a importância de uma comunicação clara na aplicação de escalas de adesão, destacando que a linguagem empregada e o contexto clínico podem interferir na acurácia das respostas. Além disso, o fato de os dados terem sido coletados também antes da intervenção farmacêutica pode ter influenciado o entendimento e a atenção dos pacientes ao responderem sobre seu próprio comportamento medicamentoso.

A análise da adesão farmacológica auto-relatada antes e depois da orientação de alta, em dois contextos clínicos, ausência de sintomas e presença de efeitos adversos, revelou ausência de diferença estatisticamente significativa entre os períodos avaliados. Esses achados sugerem que, mesmo após a intervenção farmacêutica, os pacientes mantiveram percepções semelhantes quanto à possibilidade de interromper o tratamento diante desses cenários clínicos. Esse resultado pode estar relacionado à complexidade de modificar crenças e comportamentos relacionados à adesão medicamentosa, especialmente em curto prazo. Estudos anteriores apontam que fatores como compreensão limitada sobre o papel contínuo dos medicamentos, baixa percepção de risco e experiências prévias negativas com efeitos adversos podem dificultar mudanças significativas no comportamento de adesão, mesmo após orientações educativas (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; SABATÉ, 2003).

Além disso, a manutenção de escores baixos pode refletir não apenas uma subestimação da importância do uso contínuo dos fármacos na prevenção secundária, principalmente na ausência de sintomas, mas também limitações na compreensão dos pacientes durante a aplicação do questionário de adesão. A falta de entendimento pleno das perguntas ou da escala utilizada pode ter influenciado

diretamente as respostas, interferindo na acurácia dos resultados. Apesar dessa limitação, o instrumento desenvolvido demonstrou potencial para apoiar o farmacêutico clínico na identificação de lacunas de conhecimento, permitindo direcionar intervenções educativas de forma mais assertiva. Esse aspecto é particularmente relevante, considerando que a adesão plena à farmacoterapia é determinante para a redução da morbimortalidade cardiovascular, sendo fortemente recomendada por diretrizes nacionais e internacionais (SBC, 2022; WHO, 2003). Outro fator a considerar é o possível descompasso entre a intervenção educativa e a real internalização do conhecimento necessário para modificar atitudes frente ao uso da medicação em situações desafiadoras. Evidências indicam que orientações pontuais, como as realizadas na alta hospitalar, podem ser insuficientes para transformar comportamentos consolidados (MORISKY et al., 2008), reforçando a importância de estratégias educativas contínuas, integradas ao acompanhamento multiprofissional. Nesse sentido, dois produtos resultantes deste trabalho se destacam como ferramentas de suporte à prática clínica: o questionário para avaliação da percepção sobre a farmacoterapia, utilizado na coleta de dados, e o folder de orientação de alta farmacêutica pós-IAM, elaborado para reforçar, de forma clara e objetiva, informações essenciais sobre medicamentos críticos como antiplaquetários e betabloqueadores.

## 6 CONCLUSÕES

A presente dissertação teve como objetivo avaliar a percepção e o conhecimento de pacientes internados por infarto agudo do miocárdio (IAM) acerca da farmacoterapia prescrita, antes e após a orientação de alta farmacêutica, considerando variáveis sociodemográficas e clínicas. Os resultados obtidos reforçam a importância das intervenções educativas realizadas por farmacêuticos no contexto da transição do cuidado hospitalar para o domiciliar, especialmente em pacientes acometidos por doenças cardiovasculares.

De forma geral, os dados indicaram que, antes da orientação de alta, os pacientes apresentavam conhecimento limitado sobre a farmacoterapia, tanto de maneira global quanto em relação às classes medicamentosas específicas utilizadas no pós-IAM. As classes clopidogrel e betabloqueadores se destacaram como as menos compreendidas entre os participantes, independentemente de sexo, faixa etária ou escolaridade. Ainda, observou-se que muitos pacientes relataram probabilidade moderada de interromper a medicação na ausência de sintomas ou diante de efeitos adversos, sugerindo fragilidade na adesão ao tratamento em situações clínicas comuns no cotidiano.

Após a intervenção farmacêutica, houve melhora significativa no conhecimento autodeclarado dos pacientes sobre os medicamentos prescritos, com aumento nos escores médios e redistribuição positiva das respostas na escala de Likert. Essa evolução foi consistente para todas as classes avaliadas, embora o conhecimento sobre o clopidogrel e os betabloqueadores tenha permanecido inferior em relação ao AAS e às estatinas. No entanto, a percepção da adesão em cenários clínicos adversos não apresentou alteração estatisticamente significativa após a orientação, indicando possíveis limitações no tempo ou na forma da intervenção para impactar esse aspecto comportamental mais resistente à mudança.

Além disso, os escores gerais de adesão e conhecimento não diferiram significativamente entre os grupos estratificados por sexo, idade e escolaridade, sugerindo que as lacunas no entendimento sobre a farmacoterapia são transversais e independem diretamente dessas variáveis. Isso reforça a necessidade de abordagens educativas mais personalizadas, contínuas e integradas ao cuidado ambulatorial, com ênfase na capacitação para a gestão autônoma da medicação.

Portanto, conclui-se que a orientação de alta farmacêutica representa uma estratégia efetiva para ampliar o conhecimento dos pacientes sobre a farmacoterapia no contexto pós-IAM, ainda que, de forma isolada, não seja suficiente para modificar percepções sobre adesão em situações de risco clínico. Os achados desta pesquisa reforçam o valor da atuação clínica do farmacêutico na segurança da transição do cuidado, ao mesmo tempo em que evidenciam a necessidade de aprimorar os processos de educação em saúde, adotando metodologias capazes de fortalecer a adesão terapêutica e a continuidade do tratamento em longo prazo.

## REFERÊNCIAS

ANDERSON, T. J. et al. Management of patients with multiple comorbidities post-myocardial infarction: a multidisciplinary approach. *Journal of Cardiovascular Pharmacology*, v. 76, n. 3, p. 219-229, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cardiovascular diseases: fact sheet. WHO Reports, 2021.

GRUNDY, S. M. et al. 2019 AHA/ACC Guidelines on the primary prevention of cardiovascular disease. *Circulation*, v. 139, n. 10, p. e1082-e1143, 2019.

YUSUF, S. et al. Cardiovascular risk and events in 17 low-, middle-, and high-income countries. *New England Journal of Medicine*, v. 382, p. 1636-1648, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cardiovascular diseases: fact sheet. WHO Reports, 2021.

SILVA, J. R. et al. Protocolo de alta farmacêutica: uma abordagem sistematizada no cuidado ao paciente pós-infarto. *Brazilian Journal of Health Research*, v. 7, n. 3, 2020.

ANTMAN, E. M., et al. ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients with ST-Elevation Myocardial Infarction. *Circulation*, v. 110, n. 9, p. e82-e292, 2004.

CARVALHO, P. R. et al. Orientação farmacêutica na alta hospitalar: benefícios para a adesão e segurança do paciente. *Journal of Clinical Pharmacy*, v. 9, n. 2, 2021.

COLLET, J. P. et al. 2021 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, v. 42, n. 14, p. 1289-1367, 2021.

SILVA, A. A.; FERREIRA, M. R.; LOPES, J. C. Perfil epidemiológico de infarto agudo do miocárdio: análise de gênero e faixa etária. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 113, n. 3, p. 456-465, 2019.

REYNOLDS, H. R. et al. Outcomes in patients with myocardial infarction without obstructive coronary artery disease: a review of contemporary management strategies. *JAMA Cardiology*, v. 5, n. 4, p. 456-464, 2020.

NIEUWLAT, R.; WILCZYNSKI, N.; NAVARRO, T.; HOBSON, N.; JEFFERY, R.; KEEPANASSERIL, A.; AGORITSAS, T.; MISTRY, N.; IORIO, A.; JACK, S.; SIVARAMALINGAM, B.; ISERMAN, E.; MUSTAFA, RA.; JEDRASZEWSKI, D.; COTOI, C.; HAYNES, RB. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 11, 2014.

ANTMAN, E. M., et al. ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients with ST-Elevation Myocardial Infarction. *Circulation*, v. 110, n. 9, p. e82-e292, 2004.

VALGIMIGLI, M. et al. Dual Antiplatelet Therapy After PCI in Patients at High Bleeding Risk. *New England Journal of Medicine*, v. 385, p. 1643-1655, 2018. DOI: 10.1056/NEJMoa2108749.

COLLET, J. P. et al. 2021 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, v. 42, n. 14, p. 1289-1367, 2021.

WALLENTIN, Lars et al. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 361, n. 11, p. 1045–1057, 2009.

SABATINE, M. S. et al. Evolocumab and clinical outcomes in patients with cardiovascular disease. *New England Journal of Medicine*, v. 376, n. 18, p. 1713-1722, 2017.

RIDKER, P. M. et al. Inflammation, statins, and risk of cardiovascular disease in men: an observational study. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 72, n. 1, p. 110-119, 2018.

PFEFFER, Marc A. et al. Effects of carvedilol on mortality and morbidity in patients with chronic heart failure: the COPERNICUS trial. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 344, n. 22, p. 1651–1658, 1999.

KJELDSEN, K. P. et al. Metoprolol CR/XL in post-myocardial infarction patients: the COMMIT/CCS-2 trial. *The Lancet*, v. 356, n. 9232, p. 1267-1273, 2000.

GRANGER, C. B., et al. Effects of Fondaparinux on Mortality and Reinfarction in Patients with Acute Coronary Syndromes. *The New England Journal of Medicine*, v. 349, n. 8, p. 777-785, 2003.

PITT, B.; REMME, W.; ZANNAD, F.; NEATON, J.; MARTINEZ, F.; RONIKER, B.; BITTMAN, R.; HURLEY, S.; KLEIMAN, J.; GATLIN, M. Eplerenone, a selective aldosterone blocker, in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, v. 348, n. 14, p. 1309-1321, 2003.

ANTMAN, E. M., et al. ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients with ST-Elevation Myocardial Infarction. *Circulation*, v. 110, n. 9, p. e82-e292, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Infarto Agudo do Miocárdio. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

KUSHNER, F. G., et al. 2009 Focused Updates: ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. *Circulation*, v. 120, n. 22, p. 2271-2306, 2009.

BERGO, M. D. et al. Conciliação medicamentosa na alta hospitalar: impacto no cuidado ao paciente pós-IAM. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, v. 13, n. 4, 2022.

CARVALHO, P. R. et al. Orientação farmacêutica na alta hospitalar: benefícios para a adesão e segurança do paciente. *Journal of Clinical Pharmacy*, v. 9, n. 2, 2021.

SILVA, J. R. et al. Protocolo de alta farmacêutica: uma abordagem sistematizada no cuidado ao paciente pós-infarto. *Brazilian Journal of Health Research*, v. 7, n. 3, 2020.

BRUNNER, L. S. et al. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica: avaliação e assistência integral. 14. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2021.

DOMINGUES, P. H. F. et al. Escolaridade e adesão ao tratamento em pacientes com doenças crônicas: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 15, n. 42, p. 2534, 2020.

OLIVEIRA, A. P. N.; SANTOS, M. A. A.; SOUSA, M. M. Impacto da escolaridade na adesão ao tratamento de doenças cardiovasculares. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, v. 32, p. 1–9, 2019.

ANDRADE, J. P.; MANTOVANI, M. F. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, v. 31, n. 1, p. 21–28, 2021.

ANDRADE, D. O. et al. Fatores de risco modificáveis associados ao infarto agudo do miocárdio: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, supl. 1, p. 249–256, 2019.

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz de prevenção cardiovascular da SBC. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 118, n. 3, p. 298–398, 2022.

VIEIRA, J. L. F.; CUNHA, D. M. Adesão à terapêutica medicamentosa em pacientes com infarto do miocárdio: implicações clínicas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, n. 4, p. e4443, 2020.

ANDRADE, S. M. et al. Perfil de conhecimento de pacientes com infarto agudo do miocárdio acerca da terapia medicamentosa: subsídios para a prática educativa. *Revista de Enfermagem UFPE*, v. 14, n. 1, p. e242980, 2020.

LIMA, F. E. T. et al. A importância do conhecimento dos pacientes sobre a farmacoterapia na adesão ao tratamento. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, v. 9, n. 2, p. 23-28, 2018.

NOGUEIRA, L. S. et al. Estratégias de educação em saúde para prevenção cardiovascular: revisão integrativa. *Saúde e Pesquisa*, v. 13, n. 3, p. 519–528, 2020.

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz de prevenção cardiovascular da SBC. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 118, n. 3, p. 298-398, 2022.

SILVA, A. R. V. et al. Influência da escolaridade no conhecimento e adesão à terapia medicamentosa em cardiopatas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 11, n. 10, p. e6624, 2019.

VIANA, M. C. M.; SOUSA, M. R. D. Percepção de pacientes sobre o uso de ácido acetilsalicílico após evento cardiovascular. *Revista Brasileira de Cardiologia*, v. 34, n. 2, p. 139–145, 2021.

MEDEIROS, A. L. et al. Avaliação do conhecimento de idosos sobre os medicamentos prescritos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 570-578, 2018. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180079>

MIRANDA, T. A. S. et al. Intervenção farmacêutica e o conhecimento dos pacientes sobre seus medicamentos. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 11, n. 3, p. 101–107, 2020.

MORAIS, L. S.; GOMES, I. C. Letramento em saúde e sua relação com a adesão ao tratamento farmacológico. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 89–96, 2021.

SILVA, A. R. V. et al. Influência da escolaridade no conhecimento e adesão à terapia medicamentosa em cardiopatas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, João Pessoa, v. 11, n. 10, p. e6624, 2019.

ALMEIDA, D. S. et al. Nível de conhecimento de pacientes sobre medicamentos cardiovasculares: fatores associados. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, v. 12, n. 1, p. 47–53, 2021.

IBANEZ, B. et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, v. 39, n. 2, p. 119–177, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado do infarto agudo do miocárdio no SUS – Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br>. Acesso em: 25 jul. 2025.

GUERRA, A. A. Jr. et al. Conhecimento sobre medicamentos e letramento em saúde: implicações para a adesão terapêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 5, p. 1877–1886, 2019.

SANTOS, L. G. et al. A atuação do farmacêutico na alta hospitalar: impacto no conhecimento e adesão do paciente ao tratamento. *Revista Ciências em Saúde*, v. 10, n. 2, p. 23–30, 2020.

WHO – World Health Organization. *Medication Without Harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge*. Geneva: WHO, 2021.

GUERRA, A. A. Jr. et al. Conhecimento sobre medicamentos e letramento em saúde: implicações para a adesão terapêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 5, p. 1877–1886, 2019.

OLIVEIRA, R. C. et al. Intervenções farmacêuticas no processo de alta hospitalar: impacto sobre o conhecimento e a adesão ao tratamento. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, v. 12, n. 1, p. 33–39, 2021.

PAIVA, D. et al. Leitura em saúde e educação farmacêutica: estratégias para o fortalecimento do autocuidado. *Revista Brasileira de Farmácia Clínica*, v. 6, n. 2, p. 45–52, 2020.

SILVA, L. M. et al. Educação farmacêutica na alta hospitalar: efeitos na segurança do paciente e na continuidade do cuidado. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 43, p. 1–8, 2022.

ALMEIDA, A. S. et al. Avaliação da adesão e conhecimento de pacientes sobre medicamentos utilizados no infarto agudo do miocárdio. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, v. 10, n. 2, p. 45–51, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cuidado farmacêutico na atenção hospitalar: proposta para estruturação do serviço de farmácia hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

COSTA, E. A. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças crônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 3, p. 985–996, 2020.

SARMENTO, R. et al. Impacto da intervenção farmacêutica na alta hospitalar sobre o conhecimento e adesão medicamentosa de pacientes cardiovasculares. *Revista de Atenção à Saúde*, v. 19, n. 69, p. 101–108, 2021.

WOLF, M. S.; DAVIS, T. C.; CURTIS, L. M.; WEBB, J. A.; BAILEY, S. C.; SHRANK, W. H.; LINDQUIST, L.; RUO, B.; BOCCHINI, M. V.; PARKER, R. M.; WOOD, A. J. J. Effect of standardized, patient-centered label instructions to improve comprehension of prescription drug use. *Medical Care*, v. 49, n. 1, p. 96–100, 2011.

HO, P. M.; BRYSON, C. L.; RUMSFELD, J. S. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*, v. 119, n. 23, p. 3028–3035, 2009. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.108.768986.

OSTINI, R. et al. Systematic review of interventions to improve medication information for patients. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 21, n. 3, p. 136–145, 2009.

SABATÉ, E. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization, 2003.

MORISKY, D. E.; ANG, A.; KROUSEL-WOOD, M.; WARD, H. J. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich)*, v. 10, n. 5, p. 348–354, 2008. doi:10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, v. 353, n. 5, p. 487–497, 2005.

SABATÉ, E. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Diretriz de Prevenção Cardiovascular da SBC. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 118, n. 2, p. 1–104, 2022.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - PROTOCOLO DE ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA DE ALTA

<p>POP-ASS-411 Revisão 00 Emissão: 04/02/2025</p>	<p>ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA DE ALTA HOSPITALAR</p>	
---	---	---

#### 1. OBJETIVO

Este procedimento tem a finalidade de padronizar e descrever o processo de orientação farmacêutica na alta hospitalar dos pacientes pós infarto agudo do miocárdio (IAM), internados tanto em Unidades de Internação quanto nas Unidades de Terapia Intensiva.

#### 2. ABRANGÊNCIA

Pacientes atendidos no protocolo de infarto agudo do miocárdio (IAM) no Hospital Unimed Grande Florianópolis (HUGF).

Abrange a atuação de todos os farmacêuticos clínicos da EQFC do HUGF envolvidos no processo assistencial dos pacientes internados.

#### 3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

PC-ASS-21 - PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA.

EBSERH. Hospital Universitario Rio Grande do Norte. **ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA NA ALTA HOSPITALAR.** POP.UFC.054. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huab-ufrrn/documentos-institucionais/arquivos-documentos-institucionais-geral/pop-ufc-054.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Linhas de cuidado - Infarto Agudo do Miocárdio.** 2022. Disponível em <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/infarto-agudo-do-miocardio/definicao/>. Acesso em: 15 fev. 2024.

RIO DE JANEIRO. INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA. **Orientação para Alta Hospitalar.** Disponível em: [https://www.into.saude.gov.br/images/pdf/folhetos/alta\\_hospitalar.pdf](https://www.into.saude.gov.br/images/pdf/folhetos/alta_hospitalar.pdf). Acesso em: 15 fev. 2024.

MARQUES, Liete de Fátima Gouveia *et al.* **ALTA HOSPITALAR: UM ENFOQUE FARMACÊUTICO.** 2010. 72 f. TCC (Graduação) - Curso de Atenção Farmacêutica, Instituto Racine, São Paulo, 2010. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/premio\\_medica/2010/mencoes/trabalho\\_completo\\_liete\\_fatima\\_gouveia\\_marques.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/premio_medica/2010/mencoes/trabalho_completo_liete_fatima_gouveia_marques.pdf). Acesso em: 15 fev. 2024.

LIMA, Raiane Cavalcante; BRITO, Evelin Soares de; GALATO, Dayani. **PROPOSTA DE ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA NA ALTA HOSPITALAR A PARTIR DE OVERVIEW E EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS.** Infarma - Ciências Farmacêuticas, [S.L.], v. 35, n. 3, p. 407, 4 out. 2023. Conselho Federal de Farmácia. <http://dx.doi.org/10.14450/2318-9312.v35.e3.a2023.pp407-422>. Disponível em: [https://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path\[\]=3098](https://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path[]=3098). Acesso em: 15 fev. 2024.

**POP-ASS-411**  
Revisão 00  
Emissão: 04/02/2025

**ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA DE ALTA  
HOSPITALAR**



PARANÁ. HOSPITAL MARINGÁ. **Orientação Farmacêutica: farmácia clínica.** Farmácia Clínica. Disponível em: <https://hospitalmaringa.com.br/wp-content/uploads/2021/10/orientacao-farmaceutica-alta.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2024.

LIMA, Lívia Falcão; MARTINS, Bruna Cristina Cardoso; OLIVEIRA, Francisco Roberto Pereira de; CAVALCANTE, Rafaela Michele de Andrade; MAGALHÃES, Vanessa Pinto; FIRMINO, Paulo Yuri Milen; ADRIANO, Liana Silveira; SILVA, Adriano Monteiro da; FLOR, Maria Jose Nascimento; NÉRI, Eugenie Desirée Rabelo. **Pharmaceutical orientation at hospital discharge of transplant patients: strategy for patient safety.** Einstein (São Paulo), [S.L.], v. 14, n. 3, p. 359-365, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082016ao3481>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/4kkYyQr6QvqrL5P5RGgrhzD/?lang=en>. Acesso em: 15 fev. 2024.

#### 4. TERMOS E DEFINIÇÕES

- AAS: ácido acetilsalicílico;
- CID I21: Infarto agudo do miocárdio;
- DM: Diabetes mellitus;
- EQMLT - Equipe Multidisciplinar;
- FE: Fração de ejeção;
- HUGF: Hospital Unimed Grande Florianópolis;
- IAM: Infarto Agudo do Miocárdio;
- IBP: Inibidores de bomba de prótons.
- IC: Insuficiência cardíaca;
- IECA: Inibidores da enzima de conversão da angiotensina;
- PEP: Prontuário Eletrônico do Paciente;
- Tasy: Sistema de Gestão Hospitalar;
- UI: Unidade de Internação;
- UTI: Unidade de Terapia Intensiva.

#### 5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

A alta hospitalar é definida geralmente pela evolução clínica positiva do paciente que permite a sua saída da unidade hospitalar através da liberação médica, a fim de dar continuidade ao processo de recuperação com seu esquema terapêutico em âmbito domiciliar. A orientação ao paciente em relação a sua terapia domiciliar medicamentosa é necessária para o sucesso na continuidade do tratamento mesmo após a alta, pois o conhecimento insuficiente

**POP-ASS-411**  
Revisão 00  
Emissão: 04/02/2025

**ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA DE ALTA  
HOSPITALAR**



sobre seus problemas de saúde e medicamentos é uma das principais causas da falta de adesão do paciente.

A orientação farmacêutica na alta hospitalar é um processo no qual o farmacêutico clínico atua junto à equipe multiprofissional, prevenindo, detectando e resolvendo os problemas relacionados à terapia, tanto no período de internação, como na alta hospitalar, buscando a melhoria do tratamento medicamentoso, a segurança do paciente, a redução nos erros relacionados ao uso dos medicamentos e a diminuição na quantidade de readmissões hospitalares. Os pacientes pós-infartados apresentam maior risco de eventos cardiovasculares e necessidade de ajustes no tratamento farmacológico nos 12 primeiros meses, e ao receberem alta hospitalar, irão com medicamentos que precisam de orientação para garantir a adesão e reduzir os riscos de readmissão hospitalar.

**Figura 1: Resumo da prescrição de alta hospitalar pacientes pós-IAM:**

<b>A</b>	AAS
<b>B</b>	Betabloqueador
<b>C</b>	Clopidogrel
<b>D</b>	Dinitrato ou mononitrato de Isossorbida (em pacientes com angina)
<b>E</b>	Estatina Espironolactona (se FE $\leq$ 40% + IC ou DM)
<b>I</b>	IECA IBP (se risco aumentado de sangramento) influenza e pneumococo - vacinas*

Fonte: Ministério da Saúde: Linhas de cuidado - Infarto Agudo do Miocárdio (2022).

O farmacêutico atua orientando o paciente e o familiar sobre o uso dos medicamentos prescritos, reforçando as informações no caso de uso de antibióticos e anticoagulantes,

medicamentos opióides e analgésicos, além de realizar a devolução de medicamentos do paciente, caso os tenha deixado sob a guarda da Farmácia e Enfermagem durante a Internação.

### 5.1. Pacientes elegíveis

#### Critérios de inclusão:

- Pacientes diagnosticados com CID I21 - Infarto agudo do miocárdio e que estejam internados nas Unidades de Internação ou UTI.

#### Critérios de exclusão:

- Pacientes não contactantes ou que não estejam em momento propício para compreensão das orientações. Porém caso se faça necessário as orientações podem ser realizadas para os familiares/ acompanhantes.

### 5.2. Orientação de Alta

- Ao ser informado da internação de um paciente diagnosticado com IAM, o farmacêutico clínico deverá começar o planejamento de orientação de alta hospitalar. Sugere-se que o mesmo seja realizado após procedimentos cirúrgicos e estabilização do quadro clínico;
- Analisar a prescrição do paciente, bem como o prontuário, a fim de identificar medicamentos de uso prévio, para complementar as orientações de alta, bem como identificar caso o paciente já faça uso de algum dos medicamentos que fazem parte do elenco da terapia medicamentosa pós IAM;
- Se direcionar ao leito do paciente, se apresentar, e informar sobre o serviço a ser realizado;
- Iniciar a orientação contextualizando sobre a patologia, e a finalidade do procedimento cirúrgico que o paciente tenha realizado, utilizar de materiais gráficos sobre o infarto e cateterismo que facilitem o entendimento do paciente;
- Realizar uma breve análise frente ao conhecimento do paciente em relação à terapia medicamentosa para o IAM, e posteriormente explicar sobre as classes medicamentosas utilizadas na terapia, de forma que seja de fácil compreensão pelo paciente que esteja recebendo a orientação. Como abaixo:

**Antiagregantes plaquetários (ex.: AAS e clopidogrel):** Evitam a formação de novos coágulos nas artérias.

POP-ASS-411  
Revisão 00  
Emissão: 04/02/2025

ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA DE ALTA  
HOSPITALAR



**Betabloqueadores (ex.: metoprolol):** Reduzem a frequência cardíaca e a pressão arterial, diminuindo o esforço do coração.

**Estatinas (ex.: atorvastatina):** Controlam o colesterol, ajudando a estabilizar as placas de gordura nas artérias.

**Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores do receptor de angiotensina II (BRA):** Ajudam no controle da pressão arterial e na proteção do coração.

**Diuréticos (quando necessário):** Reduzem o acúmulo de líquidos, aliviando o trabalho cardíaco.

- Realizar também a orientação sobre o uso e armazenamento adequado dos medicamentos prescritos para serem utilizados em domicílio, assim como encaminhar o paciente e/ou responsável ao local de referência para aquisição, se necessário;
- Solicitar que repitam as informações para confirmar compreensão sempre que possível, ou aplicar outras ferramentas para verificação da compreensão.
- Entregar o Guia de Orientação Farmacêutica institucional ao paciente juntamente com outros materiais gráficos disponíveis relacionados à orientação prestada;
- Caso se faça necessário para melhor entendimento do paciente, preencher o Guia de Orientação de Farmacêutica com o nome do farmacêutico responsável, nome completo e sexo e idade do paciente, inserindo os medicamentos prescritos na alta com especificação de dose, posologia e outras informações que sejam relevantes (possíveis interações, efeitos adversos, etc).

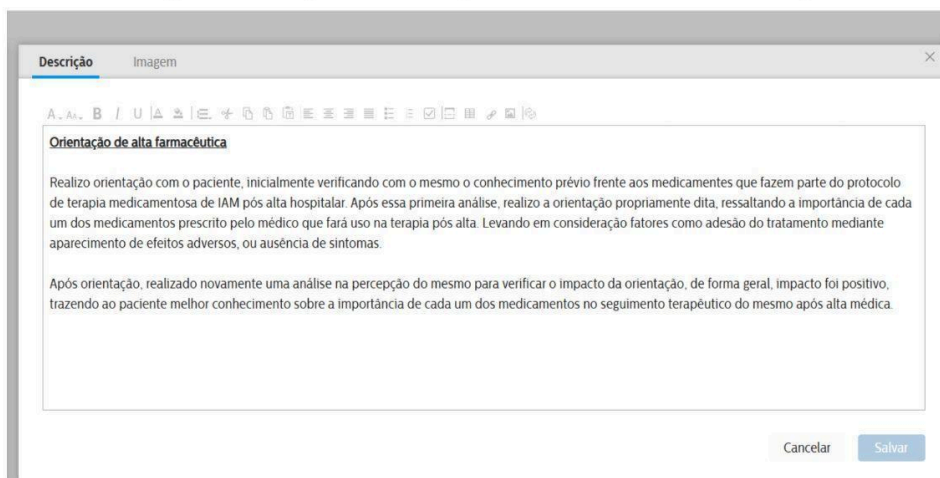


<b>POP-ASS-411</b> Revisão 00 Emissão: 04/02/2025	<b>ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA DE ALTA HOSPITALAR</b>	
---	---	---

### 5.3. Registro das Orientações de Alta no prontuário eletrônico:

- Abrir o sistema Tasy através do perfil “Farmácia - Farmacêuticos H”, selecionar o “Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP”, localizar o paciente orientado pelo número de Atendimento e clicar na opção “Plano de Alta”;
- Adicionar uma nova evolução de Orientação de Alta se baseado na que foi realizada presencialmente com o paciente, redigindo as seguintes informações do paciente:
  - Se possível registrar/relacionar os medicamentos prescritos para alta hospitalar;
  - Registrar as orientações realizadas;
  - Registrar se necessário o encaminhamento ou orientação para outro serviço;
  - Descrever brevemente a compreensão do paciente quanto à informação fornecida.
- Concluir a evolução e assinar digitalmente.

**Figura 3: Exemplo de Orientação Farmacêutica de Alta no Tasy**



Descrição Imagem

**Orientação de alta farmacêutica**

Realizo orientação com o paciente, inicialmente verificando com o mesmo o conhecimento prévio frente aos medicamentos que fazem parte do protocolo de terapia medicamentosa de IAM pós alta hospitalar. Após essa primeira análise, realizo a orientação propriamente dita, ressaltando a importância de cada um dos medicamentos prescrito pelo médico que fará uso na terapia pós alta. Levando em consideração fatores como adesão do tratamento mediante aparecimento de efeitos adversos, ou ausência de sintomas.

Após orientação, realizado novamente uma análise na percepção do mesmo para verificar o impacto da orientação, de forma geral, impacto foi positivo, trazendo ao paciente melhor conhecimento sobre a importância de cada um dos medicamentos no seguimento terapêutico do mesmo após alta médica.

Cancelar Salvar

<b>POP-ASS-411</b> Revisão 00 Emissão: 04/02/2025	<b>ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA DE ALTA HOSPITALAR</b>	
---	---	---

#### 6. REGISTRO DE ALTERAÇÕES

HISTÓRICO		
Revisão	Data de emissão	Descrição da alteração
00	04/02/2025	Emissão inicial.
Elaborado por	Kaue Marcelo Ribeiro Sonda; Luiz Henrique Moraes de Souza	
Validado por	Raisa da Silva Dorneles; Higor Teixeira Colombo	
Aprovado por	Jhessica Armindo Coan	

**ANEXOS****ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SANTA CATARINA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PROTOCOLO DE ORIENTAÇÃO DE ALTA FARMACÊUTICA EM PACIENTES PÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM UM HOSPITAL PRIVADO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS

**Pesquisador:** LUIZ HENRIQUE MORAES DE SOUZA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 75318623.9.0000.0121

**Instituição Proponente:** Departamento de Farmacologia

**Patrocinador Principal:** UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.735.811

**Apresentação do Projeto:**

Segundo os pesquisadores:

Resumo:

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é responsável por cerca de 30% das mortes no Brasil, sendo o público com a probabilidade de maior ocorrência os pertencentes a faixa dos 60 anos. Com isso, proporcionar e assegurar uma melhor adesão farmacológica se destaca como estratégia para um aumento da sobrevivência, juntamente com o fornecimento de informações adequadas para implementação e manutenção da terapia medicamentosa por toda a equipe multidisciplinar. Será realizada a orientação farmacêutica fornecendo orientações sobre a farmacoterapia que será utilizada pelo mesmo após hospitalização, e possíveis efeitos adversos que poderão surgir durante a farmacoterapia. Espera-se que a orientação de alta farmacêutica que será oferecida para esses pacientes após o evento tenha o intuito de demonstrar educativamente a importância do tratamento medicamentoso, e, além disso, demonstrar a importância da adesão ao tratamento, da minimização de possíveis reações adversas, interações medicamentosas, entre outros eventos, além de avaliar os conhecimentos prévios do paciente frente a essa nova terapia.

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 6.735.811

**Hipótese:**

-H1: Há impactos com a orientação de alta farmacêutica pós IAM mediante a avaliação do conhecimento e adesão dos pacientes.

**Objetivo da Pesquisa:**

Segundo os pesquisadores:

**Objetivo Primário:**

Implementação de um protocolo de orientação de alta farmacêutica para pacientes pós infarto agudo do miocárdio (IAM) em um hospital particular da Grande Florianópolis.

**Objetivo Secundário:**

Discorrer sobre o IAM e seus aspectos epidemiológicos, justificando a importância de um acompanhamento frente a pacientes acometidos por essa patologia;

Evidenciar os serviços farmacêuticos que podem ser prestados à pacientes após esses eventos cardiovasculares;

Elaborar materiais educativos e para orientação de alta desses pacientes, com objetivo de melhorar a adesão e entendimento sobre a terapêutica no momento da alta hospitalar;

Avaliar o conhecimento dos pacientes sobre a terapia farmacológica do infarto agudo do miocárdio por meio de questionário pré elaborado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os pesquisadores:

**Riscos:**

Essa pesquisa representará mínimos riscos aos participantes, uma vez que não envolve procedimentos invasivos ou que interferem em questões orgânicas ou psíquicas dos participantes. Ainda, há o risco de quebra da confidencialidade dos dados dos participantes, o qual será minimizado mediante o compromisso de sigilo profissional assumido pelos pesquisadores e o ajustamento dos procedimentos adotados ao longo da pesquisa aos critérios de ética em pesquisa envolvendo seres humanos preconizados na Resolução n. 466/12.

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701

**Bairro:** Trindade

**CEP:** 88.040-400

**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3721-6094

**E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.735.811

**Benefícios:**

O presente estudo contribuirá, através da disponibilidade dos resultados para a consulta acadêmica, para a construção de conhecimento nos âmbitos da Ética, da Educação em Saúde. E para fomentar as práticas de fortalecimento da orientação de alta farmacêutica.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

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

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Recomendações:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

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

As pendências apontadas no parecer da versão anterior do projeto foram resolvidas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2227399.pdf	25/03/2024 19:55:28		Aceito
Outros	Cartaresposta.pdf	25/03/2024 19:52:46	LUIZ HENRIQUE MORAES DE SOUZA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2227399.pdf	19/03/2024 19:14:18		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/03/2024 19:03:31	LUIZ HENRIQUE MORAES DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	19/03/2024 19:03:31	LUIZ HENRIQUE MORAES DE SOUZA	Postado

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.735.811

Ausência	TCLE.pdf	19/03/2024 19:03:31	LUIZ HENRIQUE MORAES DE SOUZA	Postado
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2227399.pdf	16/02/2024 11:47:38		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	16/02/2024 11:46:48	LUIZ HENRIQUE MORAES DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMestrado.pdf	27/10/2023 12:21:05	LUIZ HENRIQUE MORAES DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	27/10/2023 12:18:06	LUIZ HENRIQUE MORAES DE SOUZA	Aceito
Outros	anuencia.pdf	27/10/2023 12:16:19	LUIZ HENRIQUE MORAES DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/10/2023 09:18:52	LUIZ HENRIQUE MORAES DE SOUZA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

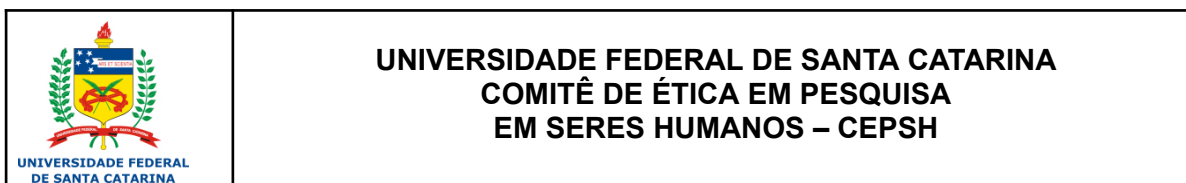
**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 01 de Abril de 2024

Assinado por:  
Luciana C Antunes  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo acompanhar pacientes pós evento de infarto agudo do miocárdio no sentido de melhorar a adesão medicamentosa ao tratamento, sanar possíveis dúvidas sobre a terapêutica, e melhorando assim sua qualidade de vida.

Esta pesquisa está associada ao projeto de pesquisa do farmacêutico Luiz Henrique Moraes de Souza intitulado **“Acompanhamento farmacêutico de pacientes pós infarto agudo do miocárdio em um hospital privado da grande Florianópolis”**, sob orientação de José Eduardo da Silva Santos, vinculado ao Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Farmacologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Durante a pesquisa você irá responder perguntas referentes ao seu conhecimento sobre a terapêutica específica do infarto, entre outras, através de um formulário estruturado.

Você poderá se beneficiar com os desdobramentos desta pesquisa. O benefício imediato relacionado a este projeto pode ocorrer pelo fortalecimento do seu conhecimento perante aos medicamentos que fará uso. Além disso, você estará contribuindo para a geração de dados importantes que poderão subsidiar novos estudos para melhorar ainda mais a saúde e adesão terapêutica de pacientes infartados.

Por outro lado, você poderá sentir algum tipo de desconforto, constrangimento e cansaço ao responder as perguntas. Caso isso ocorra, o pesquisador proporcionará toda a assistência necessária e você terá a liberdade de realizar posteriormente esta etapa da pesquisa ou mesmo desistir da participação.

Você terá o esclarecimento sobre qualquer aspecto da pesquisa quando julgar necessário. Você é livre para se recusar a participar da pesquisa, assim como retirar o seu consentimento ou interromper a pesquisa em qualquer momento. A sua

participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios. Caso necessite de qualquer informação durante ou posteriormente à realização da pesquisa, sinta-se à vontade para entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone ou e-mail abaixo.

Você deve ficar ciente de que apenas o pesquisador terá acesso aos seus dados pessoais e de que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado que permita sua identificação não será liberado sem sua permissão. Os resultados gerais deste trabalho poderão ser divulgados em encontros ou revistas científicas sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. A quebra de sigilo seja por qualquer motivo intencional ou não-intencional deverá ser tratada nos termos da lei.

Você assinará duas vias deste consentimento informado, sendo que uma será arquivada no Programa de Pós-Graduação em Farmacologia da Universidade Federal de Santa Catarina e outra via será entregue a você.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira por participação em pesquisa. O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

#### 1) **DADOS DO PESQUISADOR**

Nome completo: Luiz Henrique Moraes de Souza

Doc. Identificação: RG: 1102656 SSP/RO

Endereço: Rua Gaspar nº 56, Bela Vista, São José, Santa Catarina.

Endereço de e-mail: luiz-henrique-ms@hotmail.com

Telefone: (69) 984473559

#### 2) **CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO**

Eu, \_\_\_\_\_, R

G \_\_\_\_\_, declaro que li este documento, recebi do pesquisador todas as informações que julguei necessárias e concordei, por livre e espontânea vontade, em me juntar como participante ao projeto de pesquisa intitulado "**Acompanhamento farmacêutico de pacientes pós infarto agudo do miocárdio em um hospital privado da grande Florianópolis**", após estar

devidamente informado (a) sobre os objetivos e finalidades do estudo, e ainda sobre os termos da minha participação no mesmo.

Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão também assinadas pela pesquisadora, sendo que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra à pesquisadora.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_  
(local e data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do voluntário ou representante legal acima identificado)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura da pesquisador(a))