



FACULDADE PATOS DE MINAS

FARMÁCIA

SÉRGIO EDUARDO GUIMARÃES DE MATOS

**ATENÇÃO FARMACÊUTICA AO PACIENTE
HIPERTENSO**

**PATOS DE MINAS
2011**

SÉRGIO EDUARDO GUIMARÃES DE MATOS

**ATENÇÃO FARMACÊUTICA AO PACIENTE
HIPERTENSO**

Artigo apresentado a Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Graduação em Farmácia

Orientadora: Prof.^a Keide da Silva Soares

**PATOS DE MINAS
2011**

Agradeço a Deus em primeiro lugar, pois sem ele eu não teria forças para essa longa jornada, por sempre estar me dando forças, por sempre estiveste ao meu lado, nas minhas quedas, nas minhas fraquezas, nas lutas e controvérsias, vitórias e derrotas. Sei que, principalmente agora, estais ao meu lado. Obrigado por este presente que agora me ofereces. Obrigado por tudo que vi, ouvi e aprendi. Obrigado pela graça. Agradeço em especial a minha família e a minha orientadora Keide da Silva Soares, pelo apoio e encorajamento nesta pesquisa e aos demais que participaram indiretamente o meu muito obrigado.



SÉRGIO EDUARDO GUIMARÃES DE MATOS

ATENÇÃO FARMACÊUTICA AO PACIENTE HIPERTENSO

Artigo aprovado em _____ de _____ de _____, pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador: _____
Prof^a. Esp. Keide da Silva Soares

Examinador: _____
Prof. Ms.
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof. Esp.
Faculdade Patos de Minas

ATENÇÃO FARMACÊUTICA AO PACIENTE HIPERTENSO

Sérgio Eduardo Guimarães de Matos*

Keide da Silva Soares**

RESUMO

A Hipertensão Arterial é considerada um problema grave de saúde pública no Brasil, sendo um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças. A importância desse tema é assim abordar a importância da participação do farmacêutico à promoção a saúde do idoso com hipertensão arterial, mostrando a magnitude do problema para direcionar melhor as ações de saúde, como: atenção farmacêutica, determinar as necessidades ambulatoriais, hospitalares e de medicamentos; ampliar as ações educativas e de prevenção primária; intensificar as campanhas de detecção do hipertenso e seus fatores de risco; e conscientizar a população e os profissionais de saúde sobre a importância do diagnóstico precoce.

O presente estudo foi realizado em forma de pesquisa exploratória e qualitativa, através de revisão bibliográfica. Entende-se que a Atenção Farmacêutica é um modelo de prática farmacêutica que compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde, voltados para a melhoria da qualidade de vida, visando aumentar a efetividade do tratamento farmacológico e garantir o uso racional dos medicamentos, e desta forma melhorar a qualidade de vida dos usuários portadores de hipertensão.

Palavras-chaves: Farmacêutico. Hipertensão. Idoso.

*acadêmico do 8º período do curso de Farmácia da Faculdade de Patos de Minas

**professora-orientadora do curso de Farmácia da Faculdade de Patos de Minas

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é uma das cardiopatias que mais ocasionam complicações clínicas e óbitos, sendo a doença de maior prevalência no mundo moderno. Caracteriza-se como uma patologia crônica, geralmente assintomática, sendo responsável direta e indiretamente pela morbidade e mortalidade de vários pacientes. Segundo o Ministério da Saúde, considera-se hipertenso o indivíduo que apresente valores iguais ou maiores que 140X90MMHG (14x9), em mais de duas medidas realizadas corretamente. (HENRIQUE et al 2008).

Para Perez et al (2008), os fatores de risco relacionados à hipertensão arterial (HA) são a idade, raça, antecedentes familiares, alimentação, estresse, tabagismo, obesidade, álcool, sedentarismo e medicamentos.

Conforme Castro e Car (2000), a Hipertensão Arterial é uma doença crônica altamente prevalente na população, tanto em países desenvolvidos, como nos subdesenvolvidos.

Conforme Souza e Bertoncin (2008), o papel do farmacêutico consiste na informação quanto ao uso correto da medicação, acondicionamento das drogas, duração do tratamento e a avaliação da prescrição, visando a não ocorrência de fatores que possam prejudicar a saúde ou o tratamento do paciente, bem como o controle dos riscos, de modo a se evitar possíveis morbidades e/ou mortalidades.

Para Lyra Júnior et al (2006), a importância da equipe multiprofissional no cuidado à saúde dos idosos nas atividades ligadas diretamente à farmacoterapia da hipertensão arterial sistêmica, corrigindo a grande limitação no tratamento dos idosos, tornando o tratamento mais efetivo e seguro melhorando a adesão ao programa de atendimento e o controle da doença.

Vista sob uma perspectiva crítica, a presente revisão permite concluir que: a deficiência da adesão, entre os idosos portadores de hipertensão arterial, tem relação direta com diversos fatores associados à falta de informação sobre o tratamento.

A importância dessa pesquisa é assim mostrar a magnitude do problema para direcionar melhor as ações de saúde, como: atenção farmacêutica,

determinar as necessidades ambulatoriais, hospitalares e de medicamentos; ampliar as ações educativas e de prevenção primária; intensificar as campanhas de detecção do hipertenso e seus fatores de risco; e conscientizar a população e os profissionais de saúde sobre a importância do diagnóstico precoce.

Além disso, tais procedimentos proporcionarão um melhor acompanhamento dos pacientes hipertensos, promovendo a otimização de resultados clínico-terapêuticos, a redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares, redução ao custo social, a maior aceitação da doença e a melhoria da qualidade de vida do paciente.

O presente estudo tem como objetivo geral analisar a conduta do profissional farmacêutico fornecendo assistência ao paciente em todas as suas necessidades em relação à HAS (hipertensão arterial sistêmica), garantindo a adesão além do uso racional de medicamentos e a resolutividade das ações tendo como foco idosos acima de 50 (cinquenta) anos. Mais especificamente: pesquisar sobre os hábitos alimentares e estilo de vida do paciente e pesquisar sobre o tratamento farmacológico e não farmacológico do paciente com HAS (Hipertensão arterial sistêmica).

METODOLOGIA

O estudo compreende a revisão de literatura sobre o tema e pesquisa empírica através de revisão bibliográfica. O presente estudo foi realizado em forma de pesquisa exploratória e qualitativa, através de revisão bibliográfica. O estudo bibliográfico analisará os periódicos de maior relevância na área em articulação com a atual literatura referente à temática abordada, (Brito; Menezes; Mesquita; Lyra Júnior, Bertoncin, Bernardinelli).

Também foram utilizadas fontes como: livros nacionais, artigos científicos, teses, monografias, dissertações e dados disponíveis na internet como Google Acadêmico, Scielo, Bireme, entre outros. O período de coleta de matérias foi de março a outubro de 2011, chegando a conclusões que possam servir de embasamento para pesquisas futuras.

Fundamentação Teórica

Atenção Farmacêutica ao Paciente Hipertenso

1.0 ATENÇÃO FARMACÊUTICA

Conforme Castro et al (2006), a Atenção Farmacêutica é o conjunto de ações, promovidas por um farmacêutico, em colaboração com os demais profissionais de saúde, que visam promover o uso racional dos medicamentos e a manutenção da efetividade e segurança do tratamento. Segundo a (OMS) Organização Mundial da Saúde, a Atenção Farmacêutica é um conceito de prática profissional na qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico, pois reconhecem o farmacêutico como dispensador de atenção à saúde, podendo participar ativamente na prevenção de enfermidades e na promoção da saúde.

Conforme a I Política Nacional de Medicamentos, a Assistência Farmacêutica é conceituada como:

Assistência Farmacêutica é um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos. (BRASIL, 1998).

Ainda de acordo com Castro et al (2006), a intervenção Farmacêutica é um ato planejado, documentado e realizado junto ao usuário e aos 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. Devido ao pouco tempo de utilização dessa prática profissional em atenção primária e secundária, demonstrou-se que serviços clínicos realizados por farmacêuticos, notadamente os vinculados ao novo paradigma da atenção farmacêutica, são indispensáveis e contribuem para a diminuição da pressão arterial de pacientes hipertensos não-controlados.

Conforme (OMS, 1994)

O papel chave do farmacêutico: estender o caráter de beneficiário da Atenção Farmacêutica ao público, em seu conjunto e reconhecer, deste modo, o farmacêutico como dispensador da atenção sanitária que pode participar, ativamente, na prevenção das doenças e da promoção da saúde, junto com outros membros da equipe sanitária.

Para Gick e Farias (2006) o Farmacêutico visa garantir o acesso e o uso racional dos medicamentos, de forma orientada para melhorar a qualidade e a efetividade dos serviços de atenção à saúde, articula-se um conjunto de ações centradas no medicamento e executadas no âmbito do Sistema Único de Saúde, tratado como Assistência Farmacêutica. Suas ações, visando à prevenção da doença e a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, o acesso e a informações sobre o uso correto, consumo e cuidados com os medicamentos.

Ainda de conforme com Gick e Farias (2006), o paciente deve ter uma maior acessibilidade a um profissional de saúde que possa lhe oferecer uma maior informação sobre os medicamentos, para que não acometem erros na administração, e o uso irracional, e com isso podendo agravar o seu problema de saúde, até mesmo levando o abandono parcialmente ou total do tratamento. De acordo ainda com o autor supracitado.

O acompanhamento da prática da Atenção Farmacêutica pode sim aumentar a adesão do paciente ao tratamento, promovendo a otimização de resultados clínico-terapêuticos, a redução do mínimo de descompensações, ao menor número de internações hospitalares, redução ao custo social, a maior aceitação da doença e a melhoria da qualidade de vida do paciente.

1.1 Método Dáder

De acordo com o Segundo Consenso de Granada (1999), o Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico foi desenvolvido pelo Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada em 1999, e atualmente, centenas de farmacêuticos de diversos países vêm utilizando este método em milhares de pacientes. O Método Dáder 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 com os Medicamentos (PRM) apresentados pelo paciente. Após esta identificação, se realizarão as intervenções farmacêuticas necessárias para resolver os PRM e posteriormente se avaliarão os resultados obtidos.

Conforme o Segundo Consenso de Granada (1999), o conceito de Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM) encontra-se definido no Segundo Consenso de Granada como: problemas de saúde entendida como resultados clínicos negativos, derivados do tratamento farmacológico que, produzidos por diversas causas tem como consequência, o não alcance do objetivo terapêutico desejado ou o aparecimento de efeitos indesejáveis.

O Segundo Consenso de Granada estabelece uma classificação de PRM em seis categorias, que por sua vez se agrupam em três sub-categorias, como apresenta a tabela abaixo:

Tabela 1- Classificação de PRM do Segundo Consenso de Granada (1999).

Necessidade
PRM 1: O paciente apresenta um problema de saúde por não utilizar a farmacoterapia que necessita.
PRM 2: O paciente apresenta um problema de saúde por utilizar um medicamento que não necessita.
Efetividade
PRM 3: O paciente apresenta um problema de saúde por uma inefetividade não quantitativa da farmacoterapia.
PRM 4: O paciente apresenta um problema de saúde por uma inefetividade quantitativa da farmacoterapia.
Segurança
PRM 5: O paciente apresenta um problema de saúde por uma insegurança não quantitativa de um medicamento.
PRM 6: O paciente apresenta um problema de saúde por uma insegurança quantitativa de um medicamento.

Fonte: Segundo Consenso de Granada, (1999).

Ainda de acordo com Segundo Consenso de Granada (1999), entende-se por problema de saúde a definição da WONCA que considera: “qualquer queixa, observação ou fato percebido pelo paciente ou pelo médico como um desvio da normalidade que afetou, pode afetar ou afeta a capacidade funcional do paciente”.

Define-se Intervenção Farmacêutica como a ação do farmacêutico que tem como objetivo melhorar o resultado clínico dos medicamentos, mediante a modificação da utilização dos mesmos. Esta Intervenção deverá acontecer por meio de um plano de atuação previamente acordado com o paciente.

Plano de atuação é o conjunto de intervenções que o paciente e o farmacêutico em comum acordo se comprometem a realizar para resolver os PRM detectados.

Plano de seguimento é o projeto de encontros acordado entre paciente e farmacêutico, para assegurar que os medicamentos que o paciente utiliza continuarão sendo somente aqueles que necessitam, e, que continuarão sendo os mais efetivos e seguros possíveis.

2.0 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

A hipertensão arterial (HA) é uma das cardiopatias que mais ocasionam complicações clínicas e óbitos, sendo a doença de maior prevalência no mundo moderno. Caracteriza-se como uma patologia crônica, sendo responsável direta e indiretamente pela morbidade e mortalidade de vários pacientes. Segundo o Ministério da Saúde, considera-se hipertenso o indivíduo que apresente valores iguais ou maiores que 140X90MMHG (14x9), em mais de duas medidas realizadas corretamente. (HENRIQUE et al 2008).

Segundo o ministério da saúde:

Hipertensão arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Deve-se considerar no diagnostico da HAS, além dos níveis tensoriais, o risco cardiovascular global, estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas (BRASIL, 2007, p.71)

Segundo Souza e Bertoncin (2008), os fatores de risco relacionados à HA são a idade, raça, antecedentes familiares, alimentação, estresse, tabagismo, obesidade, álcool, sedentarismo e medicamentos. Os indivíduos idosos e negros são mais propensos a desenvolverem HA, estando isso também relacionado às condições de vida da população.

Ainda de acordo com Souza e Bertoncin (2008), sendo a HA uma doença que se caracteriza pela continuidade dos níveis da pressão arterial elevados, podem ocorrer, em longo prazo, lesão de órgãos alvo e o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Entretanto, essas complicações podem ser evitadas com o tratamento e farmacoterapia adequados, garantindo o acesso dos pacientes a medicamentos e priorizando a melhoria na qualidade de vida.

A hipertensão arterial é considerada uma doença silenciosa, pois na maioria dos casos não são observados quaisquer sintomas no paciente. Quando estes ocorrem, são vagos e comuns a outras doenças. (BRUNNER, 2005). Devido a este fator importante se faz necessário, uma orientação aos pacientes para o cuidado freqüente com o habito de vida.

2.1 Diagnóstico

O diagnóstico de hipertensão arterial é um ato médico que, baseado num procedimento relativamente simples, a medida da pressão arterial, envolve a grande responsabilidade de decidir se um paciente é normotenso ou hipertenso. As conseqüências de um diagnóstico errôneo são desastrosas. (MION JÚNIOR et al 1996).

Devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. Seria preciso ter cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. (BRASIL, 2006).

Em ambas as classificações para se ter o diagnóstico faz-se necessário a medida da pressão arterial que segundo Brasil (2006), deve ser realizada em toda avaliação de saúde com aparelhos testados e devidamente calibrados a cada seis meses. A medida da pressão arterial deverá ser realizada na primeira avaliação, em ambos os membros superiores e, em caso de diferença, utiliza-se sempre o braço com o maior valor pressórico para as medidas subseqüentes. Em cada consulta devem-se ser realizadas pelo menos duas medidas, com intervalo de um minuto entre elas, sendo a medida das duas ultimas a medida do indivíduo.

Ainda de acordo com Brasil (2006), em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevada em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais. A aferição repetida da pressão arterial em dias diversos em consultório é requerida para chegar à pressão usual e reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial ante a simples presença do profissional de saúde no momento da medida da PA.

De acordo com Brasil (2006), a pressão arterial é um parâmetro que deve ser avaliado continuamente, mesmo em face de resultados iniciais normais. A investigação clínico-laboratorial de o paciente hipertenso objetivo

explorar as seguintes condições como: Confirmar a elevação da pressão arterial e firmar o diagnóstico, avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo, identificarem fatores de risco para doenças cardiovasculares e risco cardiovascular global, diagnosticar doenças associadas à hipertensão, diagnosticar, quando houver, a causa da hipertensão arterial.

Para atingir tais objetivos é necessário avaliar: história clínica, exame físico, avaliação laboratorial inicial do paciente hipertenso.

A elevação prolongada da pressão arterial lesiona os vasos sanguíneos por todo corpo, principalmente em órgãos-alvo, como o coração, rins, cérebro e olhos, além de provocar espessamento e perda de elasticidade das paredes arteriais e aumento da resistência vascular periférica nos vasos acometidos. As conseqüências usuais da hipertensão descontrolada prolongada são o infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e renal, acidentes vasculares cerebrais e visão prejudicada. O ventrículo esquerdo do coração pode ficar aumentado (hipertrofia ventricular esquerda), à medida que age para bombear o sangue contra a pressão elevada (SMELTZER E BARE, 2006).

2.2 Procedimentos recomendados para a aferição da PA (Pressão Arterial)

Conforme VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), para uma aferição correta da pressão arterial alguns pontos devem ser considerados, como:

- Preparo do Paciente

Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos cinco minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.

Certificar-se se o paciente NÃO: esta com a bexiga cheia, se praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos, se ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos e se fumou nos 30 minutos anteriores.

Posicionamento do paciente: Deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou quarto espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

A tabela a seguir aponta os procedimentos recomendados para aferição da PA (Pressão Arterial).

Tabela 2 - Medida da PA (Pressão Arterial)

1 - Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida, selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço.
2 - Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital.
3 - Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
4 - Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá a PA sistólica.
5 - Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.
6 - Inflar rapidamente até ultrapassar em 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação.
7 - Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).
8 - Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco, seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.
9 - Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).
10 - Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder a deflação rápida e completa.
11 - Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica /diastólica/zero.
12 - Sugerem-se esperar em torno de 1 minuto para nova medida, embora esse aspecto seja controverso.
13 - Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente.
14 - Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço no qual a pressão arterial foi medida

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, (2010)

2.3 Classificações segundo níveis pressóricos.

De acordo com a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), é importante ressaltar que os valores de pressão arterial não são fixos, eles podem variar de acordo com horário (dia e noite) em diferentes circunstâncias como ser menor durante o sono ou quando a pessoa está deitada e maior, por exemplo, durante emoções e exercícios. Também se podem encontrar valores diferentes de pressão, quando essa for verificada nos dois braços.

Tabela 3 - Classificação: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006).

Classificação	Pressão Sistólica	Pressão Diastólica
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 120	< 85
Limítrofe	130 - 139	85 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥ 140	< 90

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006)

2.4 Dimensões da bolsa de borracha para diferentes circunferências de braço em crianças e adultos.

Um dos aspectos mais importantes para garantir a acurácia das medidas de pressão arterial é a utilização de manguitos de dimensões recomendadas para o uso nas diversas faixas etárias e locais de medida da PA. A utilização de aparelhos de pressão com manguitos de dimensões fora das recomendadas acarretará imprecisão dos resultados obtidos. (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Tabela 4 - Dimensões aceitáveis da bolsa de borracha para braços de diferentes tamanhos.

Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha	
		Largura	Comprimento
Recém nascidos	≤ 10	4	8
Crianças	11 - 15	6	12
Infantil	16 - 22	9	18
Adulto pequeno	20 - 26	10	17
Adulto	27 - 34	12	23
Adulto grande	35 - 45	16	32

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006).

2.5 Fatores de Risco

De acordo com Lopes et al (2008), a hipertensão arterial ocasiona transformações expressivas na vida dos indivíduos, sejam elas na esfera psicológica, familiar, social ou econômica pela possibilidade de agravamento em longo prazo. As mudanças que ocorrem, provocam rupturas no modo de viver, exigindo dos indivíduos modificações em seus hábitos diários, nos papéis que desempenhavam, enfim mudanças que exigem uma nova reestruturação em suas vidas.

Conforme Lopes et al (2008), muitos são os fatores etiológicos que podem predispor a hipertensão arterial, entre eles podemos encontrar: a predisposição genética, fatores ambientais, alimentação errônea, estresse, sedentarismo e o aumento da longevidade da população brasileira. Além do mais, pesquisas indicam que o sexo e a cor possuem relação com a incidência da HAS. O sexo masculino é o mais atingido pela hipertensão arterial, contudo mudanças nos hábitos femininos têm feito com que os índices de hipertensão neste gênero aumentem consideravelmente nas últimas décadas, sendo que o maior índice ocorre após a menopausa. Os negros são mais atingidos pela hipertensão.

A V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), sobre esse assunto afirma que:

Sexo e etnia: A prevalência global de hipertensão entre homens (26,6%; IC 95% 26,0-27,2%) e mulheres (26,1%; IC 95% 25,5-26,6%) insinua que sexo não é um fator de risco para hipertensão. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir da sexta década¹¹. Hipertensão é mais prevalente em mulheres afro-descendentes com excesso de risco de hipertensão de até 130% em relação às mulheres brancas. (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006),

Entretanto, segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), os fatores de risco são idade, sexo e etnia, nível socioeconômico, sal, consumo do álcool, obesidade, sedentarismo:

2.5.1 Idade:

A pressão arterial aumenta lineamente com a idade, em indivíduos jovens, a hipertensão decorre mais freqüentemente apenas da elevação na pressão diastólica.

A partir da sexta década o principal componente é a elevação da pressão sistólica. O risco relativo de desenvolver doença cardiovascular associado ao aumento da pressão arterial não diminui com o avanço da idade e o risco absoluto aumenta marcadamente.

Em idosos > sistólica, pois os vasos estão mais enrijecidos. Alcançam a diastólica rapidamente. Até os 50 anos de idade deve-se preocupar mais com a diastólica.

2.5.2 Sexo e Etnia:

A prevalência global de hipertensão entre homens (26,6%) e mulheres (26,1%) insinua que não é um fator de risco para hipertensão.

Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir da sexta década.

Hipertensão é mais prevalente em mulheres afro descendentes com excesso de risco de Hipertensão Arterial de até 130% em relação às mulheres brancas.

2.5.3 Nível Socioeconômico:

Nível socioeconômico mais baixo está relacionado à maior prevalência de hipertensão arterial e de fatores de risco para elevação da pressão arterial.

Maior risco de lesão em órgãos-alvo e eventos cardiovasculares.

2.5.4 Redução na ingestão de sal:

O sal (cloreto de sódio — NaCl) há muito tempo tem sido considerado importante fator no desenvolvimento e na intensidade da hipertensão arterial. Hoje em dia, a literatura mundial é praticamente unânime em considerar a forte correlação entre a ingestão excessiva de sal e a elevação da pressão arterial.

No âmbito populacional, a ingestão de sal parece ser um dos fatores envolvidos no aumento progressivo da pressão arterial que acontece com o envelhecimento. A hipertensão arterial é observada primariamente em comunidades com ingestão de sal superior a 100 mEq/ dia. Por outro lado, a hipertensão arterial é rara em populações cuja ingestão de sal é inferior a 50 mEq/dia. O sal altera o sistema renina - angiotensina: é um conjunto de peptídeos, enzimas e receptores envolvidos em especial no controle do volume de líquido extracelular e na pressão arterial.

2.5.5 Consumo do Álcool:

O consumo excessivo de álcool eleva a pressão arterial e a variabilidade pressórica, aumenta a prevalência de hipertensão, é fator de risco para acidente vascular encefálico, além de ser uma das causas de resistência à terapêutica anti-hipertensiva.

Estudos indicam que o consumo de bebidas alcoólicas fora de refeições aumenta o risco de hipertensão, independentemente da quantidade de álcool ingerida.

Obs. a bebida alcoólica gradativamente é menos agressiva do que se ingerir um valor alto no final de semana de uma só vez.

2.5.6 Obesidade:

Fator predisponente para a (HA). Responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão, 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade.

Estudos observacionais mostraram que ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes de hipertensão arterial, sendo a obesidade central um importante indicador de risco cardiovascular aumentado.

2.5.7 Sedentarismo:

O sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos.

Segundo a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), a presença de fatores de risco cardiovascular ocorre mais comumente na forma combinada. Além da predisposição genética, fatores ambientais podem contribuir para uma agregação de fatores de risco cardiovascular em famílias com estilo de vida pouco saudável. Em amostras da nossa população, a combinação de fatores de risco entre indivíduos hipertensos parece variar com a idade, predominando a inatividade física, o sobrepeso, a hiperglicemia e a dislipidemia. A obesidade aumenta a prevalência da associação de múltiplos fatores de risco. Ademais, destaca ainda que a hipertensão arterial seja responsável por 40% das mortes por acidente vascular encefálico (AVE) e 25% das mortes por doenças arteriais coronarianas.

2.6 Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Como forma de tratamento da HAS destaca-se a prevenção, o tratamento farmacológico e tratamento não farmacológico os quais apresentar-se abaixo:

2.6.1 Prevenção Primária

Conforme VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), as medidas para a prevenção primária envolvem modificações no estilo de vida e controle de outros fatores de risco cardiovasculares.

As mudanças no estilo de vida são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe.

Mudanças de estilo de vida reduzem a PA, bem como a mortalidade cardiovascular. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e a adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e de álcool, ingestão de potássio e combate ao sedentarismo e ao tabagismo.

Ainda de acordo com VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), a prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem contar com a colaboração de equipes multiprofissionais de saúde, visando à educação e conscientização da população.

Neste contexto a prevenção é um dos meios mais eficazes e deve ser instituída, independentemente da idade, sexo ou cor do paciente.

2.6.2 Tratamento HAS – Tratamento não farmacológico

A adoção de um estilo saudável de vida é fundamental no tratamento de hipertensos.

De acordo com a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), os principais fatores ambientais modificáveis da hipertensão arterial são os hábitos alimentares inadequados, principalmente ingestão excessiva de sal e baixo consumo de vegetais, sedentarismo, obesidade e consumo exagerado de álcool, podendo-se obter redução da pressão arterial e diminuição do risco cardiovascular controlando esses fatores.

Tabela 5 - Modificações do estilo de vida no controle da pressão arterial (adaptado do JNC VII).

Modificação	Recomendação	Redução aproximada na PAS
Controle de peso	Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9 kg/m ²).	5 a 20 mmHg para cada 10 kg de peso reduzido
Padrão alimentar	Consumir dietas ricas em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gordura saturada e total. Adotar dieta DASH.	8 a 14 mmHg
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais de 100 mmol/dia = 2,4 g de sódio (6 g de sal/dia = 4 colheres de colher rasas de sal = 4 g + 2 g de sal próprio dos alimentos).	2 a 8 mmHg
Uso restrito ou abolição do consumo de bebida alcoólica.	Limitar o consumo a 30 g/dia de etanol para os homens e 15 g/dia para mulheres.	2 a 4 mmHg
Exercício físico	Habituar-se a prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos 30 minutos por dia 3 a 5 vezes/ semana. Atividade física regular específica para a faixa etária do paciente influenciando até mesmo na redução do peso (obesidade fator de risco importante para hipertensão).	4 a 9 mmHg
<p>- Associar abandono do tabagismo para reduzir o risco cardiovascular. Pode haver efeito aditivo para algumas das medidas adotadas.</p>		
<p>- Controle do estresse psicoemocional: Estudos experimentais demonstram elevação transitória da pressão arterial em situações de estresse, como estresse mental, ou elevações mais prolongadas, como nas técnicas de privação do sono.</p>		

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), p.20

Ainda de acordo com V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), o consumo dos alimentos pode levar à ingestão de certos nutrientes que induzem respostas às vezes indesejáveis na pressão arterial e no sistema cardiovascular. Os alimentos "de risco", ricos em sódio e gorduras saturadas, por exemplo, devem ser evitados. A dieta preconizada pelo estudo DASH (Dietary Approachs to Stop Hypertension) mostrou benefícios no controle da pressão arterial, inclusive em pacientes fazendo uso de anti-hipertensivos.

Enfatiza o consumo de frutas, verduras, alimentos integrais, leite desnatados e derivados, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol, maior quantidade de fibras, potássio, cálcio e magnésio. Associada à redução no consumo de sal, mostra benefícios ainda mais evidentes, sendo, portanto, fortemente recomendada para hipertensos. Compõe-se de quatro a cinco porções de frutas, quatro a cinco porções de vegetais e duas a três porções de laticínios desnatados por dia, com menos de 25% de gordura.

- Suplementação de potássio

A suplementação de potássio promove redução modesta da pressão arterial. Sua ingestão na dieta pode ser aumentada pela escolha de alimentos pobres em sódio e ricos em potássio, como feijões, ervilha, vegetais de cor verde-escuro, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata inglesa e laranja.

É razoável a recomendação de níveis de ingestão de potássio de 4,7 g/dia. Para a população saudável com função renal normal, a ingestão de potássio pode ser superior a 4,7 g/dia sem oferecer riscos, porque o excesso será excretado pelos rins. Entretanto, para indivíduos com função renal diminuída (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min), é apropriada a ingestão de potássio inferior a 4,7 g/dia pelos riscos de hiperpotassemia. Cautela com medicamentos à base de potássio, como expectorantes, em indivíduos suscetíveis à hiperpotassemia, principalmente pacientes com insuficiência renal ou em uso de inibidor da ECA, antagonista do receptor AT1 ou diuréticos poupadores de potássio.

- Suplementação de cálcio e magnésio

Dieta com frutas, verduras e laticínios de baixo teor de gordura apresenta quantidades apreciáveis de cálcio, magnésio e potássio, proporcionando efeito favorável em relação à redução da pressão arterial e de acidente vascular cerebral. Não existem dados suficientes para recomendar suplementação de cálcio ou magnésio como medida para baixar a pressão arterial, se não houver hipocalcemia ou hipomagnesemia. Além disso, suplementação de cálcio excedendo 1 g/dia pode aumentar o risco de litíase renal.

2.6.3 Tratamento Farmacológico

De acordo com V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), a adesão ao tratamento farmacológico associado ao tratamento não farmacológico objetiva a redução da pressão arterial para valores inferiores a 140mmHg de pressão sistólica e 90mmHg para pressão diastólica. É importante respeitar as características individuais de cada paciente.

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e mortalidade de problemas cardiovasculares. Os anti-hipertensivos não devem só reduzir a pressão arterial, mas também reduzir esses eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

Vale ressaltar a importância da interação médico/farmacêutico fortalecendo ainda mais a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

3.0 ATENÇÃO FARMACÊUTICA AO PACIENTE HIPERTENSO

Para Lyra Júnior et al (2006), a maior prevalência de doenças crônicas entre os idosos, como a hipertensão arterial sistêmica, implica no crescimento do consumo de medicamentos. Como consequência, ocorre o aumento dos problemas relacionados aos medicamentos (PRM) deixando a população vulnerável a vários problemas relacionados à saúde. A literatura reconhece a importância da equipe multiprofissional no cuidado à saúde dos idosos (médico/farmacêutico) nas atividades ligadas diretamente à farmacoterapia da

hipertensão arterial sistêmica, corrigindo a grande limitação no tratamento dos idosos, tornando o tratamento mais efetivo e seguro melhorando a adesão ao programa de atendimento e o controle da doença.

De acordo com Castro et al (2006):

Devido ao pouco tempo de utilização dessa prática profissional em atenção primária e secundária, demonstrou-se que serviços clínicos realizados por farmacêuticos, notadamente os vinculados ao novo paradigma da atenção farmacêutica, são indispensáveis e contribuem para a diminuição da pressão arterial de pacientes hipertensos não-controlados. (CASTRO et al 2006, p 1.)

Atenção Farmacêutica. Nela o farmacêutico estabelece relação com o paciente, com base em acordo no qual o farmacêutico realiza a função de controle do uso de medicamentos, apoiando-se na vigilância e buscando o interesse do paciente. (PEREZ et al 2008, p.1.).

A proximidade e a cumplicidade entre o paciente e o profissional farmacêutico contribuem para o controle das doenças crônicas.

Para Souza e Bertocin (2008), o farmacêutico consiste na informação quanto ao uso correto da medicação, acondicionamento das drogas, duração do tratamento e a avaliação da prescrição, visando a não ocorrência de fatores que possam prejudicar a saúde ou o tratamento do paciente. É essencial, pois propicia o desenvolvimento do perfil farmacoterapêutico dos pacientes e os incentiva a usar corretamente os medicamentos.

Elaborar mecanismos efetivos para atuação do farmacêutico, visto que a redução da morbimortalidade relacionada aos medicamentos tem um impacto positivo na qualidade de vida do paciente.

A deficiência da adesão, entre os idosos portadores de hipertensão arterial, tem relação direta com diversos fatores associados à falta de informação sobre o tratamento. A educação ao paciente pode lhe conscientizar, quanto ao seu estado de saúde e a necessidade do uso correto dos medicamentos, portanto a interação direta entre, paciente e profissional de saúde, poderá reduzir diversos (PRM), tornando o seu tratamento mais efetivo e seguro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vista sob uma perspectiva crítica, a presente revisão é importante considerar que, serviços clínicos realizados por farmacêuticos, notadamente os vinculados ao novo paradigma da atenção farmacêutica, são exeqüíveis e contribuem para a diminuição da pressão arterial de pacientes hipertensos não-controlados, a deficiência da adesão, entre os idosos portadores de hipertensão arterial, tem relação direta com diversos fatores associados à falta de informação sobre o tratamento. A educação ao paciente pode proporcionar a conscientização quanto ao seu estado de saúde e à necessidade do uso correto dos medicamentos, tornando o tratamento mais efetivo e seguro e a maior interação entre os profissionais de saúde, proporcionando redução dos problemas relacionados aos medicamentos (PRMs) e, conseqüentemente, melhorias na qualidade de vida dos pacientes.

Devido a essa prática profissional em relação à atenção primária e secundária, novos estudos são necessários para avaliar técnicas específicas de intervenção e confirmar a proporção de pacientes que podem ser beneficiados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Hipertensão arterial sistêmica: Caderno de atenção básica. In.. **Ministério da saúde**, n.15, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2007
- BRITO; MENEZES; MESQUITA; LYRA JÚNIOR. **Efeito de um programa de manejo farmacoterapêutico em um grupo de idosos com hipertensão em Aracaju-Sergipe**. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básicas e Aplicada*, 2009, v. 30 n. 1, p. 83-89.
- BRUNNER, B. G; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. Tradução de Figueiredo, J. E. F. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2005. Histórico e Tratamento de Pacientes com Hipertensão.
- CASTRO; CHEMELLO; PILGER; JUNGES; BOHNEN; ZIMMERMAN; PAULINO; JACOBS; FERREIRA; FUCHS. **Contribuição da atenção farmacêutica no tratamento de pacientes hipertensos**. *Rev Bras Hipertens*, 2006 vol. 13, p. 198-202.
- CASTRO; CAR. **O Cotidiano da vida de hipertensos: Mudanças, restrições e reações**. *Rev.Esc.Enf. USP*, 2000 v. 34, n. 2, p. 145-53.
- GICK; FARIAS. **Desenvolvimento de um serviço de Atenção Farmacêutica a Hipertensos**. *Revista eletrônica de extensão*, 2005, n.2, p1-6.
- LOPES, M.C.L., et al. **O Auto-Cuidado em Indivíduos com Hipertensão Arterial: Um Estudo Bibliográfico**. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2008 vol. 10 n. 1, p. 198-211.
- LYRA JÚNIOR; AMARAL; CÀRNIO; NOGUEIRA; PELÀ. **A farmacoterapia no idoso: Revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica**. *Revista Latino – America de Enfermagem*, 2006 v.14 n.3, p.1-6.
- MARIN et al. **Estruturação da assistência farmacêutica no tribunal de justiça do distrito federal e dos territórios – TJDFT**, 2003. Disponível em: <http://vsites.unb.br/fs/far/latosensu/asstfarm/projetos/egpas2.pdf>
- MION, JR; PIERIN; KRASILCIC; MATAVELLI; SANTELLO. **Diagnóstico da Hipertensão Arterial**. *Medicina, Ribeirão Preto*, 1996. v.29, p. 193-198.
- PEREIRA, L.; FREITAS. **A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil**. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 2008. V. 44 n. 4, p. 2.

PEREZ; BERNARDINELLI; PAULOSSO; LIMA. L. **A importância da Atenção Farmacêutica para uma população com Hipertensão.** Ver. **Inst. Ciênc. Saúde**, 2008. v.26, p. 46-50.

PESSUTO; CARVALHO. C. **Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial.** **Revista Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, 1998. v. 6, n. 1, p. 33-39, janeiro.

ROSA; PLAVNIK; TAVARES. **Hipertensão Arterial Sistêmica.** **Moreira J.R**, 2004, p. 5-17.

Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados a Medicamentos, 1999.

SMELTZER, S. R.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica.** 2002, 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

SOUZA, V.; BERTONCIN. **Atenção Farmacêutica para Pacientes Hipertensos:** Nova metodologia e a importância dessa prática no acompanhamento domiciliar. **RBPS**, 2008. v. 21 n. 3, p. 224-230.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. de Cardiologia**, 2007. v. 89 n. 3, São Paulo, sept.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista brasileira de hipertensão**, 2010. v.17 n. 1, p 7-10.