



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**SILVANEI TORRES RAIMUNDO**

**ATENÇÃO FARMACÊUTICA COMO FERRAMENTA DE  
ADESÃO AO TRATAMENTO DO PACIENTE HIPERTENSO:  
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

ARIQUEMES-RO

2019

**SILVANEI TORRES RAIMUNDO**

**ATENÇÃO FARMACÊUTICA COMO FERRAMENTA DE  
ADESÃO AO TRATAMENTO DO PACIENTE HIPERTENSO:  
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao curso de Graduação em  
Farmácia da Faculdade de Educação e  
Meio Ambiente – FAEMA, como requisito  
parcial a obtenção do título de  
bacharelado em: Farmácia

Prof.º Orientador: Drº André Tomaz Terra  
Júnior

Ariquemes - RO  
2019

**SILVANEI TORRES RAIMUNDO**

**ATENÇÃO FARMACÊUTICA COMO FERRAMENTA DE  
ADESÃO AO TRATAMENTO DO PACIENTE HIPERTENSO:  
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao curso de graduação em  
Farmácia, da Faculdade de Educação e  
Meio Ambiente como requisito parcial à  
obtenção do título de Bacharel.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof. Dr.º André Tomaz Terra Júnior  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

---

Prof. Esp. Dione Rodrigues Fernandes  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

---

Prof. Esp. Jucélia Nunes de Souza  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 09 de setembro de 2019.

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca Júlio Bordignon – FAEMA**

---

R153a

RAIMUNDO , Silvanei Torres .

Atenção farmacêutica como ferramenta de adesão ao tratamento do paciente hipertenso: uma revisão bibliográfica. / por Silvanei Torres Raimundo . Ariquemes: FAEMA, 2019.

38 p.

TCC (Graduação) - Bacharelado em Farmácia - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador (a): Prof. Dr. André Tomaz Terra Júnior.

1. Automedicação . 2. Efeitos colaterais e reações adversas relacionados a medicamentos . 3. Assistência farmacêutica . 4. Uso indevido de medicamentos . 5. Toxicidade de medicamentos . I Terra Júnior, André Tomaz . II. Título. III. FAEMA.

CDD:615.4

---

**Bibliotecária Responsável**  
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro  
CRB 1114/11

*Dedico este trabalho, em especial minha mãe,  
Leonina Torres Raimunda (in memoriam), que  
sempre me apoiou e nunca perdeu a fé nos meus  
sonhos.*

*A minha Família, por toda a dedicação, amor,  
confiança e por sempre me apoiarem*

*Esta conquista também é de vocês!!!*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a DEUS por me conduzir no caminho certo.

Aos meus pais, Leonina Torres Raimunda e Antônio Raimundo filho, pelo apoio.

A minha esposa Angélica da Rocha por estar sempre ao meu lado.

Aos meus filhos Henzo Rafael Torres e Heitor Gabriel Torres por serem minha inspiração e me alegrarem.

Aos meus irmãos Sandro Marcos Torres e Silvana Raimunda que sempre me apoiaram.

Ao meu Orientador Dr. Andre Tomaz Terra Junior pela dedicação e auxílio durante todas as etapas de elaboração deste trabalho.

A minha família, pela motivação.

Aos meus colegas e amigos, pela força e incentivo.

A todos os meus professores e colegas de curso que juntos trilhamos esta etapa na minha vida.

A todos de que algum modo me auxiliou na conclusão deste curso, meu muito obrigado!

## RESUMO

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui-se como uma patologia crônica assintomática, multifatorial, silenciosa e identificável por alterações persistentes dos níveis da pressão sistólica ( $PS \geq 140$  mmHg) para diastólica ( $PD \geq 90$  mmHg), e quando não tratada adequadamente pode comprometer órgãos vitais, como: coração, cérebro e rins. A HAS é responsável por cerca de 45% de mortes por doença coronariana e 51% por acidente vascular cerebral e comorbidades associadas. O objetivo principal da terapia anti-hipertensiva é reduzir a comorbidades cardiovasculares associadas, e da terapia não farmacológica, é promover modificações de estilo de vida do paciente e reduzir os fatores de risco, trazendo um impacto positivo na eficácia do tratamento. A metodologia utilizada foi baseada em pesquisa bibliográfica utilizando obras literárias científicas, publicadas entre 2010 e 2019. O objetivo do estudo foi descrever sobre a hipertensão arterial, descrever as principais classes de anti-hipertensivos disponíveis para o tratamento, destacando o papel do farmacêutico na prevenção desse agravo. Nesse cenário, vale ressaltar que a HAS é um grave problema de saúde pública e que o acesso aos medicamentos, a prática da automedicação, a qualidade dos serviços de saúde e a adesão ao tratamento estão diretamente relacionados com esse agravo. Dessa forma, torna-se necessário a promoção de medidas educativas e preventivas, visando reduzir as comorbidades associadas a essa patologia. Assim, o Farmacêutico tem papel primordial nesse contexto, atuando de forma efetiva e multiprofissional, nas diversas esferas de atuação, colaborando com práticas educativas, promovendo o uso racional de medicamentos, garantindo, assim, uma melhor qualidade de vida ao paciente hipertenso.

**Palavras-chave:** Automedicação, Efeitos Colaterais e Reações Adversas Relacionados a Medicamentos, Assistência Farmacêutica, Uso Indevido de Medicamentos, oxidação de Medicamentos.

## ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is an asymptomatic, multifactorial, silent and identifiable chronic disease due to persistent changes in systolic ( $\geq 140$  mmHg) to diastolic ( $\geq 90$  mmHg) levels, and when not properly treated, can compromise organs vital, such as: heart, brain and kidneys. SAH accounts for about 45% of deaths from coronary artery disease and 51% from stroke and associated comorbidities. The main goal of antihypertensive therapy is to reduce associated cardiovascular comorbidities, and non-pharmacological therapy is to promote lifestyle changes and reduce risk factors, with a positive impact on treatment efficacy. The methodology used was based on bibliographic research using scientific literary works, published between 2010 and 2019. The objective of the study was to describe arterial hypertension, describe the main classes of antihypertensives available for treatment, highlighting the pharmacist's role in prevention. In this scenario, it is noteworthy that hypertension is a serious public health problem and that access to medicines, the practice of selfmedication, the quality of health services and adherence to treatment are directly related to this problem. Thus, the promotion of educational and preventive measures is necessary to reduce the comorbidities associated with this pathology. Thus, the Pharmacist has a primordial role in this context, acting effectively and multiprofessionally, in the various spheres of activity, collaborating with educational practices, promoting the rational use of medicines, thus ensuring a better quality of life for hypertensive patients.

**Keywords:** Selfmedication, Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions, Pharmaceutical Services, Drug Misuse, Drug Toxicity.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AF</b>	Assistência Farmacêutica
<b>AVC</b>	Acidente Vascular Cerebral
<b>ATM</b>	Adesão a Terapia Medicamentosa
<b>DBHA</b>	Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial
<b>BCC</b>	Bloqueador de Canais de Cálcio
<b>BRA II</b>	Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina
<b>IECA</b>	Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PA</b>	Pressão Arterial
<b>PRM</b>	Problemas relacionados a medicamentos
<b>PD</b>	Pressão Diastólica
<b>PS</b>	Pressão Sistólica
<b>SciELO</b>	Scientific Electronic Library Online
<b>URM</b>	Uso Racional de Medicamentos

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	12
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
<b>4. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
4.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	14
4.2 FISIOPATOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	16
4.3 PRINCIPAIS CAUSAS E FATORES DE RISCO.....	16
4.4 TERAPIA MEDICAMENTOS DE PACIENTES HIPERTENSOS.....	17
4.5 ADESÃO MEDICAMENTOSA DE PACIENTES HIPERTENSOS.....	21
4.6 ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO NA HIPERTENSÃO.....	24
4.7 USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NA HIPERTENSÃO.....	25
<b>5. ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....</b>	<b>26</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>29</b>

## INTRODUÇÃO

As afecções cardiovasculares são responsáveis por aproximadamente um terço das mortes no mundo, e a HAS é o principal fator de risco dessa estatística, e segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), foram a principal causa de morte no mundo entre os anos de 2000 – 2012, por isso é considerado um dos fatores de risco mais relevantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. A HAS é apontada como um grave problema de saúde pública pelos altos custos hospitalares, pela sua cronicidade, e por causar incapacitação por invalidez e aposentadoria precoce (ANDRADE et al., 2015; PICCINI et al., 2012).

A HAS é um distúrbio crônico multifatorial, geralmente assintomático, com evolução lenta e silenciosa e de detecção muitas vezes tardia, é um dos principais fatores de afecções cardiovasculares associadas. Quando não diagnosticada e tratada adequadamente pode resultar em consequências graves e acometer alguns órgãos vitais, como: cérebro, coração, rins e vasos sanguíneos (ANDRADE et al., 2015; CARVALHO et al., 2013).

A HAS representa a principal causa de comorbidades cardiovasculares associadas tanto no Brasil, quanto nos países desenvolvidos, e atualmente afetam pacientes cada vez mais novos e levando, conseqüentemente, à uma redução expressiva da vida produtiva (PICCINI et al., 2012).

Dentre os fatores de risco associados a HAS, podemos destacar: a hereditariedade, obesidade, estilo de vida sedentário, idade, etnia, uso de anticoncepcionais, consumo de álcool e a alta taxa de ingestão de sódio. Alguns fatores sociais (baixo nível socioeconômico e educacional) e físicos (colesterol elevado e diabetes mellitus) são fatores de predisposição associados a HAS, devido a sua estreita correlação entre estilo de vida e fatores ambientais (MENDES et al., 2014).

Dentre os vários fatores ambientais que corroboram para o aumento da pressão arterial (PA), podemos ressaltar alterações associadas ao estilo de vida, que se incluem mudanças de hábitos alimentares não-saudáveis, associados ao sedentarismo, ao tabagismo e ao etilismo (PINTO et al., 2011).

Apesar das dificuldades na adesão ao tratamento, os avanços no conhecimento e a evolução obtida na terapêutica têm aumentado a expectativa de vida da população o aumento da sobrevivência dos pacientes com doenças crônicas e/ou graves (CARVALHO et al., 2013).

A detecção precoce dessas alterações pressóricas pode auxiliar na implantação de programas preventivos de educação em saúde, com a perspectiva de alterações no estilo de vida, voltada a promoção da saúde, prevenindo o desenvolvimento prematuro de doença arterial coronariana, acidente vascular encefálico e outras afecções cardiovasculares associadas (MENDES et al., 2014; PINTO et al., 2011).

Adesão ao tratamento anti-hipertensivo é um desafio para o controle da HAS, apesar da acessibilidade aos medicamentos, a disponibilidade de um tratamento efetivo, o controle da HAS encontra-se longe dos parâmetros considerados ideais, principalmente pela não adesão a terapia proposta. Vale salientar que a adesão ao tratamento é influenciada diretamente por fatores individuais de cada paciente, da sua relação com a equipe multiprofissional e do contexto socioeconômico (EID et al., 2013; FIGUEIREDO et al., 2010)

O farmacêutico é o profissional da saúde também responsável pela prevenção, combate e tratamento da HAS. Possui uma formação focada na ação dos medicamentos, estando apto a desenvolver uma atenção farmacêutica individualizada, através do acompanhamento farmacoterapêutico reconhecido como parte essencial de Atenção farmacêutica pela RDC 44/09 da Anvisa, a fim de garantir uma adesão ao tratamento e sucesso da terapia proposta (OLIVEIRA & DE MENEZES, 2013).

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever sobre a Hipertensão arterial sistêmica, os fatores de risco cardiovasculares associados e a importância do Farmacêutico na otimização da terapia farmacológica e não farmacológica do controle dessa patologia.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Avaliar a importância da adesão do paciente a terapias farmacológicas e não farmacológicas no controle da hipertensão arterial.
- Identificar os fatores que podem influenciar na adesão a essas terapias.
- Descrever as principais classes de medicamentos anti-hipertensivos.
- Descrever as principais comorbidades relacionadas aos pacientes hipertensos.
- Retratar a importância do profissional Farmacêutico na orientação do Uso Racional de Medicamentos e na prevenção das comorbidades associadas a Hipertensão arterial.

### 3. METODOLOGIA

O presente trabalho foi elaborado na modalidade de revisão bibliográfica descritiva, baseando-se em artigos, monografias, dissertações, teses, livros, disponíveis para consulta em bases e periódicos como: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Bireme, Lilacs, Google Acadêmico, BVS (Biblioteca virtual em saúde) e Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, Secretaria da Saúde e Ministério da saúde (MS).

As palavras chave foram utilizadas conforme os Descritores em Ciências da Saúde (Decs): Automedicação, Efeitos Colaterais e Reações Adversas Relacionados a Medicamentos, Assistência Farmacêutica, Uso Indevido de Medicamentos, Toxicidade de Medicamentos.

Os critérios de inclusão foram à disponibilidade integral de obras originais, publicadas a partir do ano de 2010 até 2019, publicados em língua portuguesa ou inglesa, com conteúdo pertinente ao proposto. Por outro lado, os critérios de exclusão foram à indisponibilidade integral das obras, publicações anteriores a 2010, em idioma diferente do português ou inglês, ou de conteúdo não condizente ao objetivo temático aventado inicialmente.

Ao final, após a leitura sistemática foram selecionadas, com base no grau de importância, trinta e nove (39) obras literárias científicas, as quais serviram de eixo para a elaboração deste trabalho.

## 4. REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), através da VI Diretrizes de Hipertensão, publicada em 2010, define a hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como:

*“...condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais”. (SBC/SBH/SBN, 2010).*

A HAS é uma das maiores causas de morbimortalidade no mundo e constituem um dos graves problemas de saúde pública na atualidade, com grande impacto socioeconômico para a sociedade e principalmente para o sistema de saúde. HAS caracteriza um importante indicador para as doenças cardiovasculares, responsáveis por aproximadamente 1/3 dos casos de óbitos no mundo (STROPA et al., 2018; LIMA et al., 2010).

A HAS é uma doença crônica assintomática, multifatorial, correlacionada a inúmeros fatores de risco como: obesidade, hereditariedade, sedentarismo, tabagismo, ingestão elevada de sal e etilismo. Seu diagnóstico, na maioria dos casos, se dá por uma aferição pontual da PA, sendo confirmado quando valores persistentes  $PS \geq 140$  mmHg e para  $PD \geq 90$  mmHg são identificados (MILLER et al., 2016; WEBER et al., 2014).

Atualmente a HA representa um dos problemas mais relevantes de saúde pública mundial e uma das principais causas de óbitos no Brasil. Essa patologia de alta prevalência, afetando cerca de 44% da população adulta 38% para homens e 32% para mulheres. Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (DBHA), os inúmeros fatores de risco, o desenvolvimento clínico lento e assintomático associado ao não tratamento, a HAS apresenta inúmeras complicações, sendo responsável por 54% de mortes por complicações

principalmente do sistema cardiovascular (WEBER et al.,2014; TRAUTHMAN, 2013; COSTA et al., 2011).

Estudos clínicos demonstram que a detecção precoce, o tratamento apropriado e o controle da PA, são medidas indispensáveis para a redução dos eventos cardiovasculares e seus agravos. Adotar algumas medidas como, mudanças no estilo de vida, alimentação saudável, práticas regulares de atividade física associadas ou não ao tratamento medicamentoso torna-se imprescindível para o efetivo controle dessa patologia e para a qualidade de vida do paciente (STOPA et al.,2018, SBC, 2010).

A HAS é responsável por 45% de mortes por doença coronariana e 51% por acidente vascular cerebral e, esse quadro pode ser mais grave quando associados a outras patologias como por exemplo, o *Diabetes Mellitus*, onde o paciente tem o risco cardiovascular 4 vezes maior quando comparados a indivíduos não diabéticos. Com o intuito de reduzir os índices de morbimortalidade, se faz necessário manter os níveis pressóricos sobre controle, através da adoção de medidas não-farmacológicas e medidas farmacológicas, ou seja, tratamento envolvendo alterações de hábitos de vida, associados a utilização correta dos medicamentos. Essas medidas contribuem positivamente para o sucesso da terapia proposta e para a redução de eventos cardiovasculares fatais. Essas intervenções são indicadas a todos os pacientes hipertensos, independente da terapia medicamentosa indicada (WEBER, et al.,2014; TRAUTHMAN, 2013). Segundo a VI DBHA os valores preconizados para pessoas maiores de 18 anos, são apresentados na Tabela 1, onde são expostos os valores de PA e a sua classificação segundo o nível de gravidade, baseada na aferição casual da PA (SBC/SBH/SBN, 2010).

**Tabela 1 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos)**

<b>Classificação</b>	<b>PS (mmHg)</b>	<b>PD (mmHg)</b>
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130 - 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 – 109



Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90
<b>Fonte:</b> VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial		

(SBC, 2010). \* Pressão normal-alta ou pré hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

#### 4.1 FISIOPATOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A HAS é uma doença crônica, de etiologia variada, de alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um grave problema de saúde pública. É reconhecida como principal fator de risco para afecções cardiovasculares associadas, comprometendo o equilíbrio dos mecanismos vasculares, hemodinâmicos, hormonais, renais e neurais. O seu desenvolvimento depende da interação entre os fatores genéticos e ambientais, embora que essas interações ainda não estejam seja elucidada. Sabe-se, no entanto, que a HAS não tratada adequadamente pode comprometer o funcionamento de órgãos vitais como coração, cérebro e rins. Por isso o controle terapêutico rigoroso, além de ações educativas e alterações no estilo de vida, são elementos primordiais para garantir o seu controle e reduzir comorbidades (SILVA et al., 2016; BRUNE et al., 2014; CRF/OPAS, 2010).

#### 4.2 PRINCIPAIS CAUSAS E FATORES DE RISCO

A HAS é uma doença crônica, e o sucesso do seu tratamento requer a associação de terapias farmacológicas e medidas não-farmacológicas, sendo esses associados a fatores comportamentais que são responsáveis por aproximadamente 80% dos casos de doença arterial coronariana e cerebrovascular (BRUNE et al., 2014).

Segundo Nobre (2013), as alterações no estilo de vida têm como princípio controlar os fatores de risco, prevenir o risco cardiovascular associado e manter sob controle os valores da PA. A sua aplicação tem como objetivo prevenir e/ou reduzir a necessidade de terapia anti-hipertensiva. De acordo com SBC (2010) há uma série de medidas cuja eficácia já estão devidamente estabelecidas com benéficas e que serão apresentadas na Tabela 2.

**Tabela 2: Modificações de estilo de vida e redução aproximada da PA**

Modificação	Recomendação	Redução Aproximada na PAS
Controle de peso	Manter o peso corporal na faixa normal (IMC*: 18,5 – 24,9 kg/m <sup>2</sup> )	5 a 20 mmHg para cada 10 kg de peso reduzido
Padrão alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta DASH**	8 a 14 mmHg
Restrição de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais que 2 g (5 g de sal/dia) = no máximo 3 colheres de café rasas de sal = 3 g + 2 g de sal dos próprios alimentos	2 a 8 mmHg
Consumo de álcool	Limite diário de 30g/dia para os homens e 15g/dia para mulheres de etanol	2 a 4 mmHg
Atividade Física	Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 vezes/semana, para prevenção e diariamente para tratamento	4 a 9 mmHg

**Fonte:** VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, 2010). IMC: Índice de massa corporal.

\*\* DASH (*Dietary Approachs to Stop Hypertension*).

#### 4.3 TERAPIA MEDICAMENTOS DE PACIENTES HIPERTENSOS

O objetivo da terapia anti-hipertensiva é diminuir a morbimortalidade cardiovascular associada à HAS. As medidas não – medicamentosas e alterações no de estilo de vida podem influenciar diretamente na redução dos fatores de risco associados e aumentar o êxito da terapia medicamentosa, além de trazer um impacto positivo na redução do desenvolvimento ou agravamento da HAS (NOBRE et al., 2013). Segundo a SBC (2010) a decisão da escolha do melhor tratamento deve ser fundamentada nos fatores de risco cardiovascular associados, considerando sempre a presença mais de um fator de risco (FR), doença cardiovascular (DCV) e/ou lesão em órgão-alvo e não unicamente nos níveis pontuais da PA.

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo reduz as taxas de morbimortalidade e as comorbidades associadas em pacientes hipertensos. Dentre as principais classes terapêuticas disponíveis para escolha do tratamento da HAS podemos destacar como primeira linha de escolha, os diuréticos tiazídicos, seguido pelas

classes farmacológicas: betabloqueadores, Inibidores da ECA (IECA), Bloqueadores dos receptores de angiotensina II (BRA II) e Bloqueadores dos canais de cálcio. A escolha da melhor terapia medicamentosa se baseia em fatores como: fatores de risco e comorbidades associadas, além considerar vários fatores intrínsecos a este tipo de paciente (REINHARDT, et al., 2012; SBC, 2010)

De acordo com as VI DBHA, a monoterapia é uma estratégia adotada no tratamento anti-hipertensivo inicial, principalmente para pacientes com HAS estágio 1, e com risco cardiovascular baixo a moderado e podem reduzir em 36% o risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e em 20% os eventos cardiovasculares associados, porém podem comprometer o nível glicêmico em pacientes diabéticos. Quando essa estratégia não for suficiente para reduzir os níveis da PA, deve-se adotar a terapia combinada (RIBEIRO, 2016; SBC, 2010).

Segundo essa mesma Diretriz o tratamento inicial deve ser realizado com a classe de drogas que demonstra redução nos eventos cardiovasculares, podendo haver associações entre diferentes mecanismos de ação (Tabela 3), como: betabloqueadores + diuréticos; BRA II + diuréticos; IECA + diuréticos; bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) + betabloqueadores; BCC + IECA; BCC + BRA II (BASTOS-BARBOSA et al., 2012; SBC, 2010).

**Tabela 03 – Classificação de medicamentos anti-hipertensivos de acordo com seu mecanismo de ação e reação adversas.**

CLASSE	MECANISMO DE AÇÃO	PRINCIPAIS REAÇÕES ADVERSAS
<b>Diuréticos</b>	Seu mecanismo anti-hipertensivo está relacionado inicialmente a diurese e a Natriurese com depleção de volume circulante, após essa normalização, ocorre uma redução da resistência vascular periférica decorrente outros mecanismos.	Hipopotassemia, Hipomagnesemia, Indução de arritmias ventriculares, Hiperuricemia, Intolerância à glicose com aumento do risco de surgimento de Diabetes Mellitus, Aumento de triglicérides. Esses efeitos são dosedependentes.
<b>Bloqueadores alfa-adrenérgicos</b>	Redução do tônus simpático, com efeito hipotensor discreto (Monoterapia).	Sonolência, Sedação, Xerostomia, Fadiga, Disfunção sexual, Hipotensão postural. Suspensão abrupta pode causar Hipertensão de rebote e a Xerostomia.

<b>Betabloqueadores</b>	Redução do Débito cardíaco, da Secreção de renina com readaptação do Barorreflexo e diminuição da liberação de catecolaminas nas sinapses nervosas.	Broncoespasmo, Bradicardia, Vasoconstrição periférica, Alteração na qualidade do sono (Insônia e Pesadelos), Alterações psíquicas (Depressão), Astenia e Disfunção sexual. Suspensão abrupta pode causar Hipertensão de rebote com Hiperatividade simpática.
<b>Vasodilatadores diretos</b>	Relaxamento da musculatura lisa vascular, conseqüentemente Redução da resistência vascular periférica e Vasodilatação.	Retenção hídrica, Taquicardia reflexa, pela vasodilatação arterial direta. Contraindicado na Monoterapia.
<b>BCC</b>	Seu efeito Hipotensor é devido à Redução concentração de cálcio na musculatura lisa vascular que leva à redução a resistência vascular periférica.	Cefaleia, Tontura, Rubor facial e Edema de extremidades. Esses efeitos são dose-dependentes.
<b>IECA</b>	Agem fundamentalmente no bloqueio na produção de Angiotensina no sangue e nos tecidos pela inibição da ECA.	Tosse seca, Alteração do paladar, Reações de hipersensibilidade com Erupção cutânea e Edema angioneurótico.
<b>BRA II</b>	Antagonizam a ação da angiotensina II por meio do bloqueio específico de seus receptores AT1.	Apresentam bom perfil de tolerância. Reação de hipersensibilidade cutânea e Tontura são raros.

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

O tratamento medicamentoso utilizado na HAS pode ser dividido em 5 grupos farmacológicos (Tabela 4), classificado de conforme o seu mecanismo de ação antihipertensiva.

**Tabela 4 – Grupos de medicamentos anti-hipertensivos**

<b>Diuréticos</b>	
<b>Tiazídicos</b>	Clortalidona, Hidroclorotiazida, Indapamida, Metazolaminda
<b>De Alça</b>	Ácido etacrínico, Bumetanida, Furosemida, Torsemida.
<b>Poupadores de Potássio</b>	Amilorida, Espironolactona, Triantereno.
<b>Bloqueadores do Sistema Renina-Angiotensina- Aldosterona (SRAA)</b>	

<b>IECA</b>	Captopril, Enalapril, Fosinopril, Lisinopril, Moexipril, Perindopril, Ramipril, Trandolapril
<b>BRA-II (Receptor AT1)</b>	Candesartana, Eprosartana, Irbesartana, Losartana, Olmesartana, Telmisartana, Valsartana
<b>Bloqueadores dos Canais de Cálcio (BCC)</b>	
Nifedipino de ação lenta, Anlodipino, Felodipino, Isradipino, Nitrendipino, Verapamil,	
<b>Antagonistas adrenérgicos</b>	
<b>Betabloqueadores</b>	Acetobutolol, Atenolol, Bisoprolol, Carteolol, Metoprolol, Nadolol, Pembutolol, Pindolol, Propranolol, Timolol
<b>Bloqueadores alfaadrenérgicos</b>	Prazosina, Terazosina, Doxazosina, Reserpina, Labetalol, Carvedilol
<b>Bloqueadores de ação central</b>	Metildopa, Clonidina, Guanabenzol
<b>Vasodilatadores diretos</b>	
Hidralazina, Minoxidil, Diazóxido, Nitroprusiato	

Fonte: CRF-SP/OPAS, Brasil, 2010.

Para escolha de uma das classes de anti-hipertensivos mostradas na Tabela 4, deve-se estabelecer critérios de acordo com as características peculiares de cada paciente, além de outras características, como: perfil farmacocinético e farmacodinâmico do medicamento, idade do paciente, presença de doenças associadas, posologia e custo, são características que facilitam a escolha da melhor terapia e refletem positivamente na adesão ao tratamento (NOBRE et al., 2013).

Ainda segundo Nobre (2013) e SBC (2010), a escolha da decisão terapêutica deve seguir alguns princípios gerais que devem ser consideradas ideais para a escolha de um anti-hipertensivo, como mostra a Tabela 5.

**Tabela 5 – Características para escolha de um anti-hipertensivo**

<b>Características farmacológicas ideais</b>	
Eficaz por via oral	Ser seguro
Bem tolerado	Relação de risco/ benefício favorável ao

	paciente.
Perfil farmacocinético que permita apenas uma dose diária única ou de ação prolongada	Permitir a administração do menor número possível de tomadas diárias,
Dar preferência a monoterapia ou em casos especiais associar-se a outro hipotensor de classe farmacológica diferente ou associações fixas.	Iniciar o tratamento com as menores doses efetivas para cada situação clínica
As doses devem ser aumentadas gradativamente, ressalvando-se que, quanto maior a dose, maiores serão as probabilidades de efeitos adversos	Respeitar um período mínimo de 4 semanas para se proceder ao aumento da dose ou a Substituição da monoterapia ou mudança das associações em uso associação de novas drogas, salvo em situações especiais.
Considerar as condições socioeconômicas do paciente para melhor escolha da terapia, melhora adesão ao tratamento.	Capacidade de reduzir a morbimortalidade cardiovasculares associadas à HAS comprovados em ensaios clínicos.
Não ser obtido por meio de manipulação, pela inexistência de informações adequadas de controle de qualidade, bioequivalência e/ou de interação química dos compostos.	Ajustar a terapia de acordo com as leituras diárias da PA.

**Fonte:** Adaptado de NOBRE, 2013 e CRF-SP/OPAS, 2010.

#### 4.4 ADESÃO MEDICAMENTOSA DE PACIENTES HIPERTENSOS

O farmacêutico exerce um papel relevante em relação a ações educativas de aconselhamento e orientação acerca da terapia medicamentosa. Essas ações ativas aprimoraram a Adesão Terapêutica Medicamentosa (ATM) e evitam PRM. A AF deve ter uma linguagem clara e objetiva, onde o Farmacêutico deve reconhecer o grau de conhecimento do paciente em relação a patologia, as suas expectativas em relação a terapia proposta e a assimilação em relação ao URM. Durante a AF, a informação fornecida pelo farmacêutico deve ser sempre por uma informação completa e compreensível, sempre respeitando o nível de conhecimento do paciente, afim de alcançar resultados terapêuticos otimizados e seguros (MILLER et al., 2016; SILVA et al., 2016; COSTA et al., 2011).

Outro ponto relevante a respeito da HAS está relacionado a ATM, é o grau em que o paciente segue as instruções prescritas, ou também pode ser compreendido como a conduta do paciente frente a utilização dos medicamentos prescritos em pelo menos 80% de seu total, respeitando a posologia, dose e tempo de tratamento, representando a etapa final do Uso Racional de Medicamentos (URM). Essa adesão medicamentosa atua sinergicamente com o sucesso da terapia proposta, com o controle de uma doença crônica e a prevenção de uma patologia. A quantidade de medicamentos prescritos e o esquema terapêutico estão diretamente associados à não-adesão ao tratamento (WEBER et al., 2014; MARQUES et al., 2010).

Estudos evidenciam que o tratamento e o controle da HAS são medidas eficazes na redução da morbimortalidade de afecções cardiovasculares, porém o controle da PA é baixo devido a não adesão a terapia medicamentosa. O abandono do tratamento é crescente com o passar do início do tratamento (MARQUES et al., 2010).

Pesquisas apontam que, no Brasil, aproximadamente a metade dos pacientes hipertensos abandonam ou não cumprem o tratamento no primeiro ano em que são submetidos a acompanhamento médico e, após cinco anos, apenas 17% permaneceram em tratamento. A baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo está diretamente associada a má qualidade de informação do usuário a respeito à seu tratamento, associada aos efeitos colaterais produzidos pelos medicamentos (SILVA et al., 2016).

Neste novo contexto da prática farmacêutica, a Atenção farmacêutica (AF) se manifesta através de um conjunto de ações e responsabilidades, no qual a preocupação está focada no bem-estar e na melhoria da qualidade de vida do paciente com a obtenção de resultados terapêuticos definidos somando esforços com outros profissionais para a promoção de saúde (BEZERRA et al., 2019, EMILIANO, 2013).

Com base nessa perspectiva as atividades do farmacêutico começam a envolver tanto aspectos farmacológicos, manutenção contínua pelos indivíduos do tratamento medicamentoso prescrito, quanto não-farmacológicos, mudança do estilo de vida e aos hábitos de dieta e atividade física, além do processo de proteção, promoção, tratamento e manutenção da saúde, principalmente na Atenção básica. A baixa adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos é uma das principais causas da redução de qualidade de vida e controle da HA por isso, uma abordagem

multiprofissional pode alterar esse quadro e facilitar a adesão ao tratamento antihipertensivo e conseqüentemente aumentar o controle da HAS (MENDES et al., 2014; EMILIANO, 2013, SBC, 2010).

Estudos apontam que 50% dos pacientes hipertensos cumprem todo esquema terapêutico proposto e, que essa maior adesão está diretamente associada ao conhecimento do paciente a respeito da doença e do tratamento. A não adesão a terapêutica proposta é identificada como a causa principal causa de PA não controlada, representando assim um fator de risco significativo de eventos cardiovasculares associados. Pesquisas afirmam que há aumento significativo, em torno de 4 vezes, na adesão à terapia anti-hipertensiva em pacientes que recebem intervenções farmacêuticas no curso do seu tratamento (MODÉ et al., 2015; TRAUTHMAN, 2013; BASTOS-BARBOSA et al., 2012).

A compreensão da terapia farmacológica durante a prescrição médica e durante dispensação farmacêutica, estão diretamente associadas ao sucesso da terapia proposta. Nesse contexto todos os profissionais de saúde envolvidos são considerados co-responsáveis, onde a integração multiprofissional de conhecimentos especializados e complementares, conduz a resultados terapêuticos eficientes, beneficiando o paciente (DE LIMA et al., 2016; REINHARDT et al., 2012).

Diante desse contexto a baixa adesão terapêutica dos pacientes hipertensos e falta de controle dos valores da PA é uma realidade alarmante. A descontinuidade do tratamento e das condutas propostas entre outros fatores (Tabela 4) prejudica a eficácia do tratamento.

**Tabela 4: Principais fatores que concorrem para a não adesão ao tratamento antihipertensivo**

<b>Fatores relacionado ao Paciente</b>	
Tem concepções errôneas sobre a doença e o tratamento.	Compreende mal as instruções: não sabe como proceder
Não possui capacidade ou recursos necessários para seguir o tratamento	Julga ser incapaz de seguir o tratamento
Duvida da utilidade do tratamento	Acredita que os benefícios não valem os esforços
Demonstra impaciência com a velocidade dos progressos	Tem outras preocupações para priorizar
<b>Fatores relacionados ao Tratamento</b>	
Esquemas posológicos complexos	Custo



Efeitos indesejáveis	Resultados a longo prazo
Exige demais do paciente	Qualidade de vida prejudicada
<b>Fatores Relacionados a Instituição</b>	
Política de saúde	Acesso ao serviço
Distância	Tempo de espera

**Fonte:** Adaptado de NOBRE et al., 2013.

#### 4.5 ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO NA HIPERTENSÃO

Acompanhamento Farmacoterapêutico (AFT) pode ser definido como um serviço profissional, com objetivo de detectar problemas relacionados aos medicamentos (PRM), visando a prevenção e a resolução dos resultados negativos associados aos medicamentos. É um trabalho contínuo, sistematizado, documentado, na qual o Farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades terapêuticas do doente, com a finalidade de atingir resultados positivos e concretos que beneficie a qualidade de vida do paciente (RIBEIRO, 2016; REINHARDT et al., 2012; MARQUES et al., 2010).

A AF baseia-se nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento o principal insumo. Essa atividade é exclusiva do farmacêutico, tendo como objetivo o acompanhamento e orientação farmacoterapêutica, estabelecendo uma relação direta com paciente visando tanto o acesso ao medicamento quanto o seu uso racional (RIBEIRO, 2016).

O AFT se inicia com a anamnese do paciente, onde é coletado todas as informações referente as suas condições clínicas, prescrição médica, exames laboratoriais e histórico clínico do paciente. É de extrema importância que o farmacêutico conheça todos os medicamentos prescritos, o regime terapêutico proposto e a resposta esperada. Deve ser uma abordagem humanizada, valorizando o grau de conhecimento do usuário, a sua percepção da patologia, sua condição social, além de conhecer a rotina do paciente para que os medicamentos se adequem melhor a sua realidade diária (SILVA, 2017; CORRER et al., 2011b).

Vale ressaltar, nesse contexto, a importância do Farmacêutico na promoção de saúde em estabelecer uma relação de confiança na tríade, Médico – Paciente –

Farmacêutico, essenciais no processo de adesão ao tratamento reduzindo a chance de abandono (ZANELLA et al.,2015).

#### 4.6 USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NA HIPERTENSÃO

A OMS propõe para que haja o URM, é necessário estabelecer a necessidade real do uso de medicamentos e que seja prescrito adequadamente a sua condição clínica, que esteja disponível no momento oportuno, a um preço acessível, e que corresponda aos critérios exigidos eficácia, segurança e qualidade e, finalmente seja dispensado em condições adequadas, sob orientação e responsabilidade de um farmacêutico. Dados da OMS estima que, aproximadamente a metade (50%) de todos os medicamentos que são comercializados, prescritos são dispensados de forma inadequada e, que aproximadamente 35 % são medicamentos adquiridos através da automedicação (LIMA et al., 2017; MENDES et al., 2014).

O Brasil se destaca como um dos principais consumidores de medicamentos no mundo. A nossa realidade sobre a prescrição e o consumo de medicamentos é preocupante, devido à facilidade de acesso aos medicamentos, a alta prevalência de consumo e a baixa adesão ao tratamento proposto, associado pela prática da automedicação, esses fatores contribuem para o uso inadequado de medicamentos. Vários fatores estão diretamente associados a essa realidade dentre eles destacamos: o marketing desenfreado do mercado farmacêutico que incentivam ao consumo excessivo e inadequado, a automedicação e a conduta médica baseada na prescrição, intensificam o processo de medicalização da sociedade (MONTEIRO & LACERDA, 2016; DOMINGUES et al., 2015; MENDES et al., 2014).

A prática da automedicação atinge níveis alarmantes no Brasil, em razão do uso indiscriminado de medicamentos sem prescrição e/ou orientação médica e sem o diagnóstico prévio da doença, podendo acentuar e/ou ocultar o real estado clínico do paciente. Segundo a OMS essa prática se define como sendo a seleção e/ou uso de medicamentos sem prescrição, orientação ou a supervisão de um médico ou profissional da saúde, seguindo incentivos ou outras motivações. Essa prática pode provocar danos à saúde ou mesmo ocultar sintomas de doenças mais graves, podendo também desencadear reações adversas, reações de hipersensibilidade, resistência de bacteriana, dependência, intoxicações medicamentosas e em casos

extremos podem levar a óbito (ARRAIS et al.,2016; SILVA, 2016; MENDES et al., 2014).

Outro fator importante para o URM é a dispensação correta de medicamentos, que está relacionado ao processo de utilização dos medicamentos. Nessa etapa envolve todas as orientações ao paciente, que contribuem diretamente na sua adesão e ao sucesso da terapia farmacológica, garantindo o efeito terapêutico desejado. É de fundamental importância que essas orientações sejam transmitidas pelo Farmacêutico, afim de instruir o paciente acerca do uso dos medicamentos e identificar potenciais barreiras que possam vir a comprometer o sucesso do tratamento (LIMA et al., 2017; ZANELLA et al., 2015).

## 5. ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

De acordo com a Portaria nº 3916/GM de 1998 do Ministério da Saúde define a Assistência Farmacêutica pode ser definida como:

*“...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. ”*

Em todo o mundo os gastos em hospitalizações ou tratamento de agravos ocasionados pelo uso abusivo de medicamentos gira em torno de 15 – 20%. Nos Estados Unidos os gastos em hospitalizações para tratar reações adversas aos medicamentos chegam a 17% do orçamento em saúde. No Brasil essa realidade é mais agravante, pois os medicamentos são os principais agentes causadores de intoxicações e registra o 2º lugar em mortes por intoxicação (SILVA et al., 2016).

A AF vem na contramão dessa realidade, torna-se imprescindível para diminuir possíveis PRM, sendo definida como, uma prática assistencial voltada as necessidades terapêuticas dos pacientes com principal a finalidade de melhorar adesão ao tratamento e a sua qualidade de vida. Nesse contexto o Farmacêutico se responsabiliza pelo cumprimento do tratamento medicamentoso, com o propósito de

alcançar resultados terapêuticos definidos, que possam melhorar a qualidade de vida dos pacientes (MODÉ et al., 2015; OLIVEIRA & MENEZES, 2013).

O desenvolvimento da AF é fundamental para a população, pois através dessas ações o Farmacêutico pode interferir diretamente no processo de prevenção e/ou cura de uma doença, redução da sua sintomatologia, diminuição ou interrupção ou processo patológico, além de auxiliar no tratamento farmacológico, prevenindo, detectando e evitando efeitos adversos e possíveis interações medicamentosas (BRAZ et al., 2017).

A participação ativa do Farmacêutico na atenção individualizada, por meio suas ações educativas, orientações terapêuticas, garantem uma farmacoterapia racional e segura, e são efetivas na prevenção dos erros de medicação e na qualidade de vida dos pacientes. Através da AF, o Farmacêutico realiza quatro ações: anamnese, interpretação da terapia proposta, orientação e intervenção. (RIBEIRO, 2016; ALANO et al., 2012).

Através da Intervenção farmacêutica (IF) o pode identificar, prevenir e solucionar os PRM. Nessas intervenções, o Farmacêutico pode sugerir a interrupção do uso do medicamento, alteração esquema farmacoterapêutico, mudança de princípio ativo ou de sua apresentação, devendo inevitavelmente, entrar em contato com o médico prescritor, afim de e realizar as intervenções necessárias. No entanto, para que a IF seja efetiva, todas as informações devem estar disponíveis para que o farmacêutico possa fazer uma avaliação segura do regime terapêutico proposto, das condições fisiopatológicas do paciente, afim de discutir, elaborar um de plano de ação para melhor aceitação das intervenções (BRAZ et al., 2017; CARDINAL & FERNANDES, 2014; ALANO et al., 2012).

Por essa razão se faz necessário propor estratégias multiprofissionais que consolidem as relações com os pacientes, efetivem a promoção à saúde e o promovam o URM (MODÉ et al., 2015). Vale ressaltar que o através da AF, o Farmacêutico contribui para URM, reduz os índices de PRM e de reações adversas a medida em que desenvolve um AFT ordenado da terapia racional, avaliando a segurança, a efetividade e real necessidade do uso de medicamentos, para promover uma melhora nas condições fisiopatológicas e na qualidade de vida dos pacientes (RIBEIRO, 2016).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS ainda é considerada um problema de Saúde Pública mundial. No Brasil a prevalência é alta e é notável que grande parte da população apresenta fatores de risco associados a essa enfermidade.

A participação ativa do Farmacêutico tem por objetivo orientar e auxiliar o paciente em relação sua farmacoterapia e prevenir os problemas relacionados à e saúde, visando sempre a melhoria na sua qualidade de vida, através da Atenção Farmacêutica é possível alcançar resultados positivos para ambas as partes.

Um problema no controle da HAS é a adesão do paciente ao tratamento, trata-se de um processo complexo, que não depende somente única e exclusivamente da orientação do profissional e do fornecimento dos medicamentos apropriados, mas também o pleno entendimento por parte do paciente e de seu comprometimento com a terapia proposta.

Percebe-se que há ainda há uma necessidade em buscar novas estratégias para um melhor engajamento na adesão ao tratamento entre os hipertensos, visto que os altos índices encontrados são considerados ínfimos daqueles necessários para o controle dos níveis pressóricos e das comorbidades associadas a HAS, e que essas estratégias devem ser individualmente planejadas, considerando as limitações potenciais e individuais de cada paciente. Cabe ressaltar que o desenvolvimento de medidas farmacológicas de promoção e de adesão à terapia medicamentosa é multiprofissional e o não se restringe apenas às consultas médicas. Todas as equipes de saúde devem atuar direta e integralmente na avaliação de risco, na adoção de medidas não farmacológicas de promoção à saúde e no acolhimento desses portadores de HAS.

Estudos mostram que a Atenção farmacêutica é o elo entre o medicamento e paciente, especialmente em pacientes crônicos, sendo considerada uma ferramenta importante na integralidade da atenção primária, na promoção da saúde e na qualidade de vida do paciente, trazendo ganhos positivos para os pacientes, e quando realizada de maneira sistemática pode contribuir efetivamente para o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos.

O Farmacêutico é o profissional responsável por orientar de forma eficiente todos os aspectos da terapia medicamentosa, e com tratamento adequado da HAS

reduz significativamente as comorbidades cardiovasculares associadas, tornando-se fundamental para proporcionar maior efetividade das medidas terapêuticas propostas, assegurando assim segurança, eficiência e qualidade no atendimento do paciente.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. S. D. A.; STOPA, S. R.; BRITO, A. S.; CHUERI, P. S.; SZWARCOWALD, C. L.; MALTA, D. C. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 297-304, 2015. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S2237-96222015000200297&script=sci\\_abstract](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S2237-96222015000200297&script=sci_abstract)

ARRAIS, P. S. D.; FERNANDES, M. E. P.; DAL PIZZOL, T. D. S.; RAMOS, L. R., MENGUE, S. S.; LUIZA, V. L.; TAVARES, N. U. L.; FARIAS, M. R.; OLIVEIRA, M. A.; BERTOLDI, A. D. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 13s-13s, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/126597>

ALANO, G. M.; CORRÊA, T. D. S.; GALATO, D. Indicadores do serviço de atenção farmacêutica (SAF) da Universidade do Sul de Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 757-764, 2012. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232012000300023&script=sci\\_arttext&tlng=es](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232012000300023&script=sci_arttext&tlng=es)

BASTOS-BARBOSA, R. G.; FERRIOLLI, E.; MORIGUTI, J. C.; NOGUEIRA, C. B.; NOBRE, F.; UETA, J.; LIMA, N. K. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 1, p. 636-41, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2012nahead/aop05112.pdf>

BEZERRA, I. C.; PINHEIRO, C. P. O.; JORGE, M. S. B.; DA SILVA, R. M.; GONÇALVES, J. L.; DA CRUZ MENDONÇA, F. A. Assistência farmacêutica na atenção primária à saúde: um estudo avaliativo. **8º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ2019)**, v. 2, p. 1429-1438, 2019. Disponível em: <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2311>

BRAZ, A. L.; FERREIRA, E. C.; GUEDES, D. N.; COSTA, K. V. M. C; CORREIA, N. A.; ALBUQUERQUE, K. L. G. D. Atenção Farmacêutica em pacientes hipertensos do Hospital Universitário Lauro Wanderley. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 16, n. 1, p. 45-51, 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/15384>

BRUNE, M. F. S. S.; FERREIRA, E. E.; FERRARI, C. K. B. O Método Dáder na atenção farmacêutica em pacientes hipertensos no município de Pontal do Araguaia-MT, Brasil. **O Mundo da Saúde**, v. 38, n. 4, p. 402-409, 2014. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Carlos\\_Ferrari/publication/274080444\\_The\\_Dader\\_Method\\_in\\_pharmaceutical\\_attention\\_of\\_hypertensive\\_patients\\_at\\_Pontal\\_do\\_AraguaiaMT\\_Brazil/links/551563b90cf2f7d80a32df79/The-Dader-Method-in-](https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Ferrari/publication/274080444_The_Dader_Method_in_pharmaceutical_attention_of_hypertensive_patients_at_Pontal_do_AraguaiaMT_Brazil/links/551563b90cf2f7d80a32df79/The-Dader-Method-in-)

[pharmaceutical-attention-of-hypertensive-patients-at-Pontal-do-Araguaia-MT-Brazil.pdf](#)

CARDINAL, L.; FERNANDES, C. Intervenção farmacêutica no processo da validação da prescrição médica. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar dos Servidores da Saúde São Paulo**, v. 5, n. 2, p. 14-19, 2014. Disponível em: [http://www.santapaula.com.br/Arquivos/IEP\\_farmacia\\_trabalho021.pdf](http://www.santapaula.com.br/Arquivos/IEP_farmacia_trabalho021.pdf)

CARVALHO, M. V. D.; SIQUEIRA, L. B.; SOUSA, A. L. L.; JARDIM, P. C. B. V. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**;100(2):164-174) 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n2/v100n2a09>

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA (São Paulo). Organização Pan-Americana da Saúde. Manejo do tratamento de pacientes com hipertensão: **Projeto farmácia estabelecimento de saúde**. São Paulo, 2010. v.4. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/120011>

CORRER, C. J.; NOBLAT, L.; DE CASTRO, M. S. **Modelos de seguimento farmacoterapêutico**. In: Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS, editores. Conteúdos optativos [Recurso eletrônico]. Florianópolis: Editora da UFSC; 2011. p. 119–60. 2011b. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/615>

COSTA, J. M. B. S.; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, E. F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 623-633, 2011. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000200026](https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000200026)

DE LIMA, T. A. M.; FAZAN, E. R.; PEREIRA, L. L. V.; DE GODOY, M. F. Acompanhamento farmacoterapêutico em idosos. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 1, p. 52-57, 2016. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/229>

DOMINGUES, P. H. F.; GALVÃO, T. F.; ANDRADE, K. R. C. D.; SÁ, P. T. T. D.; SILVA, M. T.; PEREIRA, M. G. Prevalência da automedicação na população adulta do Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102015000100403&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102015000100403&script=sci_arttext&tlng=pt)

EID, L. P.; NOGUEIRA, M. S.; VEIGA, E. V.; CESARINO, E. J.; ALVES, L. M. M. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo Teste de Morisky-Green. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 362-7, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/15599>



EMILIANO, J. P. M. Assistência farmacêutica e atenção farmacêutica: Novas perspectivas para o Farmacêutico. **Revista de APS**, v. 16, n. 2, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/apsLegada/article/view/6770>

FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 782-787, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307023868011.pdf>

LIMA, M. G.; ÁLVARES, J.; GUERRA, A. A.; COSTA, E. A.; GUIBU, I. A.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N.; KARNIKOWSK, M. G. O.; COSTA, K.S.; ACURCIO, F. D. A. Indicadores relacionados ao uso racional de medicamentos e seus fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl 2, p. -, 2017. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/artigo/indicadores-relacionados-ao-uso-racional-de-medicamentos-e-seus-fatores-associados/>

LIMA, T. M.; MEINERS, M. M. M. A.; SOLER, O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 1, n. 2, p. 113-120, 2010. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S2176-62232010000200014&script=sci\\_arttext&tIng=en](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S2176-62232010000200014&script=sci_arttext&tIng=en)

MARQUES, L. A. M.; AMARANTE, L. C., SHOJI, L. S., BEIJO, L. A.; LOURENÇO, E. B. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 31, n. 3, p. 209-215, 2010. Disponível em: [http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/viewArticle/1116](http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewArticle/1116)

MENDES, L. V. P.; LUIZA, V. L.; CAMPOS, M. R. Uso racional de medicamentos entre indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão arterial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1673-1684, 2014. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000601673&script=sci\\_arttext&tIng=es](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000601673&script=sci_arttext&tIng=es)

MENDES, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 273-278, 2014. Disponível em: <http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/795>

MILLER, J. C.; RODRIGUES, N. S.; RIBEIRO, N. F.; BARRETO, J. G.; DE OLIVEIRA, C. G. A. Atenção farmacêutica aos idosos hipertensos: Um estudo de caso do Município de aperibé, RJ. **Acta Biomédica Brasiliensia**, v. 7, n. 1, p. 1-10, 2016. Disponível em: <http://www.actabiomedica.com.br/index.php/acta/article/view/25>

MONTEIRO, E. R.; LACERDA, J. T. Promoção do uso racional de medicamentos: uma proposta de modelo avaliativo da gestão municipal. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 101-116, 2016. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000400101](https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400101)

MODÉ, C. L.; MOREIRA LIMA, M.; CARNAVALLI, F.; BIOLCATI TRINDADE, A.; DE ALMEIDA, A. E.; CHIN, C. M.; DOS SANTOS, J. L. Atenção farmacêutica em pacientes hipertensos: um estudo piloto. 2011. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, Araraquara**, v. 36, n. 1, p. 35-41, 2015. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000400101](https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400101)

NOBRE, F.; COELHO, E. B.; LOPES, P. C.; GELEILETE, T. J. Hipertensão arterial sistêmica primária. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 46, n. 3, p. 256-272, 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rmrp/article/download/69136/71593>

OLIVEIRA, P. A. R.; DE MENEZES, F. G. Atenção farmacêutica a pacientes hipertensos. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 10, n. 1, p. 18-18, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/REF/article/view/20622>

PICCINI, R. X.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; SIQUEIRA, F. V.; SILVEIRA, D. S. D.; THUMÉ, E.; SILVA, S. M.; DILELIO, A. S. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 543-550, 2012. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102012000300017&script=sci\\_abstract](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102012000300017&script=sci_abstract)

PINTO, S. L.; SILVA, R. D. C. R.; PRIORE, S. E.; ASSIS, A. M. O.; PINTO, E. D. J. Prevalência de pré-hipertensão e de hipertensão arterial e avaliação de fatores associados em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 1065-1075, 2011. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2011000600004&script=sci\\_arttext&tlng=es](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2011000600004&script=sci_arttext&tlng=es)

REINHARDT, F.; ZIULKOSKI, A. L.; ANDRIGHETTI, L. H.; PERASSOLO, M. S. Acompanhamento farmacoterapêutico em idosos hipertensos residentes em um lar geriátrico, localizado na Região do Vale dos Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 1, p. 109-117, 2012. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2011000600004&script=sci\\_arttext&tlng=es](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2011000600004&script=sci_arttext&tlng=es)

RIBEIRO, P. I. D. **Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes hipertensos em instituição de longa permanência em Santo Antônio de Jesus**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Faculdade Maria

Milza - FAMAN. 58p, 2016. Disponível em: <http://131.0.244.66:8082/jspui/handle/123456789/272>

SILVA, L. G. A.; ARAGÃO, C. C. V.; SABINO, W. Pressão arterial e atenção farmacêutica: o cuidado faz a diferença. **Revista de Atenção à Saúde (antiga Revista Brasileira de Ciências da Saúde)**, v. 14, n. 47, p. 12-18, 2016. Disponível em: [http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/3421](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3421)

SILVA, L. S. G. **Elaboração de método de acompanhamento farmacoterapêutico em uma unidade de referência em doenças infecciosas: contribuição para a segurança do paciente.** 76f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Pós-Graduação em Pesquisa Clínica, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/33425>

SILVA, L. T. C. **Análise da automedicação, suas práticas e riscos sobre a saúde: revisão de literatura.** 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Faculdade Maria Milza, 2016. Disponível em: <http://131.0.244.66:8082/jspui/handle/123456789/150>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** v.95, n.1, supl.1, p.1-51, 2010. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-4/02-palavra-presidente.pdf>

STOPA, S. R.; CESAR, C. L. G.; SEGRI, N. J.; ALVES, M. C. G. P.; BARROS, M. B. D. A.; GOLDBAUM, M. Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da adesão às medidas comportamentais no Município de São Paulo, Brasil, 2003-2015. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00198717, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018001005010](https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018001005010)

TRAUTHMAN, S. C. **Perfil farmacoterapêutico de hipertensos e diabéticos cadastrados em serviços de atenção básica e os fatores associados à adesão ao tratamento.** 135p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, 2013. Disponível em: <http://www.riuni.unisul.br/handle/12345/513>

WEBER, D.; DE OLIVEIRA, K. R.; COLET, C. F. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saúde. **Revista brasileira de hipertensão**, v. 21, n. 2, p. 114-121, 2014. Disponível em: [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881424/rbh-v21n2\\_114-121.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881424/rbh-v21n2_114-121.pdf)

ZANELLA, C. G.; AGUIAR, P. M.; STORPIRTIS, S. Atuação do farmacêutico na dispensação de medicamentos em Centros de Atenção Psicossocial Adulto no município de São Paulo, SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 325-332, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2015.v20n2/325-332/>



## RELATÓRIO DE REVISÃO NO ANTIPLÁGIO

**ALUNO:** Silvanei Torres Raimundo

**CURSO:** Farmácia

**DATA DE ANÁLISE:** 11.09.2019

### RESULTADO DA ANÁLISE

#### Estatísticas

Suspeitas na Internet: 4,15%

Percentual do texto com expressões localizadas na internet

Suspeitas confirmadas: **3,61%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados

Texto analisado: **92,87%**

*Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).*

Sucesso da análise: **100%**

*Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.*

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.4.11

quarta-feira, 11 de setembro de 2019 17:05

## PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho do acadêmico **SILVANEI TORRES RAIMUNDO**, n. de matrícula **18634** do curso de Farmácia, foi **APROVADO** com porcentagem conferida em 4,15%. Devendo o aluno fazer as correções que se fizerem necessárias.

Obs.: Informamos que cada aluno tem direito a passar pelo *software* de antiplágio 3 (três) vezes, sendo que, para cada vez, deverá ter feito as correções solicitadas. Para aprovação, o trabalho deve atingir menos de 10% no resultado da análise, e em caso de mais de 10%, o trabalho estará sujeito a uma última análise em conjunto com o professor orientador e a bibliotecária para emissão do parecer final, visto que o *software* pode apresentar um resultado subjetivo.

**(assinado eletronicamente) HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO**

*Biblioteca Júlio Bordignon*

Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Assinado digitalmente por: Herta Maria de Acucena do  
Nascimento Soeiro  
Razão: Faculdade de Educação e Meio Ambiente  
Localização: Ariquemes RO  
O tempo: 12-09-2019 18:26:21



## Silvanei Torres Raimundo

Endereço para acessar este currículo: <http://lattes.cnpq.br/8117341893003491>

Última atualização do currículo em 29/08/2019

### Resumo informado pelo autor

Atualmente é balconista em Farmacia São Paulo .  
(Texto gerado automaticamente pelo Sistema Lattes)

### Nome civil

**Nome** Silvanei Torres Raimundo

### Dados pessoais

**Nascimento** 04/11/1982 - Brasil

**CPF** 751.519.952-00

### Formação acadêmica/titulação

**2015** Graduação em Farmácia  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Ariquemes, Brasil

**2002 - 2014** Ensino Médio (2o grau) .  
Centro Estadual de Educação de Jovens e Adultos, CEEJA, Brasil, Ano de obtenção: 2014

### Atuação profissional

1. Farmacia São Paulo SP

**Vínculo**  
institucional

**2002 - Atual** Vínculo: Colaborador , Enquadramento funcional: Balconista

**Página gerada pelo sistema Currículo Lattes em 06/11/2019 às 21:51:53.**

Currículo Lattes