

# A ATENÇÃO FARMACÊUTICA AO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

## PHARMACEUTICAL ATTENTION AND CARE FOR ARTERIAL HYPERTENSION PATIENT

DHIOW CARLOS JANUÁRIO<sup>1</sup>; ITALO PEREIRA FLOR<sup>2</sup>; KALYNE RAQUELL DA  
SILVA RODRIGUES<sup>3</sup>; FERNANDA SANTANA LACERDA<sup>4</sup>; FERNANDO YANO<sup>5</sup>.

**RESUMO:** O presente artigo aborda o atendimento do profissional farmacêutico aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica demonstrando que o atendimento deve ser pontual e humanizado, levando-se em conta todo o histórico do paciente e incluindo seu estilo de vida. A HAS pode ser controlada por meio de medicação, por modificação da alimentação, diminuição do sedentarismo, bebidas alcoólicas e tabagismo. Conforme o grau de gravidade que se encontra o paciente, as classes de medicamentos à disposição são variadas e cada uma delas tem funções específicas analisadas na presente pesquisa. A metodologia utilizada foi uma revisão bibliográfica com a análise de 24 artigos selecionados. Os critérios utilizados para inclusão dos trabalhos são artigos publicados de 1999 a 2019 de procedência nacional e idioma português. O estudo mostra sua relevância pela grande incidência na população mundial e brasileira da doença e por ser uma enfermidade silenciosa, mas quando bem investigada e tratada por uma equipe multiprofissional envolvendo farmacêutico, o número de óbitos associados à ação direta da doença é diminuído. Por meio de uma atenção individualizada tanto no que se refere a adaptações na medicação quanto a orientações de tratamento não medicamentosa há a melhora nas condições e expectativa de vida do paciente.

**Palavras-chave:** Cuidado ao paciente, fármacos anti-hipertensivos, terapia combinada .

**ABSTRACT:** This article addresses the care provided by the pharmacist to patients with Systemic Arterial Hypertension, demonstrating that the care must be punctual and humane, taking into account the patient's entire history and including his/her lifestyle. SAH can be controlled through medication, dietary modification, decreased sedentary lifestyle, alcoholic beverages and smoking. Depending on the degree of severity of the patient, the classes of medication available are varied and each one of them has specific functions analyzed in this research. The methodology used was a literature review with an analysis of 24 selected articles. The criteria used for inclusion of works are articles published from 1999 to 2019 of national origin and Portuguese language. The study shows its sample because of the high incidence of the disease in the world and Brazilian population and because it is a silent disease, but when well investigated and treated by a multidisciplinary team involving a pharmacist, the number of deaths associated with the direct action of the disease is reduced. Through individualized attention, both with regard to medication adaptations and non-pharmacological treatment guidelines, the improvement in the patient's conditions and life expectancy is concerned.

**Keywords:** Pharmaceutical Care . Arterial hypertension. Use of medicines.

---

<sup>1</sup> Discente do curso de Farmácia - FacUnicamps - E-mail: dhiowcarlos@gmail.com

<sup>2</sup> Discente do curso de Farmácia - FacUnicamps - E-mail: italopereira100@gmail.com

<sup>3</sup> Discente do curso de Farmácia - FacUnicamps - E-mail: kalyneraquell7@gmail.com

<sup>4</sup> Discente do curso de Farmácia - FacUnicamps - E-mail: nandasantanalacerda@gmail.com

<sup>5</sup> Orientador: Docente do curso de Farmácia - FacUnicamps - E-mail: fernando.abrao@facunicamps.edu.br

## 1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica que se caracteriza pelos níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Ela é chamada de doença silenciosa, pois muitas vezes não apresenta sintomas, o que pode levar a ser descoberta apenas quando já estiver afetado o órgão alvo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Como sintomas iniciais podem ser observados enjoos, tonturas, dor de cabeça e/ou na nuca, dificuldade para respirar, visão dupla ou embaçada, dor no peito, palpitações cardíacas, pequenos pontos de sangue nos olhos; zumbido no ouvido e sonolência repentina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Estima-se que cerca de 17 milhões de brasileiros sejam portadores de HAS, estatística que tende a aumentar devido ao aparecimento cada vez mais precoce da doença, uma vez que cerca de 4% desse percentual corresponde a crianças e adolescentes. A HAS implica em um aumento substancial de risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, doença arterial periférica; aneurisma; ataque cardíaco; arritmias; aterosclerose (RADOVANOVIC et al., 2014).

A Obesidade, sobrepeso, sedentarismo, estresse, tabagismo e quantidades excessivas de álcool e/ou sódio (sal) contribuem para o desenvolvimento da pressão alta e, na grande maioria dos casos, a doença é herdada devido a fatores genéticos ou adquirida (MACHADO et al., 2007).

A HAS primária se dá quando não há pré-morbidades ou essas são desconhecidas já a secundária se associa a comorbidades pré existentes como apneia do sono, doença renal crônica ou aldosteronismo primário (BRASIL, 2013).

A atenção farmacêutica (AF) a um paciente portador de HAS é de fundamental importância já que se trata de um diagnóstico complexo, por conta de doenças associadas e do estilo de vida do paciente. O profissional de farmácia deve prestar uma atenção especial ao paciente além das prescrições de medicamentos visto a HAS ser uma doença que traz como consequência morbidades com alto risco de óbito.

Este trabalho tem como objetivo demonstrar a importância da atenção farmacêutica no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica.

## 2 EPIDEMIOLOGIA E DIAGNÓSTICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A HA (Hipertensão Arterial) é uma doença de que afeta a população mundial, é um problema de saúde pública e está ligada há várias outras comorbidades graves tais como; infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica, acidente vascular

encefálico e doença renal crônica (BRASÍLIO, 2016; TKACHUK, 2019). É responsável por cerca de 72 % do total de mortes no Brasil, sendo assim uma das prioridades do sistema de saúde e dentre as doenças crônicas não transmissíveis a HAS possui uma taxa de 21,4% em pacientes acometidos acima de 18 anos, representando cerca de 31 milhões de portadores (TANAKA et al., 2019).

Há uma estimativa que em 2025, segundo a Organização Mundial de Saúde, 29% da população mundial seja diagnosticada com hipertensão arterial aproximadamente 1,56 bilhão de pessoas, prevalecendo em indivíduos acima de 60 anos (OMS, 2002).

Chegando ao agravamento de eventos cardiovasculares como: acidente vascular cerebral, o infarto do miocárdio, a morte súbita, a insuficiência cardíaca e a doença arterial periférica, bem como a doença renal (OMS, 2002).

Os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS são: idade avançada, genética, consumo de sódio, sedentarismo, má alimentação, tabagismo, alcoolismo. No Brasil, por volta de 32% da população tem HAS, por ser uma doença assintomática, um número elevado de pessoas não têm conhecimento da alteração de sua pressão arterial (OPAS, 2002). Para diagnosticar um paciente com HAS não se leva apenas em consideração a aferição da PA (Pressão Arterial), o profissional da saúde habilitado deve analisar possíveis causas secundárias os riscos cardiovasculares, complicações em órgãos alvos e outras doenças que podem estar associadas a exemplo da diabete, a obesidade, a presença de doenças cardiovasculares (MALACHIAS, 2016).

Tabela 01 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 - 139	85 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

(> 18 anos).

Fonte: MALACHIAS, 2016.

O diagnóstico da HA é complexo e exige além da investigação do histórico do paciente, a detecção de patologias associadas a HA, a aferição da pressão arterial deve ser feita de acordo com os fatores de risco que o paciente possui (MALACHIAS, 2016).

A avaliação inicial do paciente com hipertensão inclui história clínica e exame físico para confirmar a elevação da pressão arterial e identificar os fatores de risco associados, alguma possível causa secundária e avaliar o risco cardiovascular (MALACHIAS, 2016).

Cerca de 90% dos pacientes são assintomáticos. Alguns podem apresentar cefaléia e tontura, que nem sempre estão associados à HAS. É fundamental a pesquisa de lesão de órgãos alvo (LOA) como os rins, os vasos e o coração e pesquisa de causas secundárias da hipertensão arterial. Por isso, o médico pode pedir os seguintes exames: sumário de urina, potássio plasmático, creatinina sérica, glicemia de jejum, colesterol total e frações, ácido úrico plasmático, eletrocardiograma (MALACHIAS, 2016).

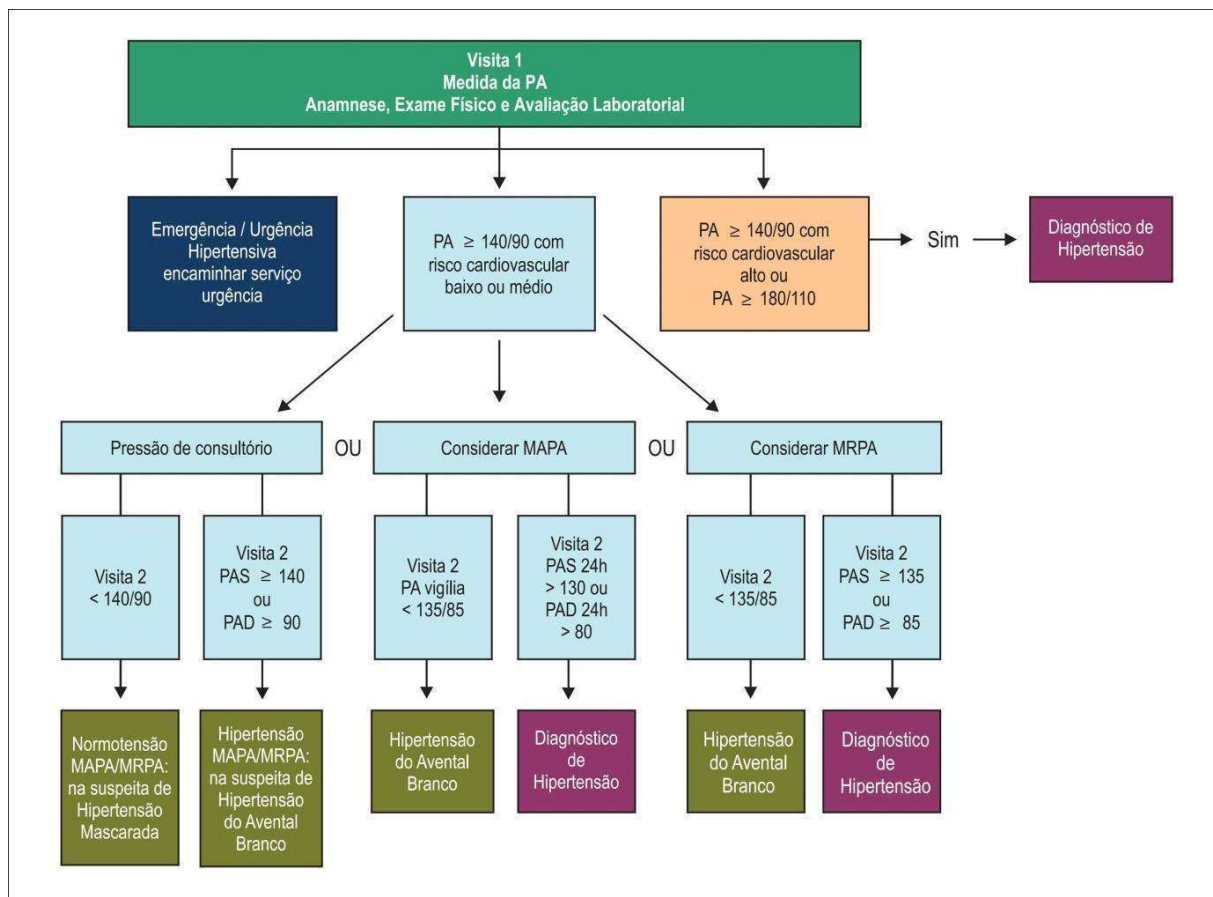
Ainda quanto à medição da PA (pressão arterial) para diagnóstico outros fatores devem ser considerados como por exemplo a hipertensão mascarada e a do avental branco que são casos opostos entre si, na primeira a pressão do paciente se altera fora do consultório, e na segunda a pressão se altera dentro do consultório (MALACHIAS, 2016).

O tipo de atendimento emergencial ou ambulatorial e ainda o modo de aferição da pressão. Conforme o número de visitas e o tipo de medição que pode ser a MRPA (Monitoração Residencial da Pressão Arterial) que consiste em uma modalidade de medição realizada com protocolo específico, consistindo na obtenção de três medições pela manhã, antes do desjejum e da tomada da medicação, e três à noite, antes do jantar, durante cinco dias. Outra opção é realizar duas medições em cada uma dessas duas sessões durante sete dias (RODRIGUES, GELEILETE, 2010).

Outro método é o MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial) que permite o registro indireto e intermitente da PA durante 24 horas ou mais, enquanto o paciente realiza suas atividades habituais durante os períodos de vigília e sono. Uma de suas características mais específicas é a possibilidade de identificar as alterações circadianas da PA, sobretudo em relação às medições durante o sono que têm implicações prognósticas consideráveis. São atualmente consideradas anormais as médias de PA de 24 horas  $\geq 130/80$  mmHg, vigília  $\geq 135/85$  mmHg e sono  $\geq 120/70$  mmHg (RODRIGUES, GELEILETE, 2010).

A figura 1 abaixo demonstra o passo a passo do diagnóstico incluindo a anamnese completa, exame clínico e exame laboratorial.

Figura 01- Diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica.



Fonte: MALACHIAS, 2016.

PA – Pressão Arterial. PAD - Pressão Arterial Diastólica. PAS - Pressão Arterial Sistólica. MRPA - Monitoração Residencial da Pressão Arterial. MAPA - Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial.

### 3 TRATAMENTO DA HAS

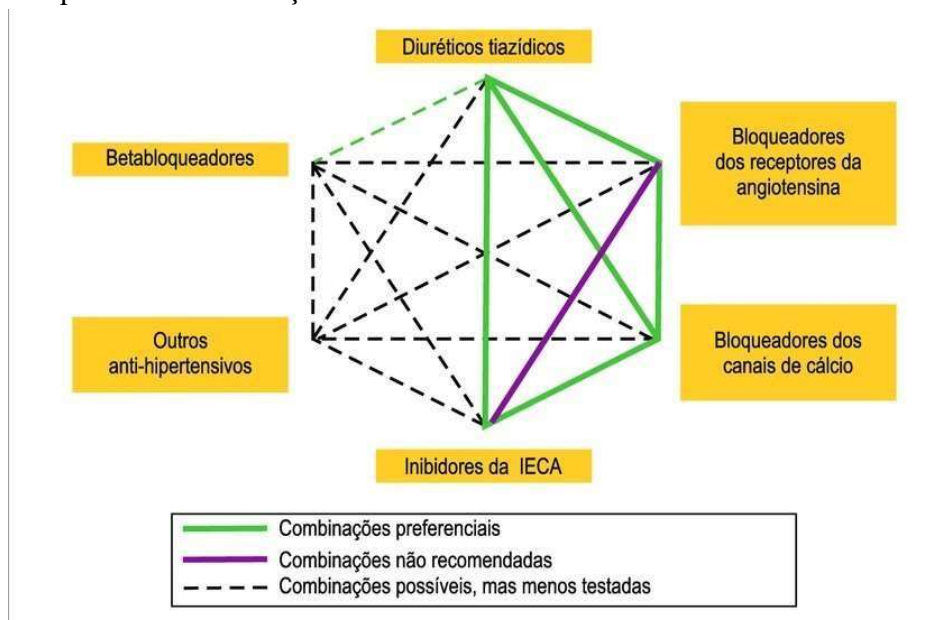
De acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial existem basicamente dois tipos de tratamento sendo o não medicamentoso (mudança no estilo de vida) e o farmacológico e para o emprego de ambos deve-se analisar o estágio da doença, os riscos cardiovasculares e as metas de pressão arterial a serem alcançadas (MALACHIAS, 2016).

Para todos os estágios de HAS é preconizado o tratamento não farmacológico. As estratégias de mudanças de vida são preconizadas no controle de peso, mudança no padrão alimentar reduzindo o consumo de alimentos fritos e industrializados do tipo embutido e enlatado, devido ao seu alto teor de sal, e dar preferência a alimentos naturais como os vegetais e as frutas frescas, redução do consumo de sódio, moderação do consumo de álcool, prática de atividades físicas (MALACHIAS, 2016). O início de tratamento farmacológico se aplica à HAS de estágios 2 e 3, já há pacientes em estágio 1, com risco cardiovascular, deve-se esperar de 3 a 6 meses após o início da mudança de estilo de vida (MALACHIAS, 2016).

Segundo a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, a farmacoterapia deve ter como preferência os fármacos que comprovadamente diminuem os eventos cardiovasculares, sendo os demais, reservados para casos de associação de múltiplos medicamentos para atingir as metas de PA (MALACHIAS, 2016).

Embora o ideal seja propor tratamento monoterapêutico para HAS, já que diminui os custos, os efeitos adversos e a adesão do paciente é melhor, na maioria dos casos, os pacientes hipertensos precisam de associação de dois ou mais fármacos de mecanismos diferentes justificado pelo fato de a maioria dos anti-hipertensivos usar mecanismos compensatório na manutenção da PA (KARTZUNG et al., 2007). As interações medicamentosas preferencial de associações de medicamentos, de acordo com mecanismos de ação e sinergia, Conforme a Figura 2 abaixo:

Figura 02- Esquemas de medicação.



Fonte: BARROSO et al., 2020.

IECA- Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina.

Há várias maneiras de classificar os fármacos anti-hipertensivos considerando a mais simples temos os seguintes medicamentos com ações variadas entre eles: diuréticos tiazídicos, inibidores adrenérgicos, agonistas alfa-2 central, bloqueadores beta-adrenérgicos, bloqueadores alfa-1 adrenérgicos, vasodilatadores diretos, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora de angiotensina e Bloqueadores do receptor da angiotensina (PENILDON, 2010).

Os diuréticos tiazídicos como a hidroclorotiazida e a clortalidona agem no néfron produzindo depleção de sódio, reduzindo os fluídos extracelular e o débito cardíaco na continuação da terapia a resistência vascular periférica é diminuída. Alguns de seus efeitos adversos consistem em dislipidemias, intolerância a glicose, hipocalcemia, impotência sexual, hiperuricemia (KATZUNG, TREVOR, 2017).

Os inibidores adrenérgicos a exemplo do captopril e enalapril, de ação central, causam depressão dos tônus simpáticos tendo ação agonista nos receptores pré-sinápticos alfa-2-adrenérgicos e imidazólicos do sistema nervoso central (SNC) resultando em um efeito hipotensor. As reações adversas mais observadas são tontura, boca seca, cefaléia, alterações do sono, congestão nasal e outros mais (PENILDON, 2010).

Os fármacos betabloqueadores (atenolol, metoprolol esmolol) atuam bloqueando a ação de certos hormônios do sistema nervoso como a epinefrina, também conhecida como adrenalina, também obstruem a produção de angiotensina II, um hormônio produzido pelos rins. Fazendo assim com que o ritmo cardíaco diminui pelo bloqueio dos receptores beta ocasionando assim uma diminuição da frequência cardíaca, da pressão arterial e da contração miocárdica (SILVA, 2010).

Esses medicamentos têm perfis farmacológicos diferentes, diminuindo a frequência e débito cardíaco, alterando a resistência vascular periférica, diminuindo o retorno venoso e alterando a atividade da renina plasmática. Os efeitos adversos mais comuns são encontrados entre os idosos sendo fadiga, letargia, frieza de extremidades, insônia e pesadelos (SILVA, 2010).

Os bloqueadores alfa-1 adrenérgicos como o prazosina bloqueiam o adrenoreceptor alfa-1 nos pós-sinapse da arteríolas pré-capilares na circulação periférica em uma interação competitiva. Seus mecanismos anti-hipertensivos são a diminuição inicial do débito cardíaco, redução da secreção de renina, readaptação dos barorreceptores e diminuição das catecolaminas nas sinapses nervosas. Os efeitos adversos consistem em hipotensão, tonturas, cefaleia, congestão da mucosa nasal e dificuldade de ejaculação e sonolência (SILVA, 2010) . Os vasodilatadores diretos, hidralazina e minoxidil, atuam no relaxamento da musculatura lisa das arteríolas diminuindo a resistência vascular sistêmica, promovendo relaxamento muscular com consequente vasodilatação e redução da resistência vascular periférica. Reações adversas como edema, angina, taquicardia e palpitações são observadas quando associadas a doses erradas de betabloqueadores e diuréticos (KATZUNG, TREVOR, 2017).

Bloqueadores dos canais de cálcio como nifedipina, anlodipino, nicardipina, felodipina, verapamil e diltiazem inibem o influxo de cálcio diminuindo as concentrações livres de cálcio intracelular, também aumentam a vasoconstrição através dos barorreceptores. Fazendo assim um efeito vasodilatador, reduzindo a frequência cardíaca e desacelerando a condução aurículo-ventricular. Os efeitos adversos mais encontrados são a descompensação da insuficiência cardíaca, bloqueio de condução e obstipação (SILVA, 2010).

Os inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECAs) como o ramipril bloqueiam o sistema renina-angiotensina através da inibição da enzima peptidil dipeptidase, que hidrolisa angiotensina 1 em angiotensina 2. O bloqueio de angiotensina 2 causa alguns

efeitos como hipercalemia, hipotensão e deterioração da função renal. Os efeitos adversos mais comuns são: tosse, hipotensão ortostática na primeira dose, erupção cutânea, perda do paladar, proteinúria, leucopenia e hipersensibilidade com edema angioneurótico (KOHLMANN JR, 2010).

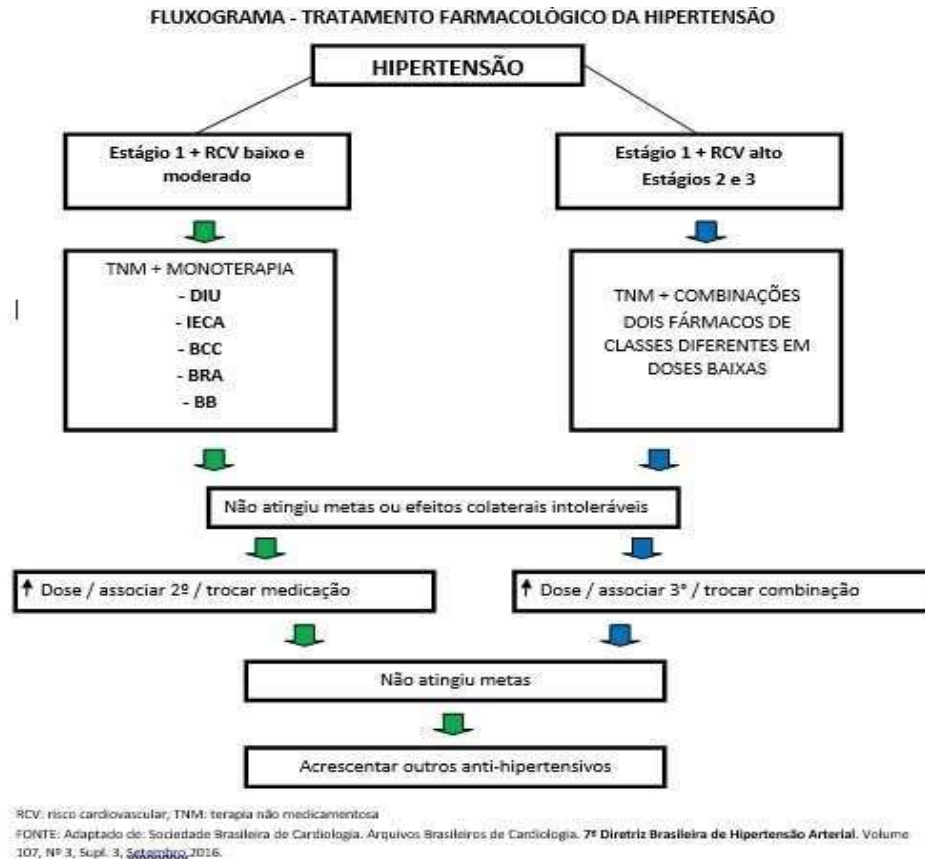
Antagonistas dos receptores de angiotensina com losartan, candesartana, eprosartan, irbesartan, telmisartan e valsartan bloqueiam os receptores antagonizando seletivamente a angiotensina 2 (ANGII). Com o bloqueio desses receptores ocorre como resposta o relaxamento dos vasos sanguíneos, em consequência reduz a força de contração do coração, diminuindo o bombeamento do sangue para o corpo fazendo com que diminua a PA. Em relação aos efeitos adversos, alguns estudos mostraram semelhança com os efeitos dos inibidores da ECA, com exceção da tosse (FERNANDES et al., 2017).

O esquema de tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica divide-se em prioritariamente dois modos distintos de acordo com o estágio da doença em que se encontra o paciente.

Se o paciente estiver com um risco baixo de comprometimento cardiovascular e em estágio 1, o tratamento é com um medicamento, já se o risco for maior e o paciente apresentar danos no sistema cardiovascular o tratamento medicamentoso com medicações associadas, em baixa dosagem conforme a resposta do paciente o médico pode aumentar a dose dos dois ou mais medicamentos ou mesmo associar mais algum. Todas as terapias medicamentosas são acompanhadas com tratamentos não-medicamentosos. Conforme Fluxuograma 01 abaixo:

Fluxuograma 01 - Esquemas de tratamento Hipertensão Arterial Sistêmica.





Fonte: MALAQUIAS, 2016.

RCV: Risco cardiovascular. TNM: Tratamento não medicamentoso. DIU: Diuréticos tiazídicos. IECA: Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina. BCC: Bloqueadores dos Canais de Cálcio. BRA: Bloqueadores de Receptores de Angiotensina. BB: Beta Bloqueadores.

### Atenção Farmacêutica ao paciente HAS

A atenção farmacêutica foi pregada pela primeira vez em 1990 nos Estados Unidos por Hepler e Strand na literatura científica com o termo “pharmaceutical care” em um artigo publicado na revista ASHP, traduzido para o Brasil com o significado de atenção farmacêutica. Segundo Hepler e Strand a melhora na qualidade de vida do paciente é o primeiro objetivo da atenção farmacêutica eficaz (HEPLER E STRAND, 1990).

Em 1993, esse conceito foi aceito pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em uma reunião em Tóquio foi definido o papel do farmacêutico e suas atribuições como um profissional que pode participar ativamente da prevenção e promoção da saúde, junto com outros profissionais da saúde (OMS, 1993).

No Brasil, ocorreu em 2002 essa proposta do consenso brasileiro de atenção farmacêutica com o seguinte conceito de acordo com a Organização Pan Americana da Saúde (2002), a prática farmacêutica deve respeitar compromissos e co-responsabilidades empregando valores éticos no sentido de comportamentos por parte de profissionais habilitados, no intuito de se buscar a

prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde de forma integrada à equipe de saúde. O farmacêutico deve ter uma interação direta com o usuário, respeitando especificidades bio-psicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida (OPAS, 2002).

Com o objetivo de atender pacientes com necessidades farmacoterapêuticas e resolução de problemas envolvendo medicamentos. Entre as principais atribuições designadas a atenção farmacêutica está a responsabilidade de orientar, educar, dispensar, atender, acompanhar e avaliar (OPAS, 2002).

O farmacêutico é um profissional de saúde também responsável pela prevenção e controle da doença crônica HAS (OLIVEIRA, MENEZES, 2013). Este profissional tem papel fundamental para alcançar melhores resultados no tratamento já que não existe cura, podendo ser medicamentoso com um ou mais fármacos anti-hipertensivos associados, e não medicamentoso com a mudança no estilo de vida como a prática de exercícios físicos e alimentação balanceada (SPINATO, MONTEIRO, SANTOS, 2010).

A atenção farmacêutica tem como objetivo obter controle da doença, melhorar qualidade de vida com acompanhamento adequado e garantindo a efetividade e segurança no tratamento e diminuição de riscos à saúde como a intoxicação de medicamentos, interação entre fármacos e alimentos, efeitos adversos e doenças em descontrole (ANGONESI, 2005).

Um estudo publicado na revista *Archives of internal medicine* 2009 avaliou 402 pacientes com idade média de 58 anos com hipertensão arterial que não estavam controlados e dividiu esses pacientes em 2 grupos. No primeiro grupo, o farmacêutico apenas dispensou o medicamento prescrito pelo médico. Já no segundo grupo, o farmacêutico aplicou a atenção farmacêutica aplicou seus conhecimentos técnicos para avaliar a pressão arterial desse paciente e participar juntamente com o médico em ajuste de dose ou troca do fármaco quando necessário. Logo após 6 meses, 64% dos pacientes do segundo grupo que estavam sendo acompanhadas pelo farmacêutico obtiveram os resultados recomendados, do primeiro grupo apenas 30% conseguiram os mesmos resultados (CARDOSO, 1999).

De acordo com as diretrizes de hipertensão (2010) a principal forma de diagnosticar a HAS é pela detecção de níveis elevados da PA (pressão arterial) pela medida casual, deve ser realizada por um profissional da saúde em toda avaliação, o procedimento de aferição correto é simples, mas nem sempre é realizado corretamente (MALACHIAS, 2016).

Algumas atitudes são recomendadas para evitar erros durante o processo, como explicar claramente ao paciente antes de iniciar o passo a passo e tirar possíveis dúvidas. Esclarecer que a bexiga não pode estar cheia pois altera níveis da pressão. Perguntar se foi feita alguma atividade física, ou se ingeriu bebida alcoólica, café ou fumou nas últimas horas. Além disso, o

paciente deve repousar durante no mínimo 5 minutos em um local calmo, sem conversar no repouso e durante o procedimento (SBC, 2016).

O posicionamento do paciente também é muito importante para um resultado preciso. O paciente deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou quarto espaço intercostal), sem o uso de roupas apertadas no braço, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo inclinado (OLIVEIRA, MENEZES, 2013).

Outro fator que pode influenciar negativamente a adesão ao tratamento da HAS são as condições demográficas e sociais da população onde em algumas regiões pode existir pouco ou nenhum conhecimento sobre a doença, as consequências que pode ocorrer caso o tratamento não seja realizado da forma correta, baixo entendimento da eficácia e efeitos do medicamento na qualidade e controle da doença, problemas financeiros para a compra do medicamento prescrito, falta de comunicação sobre a manutenção do tratamento (TAVARES, 2016).

A atenção farmacêutica contribui para adesão ao tratamento promove a educação informando ao paciente sobre a doença, sintomas, fatores de risco, diagnóstico, tratamento, posologias e possíveis complicações e danos que a doença pode causar. Visa garantir ao paciente HAS um tratamento adequado e humanizado, eficiente com o objetivo de diminuir riscos, agravo da doença, buscando sempre manter a doença em controle, melhorar a qualidade e aumentar a expectativa de vida desse público (CARVALHO, SENA, 2017).

#### 4 METODOLOGIA

O método utilizado para a presente pesquisa é a revisão bibliográfica. Trata-se de estudos que envolvem etapas preconizadas por Pereira e Bachion (2006), sendo elas:

1ª etapa: Realizada busca nos descritores em ciências da saúde, sendo as seguintes palavras-chave: Atenção farmacêutica. Hipertensão arterial. Medicamentos.

2ª etapa: Busca na seguinte base de dados da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), LILACS (Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library online).

3ª etapa: Todos os artigos, referências e resumos encontrados poderão ser lidos na íntegra, categorizados, analisados à luz de um referencial teórico e avaliados seguindo critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios utilizados para inclusão dos trabalhos foram os artigos publicados de 1999 a 2019 de procedência nacional e idioma português. Artigos de anos anteriores e outros idiomas foram excluídos. A princípio, 30 publicações foram encontradas nos bancos de dados, dos quais

24 foram selecionadas quando aplicados os critérios de inclusão. Posteriormente, após a leitura na íntegra dos resumos foram escolhidas e analisadas 6 obras completas, que atenderam aos nossos objetivos. Os descritores utilizados na pesquisa foram : Atenção Farmacêutica. Hipertensão Arterial. Uso de medicamentos.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em um estudo realizado em 2008, pela Farmácia Escola da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com o intuito de analisar as interações e o resultado dos tratamentos da HAS, a média de idade no grupo de pacientes era de 59,8 anos e um total de 83,3% destes pacientes apresentaram alguma outra doença crônica associada a HAS, quanto aos fatores de risco, 7 usuários (38,8%) eram fumantes e três (16,6%) faziam uso frequente de bebidas alcoólicas, (44,4%) eram sedentários e (88,8%) possuíam histórico de HAS ou diabetes na família. Além disso, metade dos não fazia dieta para redução de sódio e gordura. A média de fármacos utilizados por usuário foi de  $7,2 \pm 2,9$  por paciente (LYRA Jr. et al., 2008).

Os problemas farmacoterapêuticos identificados pelo serviço de Atenção Farmacêutica (46 %) foram associados à segurança farmacológica que inclui Problemas Relacionados ao Medicamento (PRM). Reações adversas ao medicamento e dificuldades para aderir ao tratamento é superior a 70 % nos dois casos. O referido estudo conclui que 74% dos problemas com interação medicamentosa foram resolvidos exclusivamente pelo serviço de Atenção Farmacêutica, sem a necessidade de intervenção médica (LYRA Jr. et al., 2008). Por meio de uma atenção individualizada, ou seja, uma intervenção farmacêutica, que pode ser referente tanto a adaptações na medicação e quanto a orientações no tratamento não medicamentoso (LYRA Jr. et al., 2008).

Para alcançar o sucesso da AF de um paciente hipertenso considera se os seguintes fatores: A influência da HAS em todo o organismo do paciente; aferições rotineiras da PA para avaliar a segurança, efetividade e necessidade da farmacoterapia; a existência de outros medicamentos em uso e possíveis interações medicamentosas (LYRA Jr. et al., 2008).

Acompanhamentos essenciais como: identificar potenciais interações medicamentosas, monitorar, classificar reações adversas, bem como desenvolver ações em farmacovigilância, que se trata de fazer notificações compulsórias sobre possíveis reações adversas observadas nos pacientes para os órgãos competentes (Secretarias de Saúde por exemplo) aconselhar e monitorar o paciente quanto ao uso racional do medicamento proporcionando segurança do mesmo (dose, e horário correto), promoção da educação em saúde para manutenção dos processos de adesão ao tratamento e também prevenção de complicações cardiovasculares

decorrentes da HAS. Todos esses procedimentos são considerados intervenções farmacêuticas (OLIVEIRA, 2013).

Em um estudo de maiores proporções onde foram entrevistados um total de 12.324 adultos, 16,3% tinham um pré-diagnóstico de HAS. Dessa porcentagem eram sedentários em média 52% dos entrevistados (SILVA, 2015).

Mostra se então a importância das orientações da atenção farmacêutica contudo sobre manutenção do peso ideal com a realização de atividade física, o que confirma dados de literatura e contribui para a perda de efetividade no manejo dessa situação de saúde (PITANGA; LESSA, 2005).

Outro estudo aponta as causas da baixa adesão ao tratamento, segundo o qual os principais motivos referentes à conduta do paciente. Concepções errôneas sobre a doença e o tratamento, compreensão equivocada das instruções, quanto a tomar os medicamentos e ao acompanhamento do tratamento não medicamentoso, ter desconhecimento de como proceder com o tratamento por conta de uma capacidade cognitiva reduzida. Além da dificuldade de seguir o tratamento corretamente, ter outras prioridades, o paciente possui dúvida quanto à efetividade do mesmo e não se sentir satisfeito com os resultados em longo prazo. Por meio de uma intervenção farmacêutica assertiva o profissional de farmácia consegue resolver todos esses problemas relatados acima (NOBRE et al., 2013).

Quanto ao tratamento, alguns fatores prejudicam a adesão como esquemas complexos (do tratamento com vários medicamentos a serem tomados em horários e quantidades diferentes), o custo, efeitos indesejáveis, resultados demorados, exige dedicação do paciente, qualidade de vida prejudicada. A respeito da Instituição de Saúde os fatores que implicam na adesão do paciente ao tratamento são: gestão na política de saúde, que abrange reduzido número de recursos humanos, falta de medicação, falta de infraestrutura (equipamentos para exames) difícil acesso ao serviço, a distância da unidade de saúde de sua residência, o longo tempo de espera e ainda a duração do atendimento (NOBRE et al., 2013).

A postura do profissional, também segundo o estudo, é fundamental para a adesão do paciente ao tratamento se o mesmo é distante, pouco cordial, desinteressado, inacessível, impessoal e/ ou formal o paciente não se sente à vontade, para dar continuidade ao mesmo. A falta de comunicação adequada, informações precisas, dedicação exclusiva no momento da consulta, e a atenção não ser contínua e personalizada, por parte do profissional, também acarreta a desmotivação do paciente em dar continuidade ao tratamento (NOBRE et al., 2013).

Além do tratamento medicamentoso da HAS é tratada em todos casos com medidas higiênico-dietéticas que incluem alimentação adequada, atividade física, abstenção de fumo e bebida alcoólica e controle de peso (MORAES et al., 2007).

Em uma pesquisa quantitativa feita pela Universidade do Paraná (UFPR) em 18 pacientes, quanto à adoção de medidas de controle da hipertensão sistêmica, os resultados foram os seguintes conforme tabela abaixo:

Tabela 02 - Medidas de controle adotadas pelos pacientes.

Experiência com complicações	Medidas de controle adotadas pelos pacientes											
	Pacientes hipertensos		Controle de alimentação		Atividade física		Abstenção de fumo e bebida		Regime alimentar		Medicação	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Em si mesmo	4	22,2	1	25,0	1	25,0	1	25,0	1	25,0	2	50,0
Em familiares	6	33,3	1	16,6	2	33,3	4	66,6	0	0,0	4	66,6
Sem experiência	8	44,4	4	50,0	3	37,5	7	87,5	1	12,5	8	100,0

Fonte: MORAES et al., 2007.

Levando em consideração a experiência dos pacientes que passaram por complicações associadas à HAS, os resultados apontam que o maior percentual de adoção de medidas de controle foi o dos pacientes que não vivenciaram nenhuma experiência prévia com as complicações da HAS, seja em si mesmos ou em familiares. Os melhores resultados foram quanto ao abandono do tabaco e das bebidas alcoólicas e o pior quanto ao regime alimentar já que a obesidade é um fator de risco para o desenvolvimento de complicações da HAS (MORAES et al., 2007).

Em um estudo feito pela com 100 pacientes Hospital Universitário Oswaldo Cruz, na emergência, todos os pacientes com algum sintoma de HAS, e posteriormente comprovado o diagnóstico pela aferição da PA cerca de 70% por deles receberam alta em média após 30 minutos os sintomas relatados foram cefaleia (35%), dor precordial (25%) e dispneia (15%), não foram relatados alterações importantes no estudo quanto diferenças de tempo de alta entre os pacientes que se encontravam sob medicação farmacológica e os que relataram não estar fazendo o tratamento. O estudo então conclui que o acompanhamento deve ser feito de maneira a maior valorização dos sintomas apresentados pelos pacientes que são atendidos com PA elevada em Unidades de Emergência. A atenção aos mesmos, além de proporcionar um atendimento mais humanizado dos pacientes, produz resultados objetivos também satisfatórios (LIMA, 2005).

Um estudo realizado com 44 pacientes com hipertensão resistente em um ambulatório hospitalar do Brasil demonstrou que 95,5% dos pacientes aderiram ao tratamento e houve uma redução significativa na pressão sanguínea ( $p < 0,05$ ). Também houve redução das visitas ao serviço de urgência ( $p = 0,0001$ ) e das admissões hospitalares ( $p = 0,006$ ) (SOUZA et al., 2007).

O tratamento foi monoterápico, prevalecendo o uso de Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (67%), seguido à distância pelos antagonistas de canais de cálcio (10%) e diuréticos (10%). A conclusão do estudo foi que o programa de Acompanhamento Farmacoterapêutico aumentou a adesão aos medicamentos anti-hipertensivos e melhorou a qualidade de vida dos envolvidos no estudo (SOUZA et al., 2007).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS é uma doença que requer atenção especial do profissional de farmácia, visto que a dosagem e o tipo de medicação a ser prescrito depende da resposta do paciente, o que ficou claro é que em todos os casos em que seja diagnosticada a HAS, a mudança do comportamento do paciente quanto à alimentação, o sedentarismo, o baixo consumo de álcool e o fim do tabagismo, influenciam de maneira primordial no combate a doença, alguns problemas apontados no estudo como a baixa adesão ao tratamento também deve ser considerado. Portanto, o estudo aponta que a AF, que coloca o farmacêutico em contato mais próximo ao paciente, deve ser processo de cuidado constante, com o objetivo de não somente averiguar os pontos negativos da medicação, mas também auxiliar o paciente no que se refere ao tratamento não medicamentoso.

O cuidado farmacêutico deve ser de forma ampla e irrestrita, individualizando e humanizando o atendimento. Como a forma mais eficiente de sanar e prevenir os problemas relacionados ao medicamento, solucionando assim, por meio da intervenção farmacêutica as necessidades relacionadas aos pacientes.

## 7 REFERÊNCIAS

ANGONESI D. Atenção Farmacêutica: Fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. [monografia] Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.

BARROSO WKS, RODRIGUES CIS, BORTOLOTTI LA, MOTA-GOMES MA, BRANDÃO AA, FEITOSA ADM. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658 Disponível em: [https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-1](https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-1). Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 15: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: MS;

2006. Disponível em: [http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad\\_AB\\_hipertensao.pdf](http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_hipertensao.pdf). Acesso em: 15 maio 2021.

CARDOSO, Claudia Lins. Psicoterapia de grupo com pacientes diabéticos e hipertensos em centros de saúde pública. *Estud. psicol. (Campinas)*, Campinas, v. 16, n. 2, p. 5-15, Aug. 1999 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103166X1999000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X1999000200001&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 07 maio 2021.

FERNANDES DR, CAVALCANTE Filho RD, TERRA JÚNIOR AT. Efeitos farmacológicos decorrentes ao bloqueio dos receptores AT1. *Rev Cient Fac Educ e Meio Ambiente [Internet]*. 2017;8(2):138-150. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.31072/rcf.v8i2.588>. Acesso: 05 maio 2021.

LYRA JR, Divaldo Pereira de, SILVA, André Santos da. et al. Avaliação do serviço de Atenção Farmacêutica na otimização dos resultados terapêuticos de usuários com hipertensão arterial sistêmica: um estudo piloto. *Rev. Bras. Farm.*, 89(3), 2008 arm., 89(3): 255-258, 2008. Disponível em: [http://www.ceatenf.ufc.br/ceatenf\\_arquivos/ceatenf\\_arquivos/Artigos/Avalia%20do%20servi%20de%20Aten%20Farmac%20na%20otimiza%20dos%20resultados%20terap%20auticos.pdf](http://www.ceatenf.ufc.br/ceatenf_arquivos/ceatenf_arquivos/Artigos/Avalia%20do%20servi%20de%20Aten%20Farmac%20na%20otimiza%20dos%20resultados%20terap%20auticos.pdf). Acesso em: 17 maio 2021.

LIMA, Sandro Gonçalves de. et al. Hipertensão arterial sistêmica no setor de emergência: o uso de medicamentos sintomáticos como alternativa de tratamento. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 85, n. 2, p. 115-123, ago. 2005. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066782X2005001500008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2005001500008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 19 maio 2021.

KATZUNG, Bertam G. (editor); (editor) TREVOR, Anthony J. *Farmacologia Básica e Clínica* 13 ed. 2017. Disponível em: <http://up-rid2.up.ac.pa:8080/xmlui/handle/123456789/2359>. Acesso em: 05 maio 2021.

KOHLMANN JR, Osvaldo et al. Tratamento medicamentoso. *J. Bras. Nefrol.*, São Paulo, v. 32, supl. 1, p. 29-43, Sept. 2010. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010128002010000500008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010128002010000500008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 06 maio 2021.



MALACHIAS MVB, SOUZA WKS, PLAVNIK FL, RODRIGUES CIS, BRANDÃO AA, NEVES MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83 Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf). Acesso em: 15 maio 2021.

MACHADO LRC, Car MR. Dialética do modo de vida de portadores de hipertensão arterial: o objetivo e o subjetivo. Rev. Esc. Enferm. USP 2007; 41(4):573-580.

MORAES, Cibele de Souza; TAMAKI, Edson Mamoru. ADESÃO ÀS MEDIDAS DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: O COMPORTAMENTO DO HIPERTENSO. Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 12, n. 2, June 2007. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/11051/7519>>. Acesso em: 17 maio 2021.

NOBRE, Fernando, COELHO, Eduardo Barbosa et al. Hipertensão arterial sistêmica primária. Medicina (Ribeirão Preto) 2013;46(3): 256-72. Disponível em: [file:///C:/Users/windows/Downloads/69136-Texto%20do%20artigo-91260-1-10-20131216%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/windows/Downloads/69136-Texto%20do%20artigo-91260-1-10-20131216%20(1).pdf). Acesso em: 17 maio 2021.

OLIVEIRA, P.A.R.; de MENEZES, F.G. Revista Eletrônica de Farmácia Vol. X (1), 51 - 68, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/windows/Downloads/20622-Texto%20do%20artigo-98793-1-10-20130401.pdf>. Acesso em: 17 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Brasília, DF, 2002. Disponível em:

[https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/120011/mode\\_cl\\_tcc\\_arafcf.pdf?sequence=1](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/120011/mode_cl_tcc_arafcf.pdf?sequence=1). Acesso em: 15 maio 2021.

PITANGA, Francisco José Gondim Pitanga<sup>1</sup>; LESSA Ines Lessa. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. Artigos • Cad. Saúde Pública 21

(3) • Jun 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/v4GsfxsR5NnnvWVmyHLnqPF/?lang=pt#>. Acesso em: 20 maio 2021.

PICCINI RX, Victora CG. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. 1997;13(4):595-600. DOI:10.1590/S0102-311X1997000400003

RODRIGUES, Cibele I. Saad; GELEILETE, Tufik José Magalhães. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI • Braz. J. Nephrol. 32 (suppl 1) • Set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/6jNWgGsW4hZpgZjfDn6bvQL/?lang=pt#>. Acesso em: 15 maio 2021.

SILVA, Penildon. Farmacologia. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SILVA, Willian Macedo da. Impacto se intervenção com atividade física em população de área de cobertura de unidade básica de saúde. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Pelotas, 2015. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/ppgef/files/2016/03/WilliamMacedo-da-Silva.pdf>. Acesso: 21 de mai. de 2021.

SOUZA, W. A. et al. Effect of pharmaceutical-care on blood pressure control and health-related quality of life in patients with resistant hypertension. Am J Health Syst Pharm. v. 64, n. 18, p. 1955-1961, 2007. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/287231303.pdf>. Acesso em: 17 maio 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, v. 82, p. 7-14, 2010. Disponível em: [https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x443](https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x443). Acesso em: 01 maio 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HISPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010;95(1 Supl.):1-51. PMID:20694399. Disponível em: [https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x443](https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x443). Acesso em: 04 maio 2021.

TAVARES, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. Rev Saude Publica. 2016;50(supl 2):10s. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt\\_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006150.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006150.pdf). Acesso em: 05 de maio de 2021.

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO**

Eu Fernanda Santana Louzada RA 31589

Declaro, com o aval de todos os componentes do grupo a:

AUTORIZAÇÃO (X)

NÃO AUTORIZAÇÃO ( )

Da submissão e eventual publicação na íntegra e/ou em partes no Repositório Institucional da Faculdade Unida de Campinas – FACUNICAMPS e da Revista Científica da FacUnicamps, do artigo intitulado: A intenção farmacêutica ao portador de hipertensão arterial sistêmica

De autoria única e exclusivamente dos participantes do grupo constado em Ata com supervisão e orientação do (a) Prof. (a): Fernando Yano

O presente artigo apresenta dados validos e exclui-se de plágio.

Curso: Farmácia. Modalidade afim presencial/bacharel

Fernanda Santana Louzada

Assinatura do representante do grupo

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Orientador (a):

Obs: O aval do orientador poderá ser representado pelo envio desta declaração pelo email pessoal do mesmo.

Goiânia, 10 de junho de 2021