



Faculdade de Pindamonhangaba



Recredenciada pela Portaria Ministerial n.º 516, de 12/06/2013 publicada no D.O.U. de 13/06/2013

Ana Paula Barbosa Moreira Leite

**AVALIAÇÃO CRÍTICA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO
FARMACÊUTICA À PACIENTES HIPERTENSOS**

Pindamonhangaba – SP

2018



Faculdade de Pindamonhangaba



Recredenciada pela Portaria Ministerial n.º 516, de 12/06/2013 publicada no D.O.U. de 13/06/2013

Ana Paula Barbosa Moreira Leite

AVALIAÇÃO CRÍTICA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA À PACIENTES HIPERTENSOS

Monografia apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do Diploma de Farmácia pelo Curso de Farmácia da Faculdade de Pindamonhangaba.

Orientadora: Professora Dr^a. Luciane Vieira Garcia

Pindamonhangaba – SP

2018

Leite, Ana Paula Barbosa Moreira

Avaliação crítica do serviço de atenção farmacêutica à pacientes hipertensos / Ana Paula Barbosa Moreira Leite / Pindamonhangaba-SP : FAPI Faculdade de Pindamonhangaba, 2018.
35f. : il.

Monografia (Graduação em Farmácia) Fapi-SP.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Luciane Vieira Garcia.

1 Hipertensão arterial. 2 Fatores de risco. 3 Atenção farmacêutica.

I Avaliação crítica do serviço de atenção farmacêutica à pacientes hipertensos II Ana Paula Barbosa Moreira Leite



Faculdade de Pindamonhangaba



Recredenciada pela Portaria Ministerial n.º 516, de 12/06/2013 publicada no D.O.U. de 13/06/2013

ANA PAULA BARBOSA MOREIRA LEITE

**AVALIAÇÃO CRÍTICA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA À
PACIENTES HIPERTENSOS**

Monografia apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do Diploma de Farmácia pelo Curso de Farmácia da Faculdade de Pindamonhangaba.

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. _____ Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura _____

Prof. _____ Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura _____

Prof. _____ Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura _____

Dedico este trabalho com muito amor à minha mãe Geralda. Obrigada por sonhar meu sonho e fazer desse sonho uma realidade. Obrigada pelo incentivo e pelas orações. Serei eternamente grata.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por minha vida e pela minha família.

Ao meu esposo Rui e minha filha Sophia, que em todos os momentos estiveram presentes durante essa jornada me incentivando. Amo vocês!

À minha querida irmã Gláucia, pelo apoio, cuidado e companheirismo.

À minha orientadora professora Dr^a. Luciane Garcia pela paciência, por me passar segurança e confiança durante a elaboração deste trabalho.

RESUMO

A hipertensão arterial (HA) ou pressão alta, como popularmente é conhecida, é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias. Ela acontece quando os valores das pressões máxima (sistólica) e mínima (diastólica) são iguais ou ultrapassam os 140/90 mmHg. Este trabalho teve por finalidade analisar a atenção farmacêutica aos pacientes com hipertensão, avaliando os fatores de risco que levam ao aumento da pressão arterial e constituem problemas de saúde pública e provoca alto índice de mortalidade mundial. Foram utilizados dados exploratórios, por meio de pesquisas que permitiram levantamentos de dados conceituais, históricos e teóricos. Os resultados apontam que os fatores de risco como envelhecimento dos indivíduos, mulheres na fase da menopausa e indivíduos da raça negra estão ligados diretamente ao aumento da HA, podendo ser agravados pela obesidade, tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, consumo excessivo de sal, sedentarismo e fatores genéticos. Sendo assim, por se tratar de um dos maiores índices de mortalidade mundial, cabe aos profissionais de saúde, em destaque o farmacêutico, que tem a função de proporcionar atenção de modo efetivo aos pacientes hipertensos, avaliar e ampliar o conhecimento dos pacientes sobre a doença e seus fatores de risco, buscando orientá-los e estimulá-los ao uso correto dos medicamentos e a adesão a estilo de vida adequado.

Palavras chaves: Hipertensão arterial. Fatores de risco. Atenção farmacêutica.

ABSTRACT

Arterial hypertension (AH) or high blood pressure, as it is commonly known, is a chronic disease distinguished by elevated blood pressure levels in the arteries. It occurs when the levels of the maximum (systolic) and minimum (diastolic) pressures are equal to or exceed 140/90 mmHg. This study was aimed to analyze the pharmaceutical care for patients with hypertension, assessing the risk factors that lead to the increase of blood pressure and result in public health issues that should be understood as an indication of global mortality. Exploratory data analysis was used through researches that allowed the collection of conceptual, historical and theoretical data. The results revealed that risk factors such as aging, menopausal women and black people are directly related to an increase in the AH, that might be worsened by obesity, smoking, alcohol consumption, high intake of salt, sedentary lifestyle and genetic factors. Thus, as it has one the highest levels of global mortality, to healthcare professionals, mainly the pharmacist, who has the job to provide care effectively to hypertensive patients, assess and increase the patients' knowledge about the disease and its risk factors, guiding and stimulating them to the correct use of medicines and the adherence to a proper lifestyle.

Key words: Arterial hypertension. Risk factors. Pharmaceutical care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Prevalência (%) de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira de adultos (>18 anos) (N=60.202) segundo sexo, faixa etária, raça/cor da pele, nível de escolaridade e área de residência – Pesquisa Nacional de Saúde. Brasil, 2013.	22
Tabela 2	Prevalência (%) de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira de adultos (>18 anos) (N=60.202) segundo sexo e unidade da Federação de residência – Pesquisa Nacional de Saúde. Brasil, 2013.	23
Tabela 3	Prevalência (%) de hipertensão arterial autorreferida no município de Londrina/PR (N=418) segundo sexo, faixa etária, nível de escolaridade e renda familiar - Sul do Brasil, 2003.	25
Tabela 4	Prevalência (%) de hipertensão arterial autorreferida na Casa Saúde da Família Águas Lindas II, em Belém/PA (N= 33) segundo sexo, faixa etária, nível de escolaridade, renda familiar, ocupação, tabagismo, etilismo, atividade física, antecedentes familiares, co-morbidades e medicação hipotensora - Brasil, 2007.	27
Tabela 5	Prevalência (%) de hipertensão arterial autorreferida no município de Pontal do Araguaia-MT (N=25), considerando as variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida - Brasil, 2013.	29

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	METODOLOGIA.....	12
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	13
3.1	Fatores de risco associados à hipertensão arterial.....	13
3.1.1	Idade.....	13
3.1.2	Etnia.....	14
3.1.3	Grau de Escolaridade.....	14
3.1.4	Sexo.....	14
3.1.5	Tabagismo.....	15
3.1.6	Alcoolismo.....	15
3.1.7	Diabetes mellitus (DM).....	16
3.1.8	Obesidade.....	15
3.1.9	Sedentarismo.....	17
3.2	Atenção farmacêutica aos pacientes hipertensos.....	18
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	21
5	CONCLUSÃO.....	31
	REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

Nos países em desenvolvimento as doenças cardiovasculares, consideradas como uma das doenças crônico-degenerativas, são responsáveis pela metade das mortes. Além disso, são as principais causadoras de óbito na população brasileira há mais de 30 anos. Dentre essas doenças, a HA é a mais comum em todo o mundo, sendo responsável por altos índices de morbimortalidade, sobretudo entre os idosos.

No Brasil, aproximadamente, 65% dos idosos são portadores de hipertensão arterial (HA) e este número só tende a crescer; a Sociedade Brasileira de Cardiologia, baseada em dados internacionais e nacionais, estima que em 2025 haverá mais de 35 milhões de idosos no país, muitos dos quais portadores de hipertensão¹.

Em razão da prevalência de doenças crônico-degenerativas a partir da quarta década de vida, há tendência do aumento do uso dos medicamentos. Para controle dessas morbidades os idosos constituem, possivelmente, o grupo etário mais medicalizado na sociedade. Os fatores supracitados (envelhecimento, maior prevalência das enfermidades crônico-degenerativas e consumo de fármacos) aumentam a incidência dos problemas relacionados aos medicamentos (PRM), deixando a população vulnerável a vários problemas de saúde e aumentando os custos dos sistemas de atenção sanitária.

No Brasil, os medicamentos ocupam a primeira posição entre os causadores de intoxicações, desde 1996. Entretanto, há carência quase absoluta de estudos independentes na área de utilização de medicamentos no país, além da omissão do poder público no tratamento da questão.

As mudanças demográficas, epidemiológicas e a evolução dos medicamentos têm gerado novas demandas que requerem adequação do sistema de saúde e a transformação do modelo de atenção prestada, de modo a conferir prioridade ao caráter preventivo das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Para isso, o sistema deve contar com ações colaborativas de profissionais da saúde, em sintonia com essas mudanças.

Diante dessa nova realidade, os papéis dos profissionais de saúde ganham mais relevância científica e social, principalmente em uma faixa etária em que há a maior probabilidade de ocorrência de doenças crônico-degenerativas, perdas afetivas e funcionais. Nesse sentido, é preciso discutir a complexidade da atuação profissional isolada, bem como

refletir sobre os aspectos intersubjetivos do trabalho em equipe, no que concerne aos cuidados com a saúde do idoso e ao uso dos medicamentos.

Ante o exposto, o presente estudo teve como objetivo, avaliar o papel do farmacêutico no cuidado aos idosos, no que tange à adesão à farmacoterapia e no tratamento da HA, para otimizar o uso correto dos medicamentos nessa faixa etária.

2 METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa exploratória de bibliografia e artigos acadêmicos, com ênfase em material científico embasando-se em dados quantitativos. A pesquisa foi realizada na base de dados Scielo, Pubmed e Bireme, em língua nacional e internacional, entre os anos de 2003 a 2017.

As palavras-chaves utilizadas, bem como seus cruzamentos, foram hipertensão arterial, fatores de risco e atenção farmacêutica.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Segundo Nobre¹, a HA no Brasil atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, sendo que 60% deste total são idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Juntos com a diabetes mellitus (DM), suas complicações (cardíacas, renais e acidente vascular encefálico) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015¹.

Certamente, o envelhecimento da população brasileira está ligado diretamente ao aumento da HA⁴. Mas, além desse fator há outros agravantes, que estão relacionados como fatores de risco para desenvolvimento da HA, tais como: obesidade, tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, consumo excessivo de sal, sedentarismo e fatores genéticos⁶.

Todos estes fatores acarretarão crescimento das despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que apresentarão desafio para as autoridades sanitárias, especialmente no que diz respeito à implantação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados⁵.

Em geral, as doenças desenvolvidas por idosos são crônico-degenerativas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico constante e farmacoterapia contínua. A hipertensão decorre da interação de vários fatores metabólicos e não metabólicos, sendo este último relacionado às modificações no modo de vida do homem moderno. Quanto maior o número de fatores de risco a que o indivíduo estiver exposto, maior o risco de tornar-se hipertenso¹.

3.1 Fatores de risco associados à hipertensão arterial

3.1.1 Idade

Segundo estudos populacionais a prevalência de HA é maior quanto mais elevada for a faixa etária. Este achado epidemiológico, no entanto, pode estar na dependência de outros fatores.

O homem, até os 50 anos, tem risco três vezes maior que a mulher da mesma idade; essa diferença diminui após a menopausa⁶.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HA, relacionada ao: a) aumento da expectativa de vida da população brasileira, atualmente em 74,9 anos e b) aumento na população de idosos ≥ 60 anos na última década (2000 a 2010), de 6,7% para 10,8².

Isto provavelmente ocorre com o decorrer da idade, porque há redução da complacência dos grandes vasos, enrijecimento das artérias e diminuição da elasticidade entre outros aspectos fisiopatológicos, que comprometem uma boa função cardíaca¹.

3.1.2 Etnia

Segundo a literatura, indivíduos negros apresentam prevalência de hipertensão duas vezes maior que caucasianos. Dados do Nacional Health and Nutrition Examination Survey (NHANES II), um estudo realizado com 28.000 pacientes entre 1976 e 1980 nos Estados Unidos, confirmam prevalência de 38% para os negros contra 29% para os caucasianos³.

Estudos realizados com populações negras, segundo Arruda e Amado,¹⁵ têm sugerido que maiores prevalência e gravidade da HA em negros podem ser determinadas pela maior frequência de comprometimento em órgãos-alvo, maiores níveis de vasopressina plasmática e declínio na resposta renal neste grupo étnico, o que torna o prognóstico da doença mais sombrio¹⁵.

3.1.3 Grau de Escolaridade

Scala e colaboradores⁴ afirmam que adultos com menor nível de escolaridade (sem instrução ou fundamental incompleto) apresentaram a maior prevalência de HA referida (31,1%). A proporção diminuiu naqueles que completam o ensino fundamental (16,7%), mas, em relação às pessoas com superior completo, o índice foi 18,2%⁴.

No entanto, dados do estudo ELSA Brasil, realizado com funcionários de seis universidades e hospitais universitários do Brasil com maior nível de escolaridade, apresentaram uma prevalência de HA de 35,8%, sendo maior entre homens⁴.

3.1.4 Sexo

Almeida e Rodrigues¹⁶ relatam que os homens têm maior prevalência de HA do que as mulheres (33% e 27%, respectivamente). Até a menopausa, as mulheres são

hemodinamicamente mais jovens do que os homens da mesma idade e, desta forma, menos vulneráveis à HA e às doenças crônico-degenerativas¹⁶.

Contudo, após a menopausa, as mulheres passam a apresentar maior prevalência do que os homens. O aumento da pressão arterial (PA) após essa fase, nas mulheres, possivelmente relaciona-se ao ganho de peso e às alterações hormonais relacionadas à menopausa¹⁶.

3.1.5 Tabagismo

O efeito do tabagismo é bastante deletério sobre o sistema cardiovascular, embora não esteja relacionado intimamente com a PA. O hábito de fumar constitui um importante fator de risco na HA, no mesmo grau das dislipidemias¹⁷.

Os pacientes hipertensos, que também são fumantes, têm risco de morte muito mais alto para certo nível de PA, pois a nicotina atua sobre o sistema cardiovascular causando vasoconstrição periférica e aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca. Existem indícios de que o consumo de cafeína associado ao fumo, hábito comum entre fumantes, promove elevação aguda, porém reversível da PA, e, portanto, o risco de doença coronariana é maior nos grandes consumidores de café⁹.

O tabagismo colabora ainda para o efeito adverso da terapêutica de redução dos lipídios séricos, diminuindo o colesterol HDL. Em fumantes, o processo de metabolização do colesterol encontra-se comprometido e induz ainda à resistência ao efeito de drogas anti-hipertensivas¹⁷.

3.1.6 Alcoolismo

O excesso no consumo de álcool, além de aumentar a PA, constitui uma das causas de resistência à terapêutica anti-hipertensiva¹⁸.

Foi estimado que cerca de 10% dos indivíduos hipertensos têm hipertensão induzida pelo álcool. Calcula-se que a ingestão superior a 30 ml de álcool por dia pode aumentar a pressão arterial sistólica (PAS) em 5 a 6 mmHg e a pressão arterial diastólica (PAD) em 2 a 4 mmHg⁵.

O indivíduo que consome álcool tem a probabilidade dobrada de tornar-se hipertenso quando comparado com um indivíduo que não faz uso da bebida. Para os hipertensos que

fazem uso de bebidas alcoólicas, o consumo não deve ultrapassar mais que 30 ml de etanol/dia (720 ml de cerveja, 240 ml de vinho ou 60 ml de bebidas destiladas)⁵.

O efeito hipotensor real, determinado pela reduzida ingestão de bebidas alcoólicas, ainda não está claro, razão porque estudos apontam que se deve orientar o consumo moderado de bebidas, apenas como medida de controle da PA¹⁸.

Amplio estudo prospectivo mostrou que a mortalidade cardiovascular foi de 30% a 40% maior entre indivíduos que tomavam um drinque diariamente, comparados aos que não bebiam. Para Andrade e colaboradores, o consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a PA de forma consistente⁵.

Metanálise realizada em 2012, incluindo 16 estudos com 33.904 homens e 19.372 mulheres comparou a intensidade de consumo entre abstêmios e bebedores. Em mulheres houve efeito protetor com dose inferior a 10g de álcool/dia e risco de HA com consumo de 30-40g de álcool/dia. Em homens, o risco aumentado de HA, tornou-se consistente a partir de 31g de álcool/dia⁵.

3.1.7 Diabetes mellitus (DM)

A HA associa-se a várias alterações metabólicas e hormonais, dentre as quais se destaca a resistência à insulina. Esta predispõe ao aumento dos níveis glicêmicos e à hiperinsulinemia compensatória que, em geral, evolui para o diabetes clinicamente instalado. A hiperinsulinemia favorece o ganho de peso corporal e agrava a resistência insulínica, criando um ciclo vicioso. Desta forma, a resistência à insulina e a hiperinsulinemia têm sido consideradas o elo entre HA, obesidade e diabetes¹⁹.

Há uma maior prevalência de diabetes na população idosa, particularmente do tipo não insulino dependente (tipo II). O diagnóstico apresenta-se relacionado a níveis pressóricos elevados, associando-se comumente a outros fatores de risco cardiovasculares, tais como dislipidemias, obesidade e hiperinsulinemia¹⁹.

A prevalência de HA aparece, com maior frequência, nos diabéticos do sexo masculino, antes da quinta década de vida e nas mulheres, após esse período¹⁹.

3.1.8 Obesidade

A obesidade constitui provavelmente o maior fator de risco para o desenvolvimento de HA. Segundo a OMS, é considerado obeso o indivíduo que apresenta índice de massa corporal (IMC) igual ou maior que 30 kg/m². O nível de IMC para definição de obesidade não se diferencia na população idosa, havendo, porém maior tolerância para os mesmos. Logo, a obesidade pode ser definida em um patamar mais elevado nesse segmento da população⁶.

Há prevalência maior de obesidade entre as mulheres, inclusive nos idosos. Estima-se em 60% a proporção de hipertensos com peso acima de 20% do ideal, sendo esse o principal determinante do processo em 1/3 dos pacientes entre 24 e 64 anos. Em ambos os sexos, seu maior pico ocorre entre 45 e 64 anos⁶.

O excesso de peso apresenta tendência crescente nas últimas décadas, mesmo entre pessoas idosas. A predominância da obesidade, hoje, tende a ser maior nas classes socioeconômicas mais baixas⁶.

A obesidade abdominal é um forte preditor de vários fatores de risco para as doenças cardíacas, incluindo a resistência à insulina, a dislipidemia e a hipertensão. Esta forma de disposição da gordura corpórea aumenta com o envelhecimento, apresentando a massa magra, uma perda progressiva que se exacerba após os 60 anos. Cabrera e Jacob Filho⁶ realizaram um estudo transversal com 847 idosos de diferentes faixas etárias entre 60-69 anos, 70-79 anos e 80 anos ou mais, e identificaram que a prevalência de obesidade foi 23,8% entre as mulheres e 9,3% entre os homens, com IMC = 30 kg/m², sendo menor entre os idosos com 80 anos ou mais⁶.

No Brasil, segundo dados da Instituição de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)⁷, de 2014, revelaram que entre 2006 e 2014, houve aumento da prevalência de excesso de peso, em cerca de 43% vs 52,5%, respectivamente. No mesmo período, obesidade aumentou de 11,9% para 17,9%, com predomínio em indivíduos de 35 a 64 anos⁷.

3.1.9 Sedentarismo

Com a aposentadoria, os idosos tornam-se mais sedentários, utilizam pouco os músculos e tem maior tendência a aumentar o peso e a PA⁷.

O exercício físico regular, orientado por profissional habilitado, tem sido considerado imprescindível para melhorar a função cardiovascular global e modificar o gasto energético diário total em indivíduos mais velhos⁷.

As pessoas que praticam exercícios regularmente são mais saudáveis e têm PA mais baixas em relação àquelas que não praticam⁷.

3.2 Atenção farmacêutica aos pacientes hipertensos

O farmacêutico no início do século XX era referência em terapia medicamentosa, desde a aquisição, armazenamento e distribuição, ou mesmo o preparo dos medicamentos prescritos.

Na década de 40, com o início da expansão da indústria farmacêutica, houve um desinteresse pela formulação médica e a ampliação do campo de atuação do farmacêutico, mas os medicamentos receberam uma característica de mercadoria industrial, transformando a farmácia em canal de distribuição de medicamentos industrializados.

Nos anos 60, fruto da grande insatisfação dos farmacêuticos, surgiu nos Estados Unidos um movimento, que resultou em dispensação do medicamento com orientação farmacêutica nas farmácias comunitária e hospitalar.

Nos anos 90 traz-se um novo desafio para a profissão farmacêutica, a prática da Atenção Farmacêutica (AFT), definida por Hepler e Strand como “a provisão responsável do tratamento farmacológico, com o propósito de alcançar resultados terapêuticos definidos, que melhorem a qualidade de vida do paciente”.^{9,10,11}

O termo Atenção Farmacêutica foi adotado e oficializado no Brasil em 2001, a partir de discussões lideradas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), OMS, Ministério da Saúde entre outros, onde foi definido o conceito de Atenção Farmacêutica “como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde”.¹¹

A reforma na assistência à saúde brasileira com a implantação do Sistema Único de Saúde em 1990, ressaltou a necessidade de elaboração de uma política específica para o setor de medicamentos no Brasil, garantindo o acesso e cumprimento à assistência farmacêutica integral e a participação do farmacêutico na equipe multidisciplinar¹².

Ainda de acordo com o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica é necessário se adotar um modelo de acordo com o sistema de saúde do país, integrando profissionais, pesquisadores e docentes no objetivo de promoção da Atenção farmacêutica sinérgica e harmônica¹⁰.

No artigo 196 da Constituição Federal está estabelecido “que a saúde é direito de todo cidadão e dever do Estado, que deve assegurá-lo por meio de políticas sociais e econômicas, objetivando a redução de doenças e aumento do acesso à assistência à saúde”. Direito que foi regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, que instituiu que o SUS deveria ser estruturado garantindo a terapêutica integral, inclusive a Assistência Farmacêutica. No âmbito do SUS, as ações do Ministério da Saúde relacionadas à Assistência Farmacêutica são conduzidas pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2004¹³.

No âmbito do SUS, de acordo com a Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, as ações em saúde estão divididas na forma de blocos de financiamento específicos de acordo com os seus objetivos e características. No caso da Assistência Farmacêutica, as ações estão definidas no quarto bloco que se divide em três Componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)¹³. Neste bloco está estabelecido um Elenco de Referências de medicamentos elaborado pelo Ministério da Saúde, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)¹¹.

De acordo com o Método Dáder a AFT é uma atividade clínica necessitando de um trabalho rigoroso, mas condicionado à decisão livre e responsável de um profissional, exigindo o máximo de informação possível para sua realização. Portanto, os profissionais clínicos precisam dispor de protocolos, manuais de atuação, consensos, etc¹⁴.

O Terceiro Consenso de Granada (Espanha) define PRM quando a farmacoterapia falha e/ou causa danos à saúde do paciente, podendo ocasionar custos ou danos, tornando-se um problema de saúde pública. Neste caso, esse termo “problema relacionado aos medicamentos” (PRM) pode ser definido como “um problema de saúde, relacionado ou suspeito de estar relacionado à farmacoterapia, que interfere ou pode interferir nos resultados

terapêuticos e na qualidade de vida do usuário”¹⁴. Os modelos de atenção farmacêutica mais citados e seguidos são o espanhol Método Dáder e o americano modelo de Minnesota, onde para o Método Dáder a não aderência ao tratamento é uma causa dos problemas relacionados aos medicamentos (PRM), enquanto para o modelo de Minnesota, a não aderência torna-se um problema farmacoterapêutico^{9,10}.

A AFT é um componente da Assistência Farmacêutica, configurando a responsabilidade do farmacêutico por meio da detecção, prevenção e resolução de PRM, de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar resultados definidos, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário. Esta prática ocorre no momento do atendimento farmacêutico e é entendido como “o ato em que o farmacêutico, fundamentado em sua práxis, interage e responde às demandas dos usuários do sistema de saúde, buscando a resolução de problemas de saúde, que envolvam ou não o uso de medicamentos. Este processo pode compreender escuta ativa, identificação de necessidades, análise da situação, tomada de decisões, definição de condutas, documentação e avaliação, entre outros”¹⁴.

Uma vez, durante o atendimento tenha se observado algo ou algum procedimento que possa interferir na farmacoterapia do paciente, o profissional farmacêutico precisa fazer a intervenção farmacêutica que é compreendido como “um ato planejado, documentado e realizado junto ao usuário e profissionais de saúde, que visa resolver ou prevenir problemas que interferem ou podem interferir na farmacoterapia, sendo parte integrante do processo de acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico”¹⁴.

Para o processo de Atenção Farmacêutica, a Farmacovigilância apresenta papel fundamental, isso, porque a Atenção Farmacêutica é uma das entradas do sistema de Farmacovigilância, ao identificar e avaliar problemas/riscos relacionados com a segurança, efetividade e desvios da qualidade de medicamentos, por meio do acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico ou outros componentes da Atenção Farmacêutica.

Além disso, na medida em que o Sistema de Farmacovigilância dá suporte a Atenção Farmacêutica, por meio de alertas e informes técnicos, informações sobre medicamentos e intercâmbio de informações, potencializa as ações clínicas individuais (acompanhamento/seguimento, dispensação, educação)¹⁴.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com o Boletim Global de Doenças Relacionadas à Hipertensão são 7,6 milhões de óbitos a cada ano no mundo, sendo que cerca de 80% ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil, onde mais de 30 milhões de brasileiros são hipertensos¹⁵. Os dados aqui apresentados foram retirados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, o qual é um inquérito epidemiológico de base domiciliar, representativo para o Brasil, englobando todas as regiões e unidades federativas, A amostra da PNS foi composta por 64.348 domicílios, onde 60.202 moradores selecionados realizaram entrevista específica sobre estado de saúde, estilo de vida, acidentes e violência, tabagismo, doenças crônicas não transmissíveis, atividade física entre outros.

A PNS é o primeiro estudo de abrangência nacional a investigar a prevalência autorreferida da hipertensão arterial na população adulta brasileira. De acordo com os dados desta pesquisa, em 2013, pouco mais de 1/5 da população estudada referiu diagnóstico médico de HA, representando aproximadamente 31,3 milhões de indivíduos em todo o país. A prevalência de HA foi maior no sexo feminino e mostrou-se crescente com o aumento da idade; foi inversamente proporcional ao nível de escolaridade e mais elevada entre os indivíduos de raça/cor da pele preta, residentes em zona urbana e na região Sudeste do país.

Segundo informações do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) sobre o mesmo ano de 2013, a prevalência de HA referida em adultos nas capitais brasileiras e no Distrito Federal foi de 24,1% (IC95%:23,4-24,8), divididos em gênero (sexo), faixa etária, nível de escolaridade, raça (cor da pele) e área de residência, conforme Tabela 1⁷.

Tabela 1 – Prevalência (%) de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira de adultos (≥18 anos) (N=60.202) segundo sexo, faixa etária, raça/cor da pele, nível de escolaridade e área de residência – Pesquisa Nacional de Saúde. Brasil, 2013

Variáveis	Hipertensão arterial autorreferida
	% (IC _{95%} ^{a)}
Sexo	
Masculino	18,3 (17,5-19,1)
Feminino	24,2 (23,4-24,9)
Faixa etária (em anos)	
18-29	2,8 (2,4-3,3)
30-59	20,6 (19,8-21,4)
60-64	44,4 (41,4-47,4)
65-74	52,7 (50,1-55,4)
75 e mais	55,0 (51,8-58,3)
Nível de escolaridade	
Sem instrução e Ensino Fundamental incompleto	31,1 (30,1-32,2)
Ensino Fundamental completo e Médio incompleto	16,7 (15,3-18,0)
Ensino Médio completo e Superior incompleto	13,4 (12,5-14,2)
Ensino Superior completo	18,2 (16,5-19,8)
Raça/cor da pele	
Branca	22,1 (21,3-23,0)
Preta	24,2 (22,2-26,3)
Parda	20,0 (19,2-20,8)
Área de residência	
Urbana	21,7 (21,0-22,3)
Rural	19,8 (18,6-21,0)
Brasil	21,4 (20,8-22,0)

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%

Aponta-se, como limitação deste estudo, o uso de medidas autorreferidas restritas aos casos de hipertensão que já possuem diagnóstico médico. Entretanto, a informação autorreferida para hipertensão arterial em estudos populacionais é considerada válida e útil para a vigilância dessa enfermidade²¹.

Mulheres e indivíduos com idades de 55 a 64 anos reconheceram mais sua condição de hipertensos quando comparados a homens e àqueles indivíduos situados na faixa etária de 35 a 44 anos, respectivamente²⁶. Esta constatação pode influenciar na prevalência de HA autorreferida. Mulheres e indivíduos com idade superior a 64 anos buscam mais os serviços preventivos de saúde e têm maior percepção de sinais e sintomas indicativos de doenças, comparativamente a homens e jovens (a partir dos 15 anos)²².

A prevalência de HA autorreferida foi maior em residentes da zona urbana. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), também realizada pelo IBGE, em suas edições de 1998 e 2003, também indicaram maior prevalência de doenças crônicas em moradores de áreas urbanas²³. Considerando-se que o desfecho investigado foi autorreferido a partir do diagnóstico médico da doença, pode-se atribuir esse achado à distribuição, maior acesso e uso regular de serviços de saúde por residentes na área urbana quando comparados aos moradores da zona rural²⁴.

Segundo o mesmo raciocínio, uma das hipóteses para a maior prevalência de HA autorreferida no Sudeste, conforme demonstrado na Tabela 2 abaixo, pode ser devido ao maior acesso da população residente na região aos serviços de saúde e, conseqüentemente, à

maior disponibilidade do diagnóstico médico de HA. Estudo sobre desigualdades no acesso à saúde no Brasil, a partir de dados da PNAD/IBGE, indicou que para os anos de 1998 e 2003, os residentes do Sudeste e do Sul possuíam maiores chances de utilizar os serviços de saúde quando comparados aos residentes nas demais regiões²⁵. O envelhecimento populacional, mais acentuado no Sul do país é outra explicação possível para a maior prevalência de HA referida nessa região.

Tabela 2 – Prevalência (%) de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira de adultos (≥18 anos) (N=60.202) segundo sexo e unidade da Federação de residência – Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013

Unidades da Federação	Total		Sexo						
			Masculino			Feminino			
	%	IC _{95%} ^a							
Pará	13,1	11,3	14,9	11,4	8,4	14,4	14,8	12,1	17,5
Amapá	13,3	11,0	15,5	10,6	7,3	13,9	15,7	12,9	18,4
Maranhão	13,6	11,2	16,1	9,30	6,8	11,9	17,6	14,1	21,1
Amazonas	13,7	12,2	15,2	11,7	9,7	13,6	15,7	13,5	17,9
Roraima	14,2	12,1	16,3	13,5	10,4	16,5	14,9	12,4	17,4
Acre	16,1	14,3	17,9	12,6	10,3	15,0	19,3	16,8	21,8
Rondônia	18,1	15,6	20,6	15,9	11,7	20,1	20,3	17,1	23,5
Ceará	18,7	16,9	20,6	16,1	13,5	18,6	21,1	18,5	23,7
Alagoas	19,2	17,1	21,3	15,8	12,7	19,0	22,1	19,2	25,0
Piauí	19,3	17,0	21,6	15,3	12,1	18,5	23,0	20,1	25,8
Tocantins	19,6	17,4	21,8	16,9	13,2	20,7	22,0	19,0	25,1
Distrito Federal	19,7	17,6	21,8	17,1	14,2	20,0	21,9	19,2	24,6
Bahia	20,0	17,3	22,7	15,4	11,2	19,7	24,0	20,7	27,3
Espírito Santo	20,6	18,2	23,0	16,4	13,1	19,7	24,4	20,9	28,0
Sergipe	20,7	18,6	22,8	15,1	12,0	18,3	25,9	23,0	28,8
Rio Grande do Norte	20,8	18,8	22,9	16,1	12,8	19,5	24,9	22,3	27,5
Mato Grosso	20,8	18,7	22,9	17,6	14,3	20,9	24,0	20,7	27,2
Mato Grosso do Sul	21,1	18,9	23,2	17,4	14,5	20,2	24,4	21,6	27,3
Paraná	21,4	19,2	23,7	19,8	16,4	23,2	22,9	20,0	25,8
Pernambuco	21,5	19,7	23,4	18,0	15,2	20,7	24,6	22,2	27,0
Paraíba	21,6	19,7	23,4	17,9	14,9	20,9	24,8	22,2	27,3
Santa Catarina	21,8	18,6	24,9	18,4	14,5	22,4	25,0	20,2	29,8
Goiás	22,1	19,9	24,4	19,8	16,6	23,0	24,3	21,6	27,0
São Paulo	23,0	21,5	24,4	20,8	18,7	22,9	24,8	22,8	26,9
Rio de Janeiro	23,9	22,2	25,7	21,1	18,4	23,7	26,3	24,2	28,4
Minas Gerais	24,0	21,8	26,1	19,5	17,0	22,1	28,0	24,8	31,1
Rio Grande do Sul	24,9	22,7	27,1	21,5	18,7	24,4	27,9	24,8	30,9
Brasil	21,4	20,8	22,0	18,3	17,5	19,1	24,2	23,4	24,9

a) IC_{95%} intervalo de confiança de 95%

A prevalência da HA em adultos, aferida mediante levantamentos de base populacional realizados em diferentes locais do Brasil no período de 1990 a 2004, foi de aproximadamente 20%, apresentando tendência de aumento com a idade e assim, corroborando os achados do referido estudo. A HA revelou-se como o principal fator de risco envolvido na mortalidade entre os anos de 1980 a 2002, correspondendo a 13% dos óbitos em todo o mundo. Estimativas globais demonstraram que a prevalência de HA em adultos foi de 26,4% no ano 2000, sendo de 26,6% para homens e de 26,1% para mulheres. Estima-se, para

o ano de 2025, que a prevalência mundial de hipertensão arterial em adultos alcance uma proporção geral de 29,2%, sendo de 29,0% para homens e de 29,5% para mulheres²⁶.

A literatura aponta que indivíduos com menor escolaridade apresentam maior carga de doença crônica, a exemplo de estudos realizados com base na PNAD 2008 e inquérito de saúde realizado no município de São Paulo-SP, também em 2008. São resultados indicadores de um maior impacto do nível de instrução escolar nas condições e na qualidade de vida das pessoas. Há evidências de que as incapacidades decorrentes das doenças crônicas são mais prevalentes nos subgrupos da população em piores condições socioeconômicas²⁷.

A implementação de medidas de Saúde Pública, como o estímulo à alimentação adequada, prática de atividade física, cessação do tabagismo, o acesso à Atenção Básica em foco a atenção farmacêutica que pode proporcionar aos pacientes melhor entendimento da doença por meio de esclarecimentos quanto aos fatores de risco da HA e uso correto dos medicamentos prescritos podendo minimizar seus efeitos adversos e aumentar a adesão a essas medicações melhorando sua efetividade²⁸.

Fazem-se necessárias, igualmente, ações direcionadas aos determinantes sociais em saúde, capazes de minimizar o impacto da carga das doenças crônicas nos segmentos populacionais mais vulneráveis. Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS – são fundamentais para apoiar políticas de promoção da saúde e ações assistenciais visando reduzir a carga de doenças devidas à hipertensão arterial sistêmica – HAS – e suas complicações.

Outra pesquisa que apresenta dados de fatores de risco associados a HA foi realizada no município de Londrina/PR, no sul do Brasil, no ano de 2003, onde foram entrevistadas 418 pessoas.

As variáveis estudadas para hipertensão arterial foram estratificadas da seguinte maneira: sexo, idade, alfabetização, renda familiar, número de pessoas na família, condições de moradia, presença de diabetes mellitus, serviço de saúde utilizado, cobertura e concentração de atendimento²⁹.

A pesquisa revelou um índice de identificação/captação (prevalência referida) de 12,6% de portadores de hipertensão arterial entre os residentes na área. Ao considerar as pessoas com vinte anos ou mais esse índice passa para 18%. Essa identificação foi distinta de acordo com sexo e faixa etária. No sexo feminino, a taxa de prevalência referida foi de 22,3% enquanto que no masculino foi de 13,2%. Observou-se aumento progressivo das taxas de acordo com a faixa etária e as razões de prevalência, tendo por categoria referência a faixa etária 20 a 39 anos. Nos demais grupos etários de 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e 60 ou mais

anos, essas foram de 5,6%, 10,7% e 24,3%, respectivamente, enquanto nos casos de menores de 20 anos nenhum caso foi observado, ou seja, a prevalência da HA aumenta conforme os indivíduos envelhecem. Houve predomínio de idosos (65,7% com sessenta anos ou mais) e das mulheres que corresponderam a 64,7% dos casos, de acordo com a Tabela 3²⁹.

Tabela 3 – Prevalência (%) de hipertensão arterial autorreferida no município de Londrina/PR (N=418) segundo sexo, faixa etária, nível de escolaridade e renda familiar – Sul do Brasil, 2003.

Grupo etário	Masculino		Feminino		Total	
	N	Prevalência	N	Prevalência	N	Prevalência
20 a 39	7	1,6	11	2,5	18	2,0
40 a 49	17	8,3	31	13,7	48	11,1
50 a 59	19	13,6	47	28,0	66	21,4
60 e +	93	37,5	160	58,8	253	48,7
Total	136	13,2	249	22,3	385	18,0

* excluídos moradores da área rural
 ** N = n°. de pessoas com hipertensão

Características	Número	Percentual (%)
Escolaridade (anos de estudo)		
Nenhuma	152	40,3
1 a 4 anos	152	40,3
5 a 8 anos	38	10,1
9 a 12 anos	25	6,6
Mais de 12 anos	10	2,7
Total	377	100,0
Renda familiar (salários)		
Até 2	264	71,7
Mais de 2 a 5	71	19,3
Mais de 5 a 10	24	6,5
Mais de 10 a 20	7	1,9
Mais de 20	2	0,6
Total	368	100,0

Entre as 418 pessoas estudadas na pesquisa de Londrina, a prevalência referida de diabetes mellitus foi de 16,4%, na ocasião mais de 59% desses pacientes apresentavam pressão arterial elevada, sendo 50,9% com a pressão sistólica acima de 140 mmHg e 36,9% com pressão diastólica acima de 90 mmHg²⁹.

O elevado número de pacientes com pressão arterial alterada, apesar da maior parte já estar realizando algum tipo de tratamento, demonstra a falta de efetividade da atenção dirigida a esses pacientes. A exemplo do que ocorre com a hipertensão, possivelmente estejam ocorrendo falhas no controle a outras doenças crônicas (diabetes, dislipidemias, obesidade), o que aumenta consideravelmente o risco para complicações cardiovasculares. É provável que os problemas encontrados não sejam específicos da atenção aos portadores de hipertensão, mas refletem dificuldade de implementar modelo assistencial alternativo. Fica clara a importância da reorganização do trabalho com base nas necessidades de saúde e atuação na lógica da vigilância da saúde e das ações programáticas. Evidencia-se a necessidade de uma definição da abrangência populacional para um melhor conhecimento da realidade das famílias com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas, para a prestação de uma assistência integral à população. Visto assim, a

importância da atenção farmacêutica neste contexto se faz necessário para minimizar a falta de efetividade referido aos pacientes hipertensos²⁹.

Em outra pesquisa realizada, na Casa Saúde da Família Águas Lindas II, em Belém/PA, no ano de 2007, foram coletados os dados de 33 pacientes (número obtido por cálculo de amostragem, determinado por um bioestatístico) com HA inscritos no Programa Nacional de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (HIPERDIA) da referida unidade, selecionados aleatoriamente, por meio de sorteio baseado nos números de matrícula realizado através de programa computacional³⁰.

Foram considerados pacientes na faixa etária de 40 a 80 anos (faixa etária de maior prevalência de HA e onde se concentram os maiores fatores de risco), de ambos os sexos e levando em consideração todas as classes socioeconômicas, onde foi aplicado um questionário de forma individual. As perguntas do questionário envolviam os seguintes pontos: idade, sexo, raça, renda salarial familiar, escolaridade, ocupação, tabagismo, etilismo, prática de exercício físico e antecedentes familiares de hipertensão arterial³⁰.

Com base nos dados coletados, foram considerados como valores pressóricos elevados os de pressão arterial sistólica (PAS) igual ou maior que 140 mmHg e/ou os de pressão arterial diastólica (PAD) igual ou maior que 90 mmHg, seguindo as orientações das Sociedades Brasileiras de Hipertensão, de Cardiologia e de Nefrologia³¹.

Os dados apontados pela pesquisa, conforme Tabela 4 em referência ao sexo mostram que dos 33 indivíduos pesquisados há uma prevalência de 82% para o sexo feminino contra 18% para o sexo masculino. Já no fator idade os pacientes foram divididos por faixa etária de 40 a 60 anos e 61 a 80 anos, onde observou-se uma proporção de 39% a 61%, respectivamente. No quesito raça a proporção para a raça branca equivale a 15% dos pacientes, para a raça mestiça 24%, para a raça amarela 3% e para a raça negra/mulata 58%. Outro fator estudado nesta pesquisa foi o grau de escolaridade dos indivíduos, para os pacientes considerados analfabetos ou com pouco grau de alfabetização a prevalência da HA é observada em 85% dos entrevistados contra 11% dos pacientes com grau de alfabetização do ensino fundamental completo ao curso superior incompleto. Estes resultados corroboram a pesquisa PNS³⁰.

Tabela 4 - Prevalência (%) de hipertensão arterial autorreferida na Casa Saúde da Família Águas Lindas II, em Belém/PA (N= 33) segundo sexo, faixa etária, nível de escolaridade, renda familiar, ocupação, tabagismo, etilismo, atividade física, antecedentes familiares, co-morbidades e medicação hipotensora - Brasil, 2007.

Características	Prevalência (N)	Percentual (%)
Idade		
40 a 50 anos	8	24,0
51 a 60 anos	5	15,0
61 a 70 anos	13	40,0
71 a 80 anos	7	21,0
Total	33	100,0
Sexo		
Feminino	27	82,0
Masculino	6	18,0
Total	33	100,0
Raça		
Branca	5	15,0
Negra	4	12,0
Mulata	15	46,0
Total	24	73,0
Renda Familiar		
Menor que 1 salário	6	18,0
Entre 1 e 2 salários	20	61,0
Entre 2 e 3 salários	7	21,0
Total	33	100,0
Nível de escolaridade		
Analfabeto	8	24,0
Lê-escreve	3	9,0
Fundamental incompleto	17	52,0
Fundamental completo	2	6,0
Médio incompleto	0	0,0
Médio completo	2	6,0
Superior incompleto	1	3,0
Total	33	100,0
Ocupação		
Do lar	18	55,0
Aposentado (a)	5	15,0
Outros	10	30,0
Total	33	100,0

Características	Prevalência (N)	Percentual (%)
Tabagismo		
Sim	2	6,0
Não	31	94,0
Total	33	100,0
Etilismo		
Sim	5	15,0
Não	28	85,0
Total	33	100,0
Exercício físico		
Sim	12	36,0
Não	21	64,0
Total	33	100,0
Antecedentes familiares		
Sim	16	48,0
Não	17	52,0
Total	33	100,0
Co-morbidades		
Sim	13	39,0
Não	20	61,0
Total	33	100,0
Medicação hipotensora		
Sim	33	100,0
Não	0	0,0
Total	33	100,0

Avaliações de portadores de HA, com menor número de pessoas, também são descritas na literatura. Duas farmácias comerciais situadas no Município de Imperatriz/MA, no ano de 2012, realizou uma amostragem do tipo intencional com 74 indivíduos que procuraram assistência farmacêutica nos locais investigados tendo como critérios de seleção, pacientes com diagnóstico de HA que faziam uso de medicamentos, durante, pelo menos, um ano e eram assistidos por, pelo menos, uma farmácia³⁰.

Os resultados apresentados pela pesquisa mostraram que 58% dos hipertensos entrevistados foram do sexo feminino e 42% do sexo masculino. De acordo com a raça 65% dos entrevistados foram de raça branca e 35% de raça negra, embora a literatura relate que indivíduos da raça negra apresentam prevalência de hipertensão duas vezes maior em relação aos indivíduos de raça branca. Quanto à faixa etária dos 74 pacientes entrevistados percebeu-se que o aumento da HA vem progredindo com o avançar da idade; 48% dos entrevistados possuíam idade acima de 60 anos, em seguida da faixa etária de 41 a 60 anos a proporção foi de 40% e da faixa etária de 20 a 40 anos apenas 12%. A pesquisa também mostrou que 62% dos pacientes eram sedentários (não praticavam atividade física regular), o que implicava em agravamento do quadro da HA³⁰.

Quanto a atenção farmacêutica neste estudo fica evidenciado que a detecção e o tratamento precoce da HA com medicação adequada e informações quanto a dosagem e efeitos colaterais são totalmente necessários uma vez que os pacientes que apresentam a

doença, são geralmente idosos e com pouco grau de escolaridade, tendo dificuldade com a interpretação do receituário e bula e interação medicamentosa.

Como resultado da atenção farmacêutica no controle da HA, foi realizada uma pesquisa de campo em uma drogaria localizada no bairro Tibery, na cidade de Uberlândia/MG, no ano de 2007, por meio de coleta de dados de 38 pacientes, todos diagnosticados com HA.

A pesquisa desenvolveu-se em três etapas, sendo que a primeira etapa foi uma entrevista em domicílio com todos os clientes selecionados, quando foi aplicado um questionário semiestruturado abrangendo perguntas simples de identificação, variáveis sócio demográficas, hábitos de vida e aspectos relacionados à medicação. Na segunda etapa foi feita a dispensação orientada, ou seja, aquela que se deu no momento em que os clientes foram adquirir os medicamentos para hipertensão na drogaria. A dispensação orientada abrangeu os seguintes aspectos: posologia, horário de administração, administração antes ou após refeições, reações adversas ao medicamento, formas de acondicionamento e benefícios com o tratamento. Finalmente, a terceira etapa contou com uma nova visita domiciliar, onde foi feita a contagem de comprimidos e aferição da pressão arterial³².

Do total de 38 pacientes, 15 foram alocados no grupo intervenção, ou seja, receberam a dispensação orientada, constituída de orientações relacionadas ao medicamento, incluindo informações sobre efeitos adversos, posologia, interações com alimentação e a importância de manter os níveis pressóricos controlados e 23 foram alocados no grupo controle, que não recebeu orientação durante a dispensação de seus medicamentos³².

Na primeira avaliação, dentre os 23 pacientes do grupo controle, 12 (52%) apresentaram boa adesão, 11 (48%) apresentaram adesão menor que 80%, portanto, hipoadesão. Na segunda avaliação poderia se esperar que essa percentagem de adesão se mantivesse ou aumentasse, pois, as visitas para aferição da pressão arterial e contagem de medicamentos poderiam ter contribuído para uma melhora na adesão. No entanto, verificou-se que somente 9 pacientes (39%) apresentaram boa adesão, enquanto que 14 (61%) apresentaram hipoadesão, sendo que três dos pacientes que apresentaram boa adesão na primeira avaliação passaram a apresentar hipoadesão na segunda avaliação, demonstrando que apenas as visitas e aferição da pressão arterial não foram suficientes para causar uma melhora na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Todos os pacientes apresentaram adequado controle da pressão arterial após a intervenção, demonstrando a importância do papel do farmacêutico na melhora da adesão farmacoterapêutica dos pacientes hipertensos. A dispensação orientada,

que é uma intervenção de educação em saúde, permitiu que os pacientes fossem orientados sobre a doença, mudanças no estilo de vida, reconhecimento de sinais e sintomas causados pela doença e farmacoterapia. Além disso, propiciou o desenvolvimento de uma relação de confiança entre o paciente e o farmacêutico, levando os pacientes à participação ativa na farmacoterapia proposta, favorecendo uma melhor adesão³².

Outra pesquisa que confirma resultados positivos da atenção farmacêutica no controle da HA, foi realizada com 25 adultos hipertensos moradores do município de Pontal do Araguaia-MT, no ano de 2013. Neste estudo foram realizadas 12 entrevistas com cada paciente, conforme agendamento prévio, durante um trimestre do ano de 2013.

Durante os três meses de acompanhamento farmacoterapêutico, observou-se que 64% dos pacientes avaliados apresentaram Pressão Arterial Sistólica (PAS) ótima (≤ 120 mmHg), enquanto 24% e 12% apresentaram PAS acima de 131 mmHg e 140 mmHg, respectivamente, de acordo com a Tabela 5. Esse fato se explica por serem hipertensos diagnosticados e em tratamento medicamentoso. Com o decorrer do acompanhamento farmacoterapêutico, esses valores mudaram consideravelmente, apresentando redução para apenas 8% do número de pacientes com níveis pressóricos elevados. Assim, na amostra estudada 28% dos pacientes tiveram reversão dos valores pressóricos para níveis mais controlados, e esse fato pode ser justificado pelas intervenções farmacêuticas³³.

Tabela 5 - Prevalência (%) de hipertensão arterial autorreferida no município de Pontal do Araguaia-MT (N=25), considerando as variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida - Brasil, 2013.

Variáveis	Masculino (N=8)	Feminino (N=17)	Total (N=25)
Faixa etária (em anos)			
30 a 59 anos	12,5% (1)	41,2% (7)	32% (8)
>60 anos	87,5% (7)	58,8% (10)	68% (17)
Pressão Arterial Sistólica (PAS)			
Ótima (< 120 mmHg)	62,5% (5)	64,7% (11)	64% (16)
Normal (121 a 139 mmHg)	25% (2)	23,5% (4)	24% (6)
Limítrofe (131 a 140 mmHg)	12,5% (1)	11,8% (2)	12% (3)
Escolaridade (anos de estudo)			
Menos de 1 ano	25% (2)	41,2% (7)	36% (9)
1 a 4 anos	62,5% (5)	41,2% (7)	48% (12)
5 a 8 anos	12,5% (1)	11,8% (2)	12% (3)
9 ou + anos	0	5,8% (1)	4% (1)
Prática de atividade física			
Sim	0	29,4% (5)	20% (5)
Não	100% (8)	70,6% (12)	80% (20)
IMC			
Normal (< 25 kg/m ²)	50% (4)	41,2% (7)	44% (11)
Sobrepeso (25 a 30 kg/m ²)	0	29,4% (5)	20% (5)
Obeso (> 30 kg/m ²)	50% (4)	29,4% (5)	36% (9)
Tabagismo			
Sim	12,5% (1)	11,8% (2)	12% (3)
Nunca	25% (2)	70,6% (12)	56% (14)
Parou recentemente	62,5% (5)	17,6% (3)	32% (8)

Diante disto fica evidenciado que a maior utilização de ações educativas referentes à motivação e ao direcionamento ao autocuidado, além do estabelecimento de vínculos na

relação paciente e profissional de saúde, pode contribuir com o processo de adesão terapêutica medicamentosa em indivíduos hipertensos³³.

5 CONCLUSÃO

A hipertensão arterial é a doença crônica que apresenta maior prevalência no mundo e seu crescimento se agrava decorrente aos fatores de risco tais como, envelhecimento da população, tendo maior prevalência em mulheres em fase de menopausa, em indivíduos de raça negra, analfabetos ou com pouco grau de escolaridade, com hábitos de tabagismo e/ou etilismo, diabetes mellitus, obesidade e sedentarismo.

Com esse expressivo crescimento os profissionais de saúde ganham um papel cada vez mais importante no combate e na prevenção à doença. Ao profissional farmacêutico fica a responsabilidade de atuar como o último elo entre a prescrição e a administração de medicação, identificando na dispensação os pacientes de alto risco, enfatizando a importância da monitorização da farmacoterapia e controle da pressão arterial, evitando futuras complicações. Assim, os farmacêuticos estão aprimorando suas habilidades de acolhimento, cuidado e educação aos pacientes hipertensos.

REFERÊNCIAS

1. Nobre, F. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Hipertensão Arterial. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. Ver. Bras Hipertensão 2010; 17(1): 4-62.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (IBGE). Sinopse do censo demográfico, 2010. Disponível em: <http://www.censo200.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>. Acesso em: 20/11/2017.
3. National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). Disponível em: <https://www.cdc.gov/nchs/nhanes/index.htm>. Acesso em: 20/11/2017.
4. Scala L C, Braga F D Jr, Cassanelli T, Borges L M e Weissheimer F L. Hipertensão arterial e atividade física em uma capital brasileira. Arq. Bras. Cardiologia, 2015, p.105.
5. Andrade S S A, Stopa S R, Chueri P S, Szwarcwald C L e Malta D C. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Epidemiol. Serv. Saúde, 2015, 24: p. 297-304.
6. Cabrera A S M, Jacob W Filho. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. Arq. Bras. Endocrinol. Metab., 2001, p. 494-501.
7. Vigitel Brasil 2014. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel2014-.pdf>. Acesso em 20/11/2017.
8. Ivama A M, Noblat L, Castro M S, Oliveira N V B V, Jaramillo N M e Rech N. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, 2002. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>. Acesso em: 20/11/2017.
9. Couto D H N. Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes com câncer de pulmão em tratamento no HCl/INCA. Rio de Janeiro. Instituto Nacional do Câncer, 2008.
10. Pereira L R L, Freitas O. A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. Rev. Bras. Cienc. Farm., 2008 out-dez, p. 601-612.

11. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica. Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos. Brasília/DF, 2002. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>. Acesso em: 16/07/2018.
12. Miyazaki M e Takai S. Tissue angiotensina II generating system by angiotensina-converting enzyme and chymase. J. Pharmacol Sci. 2006, p. 391- 397.
13. Ministério da Saúde. Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o componente especializado da atenção farmacêutica, 2010, Brasília/DF. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/da_excepcionalidade_as_linhas_de_cuidado_o_ceaf.pdf. Acesso em: 16/07/2018.
14. Dader M J F, Castro M M S e Hernandez D S. Método Dáder: Manual de seguimento farmacoterapêutico, 3ed., 2009. Disponível em: http://www.pharmcare.pt/wp-content/uploads/file/Guia_dader.pdf. Acesso em: 16/07/2018.
15. Arruda I K G e Amado T C F. Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados. Revista Brasileira de Nutrição Clínica, 2004. 19 (2): p.94-99.
16. Almeida F A e Rodrigues C I S. Revisão/Atualização em Hipertensão Arterial: Terapia de reposição hormonal na menopausa. Impacto sobre a pressão arterial e outros fatores de riscos cardiovasculares. J. Bras. Nefrol. 1998.19(4): p.433-437.
17. Abreu L C e Santos A C. Hipertensão de difícil controle: impacto do estilo de vida. Revista Brasileira de Hipertensão (16), p. S5-S6, 2009.
18. Lagoeiro A. Como a hipertensão arterial e o consumo do álcool estão relacionados. Disponível em: <https://pebmed.com.br/como-a-hipertensao-arterial-e-o-consumo-de-alcool-estao-relacionados/>. Acesso em: 07/09/2018.
19. Spencer J. Type 2 diabetes and hypertension in older adults: a case study. Nurs Stand. 2010, p. 35-39.
20. Silva E L, Menezes E M. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. 3^a. Edição rev. atual. Florianópolis. Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001, p.121.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas [Internet]. Rio de Janeiro:

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em: 07/09/2018.

22. Nogueira D, Faerstein E, Coeli C M, Chor D, Lopes CS e Werneck GL. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: estudo Pró-Saúde, Brasil. Ver. Panam Salud. Publica, 2010 fev. 27(2) p.103-9.

23. Pinheiro R S, Viacava F, Travassos C e Brito A S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Cienc. Saúde Coletiva. 2002, p.687-707.

24. Oliveira B L C A, Thomaz E B A F e Silva R A. Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008). Cad. Saúde Publica. 2014 jul;30(7):1-15.

25. Travassos C, Oliveira E X G, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. Cienc. Saúde Coletiva. 2006 out-dez;11(4):975-86.

26. World Health Organization. Non-communicable diseases country profile, 2011. Geneva: World Health Organization; 2011 Sep (cited 2012 Sep 24). 209 p. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/. Acesso em: 07/09/2018.

27. Selem S S C, Castro M A, César C L G, Marchioni D M L e Fisberg R M. Validade da hipertensão autorreferida associa-se inversamente com escolaridade em brasileiros. Arq Bras Cardiol. 2013 jan.,100(1):52-9.

28. Malta D C e Silva J B Jr. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. Epidemiol Serv. Saúde. 2013 jan-mar, p.151-164.

29. Sousa L B, Souza R K T e Scochi M J. Hipertensão Arterial e Saúde da Família: Atenção aos Portadores em Município de Pequeno Porte na Região Sul do Brasil. Arq. Bras. Cardiol..2006, p. 496-503.

30. Dias E M, Pereira R M N, Cavalcante H S, Ramalheiro N S, Silva N F e Carvalho Jr. M R. Perfil epidemiológico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica na Casa Saúde da Família Águas Lindas II, Belém – PA. Rev. Med. (São Paulo). 2009 jul-dez, p. 191 – 198.

31. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rev. Arq. Bras. Cardiol., 2004. 82(supl. 4):1-4.

32. Silva E A C, Oliveira L M, Resende S G e Cardoso R A. Avaliação do impacto da dispensação orientada sobre a adesão farmacoterapêutica de pacientes hipertensos. Rev. Bras. Farm., 2008. 89 (4): p. 315 -318.

33. Brune M F S S, Ferreira E E e Ferrari C K B. O Método Dáder na atenção farmacêutica em pacientes hipertensos no município de Pontal do Araguaia – MT, Brasil. Rev. O Mundo da Saúde (São Paulo). 2014. 38 (4): p. 402-409.

Autorizo cópia total ou parcial desta obra, apenas para fins de estudo e pesquisa, sendo expressamente vedado qualquer tipo de reprodução para fins comerciais sem prévia autorização específica do autor. Autorizo também a divulgação do arquivo no formato PDF no banco de monografias da Biblioteca institucional.

Ana Paula Barbosa Moreira Leite

Pindamonhangaba/SP, dezembro de 2018