

A NECESSIDADE DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

THE NEED FOR PHARMACEUTICAL CARE IN SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION

*Gilvaneide Carvalho Ribeiro¹,
Maira Luz Marques²;
Wanessa da Rocha Souza³*

RESUMO

O objetivo do estudo foi descrever os fundamentos de Atenção Farmacêutica e da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e apresentar a importância do farmacêutico no acompanhamento da farmacoterapia hipertensiva e a melhora na qualidade de vida da população. Foi feita uma revisão bibliográfica utilizando o site Google Acadêmico, buscando artigos variados, mas todos correlacionados com o tema. A adesão ao tratamento, assim como o uso correto dos medicamentos, são fatores preponderantes para o sucesso terapêutico. A HAS é uma doença crônica, não transmissível que apresenta níveis acima de 120-135 mmHg para pressão sistólica e 80-85 mmHg de pressão diastólica, considerada um dos fatores de risco principal para doenças cardiovasculares e também um problema de saúde pública. O tratamento medicamentoso requer uso contínuo, o sucesso e a prevenção de complicações dependem da aderência do paciente e a eficácia dos fármacos administrados. O profissional farmacêutico tem formação especializada em medicamentos podendo prestar a atenção farmacêutica utilizando para os métodos e modelos de acompanhamento farmacoterapêutico, a fim de, garantir a adesão e sucesso do tratamento, orientando e acompanhando o processo de tratamento para que o paciente se sinta mais seguro e suas ações promovam uma melhor eficácia do medicamento. Portanto, o acompanhamento do farmacêutico na farmacoterapia é de fundamental importância para a melhora considerada dos pacientes com HAS, é imprescindível que o farmacêutico oriente como fazer o uso correto dos medicamentos evitando super dosagem, horários errados, uso inadequado. Quando a medicação e associada com estilo de vida saudável tem se um resultado significativo ao tratamento.

¹Bacharel em Farmácia. Farmácia RaiaDrogasil S.A. Email: gilcarvalhoribeiro@gmail.com
²Bacharel em Farmácia. Farmácia Drogaria Fonte Nova. Email: maira.120@hotmail.com
³Bacharel em Farmácia. Farmácia Pague Menos. Email: wanfarmaceutica@hotmail.com

Palavras-chave: Atenção farmacêutica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Tratamento. Anti-Hipertensivos. Hábitos saudáveis.

ABSTRACT

The aim of the study was to describe the fundamentals of Pharmaceutical Care and Systemic Arterial Hypertension (SAH) and to present the importance of the pharmacist in monitoring hypertensive pharmacotherapy and improving the population's quality of life. A bibliographic review was carried out using the Google Scholar website, searching for a variety of articles, but all of them correlated with the theme. Adherence to treatment, as well as the correct use of medication, are preponderant factors for therapeutic success. SAH is a chronic, non-communicable disease with levels above 120-135 mmHg for systolic blood pressure and 80-85 mmHg for diastolic blood pressure, considered one of the main risk factors for cardiovascular disease and also a public health problem. Drug treatment requires continuous use, and success and the prevention of complications depend on patient adherence and the efficacy of the drugs administered. Pharmacists have specialized training in medicines and can provide pharmaceutical care using pharmacotherapeutic monitoring methods and models to ensure adherence and successful treatment, guiding and monitoring the treatment process so that patients feel safer and their actions promote better drug efficacy. Therefore, the pharmacist's support in pharmacotherapy is of fundamental importance for the considered improvement of patients with SAH. It is essential that the pharmacist advises on the correct use of medication, avoiding over-dosing, wrong times of day and inappropriate use. When medication is combined with a healthy lifestyle, treatment results are significant.

Keywords: Pharmaceutical care. Systemic Arterial Hypertension. Treatment. Antihypertensive drugs. Healthy habits.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Farmacêutica é direcionada ao paciente e não ao medicamento, pois o profissional da saúde tem o propósito de mostrar para a sociedade que com seu auxílio, resultados positivos foram alcançados, melhorando o quadro clínico do paciente, e proporcionando uma vida com mais qualidade aos que necessitam de seu apoio. A relação entre profissional e paciente deve ser de total confiança e respeito, o paciente deve ser ouvido com muita atenção e carinho, para que se obtenha maior número de informações sobre sua vida, a partir do diálogo entre ambos se constrói estratégias terapêuticas que se adequam melhor ao estilo de vida do paciente, com o objetivo de satisfazer suas necessidades e buscar resultados satisfatórios (MARQUES; GALDUROZ; NATO, 2012; ARAUJO; FREITAS; OLIVEIRA; PERINI, 2006).

A participação do farmacêutico tem sido consolidada, e a sua proximidade da comunidade reforça a implementação de projetos no combate à hipertensão, tendo como local de realização a própria farmácia e a aplicação de uma nova prática: A Atenção Farmacêutica (WHO, 2000).

A Atenção Farmacêutica tem se mostrado útil para diminuir a baixa adesão à terapia e promover o controle da hipertensão.

O farmacêutico é um profissional da saúde também responsável pelo combate e prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doença que atinge 24,4 % dos brasileiros, e o ato de aferição da pressão arterial em farmácias e drogarias, bem como o acompanhamento da farmacoterapia, foi reconhecido como parte

de Atenção Farmacêutica pela RDC 44/09 da ANVISA (ANVISA, 2009).

Um estudo realizado por Garção e Cabrita (2002), constatou a influência da intervenção dos farmacêuticos no uso correto dos medicamentos anti-hipertensivos pelos pacientes. Diante destes resultados, os autores concluíram que para esta população a Atenção Farmacêutica se mostrou efetiva.

A Atenção Farmacêutica pode contribuir para melhorar prognóstico do paciente hipertenso ao proporcionar o controle dos valores da pressão arterial, maior adesão ao tratamento e mudanças nos hábitos de vida dos pacientes em acompanhamento (GARÇÃO; CABRITA, 2002).

No contexto da epidemiologia, a HAS ocupa lugar de destaque como a principal causa de mortalidade na população. Um em cada três adultos possui pressão elevada no Brasil, uma condição que causa cerca da metade de todas as mortes por acidente vascular cerebral (AVC) (uma condição popularmente conhecida como “derrame”, que ocorre devido ao entupimento ou rompimento dos vasos sanguíneos do sistema nervoso central) e problemas cardíacos no mundo. Anualmente, quase trezentas mil pessoas morrem no Brasil de doenças cardiovasculares, mais da metade decorre de pressão alta (RIBEIRO, 2003).

Nesta vertente o presente estudo tem como objetivos descrever os fundamentos de Atenção Farmacêutica e da Hipertensão Arterial Sistêmica; e, apresentar a importância do farmacêutico no acompanhamento da farmacoterapia hipertensiva e a melhora na qualidade de vida da população.

2 METODOLOGIA

O estudo apresentado é do tipo Revisão Bibliográfica e para a realização da pesquisa buscou-se artigos recentes utilizando o *site* Google Acadêmico e acessando as principais plataformas científicas.

A Revisão Bibliográfica possibilita um estudo e análise de determinadas teorias, e estas estão embasadas a partir de referências teóricas publicadas.

Escolheram-se vários artigos com temas variados, mas todos voltados para a proposta do estudo. Na pesquisa, foram utilizadas as palavras-chave como Atenção Farmacêutica, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), farmacoterapia, farmacêutico, qualidade de vida.

Após a coleta *on line*, os artigos foram minuciosamente lidos, selecionados, analisados, interpretados e descrito.

3 ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A Atenção Farmacêutica é direcionada ao paciente e não ao medicamento, pois o profissional da saúde tem o propósito de mostrar para a sociedade que com seu auxílio, resultados positivos foram alcançados, melhorando o quadro clínico do paciente, e proporcionando uma vida com mais qualidade aos que necessitam de seu apoio. A relação entre profissional e paciente deve ser de total confiança e respeito entre ambos, o paciente deve ser ouvido com muita atenção e carinho, para que se obtenha maior número de informações sobre sua vida, a partir do diálogo entre ambos se constroem estratégias terapêuticas que se adequam melhor ao estilo de vida do paciente, com o objetivo de satisfazer suas necessidades e buscar resultados satisfatórios (MARQUES; GALDUROZ; NATO, 2012; ARAUJO; FREITAS; OLIVEIRA; PERINI, 2006).

A Atenção Farmacêutica não foi pensada e nem criada com o objetivo de mostrar a identidade ou satisfazer os interesses dos farmacêuticos, mas sim para atender as necessidades de pessoas que requerem orientação, acompanhamento e melhorar a evolução do tratamento. Com o intuito de solucionar problemas, o farmacêutico aplica todo seu conhecimento e experiências para satisfazer as necessidades de uma população carente que precisa de apoio quando se refere ao uso correto de medicamentos, cuidados e atenção (FREITAS; OLIVEIRA; PERINI, 2006).

A prestação de Atenção Farmacêutica é uma responsabilidade direta com o paciente, é cuidar com dedicação, vai além quando se refere ao uso adequado de medicamentos, há um comprometimento entre farmacêutico e paciente. O profissional cuida, orienta, monitora e se necessário, pode mudar a estratégia terapêutica com a finalidade de atingir resultados satisfatórios mais rapidamente (ANGONESI, 2008; JARAMILLO *et al.*, 2001).

O farmacêutico é o profissional mais apto a orientar quanto ao uso e a dispensação de medicamentos que são produtos farmacêuticos tecnicamente obtidos ou elaborados, com finalidade curativa ou para fins de diagnóstico. Na sua função abrange os medicamentos, em todas as suas fases desde a pesquisa até a dispensação e orientação do paciente, passando por produção, manipulação e controle, os cosméticos, as análises clínicas, os produtos de diagnósticos, as análises toxicológicas, as análises bromatológicas, o controle ambiental, a higiene e segurança do trabalho e a saúde pública como um todo (DIAS, 2002).

O farmacêutico está capacitado para orientar o usuário quanto ao uso correto do produto que está adquirindo. É o profissional que tem como obrigação aconselhar, no que diz respeito ao uso do medicamento, para que o paciente se sinta melhor com o tratamento, exigindo conhecimento sobre indicações, contraindicações e interações (SILVA, 2007).

A atenção farmacêutica é uma prática inovadora, e tem como foco principal a orientação, o acompanhamento e a relação direta entre o profissional e o usuário de medicamentos. Foi definida pela primeira vez por Hepler e Strand (1990) como a provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes. Posteriormente, a Organização Mundial Saúde (OMS) estendeu o benefício para toda a comunidade e ainda promoveu o farmacêutico como um dispensador de atenção à saúde, que pode participar ativamente na prevenção de enfermidades e na promoção da saúde, junto com outros membros da equipe de saúde (WHO/ISH, 1993).

Observa-se que ainda existe um processo da implantação dos serviços farmacêuticos de forma universal. A regulamentação sanitária da prestação de serviços de atenção farmacêutica se deu recentemente, apenas em meados de 2009, com a publicação da RDC 44, de 17 de agosto de 2009, em que se estabeleceu a infraestrutura, os procedimentos e registros mínimos para realização de Atenção Farmacêutica em farmácias e drogarias. Estes serviços deveriam ser prestados para todos os usuários de medicamentos que necessitem de acompanhamento (ANVISA, 2009).

O corpo humano é composto pelo sistema circulatório que é responsável pela movimentação do sangue em todos os tecidos através dos vasos que é impulsionado pelo coração como uma bomba involuntária, levando nutrientes para todas as células. A pressão arterial é conceituada como a tensão com que o sangue é bombeado do coração para as artérias. Existem dois tipos de pressão, a Pressão

Sistólica que é quando o coração contrai e ejeta o sangue para fora, emitindo uma força sobre a parede das artérias e a Pressão Diastólica que é quando o coração relaxa, enchendo-se de sangue (CASSANELLI, 2005). Na tabela 1, é demonstrada os dois tipos de pressão.

Tabela 1- Valores de referência para a Pressão Sistólica e Diastólica em mmHg

PRESSÃO SISTÓLICA (Máxima) mmHg	PRESSÃO DIASTÓLICA (Mínima) mmHg	CLASSIFICAÇÃO
120	80	Ótima
120-135	80-85	Normal
135-139	85-89	Normal Elevada (Limitrofi)
140-159	90-99	Hipertensão Grau I
160-170	100-109	Hipertensão Grau Ii
>180	>110	Hipertensão Grau Iii

Fonte: Cassanelli, 2005

É necessário conhecer alguns termos para entender o que é pressão arterial. De acordo com a descrição de Silva (2007), o Débito Cardíaco (DC) é a quantidade de sangue que sai do coração por minuto (5 a 5,5L); frequência cardíaca (FC), é a quantidade de batimentos do coração por minuto; resistência vascular periférica (RVP), é a resistência que o sangue produz ao passar pela corrente sanguínea, quanto menor o calibre da artéria maior será sua resistência ao receber um volume elevado de sangue, estimulando uma pressão sobre a artéria, assim aumentando a pressão arterial. Esse autor, relata os valores de referência mostrados, como mostrado na tabela 2.

Tabela 2 - Valores de referência da frequência dos batimentos cardíacos por minutos, de acordo com a idade.

IDADE	RITMO CARDIACO (bpm)
20	100 A 170
30	95 A 162
40	90 A 153
50	85 A 145
60	80 A 136
70	75 A 128
80	70 A 119

Fonte: Silva, 2007

A HAS é uma síndrome de origem multifatorial, sendo um dos maiores problemas na área da saúde pública e tem sido reconhecida como grave fator de risco para as doenças cardiovasculares. É conceituada como uma doença sistêmica que envolve alterações nas estruturas das artérias e do miocárdio associada a disfunção endotelial e constrição e remodelamento da musculatura lisa vascular. A HAS atualmente é definida de acordo com os valores pressóricos, nas quais níveis iguais ou superiores a 140/90 mmHg, identificado em duas ou mais verificações da pressão arterial, diagnosticam a doença (LOPES; MORAES, 2012; OLIVEIRA, 2011; AMODEO; LIMA, 1996). HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados de pressão arterial (PA). Associa-se a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC/SBH/SBN, 2010).

Um dos principais fatores de risco para complicações cardiovasculares é a HAS. Os vasos são obstruídos parcial ou total devido ao envelhecimento das artérias que com o tempo passam a formar placas de gorduras em seu interior,

diminuindo a passagem do sangue, quando não é tratado pode haver o rompimento ou entupimento dos vasos, provocando o infarto. Por isso a importância do tratamento anti-hipertensivo na redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares, principalmente na prevenção de acidentes vasculares e insuficiência (MARANHÃO *et al.*, 1988; SANTOS *et al.*, 2016).

A HAS primária não tem cura, mas o tratamento previne as complicações. Antes de prescrever a medicação, é recomendável adotar medidas que estimulem hábitos de vida saudáveis (MIOJR, 2002).

O tratamento não medicamentoso da HAS, consiste em estratégias que visam mudar o estilo de vida e que podem levar à diminuição da dosagem dos medicamentos ou até mesmo a sua dispensa. O objeto do tratamento não medicamentoso é diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificação do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial (OLIVEIRA, 2011).

É muito importante a aferição periódica da PA, cujo método mais utilizado na prática clínica é o indireto, com técnica auscultatória e esfigmomanômetro de coluna mercúrio ou aneróide. O esfigmomanômetro ou aparelho de pressão é um dispositivo utilizado por diversos profissionais da área da saúde. O tamanho do manguito (borracha) deve circundar pelo menos 80% da circunferência do braço. O manguito deve ser inflado até 20 mmHg acima da PA sistólica, estimada pelo desaparecimento do pulso radial, e então, desinsuflando na velocidade de mais ou menos 3mmHg/seg. Um dos erros mais comuns na hora de aferir PA é achar que não é preciso preparar algum antes da pressão ser aferida. Situações simples e triviais, tais como ter fumado ou ter feito algum esforço físico, podem provocar elevações artificiais da PA, levando a uma interpretação errada do grau de hipertensão do paciente. Outro erro comum é aferir PA mais de uma vez seguida, sem dar pelo menos 1 minuto de intervalo entre cada aferição (PINHEIRO, 2022; WEBER *et al.*, 2014). Sendo essas descrições, preconizadas pela 7ª Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (MALACHIAS, 2016) observado no quadro 1.

Quadro 1. Diretrizes corretas sobre a aferição da Pressão Arterial

Etapas antes da aferição PA	Recomendações	Tempo (min)
1ª	Paciente deve estar sentado e calmo	5
2ª	abster-se de fazer esforço físico, fumar ou ingerir cafeína	30
3ª	Paciente sem vontade de urinar	
4ª	Braçadeira adequada à circunferência do braço do paciente	

Fonte: VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (MALACHIAS, 2016); adaptação dos autores do artigo.

Chamadas:

- 1-Pacientes obesos podem precisar de um aparelho com uma braçadeira maior;
- 2-Pacientes com grandes braços, + de 45 cm de circunferência, PA aferir no antebraço;
- 3-Aparelho com braçadeira grande, feito para medir a pressão na coxa.

A falta de critérios ocasiona aferição de dados incorretos, superestimando o valor da PA. Uma braçadeira pequena em relação à circunferência do braço, por exemplo, pode provocar leituras erradas, dando valores até 30/10 mmHg acima do correto (ex: um paciente com pressão de 130/80 mmHg pode apresentar valores de até 160/90 mmHg, se ele for obeso e a braçadeira for pequena). A parte da braçadeira que infla deve cobrir, pelo menos, 40% da circunferência do braço. O

oposto também é real. Pacientes pequenos e com braços muito finos precisam de uma braçadeira menor, caso contrário os seus valores da pressão arterial podem ficar subestimados (PINHEIRO, 2022).

Existem dezenas de fármacos diferentes aprovado para o controle dos níveis da PA. Atualmente três classes de anti-hipertensivos são consideradas de primeira linha, por apresentarem boa resposta no controle da PA e baixa incidência de efeitos adversos graves, como mostrados na tabela 3 (PINHEIRO, 2022: CAVALCANTE, 2002).

Tabela 3. Posologia de medicamentos para Hipertensão Artérias Sistêmica

TIPOS DE MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS	POSOLOGIA	
		Mínima/ Dia	Máxima/ Dia
Diuréticos	Clortalidona	12,5 mg	25 mg
	Hidroclorotiazida	12,5 mg	50 mg
	Indapamida	2,5 mg	5 mg
De Alça	Bumetamida	0,5 mg	...
	Furosemida	20 mg	...
	Piretanida	6 mg	12 mg
Poupadores de Potássio	Amilorida em Associação	2,5 mg	5 mg
		50 mg	150 mg
Inibidores Adrenérgicos Ação Central	Alfametildopa	250 mg	1.500 mg
	Clonidina	0,1 mg	0,6 mg
	Guanabenz	4 mg	12 mg
	Moxonidina	0,2 mg	0,4 mg
α -1 Bloqueadores	Daxazonina (Urodinâmica)	2mg	4mg
	Prazosina	1mg	10mg
	Atenolol	25mg	100mg
β -bloqueadores	Bosoprolol (em Associação)	2,5mg	10mg
	Metropolol 50	50mg	200mg
	Nadolol	20mg	80mg
	Propranolol	40mg	240mg
	Pindolol (Com Asi)	5mg	20mg
Vasodilatadores Diretos	Hidralazina	50mg	200mg
	Minoxidil	2,5mg	40mg

Fonte: Mangue *et al.*, 2016; adaptação dos autores do artigo.

Os diuréticos e seu mecanismo anti-hipertensivo está relacionado, numa primeira fase, a depleção de volume e, a seguir, a redução da resistência vascular periférica decorrente de mecanismos diversos (MANGUE *et al.*, 2016). Esses autores reforçam que ação central atua estimulando os receptores, alfa-2-adrenérgicos pré-sinápticos (alfa metildopa, clonidina e guanabenz) e/ou os receptores imidazolidínicos (moxonidina) no sistema nervoso central, reduzindo a descarga simpática. A eficácia anti-hipertensiva desse grupo de medicamentos como monoterapia é, em geral, discreta. Até o presente momento, não existe experiência clínica suficiente em nosso meio como inibidor dos receptores imidazolidínicos. Essas drogas podem ser úteis em associação como medicamentos de outras classes terapêuticas, particularmente quando existem evidências de hiperatividade simpática.

Os α -1 bloqueadores apresentam baixa eficácia na monoterapia, levando ser

utilizados em associação com outros anti-hipertensivos e podem induzir o aparecimento de tolerância farmacológica, que obriga o uso de doses crescentes. Têm a vantagem de proporcionar melhora do metabolismo lipídico (discreta) e da urodinâmica (sintomas) de pacientes com hipertrofia prostática. Os efeitos indesejáveis mais comuns são: hipotensão postural (na primeira dose), palpitação e astenia (eventualmente). Os β -bloqueadores possuem o mecanismo anti-hipertensivo, complexo, envolve diminuição do débito cardíaco (ação inicial), redução da secreção de renina, readaptação dos barorreceptores e diminuição das catecolaminas das sinapses nervosas. Esse medicamento é eficaz como monoterapia, e sua eficácia é comprovada na redução da mortalidade cardiovascular. Os medicamentos do grupo dos vasodilatadores direto, como a hidralazina e o monoxidil, atuam diretamente sobre a musculatura da parede vascular, promovendo relaxamento muscular com conseqüente vasodilatação e redução da resistência vascular periférica. Em conseqüência da vasodilatação arterial direta, promovem retenção hídrica e taquicardia reflexa, o que há uma contra indicação do seu uso como monoterapia, devendo ser utilizado associados a diuréticos e/ou β -bloqueadores (MANGUE *et al.*, 2016).

A adesão ao tratamento é a extensão pela qual o comportamento de uma pessoa reflete mudanças significativas no estilo de vida e está diretamente associada ao cumprimento de hábitos de vida saudáveis, conforme as recomendações feitas pelo provedor de cuidados da saúde. Em contrapartida, a não adesão medicamentosa está relacionada não somente ao ato de ingerir o medicamento prescrito, mas na forma como o paciente conduz o tratamento, sendo influenciada por várias dimensões. Deve-se considerar a vontade do indivíduo em participar e colaborar no tratamento, bem como o comportamento, sentimentos, posicionamentos e efeitos psicológicos relacionados ao processo de adoecer e conviver com a doença. Outros fatores que podem estar associados são fatores demográficos, clínicos e comportamentais, além de fatores psicológicos e sociais (DAL-FABBRO, 2005). A figura 1 mostra um diagrama da HAS fatores que ocasionam ou não ao desenvolvimento dos tratamentos.



Figura 1. Alguns fatores podem estar relacionados com a adesão do paciente ao tratamento
Fonte: WHO, 2003. Figura dos autores do artigo.

De acordo com orientações recentes, o início da terapêutica anti-hipertensiva deverá considerar a possibilidade de uso de baixas doses de um único agente ou associação. A vantagem de começar o tratamento com baixa dose é que, se o agente não tem uma tolerância pode-se substituí-la com a identificação clara de que foi essa medicação a causadora da intolerância. Desvantagem de iniciar com dois fármacos (em baixas doses), pode submeter o paciente ao uso desnecessário do medicamento. Porém, outras vantagens seriam o uso das duas drogas, com diferentes mecanismos de ação, é mais viável que o controle da pressão seja alcançado, nas combinações fixas, ambas as drogas poderão ser utilizadas em menores doses e com menor chance de efeitos adversos. A utilização de associações fixas de drogas em baixas doses tem concorrido para uma maior adesão ao tratamento (WHO/ISH, 1993). A tabela 4 mostra IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2010).

Tabela 4. Uso de mais de uma droga com diferentes mecanismos de ação para Hipertensão Artérias Sistêmica

Tipos de Medicamentos	Medicamentos e Dose (Mg)
Betabloqueadores +Diurético	Atenolol+ Clortalidona 25+12,5 50+12,5 100+25
	Bisoprolol+Hidroclorotiazida 2,5+6,25 5+6,25 10+6,25
	Metoprolol+Hidroclorotiazida 50+25
	Pindolol+Clonamida 10+5
	Propranolol+Hidroclorotiazida 40+25 80+25
Inibidor Adrenergico de Ação Central+Diurético	Alfametilodopa+Hidroclorotiazida 250+25
Inibidor da Eca+Diurético	Benazepril+Hidroclorotiazida 5+6,25 10+12,5
	Captopril+Hidroclorotiazida 50+25
	Cilazapril+Hidroclorotiazida 5+12,5
	Enalapril+Hidroclorotiazida 10+25 20+12,5
	Fosinopril+Hidroclorotiazida 10+12,5
	Lisinopril+Hidroclorotiazida 10+12,5 20+12,5
	Perindopril+Indapamida 2+0,625
	Ramipril+Hidroclorotiazida 5+12,5
Antagonista do Receptor At1, da Angiotensina Ii + Diurético	Candesartan+Hidroclorotiazida 8+12,5
	Irbesartan+Hidroclorotiazida 150+12,5 300+12,5
	Losantan+Hidroclorotiazida 80+12,5 160+12,5
	Telmisartan+Hidroclorotiazida 40+12,5 80+12,5
Antagonista dos Canais de Cálcio+Betabloqueador	Nifedipina+Atenolol 10+25 20+50
Antagonista dos Canais de Cálcio+ Inibidor da Enzima Convensora da Angiotensina	Amlodipina+Enalapril 2,5+10 5+10 5+20

Fonte: WHO/ISH, 1993; IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2010); adaptação dos autores do artigo.

4 ATENÇÃO FARMACÊUTICA E FARMACOTERAPIA

Amarante *et al.* (2010) realizou acompanhamento farmacoterapêutico com 27 pacientes de uma unidade da Farmácia Popular divididos em grupos controle e intervenção, percebeu o aumento significativo da adesão à terapia no grupo intervenção. Além disso, a PA sistólica do grupo intervenção diminuiu 24,8 mmHg comparado a redução de apenas 5,8 mmHg do grupo controle. Já a pressão diastólica no grupo intervenção reduziu 13,33 mmHg contra 5,83 mmHg no grupo controle.

Foram realizadas intervenções farmacêuticas que ocorreram dentro da própria farmácia com o objetivo de solucionar problemas quanto a farmacoterapia do paciente, assim como estimular hábitos de vida saudáveis, que consequentemente melhoram a qualidade de vida dos pacientes. Entre as intervenções educativas incluem-se as que tinham por objetivo orientar os pacientes em relação às medidas não farmacológicas, como por exemplo, a diminuição do tabagismo e alcoolismo, foi ainda ressaltado a alguns pacientes os problemas advindos da automedicação, em especial os fármacos que podem influenciar na atividade do anti-hipertensivo, como os anti-inflamatórios. Os farmacêuticos também orientaram a forma correta de utilizar o medicamento como ajuste de horários e dosagens (AMARANTE *et al.*, 2010).

Com o objetivo de avaliar a efetividade farmacêutica na promoção da adesão ao tratamento e redução das complicações decorrentes da hipertensão arterial, Souza (2008) realizou estudos com pacientes acima dos 65 anos em uso de quatro ou mais medicamentos, divididos em grupos de intervenção e grupos de controle. Durante os seis meses de acompanhamento os pacientes do grupo de intervenção aumentaram a porcentagem da adesão ao tratamento de 61,2% para 96%, enquanto entre os pacientes do grupo controle a adesão não aumentou. Os autores concluíram que a Atenção Farmacêutica promoveu um aumento na adesão ao tratamento e proporcionou queda dos valores na pressão arterial. O método de intervenção farmacêutica no tratamento em um dos grupos foi o auxílio do farmacêutico para a orientação correta de medicamentos e aferição periódica da PA, auxílio de melhor estilo de vida e alimentação e, como conciliar dois ou mais medicamentos.

Para determinar como a Atenção Farmacêutica contribuiu para melhorar os resultados terapêuticos de pacientes hipertensos, Chabot *et al.* (2003) realizaram um estudo prospectivo e controlado com 56 pacientes divididos em dois grupos. Ao final de seis meses de acompanhamento, 81% dos pacientes do grupo de intervenção apresentam os valores da pressão arterial menores que 140/80 mmHg, contra 30% no grupo de controle. A intervenção farmacêutica foi mostrada eficaz para o grupo de intervenção, com o auxílio de um profissional capacitado dando as orientações corretas e aferindo a PA semanalmente, tendo o controle dos pacientes. No fim do estudo, foi comprovado que a Atenção Farmacêutica foi um destaque para o controle da HAS.

A necessidade de monitorar e fazer acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes, para verificação de sua resposta terapêutica, prevenindo e intervindo nos problemas relacionados aos medicamentos, é importante para a melhoria de qualidade de vida dos pacientes, podendo o farmacêutico, em conjunto com o médico, executar este importante papel elaborando o perfil farmacoterapêutico dos pacientes na identificação e prevenção de reações adversas ao medicamento. Considerando os benefícios da Atenção Farmacêutica para os pacientes com

HAS, demonstrado nestes estudos e, considerando os princípios fisiológicos da prática na qual o profissional assume a responsabilidade com a farmacoterapia do paciente, a Atenção Farmacêutica está fundamentada no tratamento, ampliando, portanto, o conceito de saúde, que visa promover o uso racional dos medicamentos e a manutenção da efetividade e segurança do tratamento (GARÇÃO; CABRITA, 2002).

5 CONSIDERAÇÕES

A Hipertensão Artérias Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados de PA. Associa-se a alterações funcionais e ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

A Atenção Farmacêutica é uma prática que tem como principal finalidade melhorar a qualidade de vida do paciente que faz uso de medicamentos. Otimizar o tratamento farmacológico e prevenir problemas relacionados ao seu uso são objetivos da Atenção Farmacêutica

A Atenção Farmacêutica em HAS é uma prática totalmente possível e capaz de produzir inúmeros resultados positivos, tanto para o paciente como para o farmacêutico, que vê a possibilidade de exercer com mais clareza sua função na sociedade.

As intervenções farmacêuticas devem ser mais exploradas, pois o compartilhamento do conhecimento e das experiências fortalece a relação terapêutica.

Com as pesquisas proposta constatou-se que houve uma contribuição considerável para a segurança e eficácia da farmacoterapia, proporcionando redução dos problemas relacionados a associação de medicamentos e consequentemente a melhoria da qualidade de vida dos hipertensos.

REFERÊNCIAS

AMODEO, C.; LIMA, N.K.C. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 239-243, abr./set., 1996.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Resolução RDC 44**, de 17 de agosto de 2009. **Diário Oficial da União**, 2009.

AMARANTE, L.C. et al. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. **Rev Cienc Farm Basica Apl**, v. 31, n. 3, p.209-215, 2010.

ANGONESI, D. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13 n. (Sup), p. 629-640, 2008.

ARAUJO, A.L.A; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Rev. Bras. Cien. Farm.**, v. 42, n. 1, p. 137-146, 2006.

CASSANELLI, T. **Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Cuiabá**: estudo de base populacional. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá- MT, 2005.

CAVALCANTE, L. **Drogas em Cardiologia**. Curso de farmacoterapia aplicada a manipulação. Módulo 2, São Paulo. Eventos e Consultoria, Curitiba-PR, 14 set 2002.

CHABOT, I. et al. Pharmacist Intervention Program for Control of Hypertension. **Ann. Pharmacother.** v. 37, n.9, p. 1186-1193, sep. 2003.

DAL-FABBRO, A.L. Adherence to long-term therapies: evi-dence for action. World health organization.geneva: world health organization, 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1292-1298, jul./-ago, 2005.

DIAS, R.R. Implementação da Atenção Farmacêutica para pacientes com Hipertensão e Desordens Cardiovasculares. **Ifarma**, v. 14, n. 7/8, p. 52-56, 2002.

FREITAS, E.L.; OLIVEIRA, D.R.; PERINI, E. Atenção farmacêutica - teoria e prática: um diálogo possível. **Acta Farm. Bonaerense**, v. 25, n. 3, p. 447-453, 2006.

GARÇÃO, J.A.; CABRITA, J. Avaliação J. de um programa de atenção farmacêuticas para pacientes hipertensos na zona rural Portugal. **J. Am Pharm Assoc**, v. 42, n. 6, p. 858-864, 2002.

JARAMILLO, N.M .et al. **Atenção farmacêutica no Brasil: Trilhando caminhos. Relatório de Oficina de trabalho.** Fortaleza: Organização Pan-Americano de saúde, 2001.

LOPES, L.O.; MORAES, E.D. Tratamento não-medicamentoso para Hipertensão Arterial. **Revista Saúde**, v. 10, p. 1-8, 2012. Disponível em: https://www.inesul.edu.br/revista_saude/arquivos/arq-idvol_10_1339682941.pdf. Acesso em: 16 out. 2023.

MALACHIAS, M.V.B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 107, n. (Supl.3), p. 1-83, 2016.

MARANHÃO, M.F.C.; RAMIRES, J.A.F. Aspectos atuais do tratamento da hipertensão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v 51, p. 99-105, 1988.

MANGUE, S.S. et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública.**, v. 50, n. (supl 2), p. 1-13, nov. 2016.

MARQUES, L.A.M; GALDUROZ, J.C.F; NATO, A.R. Pharmaceutical Care to paliests treated with antidepressants. **Rev Calid Assist**, v. 27, n. 1, p. 55-64, jan./fev. 2012.

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

OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista Bioquímica da Hipertensão.** São Paulo-SP, 2011. Disponível em: <http://bioquimicadahipertensao2011.blogspot.com>. Acesso em: 14 out. 2023.

PINHEIRO, P. Remédios para pressão alta (hipertensão arterial). **MD.SAÚDE**, dez. 2022. Disponível em: <https://www.mdsaude.com/hipertensao/remedios-pressao-alta/>. Acesso em: 2 out. 2023.

IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Tratamento medicamentoso. **Rev Bras Hipertens**, v.17, n. 1, 31-43, 2010. Cap. 6.

RIBEIRO, R. **Hipertensão arterial:** aspectos práticos na conduta clínica. p. 1-24, 2003. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/hipertensao_arterial_sistemica.pdf. Acesso em: 29 abr. 2017.

SANTOS, A.B. et al. Prehypertension is Associated With Abnormalities of Cardiac Structure and Function in the Atherosclerosis Risk in Communities Study. **Am J Hypertens**, v. 29, n. 5, p. 568-574, may. 2016.

SILVA, J. A. **Existe uma ligação direta entre a qualidade de vida e a automedicação.** Entrevista concedida. **Prisfar News**, n. 94, p. 39-41, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA – SBC/SBH/SBN. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 95, n. 1 (supl.), p. 1-51, 2010.

SOUZA, W.A. **Avaliação da adesão ao tratamento e dos resultados clínicos e humanísticos na investigação da hipertensão arterial resistente**. 296f, 2008. Tese (Doutorado em Farmacologia) - Universidade Estadual de Campinas, 2008.

WEBER, M.A. et al. Clinical Practice Guidelines for the management of hypertension in the community: A statement by the american society of hypertension and the international society of hypertension. **The Journal of Clinical Hypertension**, v. 16, n. 1, p. 14-26, jan. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/INTERNATIONAL SOCIETY OF HYPERTENSION-WHO/ISH. 1993 guidelines for the management of mild hypertension. Memorandum from a. Guidelines Subcommittee of the WHO/ISH Mild Hypertension Liaison Committee. **Hypertension**, v. 22, n.3, p. 392-403., sep. 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Adherence to long-term therapies evidence for action. **Ann Saudi Med**, v. 24, n. 3, p. 221-222, may./june. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Pharmacy-based Hypertension Model: Protocol and Guidelines, **EuroPharm Forum/CINDI**, p. 1-38, 2000. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107638/E85730.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 3 out. 2023.