

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Alessandro Wanderley de Oliveira

ELEVADA PREVALÊNCIA DE HIPERTENSOS DESCONTROLADOS

MACEIÓ / ALAGOAS

2020

ALESSANDRO WANDERLEY

ELEVADA PREVALÊNCIA DE HIPERTENSOS DESCONTROLADOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, organizado pela Universidade Federal de Alagoas.

Orientador: Maria Cristina da Conceição Oliveira

MACEIÓ / ALAGOAS

2020

ALESSANDRO WANDERLEY

ELEVADA PREVALÊNCIA DE HIPERTENSOS DESCONTROLADOS

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Maria Cristina da Conceição Oliveira.....
Orientadora

Prof^a.....
Examinadora

Prof^a.....
Examinadora

AGRADECIMENTOS

Aos amigos e familiares, que sempre incentivaram meus sonhos e estiveram sempre ao meu lado.

RESUMO

A hipertensão é uma doença com características bastante variáveis de acordo com o paciente. Diversos fatores tais como sintomas, forma de atuação da hipertensão, grau de desenvolvimento da mesma, entre outros, aliados à complexidade das causas geradoras da hipertensão, que parecem ser preponderantemente ambientais, demonstram a impossibilidade de um tratamento efetivo da doença. Assim sendo, a hipertensão não pode ser curada e sim controlada, através de um amplo tratamento crônico que se estende por toda a vida do paciente. Devido à falta de estudos, buscou-se identificar os principais fatores de risco cardiovascular associados à hipertensão arterial sistêmica em moradores de zona rural. Este trabalho tem como objetivo avaliar a rotina dos fatores de risco em pacientes hipertensos da zona rural permitindo identificar os grupos de risco e a medidas preventivas e terapêuticas, visando à redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares. Esta tem importância fundamental na consecução dos objetivos traçados a partir do tratamento ao paciente hipertenso através do atendimento aos mais distintos níveis de complexidade a que este se vê exposto quando do controle da hipertensão. O plano de intervenção consiste em determinar as causas de descontrole pressórico, com ênfase na busca ativa dos pacientes com má aderência terapêutica por resistência ao tratamento ou por falta de condições financeiras para compra de medicamentos, além da não aderência a mudanças do estilo de vida que tem efeito sinérgico à terapia medicamentosa. Realização também de educação em saúde para um maior entendimento sobre a patologia e suas consequências. A metodologia da pesquisa bibliográfica foi nas bases em livros, periódicos que tratem sobre o tema como a revisão da literatura em Medline e Scielo.

Palavras-chave: Hipertensão arterial, Tratamento. Zona rural.

ABSTRACT

Hypertension is a disease with characteristics that vary greatly according to the patient. Several factors such as symptoms, how hypertension works, the degree of its development, among others, combined with the complexity of the causes that cause hypertension, which seem to be predominantly environmental, demonstrate the impossibility of effective treatment of the disease. Therefore, hypertension cannot be cured, but controlled, through a wide-ranging chronic treatment that extends throughout the patient's life. Due to the lack of studies, we sought to identify the main cardiovascular risk factors associated with systemic arterial hypertension in rural residents. This work aims to evaluate the routine of risk factors in hypertensive patients in rural areas, allowing the identification of risk groups and preventive and therapeutic measures, aiming at reducing morbidity and mortality due to cardiovascular diseases. This is of fundamental importance in achieving the objectives outlined from the treatment of hypertensive patients by attending to the most different levels of complexity to which they are exposed when controlling hypertension. The intervention plan consists of determining the causes of blood pressure loss, with an emphasis on the active search of patients with poor therapeutic adherence due to resistance to treatment or lack of financial conditions to purchase drugs, in addition to non-adherence to lifestyle changes that has a synergistic effect to drug therapy. Also carrying out health education for a better understanding of the pathology and its consequences. The methodology of bibliographic research was based on books, periodicals that deal with the topic such as the literature review in Medline and Scielo.

Keywords: Arterial hypertension, Treatment. Countryside.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	07
1. HIPERTENSÃO	10
1.1. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.....	12
1.2. ADESÃO AO TRATAMENTO.....	13
1.3. USO CORRETO DOS MEDICAMENTOS.....	13
1.4. HÁBITOS SAUDÁVEIS	15
2. PREVALÊNCIA NA AREA POPULAÇÃO RURAL	20
3. ACOMPANHAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL	27
3.1. RESPOSTA DO PACIENTE AO TRATAMENTO	28
3.2. ESTADO GERAL DO PACIENTE	29
4. PLANO DE INTERVENÇÃO	30
CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS.....	34

INTRODUÇÃO

A relação sociedade-natureza é um elemento explicativo importante para determinar como o processo de industrialização interfere na prevalência de doenças infectocontagiosas, quando o perfil societário é de baixo desenvolvimento, e de doenças crônico-degenerativas, para o caso de sociedades mais industrializadas.

Da mesma forma que fatores ambientais como a poluição do ar, exposição a pesticidas, inseticidas, metais pesados e contaminantes químicos dos alimentos inserem-se na matriz de importantes mecanismos moleculares que ocorrem no interior do corpo humano e que, conseqüentemente, aumentam o risco de acometimento de doenças e, também, a possibilidade de sua transmissão às futuras gerações, fatores socioeconômicos devem ser levados em consideração ao se estudar o perfil de adoecimento e morte de uma população. (PINHEIRO, 2011)

Em países como o Brasil, em que a transição para o perfil de sociedade industrialmente desenvolvida ainda não se completou totalmente, algumas regiões, por suas características intrínsecas e extrínsecas, estão sujeitas a uma substituição gradativa, porém não completa, das doenças infectocontagiosas pelas doenças cardiovasculares, tumores causas externas ou mortes violentas, constituindo-se essa condição de risco ou de vulnerabilidade socioambiental um desafio para as políticas públicas de saúde. (RIGOTO, 2003)

A hipertensão é um desequilíbrio gerado por fatores vários que afeta uma parcela significativa da população brasileira e mundial, sendo que aproximadamente um quarto das pessoas do planeta possui alguma taxa de hipertensão, cifra que na população que se situa na terceira idade sobe para aproximadamente a metade.

Suas causas ainda não estão totalmente estabelecidas, havendo uma propensão muito grande a se acreditar em alguns fatores específicos provocadores de problemas coronários e vasculares, porém estes seriam de pequeno impacto dentro do âmbito geral. As principais causas parecem ser ambientais, de acordo com o impacto sofrido por algumas questões como a ingestão de sódio, grandes quantidades lipídicas, o álcool, o fumo entre inúmeros outros. (PINHEIRO, 2011)

Assim como as causas ainda não podem ser definidas, um tratamento específico para a hipertensão ainda não existe. Somente atitudes típicas de controle podem ser tomadas, tanto medicamentoso como em outras áreas da vida do paciente.

Nos últimos anos, passou-se a deixar o tratamento da hipertensão arterial em si para o segundo plano, sendo que anteriormente o enfoque principal se dava sobre o tratamento da doença. Atualmente, o tratamento é exercido sobre o paciente hipertenso, já que esta doença se caracteriza pela diversidade de sintomas e grande variabilidade de causas que, no geral, podem ser controladas através de um panorama extenso de regras que visam uma ampliação da qualidade de vida do paciente.

Uma característica própria é a cronicidade do tratamento, o que influi sobremaneira na forma de como o paciente conduzirá o mesmo. Assim, aliado à complexidade do tratamento e o fato deste provavelmente ser seguido por toda a vida do paciente, denota-se a necessidade de um acompanhamento constante do mesmo, através do monitoramento de suas condições gerais, do sucesso do tratamento nos seus mais distintos níveis tais como o medicamentoso e o não-medicamentoso, a educação constante para que este tratamento seja seguido fielmente pelo paciente e os exames de rotina para o acompanhamento de suas condições.

Por ser de natureza crônica e silenciosa, os sujeitos portadores têm dificuldade de perceber o problema, e esta invisibilidade da HAS compromete ainda mais a qualidade de vida.

Além dos sérios danos que causa ao organismo humano, como agravante das doenças cerebrovasculares, arterial coronária, das insuficiências cardíaca e renal crônicas e doença vascular de extremidades, exige para seu controle e tratamento interações e procedimentos técnicos de alta complexidade, o que gera consequências graves para o indivíduo, sua família e a sociedade, como absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces. (TOLEDO, 2007)

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1/3 dos óbitos, com elevada proporção na faixa dos 45 aos 64 anos. Estudos realizados em grandes

centros evidenciam que 20% a 25% da população adulta é portadora de HAS^{1,4,5}. Esta é um dos principais fatores de risco cardiovascular e um dos pontos fundamentais na prevenção primária das DAC. (BARROS, 2011)

Atualmente, no Brasil, não existem informações precisas sobre a avaliação dos fatores de risco cardiovascular em habitantes de zona rural. A revisão da literatura em Medline e Scielo, nos últimos dez anos, não evidencia nenhum estudo do risco de DAC em população de hipertensos de cidades de zona rural. Acaiaca é uma cidade de pequeno porte, situada a 150km de Belo Horizonte (MG), com uma população de 3.879 habitantes. São conhecidos 372 pacientes hipertensos cadastrados pelo Programa de Saúde da Família (PSF). Não há registro da análise de outros fatores de risco cardiovascular nos pacientes hipertensos da cidade.

Esse estudo objetiva identificar os fatores de risco cardiovascular associados à HAS em moradores de zona rural.

1. HIPERTENSÃO

A hipertensão arterial pode ser caracterizada na maioria dos casos como essencial, ou seja, sem uma causa definida. Somente cerca de 10% dos casos podem ser diagnosticados como provenientes de algum motivo ou razão específicos, sendo que o restante normalmente se enquadra em um extenso e complexo sistema de motivos causadores dos desequilíbrios resultantes de um fluxo sanguíneo e do tônus das paredes dos vasos circulatórios (KAPLAN, 1996).

Normalmente, ocorre toda uma interação harmoniosa entre os mais diversos sistemas do organismo para que haja o fenômeno de uma corrente circulatória favorável para a manutenção das mais diversas atividades. Os fatores limitantes a esta ocorrência, como o coração, os rins, as diversas enzimas e hormônios, assim como as distintas concentrações dos íons são controlados sabiamente pelo sistema nervoso central, através de sua função autônoma (Kannel, 1996).

A todo instante as necessidades localizadas do organismo podem mudar, de acordo com a funcionalidade exata em um momento específico. Isto depreende a complexidade desta questão, assim como a importância deste tópico no que tange a fisiologia do organismo (PARVING, 1991).

Algumas pesquisas parecem apontar para o fato de que a hipertensão teria na maioria dos casos, origem em uma alteração constitucional na permeabilidade da membrana de alguns tipos celulares tais como as tubulares renais, as musculares lisas dos vasos sanguíneos e dos neurônios adrenérgicos, com conseqüente aumento da concentração de sódio intracelular.

No entanto, outro ramo científico propõe a origem da hipertensão como proveniente de um sistema alterado nos centros neurológicos do bulbo e hipotálamo, assim como nos pressorreceptores do sistema nervoso simpático ou no sistema vascular e renal. (PINTP, 1997).

A hipertensão em muitos casos está ligada intimamente a problemas renais, sendo por vezes causa dos mesmos, em outras vezes conseqüência da instalação de um processo de dano renal. (RUILOPE, 1990).

Parece haver uma predisposição genética à doença, pois se pode evidenciar uma tendência hereditária evidente em 45 a 75% dos casos. No entanto, estudos em gêmeos univitelinos, em que houve uma discrepância aparente de 50%, denunciam a importância das diversas causas ambientais para a instalação do quadro de hipertensão. Outra questão interessante é que esta enfermidade acomete aproximadamente 20% da população mundial, no entanto, cerca de 30% da população negra sofre de hipertensão, o que denota a maior predisposição à hipertensão por parte dos negros. (SINAIKO, 1996).

A doença acomete igualmente a ambos os sexos e pode ocorrer em qualquer idade, sendo mais freqüente, no entanto, em adultos. Pode ser dividida em dois grupos de acordo com sua causalidade. A primária ou essencial, como anteriormente citado, não tem causa definida, sendo esta a que geralmente ocorre em menores de 20 anos. A hipertensão secundária, ao contrário, tem alguma causa conhecida, podendo ser causada pelo uso de medicamentos como anticoncepcionais, problemas renais, vasculares e endocrinológicos. (KAPLAN, 1996).

Caracteristicamente, a hipertensão provoca o espessamento com conseqüente estreitamento das paredes dos vasos sanguíneos, podendo gerar o acúmulo de placas lipídicas diminuindo assim a velocidade e a pressão do sangue circulante. Este fator tem como conseqüência a hipertrofia do coração gerada pelo aumento da força necessária para o bombeamento do sangue. Com o seguimento do processo, as artérias perdem a elasticidade, endurecem e podem apresentar rompimento ou entupimento que, dependendo da região do organismo em que ocorre, como o cérebro, rins e coração. A denominação para o entupimento dos vasos é enfarto, e o rompimento dos mesmos, derrame, ambos podendo ser causados, assim, pela hipertensão arterial. (STAMLER, 1993).

Existem três graus de desenvolvimento de hipertensão arterial de acordo com o sistema de classificação oferecido pelos valores medidos da pressão arterial do paciente. O exame pormenorizado da pressão arterial pode fornecer informações mais precisas do grau de desenvolvimento individual da hipertensão em cada paciente. (VERDECCHIA, 1994).

1.1. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Atualmente, o enfoque farmacêutico do tratamento da hipertensão foi deslocado. Anteriormente, a base do controle da hipertensão recaía sobre o tratamento da mesma, ou seja, seu controle medicamentoso como base principal de atuação médica. No entanto, diversos fatores estão coligados para a instalação de um quadro específico de hipertensão, assim como esta, muitas vezes, se apresenta de maneira diferenciada de acordo com o paciente. (KAPLAN, 1996).

Sendo assim, parece ser mais viável e efetivo o controle da hipertensão através do tratamento do paciente hipertenso. Este enfoque significa uma mudança radical na abordagem do problema, já que a partir de então busca-se o ataque às causas, por mais variáveis que estas sejam. (NHBP, 1994).

Apesar disto, é indubitável a importância do tratamento medicamentoso da hipertensão, ligado a uma série de outros tratamentos e controles que visam a retomada de uma maior qualidade de vida do paciente. O papel do farmacêutico na definição da abordagem a ser adotada para o controle da hipertensão dependerá basicamente do nível de hipertensão instalado no paciente específico. Em pacientes com um nível de hipertensão mais baixos, em muitos casos, a atuação farmacêutica se resume no estabelecimento de um controle não medicamentoso dos fatores que podem influenciar de alguma maneira o comportamento da hipertensão para que esta se veja em níveis aceitáveis e sem propensão de riscos ao paciente. Já quando o grau de hipertensão é mais elevado, torna-se imprescindível o fornecimento de um tratamento medicamentoso que permita a diminuição da hipertensão a níveis seguros. (MAC MAHAN, 1990).

Via de regra, a Organização Mundial de Saúde recomenda a utilização de qualquer classe de fármacos existentes para o controle da hipertensão, tais como os diuréticos, os betabloqueadores, os bloqueadores cálcicos, inibidores enzimáticos, antagonistas da angiotensina e alfabloqueadores.

Normalmente, a fundamentação farmacêutica do tratamento medicamentoso da hipertensão se dá pela combinação de dois ou mais medicamentos, de acordo com as necessidades próprias do paciente (NHBP, 1994).

1.2. ADESÃO AO TRATAMENTO

Dada a cronicidade típica da hipertensão arterial, assim como nos casos de diabetes, hiperuricemia, dislipidemia entre muitas outras, que também compartilham com a hipertensão o fato de não serem curáveis e sim controláveis, a doença em questão neste trabalho deve ser tratada, geralmente, durante toda a vida do paciente (Kaplan, 1996).

Sendo assim, o atendimento farmacêutico deve propiciar a predisposição do paciente a modificar, de alguma forma e dependendo do seu caso específico, alguns elementos da sua vida diária, assim como estar sujeito a se ligar a um sistema de medicação crônica.

Necessita-se de evidência ao paciente a capacidade da redução de mortalidade que o controle da pressão arterial possui, e que este deve ser obtido através do tratamento medicamentoso combinado com o não medicamentoso (WEI, 1992).

Além disso, o paciente necessita ter conhecimento de todos os riscos gerados pela hipertensão nos mais diversos órgãos tais como o coração, o cérebro, os rins entre outros. Não que o medo seja uma característica a estar presente no convencimento ao paciente, mas a conscientização deve ocorrer através da avaliação criteriosa dos riscos que este sofre (PARVING, 1991).

A consecução destes objetivos se dá através da atuação farmacêutica no sentido da educação e conscientização destes pacientes visando a percepção da importância do pleno seguimento do tratamento a ser executado.

1.3. USO CORRETO DOS MEDICAMENTOS

A função do tratamento medicamentoso é a redução de doenças cardiovasculares que afeta, os pacientes hipertensos e assim diminuir sua mortalidade. A consecução destes objetivos em pacientes com hipertensão leve ou moderada já foi suficientemente demonstrada. No entanto, na hipertensão severa ou maligna, encontram-se dificuldades consideráveis.

Na hipertensão arterial essencial, o tratamento é inespecífico e requer atenções especiais por parte do médico. Já a hipertensão secundária encontra seu tratamento de modo específico, de acordo com sua causa principal (Kaplan, 1996).

Uma série de princípios rege a medicação para pacientes hipertensos, de acordo com diversas características consideradas próximas ao ideal. Inicialmente, deve-se considerar uma boa medicação para a hipertensão aquela capaz de fazer o efeito desejado por via oral e apresentar boas características de tolerabilidade pelo organismo humano. Além disso, faz-se necessária a redução máxima das doses diárias, porém com a garantia do mesmo efeito. (WILSON, 1997).

Outra característica desejada é que o medicamento possa ser iniciado com a mínima dose possível, devendo, se necessário, esta ser aumentada gradativamente, ou associada a outras medicações, porém sem qualquer forma de risco ou complicação. Além disso, o custo da medicação deve ser o mais baixo possível, adequando-se às condições sócio-econômicas do paciente, visando a continuidade do tratamento por parte deste (Moser, 1996).

A pesquisa farmacêutica tem papel primordial nesta questão através do desenvolvimento de fármacos que possuam estas qualidades no máximo grau possível.

Há a necessidade de supervisão médica durante toda a vida do paciente, visando o controle da evolução do quadro enfermidade cardiovascular, assim como para regular as doses de medicação. Outro fator ligado a esta é que a medicação por vezes deve ser tomada por toda a vida do paciente. Nestes casos, faz-se necessário o controle constante sobre o paciente, de modo que este não abandone o tratamento quando seus sintomas forem abrandados ou remidos por completo. (KANNEL, 1996).

Outro fator essencial para o sucesso do tratamento e obtido através da atenção farmacêutica em relação ao paciente é que este siga de modo correto as instruções oferecidas de modo a ingerir o medicamento na posologia recomendada de acordo com suas características próprias tais como idade, sexo, sintomatologia e enfermidades concomitantes que assolam o paciente, dado que o paciente, ao não inserir suficientemente o tratamento na sua rotina diária, pode fazer com que o tratamento não seja continuado devidamente através do esquecimento de certos

horários, o que faz com que o tratamento medicamentoso não seja suficientemente eficaz dada a inconstância da atuação medicamentosa sobre os sintomas necessários, assim como o aumento dos sintomas, muitas vezes, leva o paciente a ingerir uma maior quantidade de medicação que a indicada imaginando que este ato terá maior capacidade em diminuir a sintomatologia, o que não procede haja vista a maior potencialidade em agravar os problemas ou gerar outros novos (Moser, 1996).

Estes quadros se tornam maiores em sua dificuldade de controle pela característica do tratamento medicamentoso da hipertensão ser realizado através do uso de dois ou mais fármacos, que devem funcionar harmoniosamente através da utilização correta de ambos para que funcione da maneira desejada.

A atenção farmacêutica ao paciente hipertenso desempenha um papel fundamental, através da sua constante educação e reforço no tratamento medicamentoso deste, obtendo um efeito mais eficiente da medicação através do uso correto por parte do maior interessado, ou seja, o paciente hipertenso (WILSON, 1997).

1.4. HÁBITOS SAUDÁVEIS

A adoção de uma dieta saudável desde a infância pode ser considerada uma das melhores formas de prevenção de doenças cardiovasculares na idade adulta. O funcionamento dos vasos sanguíneos de crianças obesas se mostra muitas vezes similar ao dos vasos de fumantes adultos com pelo menos 15 anos de vício no que tange aos níveis de risco de ataques cardíacos ou acidentes vasculares cerebrais quando adultos. No entanto, este quadro pode ser revertido a partir da adoção de uma dieta saudável e a prática de exercícios físicos regularmente (Wilson, 1997).

Faz parte do tratamento constante do paciente hipertenso a adoção de uma dieta relativamente rigorosa que controle basicamente os níveis de lipídios e sódio ingeridos pois estes componentes estão intimamente ligados à sintomatologia da hipertensão arterial (Wei, 1992).

Assim, um dos papéis da atenção farmacêutica ao paciente hipertenso se caracteriza pela orientação quanto a uma dieta ideal a ser adotada.

Outro papel no que tange esta mesma questão é o acompanhamento e o reforço da necessidade desta dieta pois muitos pacientes relatam a dificuldade da alteração de hábitos que muitas vezes se encontram bastante arraigados e com grande impacto sobre a vida do paciente tal qual a alimentação (Wei, 1992).

Adultos hipertensos obesos possuem de três a cinco vezes mais chances de desenvolver um quadro de ataque cardíaco ou acidente cerebral antes dos 65 anos. Normalmente, quando o paciente passa a realizar uma prática de redução calórica aliada ao hábito de exercícios físicos aeróbicos, pode-se perceber de maneira clara a diminuição da espessura da camada das carótidas, assim como o nível de lipídios e a porcentagem de gordura (MACMAHON, 1990).

Há a necessidade do controle das alterações das gorduras sanguíneas ou dislipidemia, através de um regime que evite a ingestão de alimentos que tenham como particularidade provocar o aumento das triglicérides como os açúcares, mel, melado, álcool e os ricos em gorduras saturadas como gorduras provenientes de animais, castanhas, chocolate e sorvetes (JNC, 1997).

A ocorrência deste desvio cardiovascular parece ser menor em populações onde a ingestão de cloreto de sódio não acontece ou se encontra reduzida (SHEMIN, 1997).

O seguimento de uma dieta hipossódica deve ser principalmente observado por pacientes hipertensos de cor negra pois neles a hipertensão arterial tem como característica o fato de se apresentar de maneira mais resistente ao tratamento, podendo assim determinar maiores chances de causar acidentes cardiovasculares (SHEMIN, 1997).

O acompanhamento constante, a orientação correta combinados com o tratamento medicamentoso são de auxílio fundamental na obtenção de um resultado seguro quanto ao controle da hipertensão (DE LA SIERRA, 1991).

Muitas vezes, a reversão do quadro de hipertensão, ou ao menos sua estabilização é de simples ocorrência, dependendo somente da adoção de um estilo de vida mais controlado e de hábitos mais saudáveis. Este fato pode ser observável em crianças que apresentam doenças cardiovasculares muito precocemente, fato facilmente evitável (KANNEL, 1996).

A importância do fator stress na instalação do quadro hipertensivo pode ser comprovado através de diversos experimentos realizados tanto com animais como em humanos onde estes foram colocados em ambientes compostos por características capazes de elevar os níveis de estresse. Wei (1992) considera a hipertensão como uma forma de adaptação do organismo ao estresse ambiental, diferenciando-se da resposta fisiológica normal, que se caracteriza pela curta duração, pelo efeito contínuo da elevação da pressão arterial como pela potência do fenômeno.

A predisposição ao estresse varia enormemente de indivíduo a indivíduo, sendo isto causado pela enorme variabilidade de como as pessoas reagem às mais diversas situações. Algumas reagem melhor às situações adversas, outras tendem a cria-las em suas mentes, o que se poderia denominar de personalidade hipertensiva (NHBP, 1990).

A partir desta evidência, o controle do estresse por parte do paciente reflete como fator preponderante para o sucesso do tratamento da hipertensão. Sendo assim, o papel farmacêutico na orientação do paciente no que tange o fator estresse é de grande significado (KANDEL, 1996).

A população brasileira em geral tem como hábito o consumo de medicamentos sem prescrição médica, seguramente um grave hábito pela probabilidade real de se gerar um quadro de intoxicação ou efeitos cruzados de potencialização de outros problemas ou fatores presentes. No caso da hipertensão, uma série de compostos largamente utilizados na indústria farmacêutica que têm como efeito o aumento da pressão arterial como anticoncepcionais, antiinflamatórios, moderadores de apetite, descongestionantes nasais, antidepressivos, corticóides, derivados da ergotamina, estimulantes cafeína, cocaína e outros (WILSON, 1997).

Sendo assim, o farmacêutico tem como papel, dentro da sua área de atuação, alertar os pacientes de modo a conscientizar-lhes da importância de seguirem sempre a medicação estrita receitada, procurando-se o profissional anteriormente à ingestão de qualquer outro composto (NHBP, 1994).

A ingestão excessiva de álcool tem como efeito a potencialização dos efeitos da hipertensão, devido ao metabolismo do etanol no organismo. Desde a década de

60 tem-se valorizado a questão do consumo de álcool como predisponente da hipertensão, havendo uma maior predisposição à pressão arterial mais elevada quando da ingestão de etanol acima de trinta gramas da substância por dia (KANNEL, 1996).

O álcool influi na medicação consumida por pacientes hipertensos por interação anulativa, havendo casos freqüentes da instalação de um quadro de hipertensão refratária quando do consumo constante de álcool pelos mesmos. Assim, o hábito do seu consumo deve ser extirpado da vida do paciente, sob pena do agravamento de suas condições gerais.

Exercícios físicos contribuem de maneira expressiva para a redução dos valores de pressão arterial, pela característica ampliação dos batimentos cardíacos que têm como resultado o fortalecimento do músculo cardíaco.

Diversas formas de atividade aeróbica podem ser utilizadas para este fim como a caminhada, natação, bicicleta, mesmo uma esteira pode ser útil para a consecução de uma melhor atividade respiratória e vascular (NHBP, 1994).

Nos casos mais brandos de hipertensão arterial, muitas vezes a prática de exercícios aliada a uma alimentação mais saudável são suficientes para o controle dos valores de pressão arterial a níveis aceitáveis para o metabolismo sem risco de nenhum tipo, sendo necessária somente uma medicação mais leve, ou mesmo a supressão do tratamento medicamentoso (KAPLAN, 1996).

Recomenda-se que a prática seja realizada de forma a não forçar a estrutura física do paciente, principalmente no que tange à elevação acima do ideal da freqüência cardíaca. Um bom patamar de elevação da freqüência é esta se posicionar entre os 60 e os 90% do valor aproximado da freqüência cardíaca máxima que varia de acordo com a idade do paciente (JNC, 1997). Este valor pode ser estabelecido através da utilização da seguinte fórmula:

$$220 - \text{idade do paciente} = X$$

X multiplicado por 0,6 e por 0,9 = faixa de freqüência cardíaca ideal.

Caso a frequência cardíaca do paciente se altere para acima do valor ideal, faz-se necessária a diminuição da potência da atividade de modo a que o valor de batimentos cardíacos caia.

O hábito do fumo também deve ser abandonado pelo paciente, pelas características do cigarro em influenciar na potência respiratória do paciente e pelas características próprias deste em ampliar a frequência cardíaca do paciente a níveis indesejados, assim como a contração das paredes dos vasos sanguíneos, ampliando ainda mais os efeitos daninhos da hipertensão arterial (NHBP, 1994).

Dentro de todos os parâmetros expostos acima, encontra-se a possibilidade da atenção farmacêutica como forma de orientação e controle, de modo que o paciente possa se sentir amparado. A atenção farmacêutica pode, assim como na prescrição e no acompanhamento da dieta do paciente, servir como lastro para as modificações dos hábitos do paciente, fato que, caso esta atenção mais pormenorizada não existisse, poderia fazer com que este abandonasse o tratamento no que tange a estas questões, profundamente importantes na manutenção de um estado de saúde mais seguro e estável (KANDEL, 1996).

2. PREVALÊNCIA NA AREA POPULAÇÃO RURAL

Atualmente, não existem estudos sobre os fatores de risco em populações de zona rural, impossibilitando a tomada de medidas terapêuticas e preventivas nessas populações.

Observou-se que cerca de 1/4 da população de hipertensos era tabagista (24%). Segundo a literatura, o tabagismo é fator de risco preponderante para o infarto agudo do miocárdio (IAM), quando associado a HAS10. Estima-se que o risco de DAC em fumantes encontra-se duplicado e, entre 45 e 65 anos, este risco é três vezes maior⁸. Estudos com pacientes diabéticos e hipertensos evidenciaram taxas semelhantes de tabagismo. (MALTA, 2014).

Avaliaram o risco coronariano em pacientes diabéticos. A avaliação de 679 prontuários evidenciou 28,4% de pacientes com alto risco coronariano. A frequência de tabagismo foi de 21,7% nessa população, semelhante aos índices encontrados na população de hipertensos neste estudo.

Observamos alto índice de sobrepeso/obesidade entre os pacientes estudados. No entanto, não houve associação entre sedentarismo e obesidade. A presença de sobrepeso/obesidade, RCQ e CA alterados foram mais comuns no sexo feminino, em consonância com a literatura. (SBC, 2010)

Neste estudo, verificamos alta taxa de sedentarismo entre os pacientes hipertensos. Cercato et al.¹⁵ estudaram os fatores de risco em 474 indivíduos obesos. Observaram que o risco cardiovascular foi diretamente proporcional aos níveis de IMC. A ideia de que habitantes de zona rural realizam atividade física regular mais frequentemente não foi verificada neste estudo.

A avaliação dos níveis tensionais mostrou que 66,7% e 46,7% apresentaram PAS e PAD fora dos valores ideais, respectivamente. A HAS está diretamente associada à alta incidência de eventos coronarianos. A redução de 5 a 6 mmHg na PAD ocasiona uma redução de 16% no risco de DAC, com redução da morbimortalidade nesses indivíduos. A longo prazo, estima-se que a PAS e a PAD são preditoras independentes de DAC. (ARAUJO, 2011)

Segundo os dados do HOT (Hypertension Optimal Treatment Study), em que foram avaliados 19.913 hipertensos durante uma média de 3,8 anos, os valores de PAS e PAD de 138,5 e 82,6 estão associados a menor quantidade de eventos cardiovasculares e redução de novos casos de IAM.

O DM esteve presente em 20% dos pacientes. O controle adequado do DM nos pacientes hipertensos é de extrema importância para a redução dos eventos coronarianos. Segundo o United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS), o tratamento eficaz por 10 anos reduziu o risco de doença microvascular em 25%.

Dados epidemiológicos de grandes centros dos EUA têm evidenciado que 73% dos pacientes hipertensos diabéticos não têm a sua pressão arterial controlada em níveis recomendados. Neste estudo, 66,7% dos pacientes diabéticos apresentaram níveis tensionais inadequados, em consonância com os dados da literatura. (PINHEIRO, 2011)

A análise dos dados referentes à CA não evidenciou relação entre CA aumentada e fatores de risco coronariano neste estudo. Quanto à RCQ, observou-se alto índice de pacientes com medidas acima dos valores ideais. De cada dez indivíduos do sexo masculino, sete apresentaram RCQ alterada, o que é corroborado pela literatura. No sexo feminino, quase todas as pacientes apresentaram RCQ alterada.

Neste estudo, praticamente, metade dos pacientes hipertensos apresentaram CT acima de 200mg/dl. A literatura evidência que níveis elevados de CT e LDL estão associados ao aumento do risco de DAC. Estima-se que uma redução de cerca de 23,2 mg/dl no CT em homens de 40 e 70 anos, promova uma redução de 54% e 20% no risco de DAC, respectivamente. Esses fatos justificam a necessidade de intervenção medicamentosa em pacientes de alto risco coronariano. (OIGMAN, 2015)

Nicolau et al.¹⁸ obtiveram 38% de pacientes hipertensos com níveis de CT acima de 200mg/dl, em cidade de médio porte. Em zona rural, o índice de dislipidemia foi significativamente maior, sendo fator de risco coronariano importante nessa população. Segundo Nicolau et al.¹⁸, a redução de 1% dos níveis de CT

diminui o risco de DAC em 2%. Estima-se que a redução do CT entre 8,5% e 14% diminui o risco de DAC entre 19% e 47%¹⁸.

De acordo com os dados do Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT), que analisou 356.220 indivíduos do sexo masculino entre 35 e 47 anos, com 6 anos de seguimento, o risco de morte por DAC aumenta significativamente com os níveis de CT maior que 182mg/dl. (LIPPI, 2012)

Este estudo evidencia as bases para a tomada de medidas preventivas e terapêuticas em cidades de pequeno porte em zona rural. A mudança do estilo de vida (MEV) é a primeira medida no tratamento e inclui redução do peso, atividade física regular, controle alimentar, abolição do tabagismo, controle do DM tipo 2 e redução dos níveis de lípidos. A MEV deve ser acompanhada durante, pelo menos, 3 meses.

No insucesso dessas medidas, deve-se instituir a terapêutica medicamentosa. O tratamento farmacológico dependerá do nível de risco, dos níveis de LDL-colesterol e da eficiência da MEV em modificar ou não os fatores de risco²⁰. Segundo o maior estudo com terapia hipolipemiante, o Heart Protection Study (HPS), que reuniu 20.536 pacientes entre 40 e 80 anos, o uso da sinvastatina 40mg/dia foi muito bem tolerado e reduziu em 1/3 o risco de eventos cardiovasculares no grupo de alto risco. O uso crônico das estatinas está associado à redução dos eventos isquêmicos coronarianos, da necessidade de revascularização do miocárdio, da mortalidade cardíaca e total e de AVC.

Em população de zona rural com o PSF atuante, é possível selecionar os indivíduos com vários fatores de risco associados à HAS, estratificar os níveis de LDL-c e instituir a terapêutica com as estatinas, com custo relativamente baixo.

As medidas preventivas e de baixo custo devem ser prontamente estimuladas em cidades de zona rural, com poucos recursos disponíveis. Estudos observaram que a caminhada diária de trinta minutos reduz o risco de DAC em 18%. As campanhas de prevenção devem enfatizar o combate ao sedentarismo como meta a ser atingida na redução da mortalidade por DAC. (MARIOSIA, 2014)

Em cidades de pequeno porte, há prevalência elevada de DM, tabagismo, obesidade, CA e RCQ alteradas, hipercolesterolemia e sedentarismo associados à

HAS. É grande a importância da avaliação de rotina dos fatores de risco cardiovascular em hipertensos de zona rural. Permite-se identificar os grupos de risco e a tomada de medidas preventivas e terapêuticas, visando à redução da morbimortalidade por DAC nessas comunidades.

Entre os fatores intervenientes e possivelmente explicativos das diferenças apontadas serão inicialmente considerados na distribuição da HAS, para três ambientes distintos, as variáveis gênero, escolaridade e faixa etária.

Tomando-se como referência a população que mora nas áreas urbanas e rurais brasileiras, observa-se, que a diferença de gênero não é proporcionalmente significativa, ao contrário, a proporção de mulheres com HAS em relação aos homens é relevante.

Se, entretanto, a variável explicativa considerada for escolaridade, tem-se que a tendência geral é de queda nos percentuais conforme aumenta os anos de estudo regulares.

Exceção feita para a área rural do Brasil, que mostra elevação na faixa de escolaridade superior completo, e Amazonas, onde está elevação ocorre entre os habitantes que possuem escolaridade entre médio completo e superior incompleto.

Tabela 1. Prevalência de HAS no ambiente rural e urbano, conforme sua distribuição nas variáveis de gênero, escolaridade e faixa etária, 2013. (Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação)

Variáveis demográficas analisadas		Urbano	Rural
Genero	Masculino	12,1	15,6
	Feminino	14,9	16,1
Escolaridade	Sem instrução e fundamental incompleto	15,6	17,0
	Fundamental completo e médio incompleto	13,0	14,1
	Médio completo e superior incompleto	12,3	5,2
	Superior completo	9,3	20,1
Faixa etária	De 18 a 29 anos	6,1	10,8
	De 30 a 59 anos	12,4	15,6
	De 60 a 64 anos	14,7	16,2
	De 65 a 74 anos	16,3	14,6
	Com 75 anos ou mais	17,2	21,5

Quanto à faixa etária, embora os padrões de recorte adotados pelo IBGE (2014) não sejam homogêneos entre as classes de idade, existe, tendência de elevação das taxas de ocorrência de HAS independente dos ambientes analisados, especialmente a partir dos 30 anos.

Considerando-se como fatores ambientais, as características sócio ocupacionais das comunidades em que vivem e, complementarmente, as variáveis de faixa etária e gênero como fatores de origem endógena e, neste sentido, biológicos, no modelo de regressão multinomial é possível dimensionar estatisticamente as razões de chance de ocorrência do HAS em relação à faixa etária, gênero e ambiente.

Conforme observado é possível, portanto, admitir que o risco para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial Sistêmica é muito maior para os casos em que o indivíduo é do sexo feminino, tem acima de 40 anos de idade e residência fixa na comunidade Agrovila.

Justifica-se o estudo pela necessidade de, no sistema público de saúde, se construir mecanismos e formas de prevenção, controle e redução dos indicadores de morbimortalidade, principalmente em localidades de baixa densidade demográfica

ou significância econômica, mas que por força de dispositivo legal constitucional deve ser igualmente atendida em suas demandas de saúde.

Avaliando o perfil de risco que impacta na prevalência, como a hipertensão arterial sistêmica, fatores exógenos, como o sedentarismo, obesidade e a ingestão de alimentos ricos em gorduras e carboidratos, dependem do tipo de comportamento, estilo de vida e da dieta Alimentar daqueles que as desenvolvem.

Estas condições, por sua vez, dependem não apenas do perfil socioeconômico o indivíduo, como renda, ocupação e escolaridade, mas, igualmente, do tempo em que fica exposto às condições socioambientais.

Num caso, da disponibilidade e do acesso a bens de consumo, das facilidades Da vida moderna, como o são as comidas e bebidas processadas industrialmente, espaços de moradia que incentivam o uso de veículos automotores e limitam a caminhadas e o uso de bicicletas.

De outro, pelos limites impostos pela precariedade dos equipamentos públicos, da mobilidade e das condições em que se realizam a atividade laboral.

Em ambos os casos, o controle da doença passa pela Adoção de hábitos de vida saudáveis, que incluem desde o controle da ansiedade, da depressão, do estresse e da agitação envolvendo a vida moderna, até o controle do peso corporal, a supressão do consumo do tabaco, de bebidas alcoólicas, alimentos e bebidas contendo açúcares em suas mais variadas formas, gorduras e farináceos e a prática regular de exercícios .

O acesso saúde, o que permite o acompanhamento regular do paciente, é fundamental para o controle das doenças crônicas, como a HAS, embora Buss (2007) relate que é necessário muito mais do que o simples acesso a serviços de saúde com padrão adequado de qualidade para que indivíduos populações apresentem condições de saúde que possam ser consideradas satisfatórias.

O controle depende, porém, da disponibilidade de recursos organizados coletivamente, como postos de atendimento, consultórios médicos, ambulatórios e hospitais com equipamentos e medicamentos suficientes e adequados, equipe técnica multiprofissional, sistema de transporte apropriado às necessidades dos pacientes e recursos humanos, financeiros e administrativos em valores e temporalmente ajustados. (LONGO, 2011)

Os resultados apontados, em que pese tratar-se de um contexto socioambiental e geográfico restrito, sugerem que as redes de atenção à saúde, para que sejam eficazes e beneficiem satisfatoriamente o usuário, deve ser planejada, gerida e organizada seguindo-se as características populacionais estratificadas territorialmente.

3. ACOMPANHAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL

O diagnóstico principal da hipertensão se dá pela medição da pressão arterial. Esta é a força que o sangue, em seu movimento pela corrente sanguínea, exerce sobre as paredes das artérias, sendo esta medida pelo aparelho próprio, denominado esfigmomanômetro. A medição constante por parte da atenção farmacêutica concedida aos pacientes hipertensos tem como característica, conjuntamente com os sintomas desenvolvidos por estes individualmente isolar problemas severos, de modo a evita-los (ALDERMAN, 1993).

Existem valores aproximados que podem servir de parâmetros para a determinação das condições básicas do paciente no que tange a pressão arterial. Esta classificação é reconhecida mundialmente e aplicada de maneira simplificada para a obtenção do tipo médio de hipertensão.

Classificação do grau de hipertensão sanguínea de acordo com a pressão arterial.

CATEGORIA	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal - Alta	130 - 139	85 - 89
Hipertensão – Grau I	140 - 159	90 – 99
Hipertensão – Grau II	160 - 179	100 – 109
Hipertensão – Grau III	>180	>110

Fonte: JNC, 1997.

A importância principal da medição constante da pressão arterial em pacientes hipertensos dentro do âmbito da atenção farmacêutica, é a capacidade que este ato permite de detectar a predisposição maior a riscos de enfarte coronário e derrame cerebral. Além disso, pode-se avaliar de maneira segura pelo simples exame da pressão arterial a supressão ou diminuição dos sintomas cardiovasculares característicos da hipertensão no paciente e assim, possibilitar um melhor delineamento do tratamento caso isto seja necessário (Alderman, 1993).

Desta feita, pode-se considerar o sucesso do tratamento medicamentoso, entre outros fatores, através do controle da pressão arterial constante do paciente hipertenso (Verdecchia, 1994).

As características básicas da hipertensão arterial como a sintomatologia escassa e variada, sua cronicidade e a necessidade premente da colaboração constante do paciente com o tratamento, fazem com que seja preciso o estabelecimento de uma relação firme de confiança e reciprocidade entre o paciente hipertenso e os responsáveis pelo seu tratamento, seja o enfermeiro, seja o médico (Kannel, 1996).

A monitoração constante das condições gerais do paciente, assim como a avaliação de sua colaboração com o tratamento faz com que este tenha uma qualidade de vida bastante aprimorada. Além disso em grande parte dos casos, os pacientes tendem a abandonar ou diminuir em suas vidas diárias a importância de bons hábitos sobre os costumes ou fatores que possam propiciar a instalação de piores condições da hipertensão arterial (Alderman, 1993).

O meio hospitalar, em geral, tem papel primordial no cumprimento destas metas, de variadas maneiras dentro do âmbito que lhe concerne. Basicamente, suas linhas de atuação no acompanhamento do paciente podem ser divididas em três áreas.

A primeira é a assistencial, de modo a permitir o controle e a atenção primária ao paciente no diagnóstico, tratamento e acompanhamento do mesmo. A segunda frente de ataque é a de educação, não somente do paciente ou da comunidade sobre os riscos e fatores que estão envolvidos na hipertensão arterial, mas também de toda a classe responsável por interagir com o paciente e a terceira função é a de pesquisa no sentido de gerar maiores bases de apoio sobre as melhores formas de tratamento e atendimento ao paciente que sofre de hipertensão (NHBP, 1994).

3.1. RESPOSTA DO PACIENTE AO TRATAMENTO

A resposta do paciente ao tratamento pode ser determinada através de duas características principais. A primeira é a determinação de quais hábitos de saúde

recomendados dentro do universo do tratamento não medicamentoso está sendo seguido pelo paciente, com qual regularidade e quais as debilidades deste em relação à mudança de hábitos daninhos em troca de outros mais saudáveis que contribuirão para uma maior qualidade de vida. A segunda é a comparação dos dados obtidos nos exames através de curvas de avaliação que permitam o estabelecimento de parâmetros seguros de como este tratamento está auxiliando o paciente em relação às suas condições gerais (Moser, 1996).

De acordo com a maioria dos pacientes, o tratamento medicamentoso, apesar de simples e seguro, não costuma ser seguido à risca, pela cronicidade do tratamento e pela característica infrequência que se instala quando da melhoria dos sintomas gerais.

Outro fator relatado é que o tratamento não medicamentoso, por vezes, torna-se de mais difícil seguimento pela mudança radical de hábitos por vezes fortemente arraigados nos costumes do paciente. No entanto, isto deve ocorrer sob pena de agravamento, gradativo ou não, das condições gerais do paciente através da piora dos quadros de hipertensão (Kaplan, 1996).

Seguramente, a atenção farmacêutica a este paciente serve de apoio e lastro para que mudanças mais profundas e definitivas ocorram na atenção ao tratamento por parte do paciente. Sendo assim, quanto mais constante for o acompanhamento farmacêutico, maior a resposta do paciente hipertenso às mais variadas formas e recomendações constantes no tratamento recomendado (MacMahon, 1990).

3.2. ESTADO GERAL DO PACIENTE

O acompanhamento das condições gerais do paciente se dá principalmente através das medições clínicas realizadas no exame periódico do paciente.

Principalmente, a mais destacável forma de avaliação do paciente hipertenso se dá através da medição da pressão arterial do mesmo visando o estabelecimento de condições propícias ao estudo da situação cardiovascular do paciente. Ora, a partir do momento que se sabe que uma das principais causas de óbito em pacientes hipertensivos são justamente as complicações cardiovasculares pode-se

compreender facilmente a importância desta forma de acompanhamento (Alderman, 1993).

No entanto, não somente esta avaliação pode ser realizada, como diversos outros exames tais como de urina, visando a determinação dos níveis de salinização presentes na mesma, o sanguíneo de modo a estabelecer com exatidão o nível de colesterol presente no sangue do paciente e a entrevista com o mesmo visando a delimitação do tratamento não medicamentoso (De La Sierra, 1991).

4. PLANO DE INTERVENÇÃO

A zona rural ao qual será aplicado o plano de intervenção consiste de uma ampla área territorial, subdivida em 8 povoados distantes entre si e dispersos no território ao qual fazem parte, entretanto, com número populacional pequeno na área adscrita (menor que 2.000 pessoas sua população), alguns desses povoados ainda possuem áreas pertencentes a dois outros municípios causando emigração e imigração constante de sua população por possuírem familiares pertencentes a diferentes municípios circunvizinhos. A renda de sua população é advinda, em sua maioria, da agricultura de subsistência, pequenos criadores de gado, pescadores, trabalhadores de latifúndios locais, dependentes de programas sociais do governo federal, e uma pequena minoria, exerce cargos efetivos ou contratado em setores do governo municipal ou possuem pequenos comércios locais, ou seja, uma população com economia altamente dependente da agricultura local. Uma população com alta prevalência do analfabetismo, o que dificulta a conscientização com relação a problemas de saúde e aplicabilidade de programas de prevenção e promoção da saúde.

Primeiramente há necessidade junto aos agentes comunitários de saúde averiguar a iniciação de mudanças no estilo de vida (atividade física, melhora da alimentação) e a não aderência a medicações, detectado que realmente não há aderência ver se a não aderência é por razão da resistência ao uso de medicamentos, devendo nesse caso a equipe atuar através de orientação quanto a necessidade do uso diário da medicação e das consequências da doença quando não há o controle da doença. Alguns casos de não aderência terapêutica tem como causa a prescrição de medicações de alto custo, devendo-se nesse caso a troca imediata por medicações disponibilizadas pelo SUS ou de baixo custo pelo médico da equipe de saúde, sendo fundamental a aderência a mudanças do estilo de vida que causará efeito sinérgico a medicação, já que há limitação quanto as medicações disponibilizadas pelo SUS, evitando assim gastos desnecessários com medicamento nessa área rural cujo o poder aquisitivo é baixo.

O segundo passo a ser realizado é através de campanhas de educação em saúde para a população em geral, com destaque para idealização de linguagem simples e utilização de figuras para um melhor entendimento da população analfabeta, prevalente nessa zona rural. Como assunto no cronograma a ser abordado é importante: alimentação saudável como forma de prevenção; importância da prática regular de atividade física; dieta no paciente hipertenso; o que é a hipertensão e suas consequências na saúde individual; suspendo o medicamento após a pressão normalizar? ; devo tomar a medicação todo dia ou só quando a pressão estiver alterada. Essas atividades devem ser realizadas com uma equipe multiprofissional e sempre levar em consideração a realidade por essa população para que haja uma maior aderência. Grupos de hipertensos controlados com não controlados devem ser feitos para que haja uma troca de experiência entre esses pacientes e um trabalho mais incisivo nos pacientes com descontrole pressórico.

A pandemia pelo COVID-19 trouxe maiores preocupações para a população de risco, dentre esses pacientes estão os hipertensos descontrolados, no qual a comunidade científica demonstrou maior mortalidade e risco de gravidade pelo vírus nesses pacientes. Demonstrando a importância do controle pressórico em pacientes hipertensos não pelas consequências da própria patologia, mas também um maior risco de morte com doenças infecciosas vigentes no mundo e que possam surgir no futuro.

CONCLUSÃO

O primeiro passo para um tratamento eficiente do paciente hipertenso é o estabelecimento de suas condições através da realização de um exame pormenorizado inicial. Após a realização do mesmo, a avaliação dos dados permite o traçado de um plano de ação conjunto visando a integração das melhores formas de tratamento aos pacientes hipertensos.

Estes têm algumas dificuldades com o tratamento devido à característica de cronicidade do mesmo, tanto no que tange à medicação, que deve ser regularmente tomada e que consiste em pelo menos dois medicamentos, e à forma de tratamento não medicamentosa, que consiste na modificação profunda de hábitos arraigados, muitas vezes, dos pacientes.

A atenção farmacêutica auxilia neste processo através da conscientização e valorização da seriedade do tratamento a ser seguido, de modo que este se torna mais produtivo e efetivo no controle dos efeitos da hipertensão no organismo do paciente.

Tanto no que tange ao tratamento medicamentoso como as formas não medicamentosas, a possibilidade de atuação e correção das eventuais irregularidades permite que a melhoria da qualidade de vida, através da regulação mais direta dos efeitos do tratamento possa ser sensivelmente medida, proporcionando muitos ganhos não somente para o paciente, que se vê mais amparado em sua condição como também aos responsáveis pelo seu tratamento que possuem desta forma mais oportunidades de auxílio e socorro assim como para a sociedade, que tem seus custos diminuídos no setor de saúde no que tange ao impacto da hipertensão.

O acompanhamento do paciente hipertenso tem a característica de agir em caráter preventivo de complicações, impedindo que estas se instalem ou ao menos podendo corrigi-las o mais prontamente possível com visíveis impactos sobre os resultados da intervenção.

Sendo assim, pode-se afirmar que a atenção farmacêutica ao paciente hipertenso tem imenso impacto positivo na qualidade de vida do mesmo, devendo

ser estruturada e ampliada de modo a poder atender a toda a parcela da população acometida por este mal.

REFERÊNCIAS

- ALDERMAN MH. **Blood pressure management**: individualized treatment based on absolute risk and the potential for benefit. *Ann Intern Med* 1993;119:329-335
- ARAÚJO NVDL. **Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis**. *Ver Esc Enferm USP* 2011; 45(n. spe. 2):1769-1773.
- BARROS MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. **Trends in social and demographic inequalities in the prevalence of chronic diseases in Brazil**. PNAD: 2003-2008. *Cien Saude Colet* 2011; 16(9):3755-3768.
- BUSS PM, Pellegrini Filho A. **A saúde e seus determinantes sociais**. *Physis* 2007; 17(1):77-93.c
- DE LA SIERRA A, Coca A, Sobrino J, Lluch MM, Sánchez M, Urbano, Márquez A. **Therapeutical response may be predicted by some clinical parameters in essential hypertensive patients**. *J Hum Hypertens* 1991;5:443-448.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), organizador. *Pesquisa nacional de saúde, 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da Federação* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
- KANNEL WB. **Blood pressure as a cardiovascular risk factor**. Prevention and treatment. *JAMA* 1996; 275: 1571 –1576.
- Kaplan NM, Gifford RW. **Choice of initial therapy for hypertension**. *JAMA* 1996.; 275: 1577-1580.
- LIPPI UG. **Acesso aos serviços de saúde, condições de saúde e exposição aos fatores de risco**: percepção dos pescadores ribeirinhos do Rio Machado de Ji-Paraná, RO. *Saúde E Soc* 2012; 21(1):219-231.
- LONGO GZ, Neves J, Castro TG, Pedrosa MRO, Matos IB. **Prevalência e distribuição dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre adultos da cidade de Lages (SC), sul do Brasil, 2007**. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(4):698-708.

MARIOSIA DF, Santos-Silva EN dos, Gasparini L, Reis Junior AM. **Ribeirinhos do Rio Negro: um estudo da qualidade socioambiental**. Curitiba: Editora CRV;2014.

MAC MAHON S, Peto R, Cutler J, Collins R, Sorli P, Neaton J et al. **Blood pressure, stroke and coronary heart disease**. Part I: prolonged differences in blood pressure, prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet* 1990; 335: 765-774.

MOSER M, Hebert P. **Prevention of disease progression, left ventricular hypertrophy and congestive heart failure in hypertension treatment trials**. *J Am Coll Cardiol* 1996; 27: 1214-1218.

MALTA DC, Gosch CS, Buss P, Rocha DG, Rezende R, Freitas PC, Akerman M. **Doenças crônicas** Não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4341-4350.

OIGMAN W, Neves MF, Gismondi RAOC. **Hipertensão arterial sistêmica**. *RBM Rev Bras Med* 2015; 72(1/2).

National High Blood Pressure Education Program Working Group. National High Blood Pressure Education Program working group report on hypertension in the elderly. *Hypertension* 1994; 23: 275-285.

PARVING H-H. **Impact of blood pressure and antihypertensive treatment on incipient and overt nephropathy, retinopathy, and endothelial permeability in diabetes mellitus**. *Diabetes Care* 1991;14: 260-269.

PINTO X, Fiol C, Simeon JM, Capdevila JM, Barjau E, Argimón JM et al. **Factores de riesgo de la arteriopatía de las extremidades inferiores: factores lipídicos y no lipídicos**. *Med Clin*. 1997, 109: 41-44.

PINHEIRO VAO. **Aspectos científicos, epidemiológicos, preventivos, diagnóstico e de tratamento relativos à sífilis e a sífilis congênita no Brasil: uma revisão bibliográfica** [monografia]. Lagoa Santa: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011

RIGOTO, RM. **Saúde ambiental e Saúde dos trabalhadores: uma aproximação promissora entre o verde e o vermelho**. *Ver. Bras. Epidemiol* 2003 388-404.

TOLEDO MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. **Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema.** *Texto Contexto Enferm* 2007; 16(2):233-238.

RUILOPE LM, Alcazar JM, Hernández E, Moreno F, Martínez MA, Rodicio JL. **Does an adequate control of blood pressure protect the kidney in essential hypertension?.** *J Hypertens* 1990; 8: 525-532.

Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 95 ed 2010; 1-51.

SHEMIN D, Dworkin LD. **Sodium balance in renal failure.** *Curr Opin Nephrol Hypertens* 1997; 6: 128-132.

SINAIKO AR. **Current concepts: hypertension in children.** *N Engl J Med* 1996; 335: 1968-1973.

STAMLER J, Stamler R, Neaton JD. **Blood pressure, systolic and diastolic, and cardiovascular risk.** *Arch Intern Med* 1993, 153: 598 - 615.

VERDECCHIA P, Porcellati C, Schillaci G, Bolgioni C. **Ambulatory blood pressure.** An independent predictor of prognosis in essential hypertension. *Hypertension* 1994; 24: 793-801.

WEI J. **Age and the cardiovascular system.** *N Engl J Med* 1992; 327: 1735 - 1739.

WILSON PW, Hoeg JM, D'Agostino RB, Silberhhatz H, Belanger AM, Poehlmann H et al. **Cumulative effects of high cholesterol levels, high blood pressure, and cigarette smoking on carotid stenosis.** *N Engl J Med* 1997; 337: 516-522.