



**FACULDADE NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ  
CAMPUS MOSSORÓ – RIO GRANDE DO NORTE  
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA**

**AIRISON TAVARES**

**ATENÇÃO FARMACÊUTICA A PACIENTES HIPERTENSOS:  
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

**MOSSORÓ/RN**

**2020**

AIRISON TAVARES

**ATENÇÃO FARMACÊUTICA A PACIENTES HIPERTENSOS:  
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN) como exigência para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof. Dr. Rosueti Diógenes de Oliveira Filho.

MOSSORÓ/RN

2020

T231a Tavares, Airison.

Atenção farmacêutica a pacientes hipertensos: uma  
revisão sistemática / Airison Tavares. – Mossoró, 2020.  
38f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Rosueti Diógenes de Oliveira Filho.  
Monografia (Graduação em Farmácia) – Faculdade  
Nova Esperança de Mossoró.

1. Hipertensão arterial. 2. Hipertensos. 3. Atenção  
farmacêutica. 4. Revisão sistemática. I. Oliveira Filho, Rosueti  
Diógenes de. II. Título.

CDU 615:616.13-008.331.1

AIRISON TAVARES

ATENÇÃO FARMACÊUTICA A PACIENTES HIPERTENSOS: UMA REVISÃO  
SISTEMÁTICA

Trabalho de Conclusão de Curso II  
apresentado à Faculdade de Enfermagem  
Nova Esperança de Mossoró que  
obteve conceito \_\_\_\_\_ conforme a  
apreciação da Banca Examinadora  
constituída pelos seguintes professores:

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

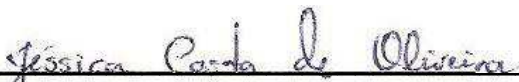
**BANCA EXAMINADORA**



\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Rosuete Diógenes de Oliveira Filho  
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (Facene/RN)  
Orientador



\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dra Luanne Eugênia Nunes  
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (Facene/RN)  
Membro I



\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Esp. Jéssica de Oliveira Costa  
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (Facene/RN)  
Membro II

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado a chance e a oportunidade de voltar a estudar, e pelas bênçãos e maravilhas que tem acontecido em minha vida.

Aos meus pais Carlos Alberto Tavares de Melo (*in memória*) e Tarcília Elvécia Tavares, por terem acreditado, me apoiado e por muitas vezes terem se sacrificado para me dar tudo o que eu precisei para chegar onde cheguei.

Agradeço também a paciência e o companheirismo dos colegas de classe que por muitas vezes fui ajudado.

Ao orientador e professor Dr. Rosueti Diógenes, a quem eu tive a honra e a satisfação de conhecer nessa empreitada, que eu perturbei muito e em troca me proporcionou conhecimentos, dicas e sugestões.

À Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN), por ter proporcionado esse curso e com ele toda a ciência possível para o tão sonhado diploma.

À minha esposa Sayonara, que com sua presença tem compartilhado alegrias e aflições ao meu lado, me fazendo acreditar que eu era capaz e por diversas vezes indo muito mais além até mesmo na visão profissional e na maneira de enxergar o mundo.

Aos meus filhos Ártus Felipe e Maria Valentina, pelas suas alegrias que me motivaram por diversas vezes a não desistir, mas sim por diversas vezes a dar continuidade para dar o exemplo dos estudos.

## RESUMO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe que a hipertensão arterial sistêmica é um grave problema mundial de saúde caracterizando-se como uma doença crônica, não transmissível e com alto índice de mortalidade. Nesse contexto, o farmacêutico é o profissional de saúde que mais entende de medicamentos e os seus efeitos gerados no organismo, com atuação a partir da Atenção Farmacêutica e da Farmácia Clínica. O presente trabalho teve como objetivo identificar os fatores e locais onde a atenção farmacêutica pode contribuir no processo de saúde quanto à pacientes hipertensos por meio da elaboração de uma revisão sistemática. As buscas, foram realizadas a partir das bases de dados BVS, LILACS e MEDLINE. Em fase pré-analítica foram revisados 80 artigos e seguido de leitura na íntegra, apenas 3 foram selecionados, atendendo aos critérios de inclusão do estudo. Como resultados, foram extraídos alguns dados como sexo e faixa etária dos pacientes hipertensos, níveis pressóricos (antes e após intervenção farmacêutica) e atuação do profissional farmacêutico em âmbito de uma unidade de saúde pública ou privada. Evidenciou-se que o farmacêutico é mais um profissional de saúde com relevância na orientação do uso racional de medicamentos colaborando assim com a qualidade de vida da população voltada a indivíduos hipertensos.

**Palavras-chaves:** Hipertensão Arterial, Hipertensos, Atenção Farmacêutica, Revisão Sistemática.

## ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) proposes that systemic arterial hypertension is a serious global health problem characterized as a chronic, non-communicable disease with a high mortality rate. In this context, the pharmacist is the health professional who most understands medicines and their effects generated in the body, acting from Pharmaceutical Care and Clinical Pharmacy. This study aimed to identify the factors and places where pharmaceutical care can contribute to the process in the health regarding hypertensive patients through the development of a systematic review. Searches were carried out using the BVS, LILACS and MEDLINE databases. In the pre-analytical phase, 80 articles were reviewed and after reading in full, only 3 were selected according to the inclusion criteria of the study. As a result, some data were extracted, such as sex and age group of hypertensive patients, blood pressure levels (before and after pharmaceutical intervention) and the performance of the pharmaceutical professional within a public or private health unit. It was evident that the pharmacist is more of a health professional with relevance in guiding the rational use of medicines, thus collaborating with the quality of life of the population focused on hypertensive individuals.

**Keywords:** Arterial Hypertension, Hypertensive, Pharmaceutical Care, Systematic Review.

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1.</b> Fluxograma das etapas da seleção dos artigos incluídos na revisão sistemática.....	29
---	----



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Classificação da pressão Arterial (PA) a partir de medicação casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.....	16
<b>Tabela 2.</b> Valores de pressão arterial no consultório: MAPA e MPRA que caracterizam a hipertensão, hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada.....	17
<b>Tabela 3.</b> Estratificação de Risco Cardiovascular.....	18
<b>Tabela 4.</b> Características dos artigos incluídos na revisão sistemática sobre Atenção Farmacêutica a pacientes hipertensos.....	30

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AsF</b>	Assistência Farmacêutica
<b>AtF</b>	Atenção Farmacêutica
<b>AVE</b>	Acidente Vascular Encefálico
<b>BB</b>	$\beta$ -bloqueadores
<b>BCC</b>	Bloqueador dos Canais de Cálcio
<b>BRA</b>	Bloqueador dos Receptores de Angiotensina II
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual em Saúde
<b>CEME</b>	Central de Medicamentos
<b>CV</b>	Cardiovascular
<b>DAC</b>	Doença Arterial Coronariana
<b>DAP</b>	Doença Arterial Periférica
<b>DCV</b>	Doença Cardiovascular
<b>DRC</b>	Doença Renal Crônica
<b>DIU</b>	Diuréticos
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>ECA</b>	Enzima Conversora de Angiotensina
<b>ERC</b>	Estratificação de Risco Cardiovascular
<b>FR</b>	Fator de Risco
<b>HAB</b>	Hipertensão do Avental Branco
<b>HAR</b>	Hipertensão Arterial Resistente
<b>HARV</b>	Hipertensão Renovascular
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>HM</b>	Hipertensão Mascarada
<b>IAM</b>	Infarto Agudo do Miocárdio
<b>IC</b>	Insuficiência Cardíaca
<b>IM</b>	Infarto do Miocárdio
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>LILACS</b>	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>LOA</b>	Lesão de Órgão-Alvo
<b>LRA</b>	Lesão Renal Aguda
<b>MAPA</b>	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
<b>MEV</b>	Modificação do Estilo de Vida

<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>MRPA</b>	Medição Residencial de Pressão Arterial
<b>NASF</b>	Núcleo de Atenção a Saúde da Família
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PA</b>	Pressão Arterial
<b>PAD</b>	Pressão Arterial Diastólica
<b>PAS</b>	Pressão Arterial Sistólica
<b>PH</b>	Pré-hipertensão
<b>PNM</b>	Política Nacional de Medicamentos
<b>PRM</b>	Problemas Relacionado ao Medicamento
<b>POP</b>	Procedimento Operacional Padrão
<b>REME</b>	Relação Estadual de Medicamentos
<b>SBC</b>	Sociedade Brasileira de Cardiologia
<b>SES</b>	Secretarias Estaduais de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TOTG</b>	Teste Oral de Tolerância à Glicose

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	12
1.1 Contextualização.....	12
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	14
2.1 Objetivo Geral .....	14
2.2 Objetivos Específicos.....	14
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	15
3.1 Hipertensão Arterial .....	15
3.2 Diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica .....	15
3.3 Estratificação de Risco Cardiovascular (ERC) .....	17
3.4 Assistência Farmacêutica (AsF).....	19
<b>3.4.1 Ciclos da Assistência Farmacêutica</b> .....	20
3.5 Política Nacional de Medicamentos (PNM).....	23
<b>3.5.1 Uso Racional de Medicamentos</b> .....	23
3.6 Atenção Farmacêutica (AtF) .....	24
3.7 Atenção Farmacêutica a Pacientes Hipertensos .....	25
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>27</b>
4.1 Pesquisa Sistemática de Literatura.....	27
4.2 Estratégia de Busca e Seleção de Artigos .....	27
4.3 Critérios de inclusão e exclusão de estudos .....	27
4.4 Extração e análise dos resultados .....	28
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	29
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	33
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	34

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Contextualização

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é responsável por um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, sendo uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg (SBC, 2016).

Nesse contexto, a HAS frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR) como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM), além de manter associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (SBC, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que mais de um bilhão de pessoas em todo mundo sejam hipertensas e sabe-se que o aumento pressórico pode provocar ataques cardíacos e também derrames cerebrais. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (MS), um em cada quatro brasileiros é hipertenso, constituindo-se uma das principais causas de morte no país (BRASIL, 2019).

O MS, através do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) mostra que em 2017 o Brasil registrou 141.878 mortes ligadas de alguma forma à hipertensão. Essa realidade é preocupante, pois a partir de tal dado sabe-se que todos os dias 388,7 pessoas morrem da doença, ou seja, são 16,2 óbitos a cada hora. Grande parte dessas mortes poderia ser evitada e 37 % delas são precoces, ou seja, em pessoas abaixo dos 70 anos de idade (BRASIL, 2019).

O tratamento dessa comorbidade pode ser não farmacológico, como a adoção de um estilo de vida saudável, a ingestão de frutas e legumes, e também a prática de exercícios moderados, dependendo do grau de elevação da pressão arterial. Para o tratamento farmacológico é necessário observar opções de medicamentos de primeira linha aceitáveis, dentre eles, os inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA), os bloqueadores dos receptores de angiotensina II (BRA), os bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) e os diuréticos tiazídicos e os  $\beta$ -bloqueadores (BB) (SBC, 2016).

Desde 1971, bem antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o estado brasileiro tem se preocupado com o acesso e a qualificação na área de

medicamentos. Nesse período, foi criada a Central de Medicamentos (CEME), planejada com o intuito de promover o acesso a medicamentos para os mais pobres e fomentar a produção pública e privada de medicamentos no país (NEGRI, 2002). A partir de então, tais ações evoluíram ao longo da redemocratização do país até o surgimento do SUS, e em seguida, as políticas públicas como a Política Nacional de Medicamentos (PNM), que incluiu a Assistência Farmacêutica (AsF) no SUS (BRASIL, 2018).

A AsF, implantada em 2004, compreende ações para promoção, proteção, recuperação e prevenção da saúde individual e coletiva, tendo o medicamento uma ponte entre o farmacêutico e o paciente. Para tanto, é preciso que o farmacêutico coloque em prática técnicas e conhecimentos adquiridos na formação e que possa desenvolvê-las. Dentre essas técnicas, podemos citar a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização como uma política pública que está voltada para melhoria de vida da população através do uso correto de medicamentos (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, é importante evidenciar o valor do farmacêutico como profissional de saúde capaz de contribuir com os cuidados para a prevenção a doenças e a promoção à saúde no acompanhamento de pacientes de doenças crônicas como a HAS. Dessa forma, emerge a necessidade de desenvolver este estudo para avaliar e identificar aspectos importantes da atuação do farmacêutico no atendimento à pacientes hipertensos com base na elaboração de uma revisão sistemática.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Realizar uma revisão sistemática da literatura de estudos sobre a hipertensão arterial sistêmica e o papel da atenção farmacêutica nesse processo.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Realizar uma busca com base na literatura de artigos sobre hipertensão arterial sistêmica e atenção farmacêutica dos últimos 10 anos.
- Avaliar a relação entre a atenção farmacêutica e a hipertensão arterial sistêmica.
- Identificar os aspectos da contribuição da atenção farmacêutica no processo de saúde quanto a pacientes hipertensos.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Hipertensão Arterial

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) conceitua a que HAS como: “condição clínica multifatorial caracterizada por níveis pressóricos arteriais elevados e sustentados de pressão arterial (PA)  $\geq 140 \times 90$  mmHg”. Frequentemente, esses níveis são associados a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas com aumento do risco de eventos cardiovasculares, sejam eles fatais e não fatais (SBC, 2016). Assim, a HAS é um grave problema de saúde pública mundial, com altos índices de prevalência, afetando principalmente os idosos acima dos 70 anos, uma faixa etária em que acomete 75 % da população brasileira (SBC, 2016).

Na maioria das vezes, a HAS está diretamente ligada à cardiopatia hipertensiva, se consagrando também como fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal (LANGOWISKI; TROMPCZYNSKI, 2014). A cardiopatia hipertensiva e isquêmica são também fatores etiológicos de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Por todas essas complicações a HAS se torna a origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e se caracteriza como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2013).

A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SBC, 2016). Mais de 7,6 milhões de mortes no mundo em 2001 foram atribuídas de alguma forma a PA elevada, seja direta ou indiretamente com doenças ligada a ela, muito comum em países menos desenvolvidos e com indivíduos entre 45 e 69 anos (BRASIL, 2013).

#### 3.2 Diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica



Alguns fatores e exames podem contribuir para fechar o diagnóstico da HAS, entre eles podemos citar a avaliação através de anamnese, exame físico, avaliação de risco cardiovascular, ecocardiograma e exame ergométrico. É preciso também conhecer quais os níveis pressóricos normais de referência, como também o que se considera alto (Tabela 1).

**Tabela 1.** Classificação da Pressão Arterial (PA) a partir de medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.

<b>Classificação</b>	<b>PAS mmHg</b>		<b>PAD mmHg</b>
<b>Normal</b>	$\leq 120$	e	$\leq 80$
<b>Pré-hipertensão</b>	120 - 139	ou	80 - 89
<b>Hipertensão Estágio 1</b>	140 - 159	ou	90 - 99
<b>Hipertensão Estágio 2</b>	160 - 179	ou	100 - 109
<b>Hipertensão Estágio 3</b>	$\geq 180$	ou	$\geq 100$

Fonte: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016). PAS: Pressão Arterial Sistólica, PAD: Pressão Arterial Diastólica.

Às vezes é necessário se fazer medições fora do ambiente clínico, pois existe uma suspeita de Hipertensão do Avental Branco (HAB) ou Hipertensão Mascarada (HM), onde nesses casos é sugerida a realização de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), sendo um registro indireto com monitorização por 24 horas ou mais durante atividades habituais de vigília e sono, a fim de detectar alterações circadianas da PA. Enquanto que a Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA) é realizada durante dezenas de vezes ao longo das 24 horas do dia, durante sete dias, com duas medições pela manhã (jejum) e duas medições à noite (antes do jantar), também podendo ser por cinco dias realizando-se três medições pela manhã (jejum) e três medições à noite (antes do jantar), onde tal procedimento é realizado pela própria pessoa ou familiares e tem como objetivo confirmar ou excluir o diagnóstico (Tabela 2) (SBC, 2016).

**Tabela 2.** Valores de pressão arterial no consultório: MAPA e MPRA que caracterizam a hipertensão, hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada.

Classificação	PAS/PAD mmHg			
	<b>Normotensão ou hipertensão controlada</b>	<140/90	≤130/85	≤130/85
<b>Hipertenão</b>	≥140/90	>130/85	>130/85	>130/85
<b>Hipertensão do avental branco</b>	≥140/90	<130/85	<130/85	<130/85
<b>Hipertensão mascarada</b>	<140/90	>130/85	>130/85	>130/85

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016). MAPA: Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial, MPRA: Monitorização Residencial de Pressão Arterial, PAS: Pressão Arterial Sistólica, PAD: Pressão Arterial Diastólica.

### 3.3 Estratificação de Risco Cardiovascular (ERC)

A HAS geralmente está associada a algumas comorbidades, sendo causador delas ou ainda sendo causada por elas. Poucos são os pacientes hipertensos que apresentam somente uma elevação da PA. Visando facilitar a ERC, sugere-se utilizar o sistema de classificação observando apenas risco baixo, moderado e alto. Para tal estratificação o profissional de saúde deve observar algumas informações obtidas na história clínica do paciente, identificar se existem condições clínicas associadas à hipertensão como histórico de derrame (acidente cerebrovascular isquêmico ou hemorrágico), doença cardíaca (infarto, angina, insuficiência cardíaca, revascularização), doença renal (nefropatia diabética, redução importante da filtração glomerular), retinopatia avançada (hemorragias ou exsudatos, papiledema), doença vascular periférica e DM, onde pacientes com qualquer dessas condições são classificados como “risco alto” (SBC, 2016).

É necessário também identificar se existe lesão de órgãos-alvos (LOA) considerando o relato do paciente, exames realizados previamente e evoluções de outros profissionais, procurando identificar a presença de déficits motores ou sensoriais, lesões na retina, ausência de pulso, sopros, arritmias, edema periférico, crepitações pulmonares, hipertrofia ventricular esquerda, placa de ateroma detectado em carótida, diferença de PA nos braços, pulsos femorais diminuídos, rins aumentados, depuração de creatinina inferior a 60 mL/min/1,72 m<sup>2</sup>, microalbuminúria

entre 30 a 300 mg em urina de 24 h, onde pacientes com LOA são classificados como “risco alto”(SBC, 2016).

Outros fatores que podem ser identificados como de risco cardiovascular adicionais à hipertensão são: sexo masculino, idade (homem > 55 e mulheres > 65 anos), tabagismo, dislipidemias (triglicérides > 150 mg/dL, LDL colesterol > 115 mg/dL, HDL < 40 em homens e menor que 46 em mulheres, homens < 55 anos e mulheres < 65 anos), resistência à insulina: glicemia de jejum 100 - 125 mg/dl; teste oral de tolerância à glicose (TOTG): 140 – 199 mg/dl em 2 h; HbA1C: 5,7 - 6,4 % e obesidade: índice de massa corporal (IMC)  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>; CA  $\geq$  102 cm nos homens e  $\geq$  88 cm nas mulheres (SBC, 2016).

De acordo com dados obtidos na V Diretriz Brasileira de prevenção cardiovascular podemos considerar a tabela 3 como sendo de estratificação de risco, conforme o número desses fatores acima mencionados (SBC, 2016).

**Tabela 3.** Estratificação de Risco Cardiovascular.

	<b>PAS 130 - 139 ou PAD 85 - 89 mmHg</b>	<b>HAS Estágio 1 PAS 140 - 159 ou PAD 90 - 99 mmHg</b>	<b>HAS Estágio 2 PAS 160 - 179 ou PAD 100 - 109 mmHg</b>	<b>HAS Estágio 3 PAS <math>\geq</math> 180 ou PAD <math>\geq</math> 110 mmHg</b>
<b>Sem Fator de Risco</b>	Sem Risco Adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
<b>1 – 2 Fatores de Risco</b>	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
<b>3 <math>\geq</math> Fatores de Risco</b>	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
<b>Presença de LOA, DCV, DRC ou DM</b>	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

Fonte: Langowski, Koerich e Trompczynski (2018). PAS: Pressão Arterial Sistólica, PAD: Pressão Arterial Diastólica. LOA: Lesão Órgão-Alvo, DCV: Doença Cardiovascular, DRC: Doença Renal Crônica, Dm: Diabetes Mellitus.

O problema da HAS é herdado dos pais em 90 % dos casos, mas há vários fatores que influenciam nos níveis de pressão arterial, como por exemplo os hábitos de vida do indivíduo (LANGOWISKI; KOERICH; TROMPCZYNSKI, 2018).

### 3.4 Assistência Farmacêutica (AsF)

Um dos grandes desafios da humanidade sempre foi controlar os efeitos, reduzir ou até mesmo eliminar os sofrimentos causados pelas enfermidades. É de suma importância levar em consideração a inegável contribuição e a importância do medicamento no cuidado à saúde. Hoje, a saúde pública do Brasil é parte integrante do sistema de saúde, assim como também a Assistência Farmacêutica (AsF) é determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde e envolvendo grandes volumes de recursos públicos (BRASIL, 2002).

Em 1971, o estado brasileiro criou a instituição CEME (Central de Medicamentos), sendo esse o marco da política pública que depois ficaria conhecido como assistência farmacêutica, onde havia o fornecimento de medicamentos à população com baixas condições econômicas, preocupada unicamente com medicamentos (BRASIL, 2002).

A AsF é hoje um dos serviços de maior impacto financeiro no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e há uma demanda crescente por medicamentos. A ausência de um gerenciamento efetivo pode acarretar grandes desperdícios, sendo considerado um recurso crucial (BRASIL, 2011).

Gerenciar é alcançar resultados através de pessoas utilizando ferramentas dentro de recursos limitados. Um bom gerenciamento abrange ações de planejamento, de execução, de acompanhamento e de avaliação dos resultados. O gerenciamento na AsF perpassa a qualificação e é possível através do planejamento, da organização e da estruturação do conjunto das atividades desenvolvidas visando aperfeiçoar os serviços ofertados à população desde que fundamentados nos princípios previstos no Artigo 198 da Constituição Federal e no Artigo 7 da Lei Orgânica da Saúde, bem como em preceitos inerentes à AsF, sendo destacados a universalidade e equidade; integralidade; descentralização, com direção única em cada esfera de governo; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; multidisciplinaridade e intersetorialidade; garantia da qualidade; estruturação e organização dos serviços farmacêuticos, com capacidade

de resolução; normalização dos serviços farmacêuticos; enfoque sistêmico, isto é, ações articuladas e sincronizadas (MARIN *et al.*, 2003).

A AsF deve estar inserida numa estrutura organizacional, formalizada no organograma da SES, onde tenha destaque, visibilidade e seja garantida a execução da sua função. A subordinação da coordenação/gerência deve ser adaptada à realidade de cada SES e podendo estar subordinada ao gabinete do secretário, à estrutura responsável pela coordenação estadual das ações de saúde e à estrutura administrativa. É preciso uma organização com atribuições definidas às vezes por meio de núcleos de atividades (aquisição, programação, distribuição, capacitação de recursos humanos, dispensação, entre outros) ou por grupos de medicamentos (básicos, estratégicos, excepcionais e imunobiológicos), entre outros. Qualquer estruturação deve assegurar a capacidade de colocar em prática as atribuições e as competências estabelecidas. De acordo com a gestão do SUS, a AsF deve ser formada por uma equipe multidisciplinar e que deve ser capaz de responder pela operacionalização das atividades (BRASIL, 2007).

### **3.4.1 Ciclos da Assistência Farmacêutica**

Considerado um bem de consumo, o medicamento no Brasil ainda está longe de ser um insumo básico de saúde, onde isso desfavorece a articulação dos serviços farmacêuticos (MARIN *et al.*, 2003). Cada estado tem suas peculiaridades com relação às atividades do ciclo da AsF que ocorrem numa sequência ordenada de forma a aperfeiçoar sua execução sem comprometer os seus objetivos e resultados. O ciclo de AsF pode ser dividido em atividades como: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação (BRASIL, 2004).

#### **3.4.1.1 Seleção de Medicamentos**

A seleção de medicamentos é o eixo do ciclo da AsF, pois todas as outras atividades lhe são decorrentes. De grande responsabilidade, pois é onde se constrói a relação de medicamentos para assegurar o acesso aos mesmos. É necessário observar as peculiaridades de cada região de acordo com o perfil de morbi-

mortalidade, para que essa seleção possa contribuir com a resolubilidade terapêutica, levando em consideração o custo-benefício dos tratamentos, a racionalidade da prescrição, a correta utilização dos medicamentos, além de propiciar maior eficiência administrativa e financeira (MARIN *et al.*, 2003).

A seleção deve ser criteriosa e realizada por uma Comissão/Comitê Estadual de Farmacologia e Terapêutica com o objetivo de estabelecer a Relação Estadual de Medicamentos (REME) e esta deve ser revisada periodicamente. Tal seleção deve ser formalizada por meio de portaria ou resolução específica e sempre que possível deve vir acompanhada de um formulário terapêutico que oriente os prescritores e dispensadores com informações de indicação e utilização dos medicamentos (BRASIL, 2007).

#### *3.4.1.2 Programação de Medicamentos*

A programação é a atividade que tem como objetivo garantir a disponibilidade dos medicamentos que foram selecionados, para que estes venham atender às necessidades da população evitando a falta dos mesmos. Portanto, é imprescindível a implantação de um sistema de informações e gestão de estoque eficiente. Todavia essa programação deve atender alguns critérios, tais como perfil epidemiológico, consumo histórico, consumo ajustado, oferta de serviços, entre outros (MARIN *et al.*, 2003).

#### *3.4.1.3 Aquisição de Medicamentos*

Essa é a atividade onde, de posse da relação de medicamentos selecionados, se efetua o processo de compra pela programação e tem como objetivo garantir a disponibilidade dos mesmos em quantidade, qualidade e menor custo/efetividade. Essa aquisição deve ser permanente e qualificada, considerando os aspectos jurídicos (cumprimento das formalidades legais), técnicos (cumprimento das especificações técnicas), administrativos (cumprimento dos prazos de entrega) e financeiros (disponibilidade orçamentária e financeira e avaliação do mercado) (SOARES *et al.*, 2016).

#### 3.4.1.4 Armazenamento e Distribuição de Medicamentos

O armazenamento começa desde o recebimento, estocagem, segurança e conservação dos medicamentos, bem como o controle de estoque sempre obedecendo a critérios e normas técnicas, onde é necessário um gerenciamento adequado dessa etapa do ciclo no intuito de reduzir perdas e deve se observar sempre as Boas Práticas de estocagem, bem como qualificação do recebimento de medicamentos. Nesse momento, deve-se ficar atento a lotes, prazos de validade, elaborar Procedimentos Operacionais Padrão (POP) que descrevam todas as atividades executadas e deve-se observar espaço físico (BRASIL, 2004).

A etapa de distribuição deve garantir transporte adequado, rapidez na entrega, segurança e eficiência no sistema de informações e controle, visando sempre à demanda das necessidades. Portanto, é preciso estabelecer um cronograma de distribuição para atender os prazos para a execução e a periodicidade das entregas de medicamentos (MARIN *et al.* 2003).

#### 3.4.1.5 Dispensação de Medicamentos

A dispensação de medicamentos tem como objetivo garantir a entrega do medicamento correto ao usuário, na dosagem e quantidade prescrita, com instruções suficientes para seu uso correto e seu acondicionamento, de modo a assegurar a qualidade do produto. Esse é o momento onde o dispensador tem contato direto com o paciente e por isso é vital que o mesmo oriente para que se tenha uso racional de medicamentos (SOARES *et al.*, 2016).

Nesse cenário, o farmacêutico aumentou seu leque de atuação e seu ciclo de AsF trazendo estratégias para assegurar a qualificação e a humanização do atendimento aos usuários pelo profissional farmacêutico como membro da equipe multidisciplinar corresponsável na prevenção de doenças, recuperação e promoção da saúde visando uma farmacoterapia racional voltado à melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais sob a ótica da integralidade das ações de saúde (IVAMA *et al.*, 2002).

### 3.5 Política Nacional de Medicamentos (PNM)

A PNM foi um grande avanço do estado brasileiro com relação às políticas públicas, entrando em vigor através da Portaria 3.916 de 30 de outubro de 1998, como parte essencial da Política Nacional de Saúde e contribuindo para efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. O propósito precípua é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 2002).

#### **3.5.1 Uso Racional de Medicamentos**

De acordo com a PNM, o uso racional de medicamentos é o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (NEGRI, 2002).

É nesse contexto que gestores e responsáveis pelo gerenciamento da Atenção Farmacêutica (AtF), devem focar seus esforços, pois ainda há muito o que se fazer para a promoção do uso racional de medicamentos no Brasil. Dentre outros problemas está o número excessivo de produtos farmacêuticos, a prática da automedicação, a falta de informações aos usuários, problemas relativos às prescrições (sobre prescrição, prescrição incorreta, prescrição múltipla, sub prescrição, etc.), as informações e marketing das indústrias farmacêuticas (BRASIL, 2007).

Portanto, todas essas práticas tornam comum o uso inadequado de medicamentos, o que pode trazer consequências graves para a saúde da população, tais como eventos adversos com limitação da eficácia, resistência a antibióticos, fármaco-dependência, riscos de infecção, fatalidades, bem como outros tantos efeitos que poderiam ser evitados (MARIN *et al.*, 2003).



### 3.6 Atenção Farmacêutica (AtF)

Nos anos 60, houve grande inquietação por parte dos farmacêuticos fazendo nascer um movimento norte americano questionando a formação e criando mecanismos para corrigir os problemas e permitir que esse profissional participasse da equipe de saúde usando seus conhecimentos para melhorar o cuidado ao paciente, culminando com o desenvolvimento no âmbito hospitalar da farmácia clínica (IVAMA *et al.*, 2002).

O farmacêutico que atua nessa área assume a responsabilidade pelos resultados da terapia medicamentosa e pela qualidade de vida do paciente, sendo o medicamento um produto, componente importante e necessário para a atenção farmacêutica, porém neste novo modelo o processo é o agente principal e o produto tem uma função secundária (BRASIL, 2014).

A AtF pode beneficiar toda a comunidade na prevenção de doenças e promoção da saúde, onde o paciente é o maior beneficiado, com a aplicação dos conhecimentos e das habilidades do farmacêutico na prestação da farmacoterapia obtendo melhores resultados terapêuticos e qualidade de vida (BRASIL, 2014). Esse serviço se baseia em um acordo entre paciente e o farmacêutico, onde há o comprometimento de ambas as partes estabelecendo um vínculo que sustenta a relação terapêutica com base na participação ativa (SOARES *et al.*, 2016).

Resultados obtidos após um ano de estudos pelo Projeto Minnesota de Atenção Farmacêutica nos Estados Unidos mostraram que houve um aumento no número de pacientes que alcançaram metas terapêuticas positivas. A resolução dos problemas relacionados a medicamentos reduziu a complexidade da demanda farmacoterápica, onde em síntese, observou-se uma relação custo-benefício favorável (LUIZARI, 2007).

Estudos demonstram que a qualidade de vida de pacientes com hipertensão e doenças crônicas melhorou em virtude da AtF (VIEIRA *et al.*, 2019). Outros estudos elencam pontos positivos na prática da AtF, seja para melhoria na qualidade de vida do paciente, seja na redução de custos para o sistema de saúde que insere tais serviços farmacêuticos (SILVA *et al.*, 2017).

O farmacêutico é o profissional que realiza a dispensação dos medicamentos, e é nesse momento que tem a oportunidade e a responsabilidade, inclusive ética, de aconselhar o paciente quanto ao uso correto de medicamentos antes que ele inicie o

tratamento. No entanto, para se fazer AtF, mais precisamente farmácia clínica, é preciso atualização e desenvolvimento de conhecimentos técnicos em Farmacologia, Farmacoterapia, Farmacotécnica, Farmacocinética, Farmacodinâmica, Fisiologia e Interpretação de exames laboratoriais, além de raciocínio rápido em semiologia (CFF, 2016).

### 3.7 Atenção Farmacêutica a Pacientes Hipertensos

Esse serviço pode trazer benefícios para ambas às partes, o farmacêutico e o paciente hipertenso. Doenças crônicas como HAS exigem que haja uma adesão freqüente por parte do paciente, na maioria das vezes polimedicado. A AtF a esses pacientes surge como mais uma ferramenta para auxiliar o controle da doença (CASTRO; FUCHS, 2008). Essa AtF pode ser desenvolvida dentre medidas farmacológicas e não farmacológicas. Medidas não farmacológicas como redução de sal, perda de peso, prática de exercícios e moderação no consumo de álcool se revelaram eficazes no auxílio ao controle da HAS, onde tais medidas podem ser orientadas no momento da dispensação dos medicamentos (BARROSO *et al.*, 2012).

Problemas relacionados à falta de adesão ou a interações medicamentosas também podem agravar o quadro desses pacientes. E é aí que o farmacêutico deve atuar no acompanhamento farmacológico seja em rede privada ou pública numa interação de co-responsabilidade entre o paciente e o farmacêutico (BARROSO *et al.*, 2012).

Com o acompanhamento farmacoterapêutico é possível identificar alguns problemas relacionados à falta de adesão ao tratamento esses são conhecidos por Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) e foram quantificados e categorizados conforme o 2º Consenso de Granada (FRADE, 2004). Necessidade: PRM 01 - o paciente possui um problema de saúde por não utilizar o medicamento que necessita; Não necessidade: PRM 02 - o paciente possui um problema de saúde por utilizar o medicamento que não necessita; Efetividade: PRM 03 - o paciente tem um problema de saúde por uma inefetividade não quantitativa do medicamento; PRM 04 - o paciente tem um problema de saúde por uma inefetividade quantitativa do medicamento; Segurança: PRM 05 - o paciente tem um problema de saúde por uma insegurança não quantitativa do medicamento; PRM 06

- o paciente tem um problema de saúde por uma insegurança quantitativa do medicamento. Nesses casos é possível se fazer uma intervenção farmacêutica no sentido de orientar esses pacientes a retornar ao médico, encontrar meios para uma melhor adesão, esclarecer o paciente quanto ao uso correto dos medicamentos anti-hipertensivo e a sua função no tratamento, orientar principalmente pacientes com problemas de adesão ao tratamento e com um ou mais fatores de risco cardiovascular. Essas são medidas adotadas e que trazem uma responsabilidade por parte do paciente e do farmacêutico no intuito de melhorar a qualidade de vida da população acometida por essa comorbidade (MARTINS *et al.*, 2014).

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Pesquisa Sistemática de Literatura

Esta revisão sistemática foi realizada de acordo com as diretrizes os itens de relatório preferências para revisão sistemática e meta-análises (declaração PRISMA) com modificações.

O estudo em questão considerou a partir da seguinte questão norteadora: Quais os impactos da atenção farmacêutica a pacientes hipertensos?

### 4.2 Estratégia de Busca e Seleção de Artigos

A pesquisa foi realizada entre março e maio de 2020 nas bases de dados descritas abaixo incluindo todos os artigos publicados nos últimos dez anos até o final de maio de 2020. Utilizou-se a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e MEDLINE. Foram utilizados os seguintes termos/descriptores em Ciências da Saúde (DeCS): ‘Hipertensão Arterial’, ‘Hipertensos’ e ‘Atenção Farmacêutica’. No rastreamento das publicações foram utilizados os operadores booleanos “AND” e “OR”, de modo a combinar os termos/descriptores.

### 4.3 Critérios de inclusão e exclusão de estudos

A seleção dos artigos foi realizada de acordo com os termos/descriptores de busca encontrados nos títulos e resumos, seguido de uma avaliação criteriosa acerca da leitura na íntegra dos artigos, a fim de identificar estudos que atendessem aos critérios de inclusão e exclusão. Para tal, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: a) estudos que tiveram como tema a Atenção farmacêutica a hipertensos; b) período de publicação de 2010 a 2020; e c) publicações em português. Os critérios de exclusão foram artigos de língua estrangeira, textos incompletos, monografia, tese, dissertação, trabalhos de congresso e conferência, documento de projeto, vídeos, bem com artigos de meta-análise, revisão sistemática, revisão integrativa, revisão de literatura, resumos de anais, editoriais, cartas ao editor, artigos duplicados e aqueles que não respondiam à questão

norteadora que compôs esse estudo e publicados anteriormente aos últimos 10 anos, antes de 2010.

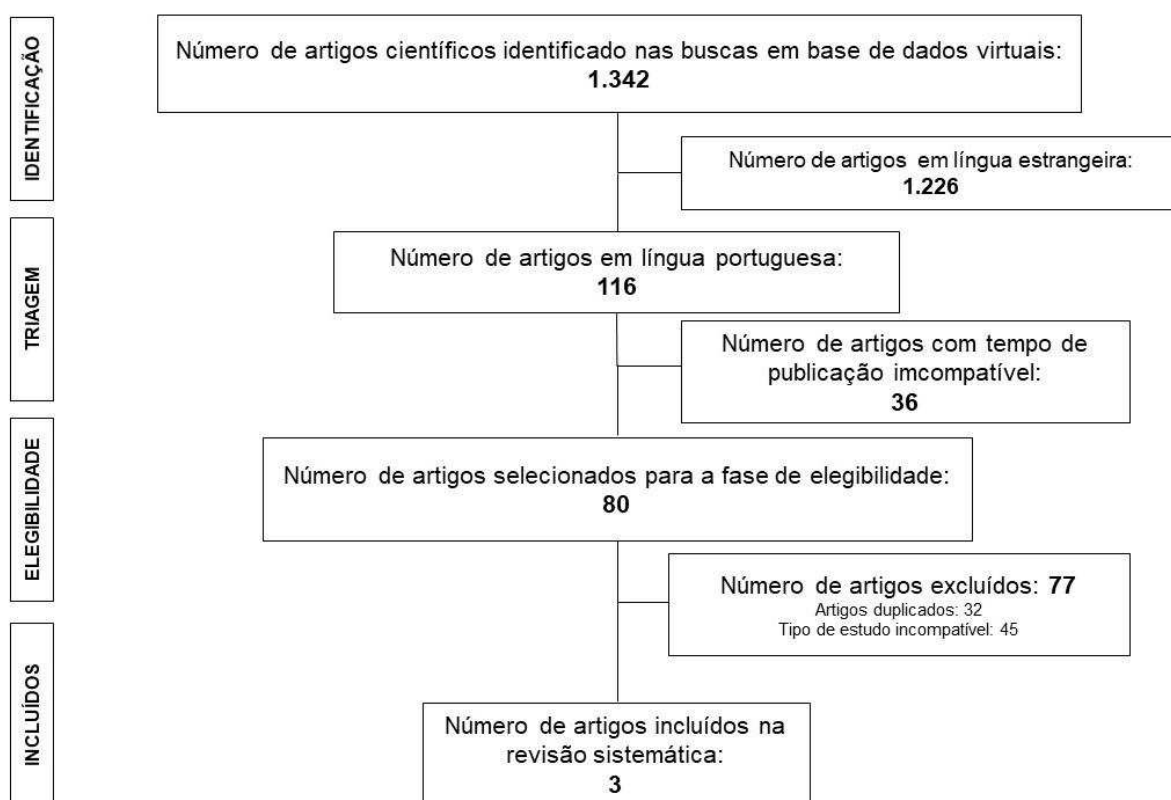
#### 4.4 Extração e análise dos resultados

Nesse estudo foram analisadas três etapas: pré-análise, exploração do material e compilação e interpretação dos dados. Essas informações e interpretações foram orientadas por análise de conteúdo temático, descrita em Minayo (2014), onde se observa que é o tipo de análise mais adequado a interpretação de materiais sobre a saúde. Tais dados foram extraídos manualmente e separados em um formulário padronizado em tabelas para análises descritivas. As variáveis extraídas de cada artigo e incluídas na revisão foram: autores e ano de publicação, número de amostragem do estudo, faixa etária, sexo, níveis pressóricos no início e final da intervenção farmacêutica, e local do estudo.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados 1.342 artigos nas bases de dados BVS, LILACS e MEDLINE, sendo respectivamente, 724, 72 e 546 artigos. Destes, 1226 eram de língua estrangeira e foram excluídos, restando 116 artigos, onde foram avaliados por leitura de títulos e resumo, dos quais 36 foram descartados por terem sido publicados a mais de 10 anos, ou seja, anteriores ao ano de 2010. 80 artigos foram selecionados para a fase de elegibilidade onde 32 eram duplicados e 45 apresentavam tipos de estudos incompatíveis com o tema da pesquisa, e apenas 3 seguiram com critérios de inclusão para a leitura completa dos mesmos. Os resultados estão apresentados no fluxograma abaixo (Figura) 1.

**Figura 1.** Fluxograma das etapas da seleção dos artigos incluídos na revisão sistemática



**Fonte:** Elaborado pelo Autor (2020).

Dentre os estudos analisados, todos incluíam pessoas de ambos os sexos, de grande variabilidade etária, entre 18 e 70 anos, e um estudo avaliativo do

profissional farmacêutico em âmbito de uma unidade de saúde, seja pública ou privada (Tabela 4).

**Tabela 4.** Características dos artigos incluídos na revisão sistemática sobre Atenção Farmacêutica a pacientes hipertensos.

<b>Autor</b>	<b>Amostra</b>	<b>Idade</b>	<b>Feminino</b>	<b>Início &lt; 140x90 mmHg</b>	<b>Final &lt; 140x90 mmHg</b>
<b>Martins et al. (2014)</b>	23	< 60	69,6%	11	19
<b>Amarante et al. (2011)</b>	27	40 - 70	59,2%	5	13
<b>Pereira, Prado e Krepsky (2017)</b>	60	> 18	60,0%	4	56

Fonte: Elaborado pelo Autor (2020).

Podemos observar que o método utilizado pelos pesquisadores foi o mesmo método Dáder, que se baseia na obtenção da história Farmacoterapêutica do paciente, isto é, os problemas de saúde que ele apresenta e os medicamentos que utiliza, e na avaliação de seu estado de situação em uma data determinada a fim de identificar e resolver os possíveis Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) apresentados pelo paciente. Após esta identificação, realizaram as intervenções farmacêuticas necessárias para resolver os PRM e posteriormente se avaliaram os resultados obtidos (FRADE, 2004). Os anos de publicação das referidas pesquisas são mais recentes e foram coletados dados tanto de locais de setores públicos como privados.

Martins *et al.* (2014) usaram uma Unidade de Cuidados Farmacêuticos situada em uma unidade básica de saúde de Fortaleza, Ceará. Já Amarante *et al.* (2011) procuraram usuários da Farmácia Popular de Alfenas, Minas Gerais. Pereira, Prado e Krepsky (2017) escolheram pra estudo uma farmácia comunitária privada, no município de Vitória da Conquista, Bahia. Independente da variação da amostra e da idade, o público com maior prevalência nos três estudos é o público feminino, podendo ocorrer duas possibilidades, a primeira que o sexo feminino tem mais propensão a hipertensão ou por outro lado, as mulheres são as que mais procuram os serviços de saúde.

Amarante *et al.* (2011) em sua pesquisa, apesar de ter uma amostra pequena, dividiram ainda em dois grupos, sendo um controle com 15 participantes e outro

teste com 12. Trabalhou com pessoas que tinham no grupo controle outras doenças relacionadas, dentre elas diabetes (47 %), dislipidemias (53 %) e dor no peito (27 %), depressão (33 %). Ainda na pesquisa, 60 % dos pacientes do grupo teste faziam uso de monoterapia para o tratamento da hipertensão, 20 % usavam três medicamentos, 13,33 % usavam quatro medicamentos e 6,67 % usavam cinco medicamentos.

Martins *et al.* (2014) com amostra de 23 pacientes, apesar de não ter detalhado outras doenças, observaram os medicamentos tomados pela categoria de acordo com as classes farmacológicas, num total de 173 medicamentos usados, sendo 40,69 % (70) do sistema cardiovascular, 22,5 % (39) do aparelho digestivo e metabolismo, 16,8 % (29) do sistema nervoso central, 8,7 % (15) do sangue e órgãos hematopoiéticos e 4,6% (8) do sistema respiratório. De todos esses medicamentos, o número representante de medicamentos anti-hipertensivos foi 47, entre os números a hidroclorotiazida e o captopril foram os mais prescritos.

Pereira, Prado e Krepsky (2017) realizaram um estudo em blocos e relacionou esses com a HAS, divididos em: bloco 1 - dados demográficos, bloco 2 - presença de Diabetes Mellitus, bloco 3 - problemas relacionado a medicamentos e o bloco 4 - avaliou a necessidade de intervenções farmacêuticas direcionada à resolução e dos PRM. Os autores também aplicaram um questionário de satisfação do usuário com relação ao acompanhamento farmacoterapêutico.

Diante da diversificação de informações coletadas pelos artigos citados, foram realizadas intervenções e acompanhamento farmacoterapêutico em todos três artigos e ainda observado o início do acompanhamento, o qual podemos chamar de primeira consulta farmacêutica e a última, sendo feito a medição dos níveis pressóricos no início e no final do acompanhamento.

De acordo com a Tabela 4, podemos observar valores pressóricos constatados antes e depois das intervenções farmacêuticas, onde Martins *et al.* (2014) observaram a pressão dos 23 pacientes, sendo que 11 dos 23 pacientes tinham PA abaixo de 140x90 mmHg, e ao final do acompanhamento 19 dos 23 passaram a ter uma PA abaixo de 140x90 mmHg, demonstrando resultados satisfatórios e benefícios aos usuários.

Amarante *et al.* (2011) tendo acompanhado durante o estudo o grupo teste (15 pacientes), observaram que no início do acompanhamento 13,34 % dos pacientes desse grupo tinham PA controlada menor que 130x85 mmHg, e que esse



número cresceu para 60% ao final do estudo havendo ainda um decaimento no número de pacientes hipertensos estágio 3 de 20 % para 0. Dos 15, apenas cinco iniciaram os estudos com níveis pressóricos menores que 140x90 mmHg, e ao final esse número cresceu para 13 participantes. Já com os 12 participates do controle houve uma aumento de pacientes no grupo aceitável de 8,34 %, passando de 5 % para 33,34 %.

No estudo de Pereira, Prado e Krepsky (2017), observando-se as medidas pressóricas iniciais e finais, constataram que 71,7 % dos pacientes no início do estudo estavam com as PA descontroladas e ao final 99,3 % atingiram o controle.

Os três artigos demonstram claramente que a intervenção farmacêutica e o acompanhamento farmacoterápico, ambos inseridos no contexto da AtF, evidenciaram um resultado significativo na vida dos indivíduos hipertensos, alcançando os objetivos a que se propuseram, e isso pode ser comprovado com a medida de valores pressóricos, sendo possível com a diminuição dos PRM, com uma melhora na adesão ao tratamento, com a prática do cuidado e da responsabilidade delegada ao paciente e compartilhada com o farmacêutico nesse cuidado. É nesse contexto que o farmacêutico pode estar contribuindo no processo para melhoria no controle de doenças crônicas, como por exemplo a HAS, e assim melhorando a qualidade de vida dessa população.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo em questão alcançou os objetivos, o qual evidenciou o quanto a hipertensão se tornou um problema de saúde pública e o quanto é relevante um acompanhamento desses indivíduos hipertensos por profissionais farmacêuticos. Tais acompanhamentos se fazem necessário a esses pacientes que precisam de todo auxílio possível para ajudar a controlar a PA sistêmica diminuindo os problemas que possam estar relacionados com a HAS.

O farmacêutico deve atuar complementando a rede de saúde na prevenção e na promoção à saúde individual e coletiva orientando os pacientes e buscando cada vez mais os conhecimentos, informações e a integração nas equipes de saúde em prol dos pacientes.

Esse processo profissional-paciente é uma via de mão dupla, onde todos se beneficiam na qualidade de vida, traz satisfação ao profissional, que pode colocar conhecimentos adquiridos na graduação, enquanto que para o usuário é possível ver os benefícios quando este se sente satisfeito em um bom trabalho de acompanhamento, que traz resultados e que estes podem ser constatados numa aferição de pressão. Ainda nesse processo, existe a busca constante por parte do profissional de continuar se atualizando e se especializando para poder fornecer qualidade no atendimento e solução de problemas com relação a medicamentos.

Os problemas relacionados a medicamentos também são uma das questões que podem ser mitigadas com a atenção farmacêutica orientando e inserindo uma política sempre de conscientização. Nesse contexto, o profissional farmacêutico é o mais indicado para uma educação permanente no sentido de uma conscientização pelo uso racional de medicamentos dos pacientes hipertensos buscando sempre tratamentos viáveis e seguros.

Podemos inferir nesse estudo que o farmacêutico é o profissional de saúde que está mais acessível à população e com conhecimento científico suficiente com relação aos medicamentos. É importante salientar que esse trabalho proporcionou uma reflexão importante, enquanto ao uso de medicamentos anti-hipertensivos e o auxílio do farmacêutico no controle da HAS.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, L. C.; SHOJI, L. S.; LOURENÇO, E. B.; MARQUES, L. A. M. Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes hipertensos usuários da farmácia popular: avaliação das intervenções farmacêuticas. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 15, n. 1, p. 29-35, jan./abr. 2011.

BARROSO, W. S.; PÓVOA, R.; BRANDÃO, A. A.; PASSARELLI, J. R. O.; JARDIM, P. C. V.; FEITOSA, A.; ALESSI, A. I. Posicionamento Brasileiro Sobre Hipertensão Arterial Resistente. **Arq Bras Cardiol**. 99(1):576-85, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao\\_progestores\\_livro7.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro7.pdf) Acesso em: 25 de out. de 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do Programa de Medicamentos de dispensação em caráter excepcional**. Brasília: CONASS, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documenta3.pdf>. Acesso em: 01 de Nov. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2014. – (Cuidado farmacêutico na atenção básica ; caderno 1). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos\\_farmaceuticos\\_atencao\\_basica\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf). Acesso em: 25 de out. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação : relatório com análise e recomendações de**

**gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada.** Brasília. 2018. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_farmaceutica\\_sus\\_relatorio\\_recomendacoes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmaceutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdf). Acesso em: 09 de out. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf) Acesso em: 26 de out. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do Governo Brasileiro. **Hipertensão é diagnosticada em 24,7% da população, segundo a pesquisa Vigitel. 2019.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45446-no-brasil-388-pessoas-morrem-por-dia-por-hipertensao>>. Acessado em: 28 de Setembro de 2019.

CASTRO, M. S. D.; FUCHS, F. D. Abordagens para aumentar a adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. **Rev Bras Hipertens.** vol.15(1):25-27, 2008.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. **Farmacoterapêutica.** Ano XIII. N° 4 e 5. Jul. – Out. 2008. Disponível em: [http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/67/057a064\\_farmacoterapeutica.pdf](http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/67/057a064_farmacoterapeutica.pdf). Acesso em: 25 de out. 2019.

CFF. Conselho Federal de Farmácia: **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual.** Brasília. 2016. Disponível em: [http://www.cff.org.br/userfiles/Profar\\_Arcabouco\\_TELA\\_FINAL.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf) Acesso em: 26 de out. de 2019.

COMITÉ DE CONSENSO. **Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos.** Ars Pharmaceutica. 2002.

FRADE, J. C. Q. P. considerando a tradução da versão anterior do documento feita por CASTRO, M.S.; REVISÃO TÉCNICA Correr, C.J.; Rossignoli, P.S.; Traduzido do original em espanhol: Machuca, M. Fernández-Llimós, F. Faus, M.J. **Método Dáder. Guia de seguimiento farmacoterapéutico.** GIAF-UGR, 2003. © dos textos: dos autores © da edição original: GIAF-UGR. Versão Brasil: 2004.

GERHADT, T. E.; SILVEIRA, D. T.; Métodos de pesquisa.1. ed. Editora da UFRGS. Porto Alegre/RS, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 06 de Nov. de 2019.

IVAMA, A. M.; NOBLAT, L.; CASTRO, M. S.; OLIVEIRA, N. V. B. V.; JARAMILLO, N. M.; RECH, N. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>. Acesso em: 08 de Nov. de 2019.

LANGOWISKI, A. R.; TROMPCZYNSKI, J. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de hipertensão.** – Curitiba: SESA, 2014. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Rev1\\_LINHAGUIAhipertensao.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Rev1_LINHAGUIAhipertensao.pdf). Acesso em: 28 de set. de 2019.

LANGOWISKI, A. R.; KOERICH, A.; TROMPCZYNSKI, J. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de hipertensão arterial / SAS.** – 2. ed. – Curitiba : SESA, 2018. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HIPER\\_R\\_4\\_web.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HIPER_R_4_web.pdf). Acesso em: 28 de set. de 2019.

LUIZARI, A. S. **Atenção farmacêutica: a necessidade de um modelo adaptado ao Brasil.** São Paulo. 2007. Disponível em: <http://arquivo.fmu.br/prodisc/farmacia/asl.pdf> . Acesso em: 09 de Nov. de 2019.

MARIN, N.; LUIZA, V.L.; CASTRO, C.G.S.O.; SANTOS, S.M. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro : OPAS/OMS, 2003.

Disponível em: [http://www.cff.org.br/userfiles/84%20-%20MARIN%20N%20ET%20AL%20Assistencia%20Farmaceutica%20para%20gerentes%20municipais\\_2003.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/84%20-%20MARIN%20N%20ET%20AL%20Assistencia%20Farmaceutica%20para%20gerentes%20municipais_2003.pdf). Acesso em: 12 de out. 2019.

MARTINS, B. C. C.; FIRMINO, P. Y. M.; ALVES, S. C. F.; LIMA, L. F.; OLIVEIRA, B. E.; PORTO, A. C.; VIEIRA, V. M. S. F.; MOTA, M. V.; PONCIANO, A. M. S.; FONTELES, M. M. F. Adesão ao tratamento para hipertensão em uma Unidade Básica de Saúde do Ceará. **Rev Bras Hipertens** vol. 21(1):24-30, 2014.

MINAYO, M. C. de S. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 33. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

NEGRI, B. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/polit\\_fed\\_assist\\_farm.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/polit_fed_assist_farm.pdf). Acesso em: 22 de out. de 2019.

PEREIRA M. G.; PRADO N. M. B. L.; KREPSKY P. B. Resultados de seguimento farmacoterapêutico a pacientes hipertensos em farmácia comunitária privada na bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 41, n. 2, 2017.

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. V. 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016. 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 de out. 2019.

SILVA, B. T. F.; BARROS, M. L. C. M. G. R.; AQUINO, D. S.; VIEIRA, A. C. Q. M. O papel do farmacêutico no controle da automedicação em idosos. **Boletim Informativo Geum**. Piauí. v8., n.3, p.18-31, jul./set., 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/geum/article/download/5934/4258>. Acesso em: 28 de out. de 2019.

SOARES, L; FARIAS, M. R.; LEITE, S. N.; CAMPESE, M; MANZINI, F. **Atuação clínica do farmacêutico**. Florianópolis : Ed. da UFSC, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/187553/5%20-%20Atua%C3%A7%C3%A3o%20cl%C3%ADnica%20do%20farmac%C3%AAutico%20e-book.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 26 de out de 2019.

VIEIRA, L. M. M.; LEITE, R. S.; YOSHIDA, E. H.; CARNEIRO, H. F. P.; SANTOS, N. S. A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA EM PACIENTES HIPERTENSOS. **Revista Saúde em Foco**. Itapetininga, SP. Ed nº 11, P.454-462. Ano: 2019. Disponível em: [http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/04/039\\_A-import%C3%A2ncia-da-Aten%C3%A7%C3%A3o-Farmac%C3%AAutica-em-Pacientes-Hipertensos.pdf](http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/04/039_A-import%C3%A2ncia-da-Aten%C3%A7%C3%A3o-Farmac%C3%AAutica-em-Pacientes-Hipertensos.pdf). Acesso em: 21 de out. de 2019.