

PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: FATORES DE RISCO E PRÁTICA FARMACOLÓGICA

Hudson Wallença Oliveira e Sousa¹
Jonata Almeida Lima²
Fábio Nascimento Silva³
Paulo Roberto da Silva Ribeiro⁴

Resumo

O objetivo deste estudo foi identificar os fatores de risco que predominam dentre os hipertensos avaliados e quais os medicamentos mais usados por estes pacientes. Para tanto, foram entrevistados 74 indivíduos através de um roteiro de entrevista prontamente estruturado e composto de questões abertas e fechadas. As entrevistas foram realizadas durante o período de março a junho de 2012. Diante dos resultados obtidos, observou-se que 58% dos hipertensos foram do sexo feminino, 48% tinham idade acima de 60 anos e que a principal prática medicamentosa relatada pelos entrevistados foi o uso de captopril, tendo como principal reação adversa a tosse seca. Diante disso, torna-se necessário a elaboração de um programa visando o uso racional de medicamentos anti-hipertensivos e uma melhor orientação farmacêutica ao paciente hipertenso para a melhoria da qualidade de vida do mesmo.

Palavras-chave: Hipertensão. Medicamentos. Tratamento farmacológico. Fatores de risco.

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial é uma doença crônica que apresenta elevado custo médico-social, pois é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Em 1998, foram registrados 930 mil óbitos, sendo que 27% foram ocasionados por desordens cardiovasculares (RENOVATO; TRINDADE, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (*Apud* Silva *et al.*, 2012), nas próximas duas décadas, serão as doenças crônicas que, dentre as afecções não comunicáveis, ocuparão a liderança das causas de incapacidades. As doenças cardiovasculares são responsáveis por 30% das mortes no mundo. Dentro desse contexto, destaca-se a hipertensão arterial como um dos principais fatores de risco cardiovascular.

Fisiologicamente, a elevação da pressão arterial estira os barorreceptores e faz com que transmitam sinais para o sistema nervoso central. Posteriormente, sinais de *feedback* são então enviados de volta pelo sistema nervoso autônomo para a circulação, de modo a reduzir a pressão arterial em direção ao nível normal (GUYTON; HALL, 1998).

¹Instituto Nordeste de Educação Superior e Pós-Graduação (INESPO), Imperatriz, MA, Brasil. E-mail: hwos19@hotmail.com.

²Instituto Nordeste de Educação Superior e Pós-Graduação (INESPO), Imperatriz, MA, Brasil. E-mail: jhonatasalmeida@hotmail.com.

³Instituto Nordeste de Educação Superior e Pós-Graduação (INESPO), Imperatriz, MA, Brasil. E-mail: fabioik@hotmail.com.

⁴Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia da Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, MA, Brasil. E-mail: pauloufma@ufma.br.

Em repouso, a pressão arterial aferida nas artérias do braço é de aproximadamente 120/80 mmHg. Caso o indivíduo apresenta constantemente valores superiores a 140/90 mmHg quando a pressão lhe é aferida em repouso, diz-se que o paciente é hipertenso (GOWDAK, 2001). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o agravo mais comum na população adulta em todo o mundo (SILVA, 2006). Ela consiste de um distúrbio clínico em que a força ou pressão exercida pelo sangue contra as paredes dos vasos sanguíneos ultrapassa o padrão estabelecido como normal (GUYTON; HALL, 2006) e trata-se de uma doença crônica, na maioria das vezes assintomática, e que requer tratamento durante toda a vida para o seu controle.

A hipertensão arterial é considerada um problema de saúde pública pela elevada prevalência de na população adulta, conforme Brasil (2004), a prevalência estimada de HAS no Brasil é de 35% da população acima de 40 anos, representando em números absolutos um total de 17 milhões de hipertensos. No Município de Imperatriz, MA, foram cadastrados entre 01/2007 até 09/2007 um total de 1.090 hipertensos, sendo 446 indivíduos (41%) do sexo masculino e 644 indivíduos (59%) do sexo feminino (BRASIL, 2007a).

No Sistema Único de Saúde, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.150.000 das internações/ano com um custo aproximado de R\$ 475 milhões, sendo que nesses números não estão inclusos os gastos com procedimentos de alta complexidade. Assim, para atender aos portadores de hipertensão, o Ministério da Saúde implementou o Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (HIPERDIA). Este programa compreende um conjunto de ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos da hipertensão (BRASIL, 2007b).

Cerca de 10% da população adulta tem sua expectativa de vida diminuída devido à hipertensão arterial. Existem alguns fatores considerados fatores de risco que, associados entre si a outras condições, favorecem o aparecimento da hipertensão arterial, sendo: idade, sexo, antecedentes familiares, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, tabaco, anticoncepcionais, alimentação rica em sódio e gorduras (PESSUTO; CARVALHO, 1998).

O tratamento medicamentoso na hipertensão arterial deve basear-se, por um lado, em estudos farmacológicos das drogas e, por outro, no perfil individual e único do paciente, tendo como mediador o clínico, que deve estar preparado para adequar os dois elementos (SILVA, 2006). Os medicamentos mais utilizados na terapia medicamentosa são os diuréticos (hidroclorotiazida) e o captopril (inibidor da enzima conversora de angiotensina - IECA). Os diuréticos possuem como local de ação o néfron (unidade morfofuncional do rim) produzindo leve depleção de sódio, levando à diminuição do fluido extracelular e do débito cardíaco. Os IECAs atuam inibindo a formação de angiotensina II, um potente vasoconstritor responsável pela estimulação de produção de aldosterona, promovendo a retenção de sódio e água, que, ao inibir essa enzima, produzem vasodilatação periférica, diminuindo a pressão arterial.

A terapia medicamentosa pode resultar em reações adversas, dentre estas se observam, com o uso de diuréticos, a hipocalemia, a alteração do perfil lipídico e a hiperuricemia, sendo que com uso dos IECAs pode ocorrer tosse seca, devido ao acúmulo de bradicinina nas vias respiratórias; hipotensão postural; fadiga e cefaléia (SILVA, 2006).

Ressalta-se que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Para complicar mais ainda a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras co-morbidades como o diabetes mellitus, a dislipidemia e a obesidade. Dessa forma, surgem

implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada.

Diante deste contexto, torna-se necessário identificar os fatores de risco que predominam dentre os pacientes hipertensos avaliados e a terapia medicamentosa utilizada pelos mesmos. Este trabalho vem avaliar e subsidiar a redução dos impactos destes agravos, contribuindo para a melhoria na qualidade de vida destes pacientes. O fato que despertou a atenção para a realização do presente estudo foi a alta frequência de pacientes hipertensos que chegavam às farmácias comerciais situadas no Município de Imperatriz, MA.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 PARTICIPANTES: UNIVERSO, AMOSTRA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em duas farmácias comerciais situadas no Município de Imperatriz, MA. Para a realização do procedimento de coleta de dados foi solicitada às farmácias uma autorização prévia para o acesso às suas dependências, respeitando a rotina de trabalho do local, com o objetivo de não interferir na sistematização de trabalho. Os locais de pesquisa possuem, dentre outros serviços, a prestação de atenção farmacêutica voltada aos hipertensos.

Para o alcance do objetivo da pesquisa, realizou-se uma amostragem do tipo intencional com 74 indivíduos que procuraram assistência farmacêutica nos locais investigados tendo como critérios de seleção, pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica que faziam uso de medicamentos, durante pelo menos um ano e eram assistidos por pelo menos uma farmácia, na cidade de Imperatriz, MA.

2.2 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa realizada foi de natureza quantitativa com caráter descritivo e exploratório. De acordo com Silva e Menezes (2001), a pesquisa quantitativa considera que tudo pode ser quantificável e requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas como: percentagem, média, etc. As mesmas autoras citam que a pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis e requer o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados como o questionário. Quanto a pesquisa exploratória, Ponte *et al.* (2006) ressaltam que a mesma foca na maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a facilitar a construção de hipóteses. Os mesmos autores reforçam que esse tipo de pesquisa é extremamente flexível, de modo que quaisquer aspectos relativos ao fato estudado têm importância.

2.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados em uma sala de atendimento privado das duas farmácias pesquisadas durante o período matutino de março a junho de 2012, através de um roteiro de entrevista prontamente estruturado. No mesmo encontravam-se questões de ordem pessoal, questões ligadas aos fatores de risco e a terapia

medicamentosa. Em cada entrevista, foi realizada a verificação da pressão arterial empregando esfigmomanômetro e técnica auscultatória com estetoscópio através da metodologia descrita por Guyton; Hall (2006).

O estudo foi realizado observando os aspectos éticos da pesquisa preconizados pela Resolução 196/96 respeitando a confidencialidade e sigilo dos dados correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa. Assim, para realização da pesquisa foi feita uma breve explicação quanto ao seu propósito e em seguida foi realizado o convite aos pacientes que se enquadraram aos critérios de seleção, para a participação da mesma. A aceitação voluntária foi confirmada com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme a resolução nº. 01 de 13.6.1988 do Conselho Nacional de saúde (CNS) é obrigatório para pesquisas científicas em seres humanos. A pesquisa foi efetivada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o parecer 058/11.

2.4 ESTRATÉGIAS DE ANÁLISES DOS DADOS

Por se tratar de uma pesquisa quantitativa, os dados coletados foram analisados à luz da estatística descritiva. A análise dos dados foi realizada com base nos questionários aplicados. Depois de obtidos, os dados foram analisados quantitativamente utilizando o programa Excel[®] (Microsoft Office, versão 2007) e, posteriormente, apresentados em forma de gráficos e tabelas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2007_a). De acordo com Goes; Marcon (2002), a hipertensão é uma doença de risco e por esta razão merece cuidados e tratamento, e, que, problemas na estabilidade financeira da família tende a agravar doenças crônicas e sem possibilidade de cura, como é o caso da hipertensão arterial.

Cesarino *et al.* (2012), analisando estudo realizado no Brasil, sobre a mortalidade por doença cardiovascular (DCV) nas cinco regiões geográficas, observou uma tendência de queda da mortalidade na população a partir dos 30 anos de idade nas regiões Norte, Sudeste e Sul. Entretanto, nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, identificou aumento do risco de morte por DCV.

Através deste estudo pode-se observar que 58% dos hipertensos entrevistados foram do sexo feminino e 42% do sexo masculino. Zaitune *et al.* (2006) também constataram uma maior prevalência de hipertensão em mulheres. Almeida; Rodrigues (1997) ressaltam que em mulheres, a queda dos níveis hormonais de estrógenos, determinada pela menopausa, é acompanhada por uma série de alterações metabólicas, funcionais e estruturais que podem explicar a progressão mais acelerada do processo aterosclerótico e suas complicações cardiovasculares como a hipertensão arterial. Além disso, a hipertensão é duas a três vezes mais comum em usuárias de anticoncepcionais orais, especialmente entre as mais idosas e obesas. Em mulheres com mais de 35 anos e fumantes, o anticoncepcional oral está contra-indicado. O aparecimento de hipertensão arterial durante o uso de anticoncepcional oral impõe a interrupção imediata do medicamento, o que, em geral, normaliza a pressão arterial em alguns meses (BRASIL, 2007_a).

De acordo com a raça, 65% dos entrevistados foram de raça branca e 35% de raça negra. Entretanto, estudos realizados com populações afro-americanas têm sugerido que maiores prevalência e gravidade da hipertensão arterial em negros, podendo ser determinadas pela maior frequência de comprometimento em órgãos-alvo, maiores níveis de vasopressina plasmática e declínio na resposta renal neste grupo étnico. Lopes *et al.* (2002) relataram que as formas mais graves de hipertensão e/ou uma maior susceptibilidade dos negros para lesão renal na presença de pressão arterial elevada pode ser uma das razões para a maior incidência de Doença Renal Terminal (DRT) em negros do que em brancos. De acordo com Amado; Arruda (2004), os indivíduos negros apresentam prevalência de hipertensão duas vezes maior em relação aos indivíduos brancos.

Foi observado neste estudo que a maioria dos entrevistados (48%) possui idade acima de 60 anos, seguida da faixa etária de 41-60 anos (40%) e da faixa etária de 20-40 anos com apenas 12% (Figura 1). Quanto à idade, percebe-se que o aumento da pressão arterial, com o avançar da idade, tem sido frequente nos últimos anos; um terço dos hipertensos está ligado ao caráter hereditário citando como exemplo o sistema regulador da pressão arterial e sensibilidade ao sal. A idade avançada contribui para a elevação da pressão arterial. A elevação excepcional da pressão sistólica acima de 60 anos é resultado do endurecimento das artérias, o que, por si só, é o resultado final de aterosclerose (GUYTON, 1997).

Libermam (2007) reforça que as alterações anatômicas e fisiológicas relacionadas ao envelhecimento explicam a frequência da Hipertensão Sistólica Isolada na população idosa. A partir da quinta década de vida, ocorre um progressivo aumento da rigidez das grandes artérias, ocasionando redução da sua distensibilidade e um contínuo aumento da Pressão Arterial Sistólica. O mesmo autor enfatiza que nos idosos, os fatores de risco tradicionais para hipertensão arterial continuam sendo importantes. Sua prevalência aumenta de forma progressiva com o envelhecimento, resultando nas altas taxas observadas em indivíduos com mais de 65 anos de idade.

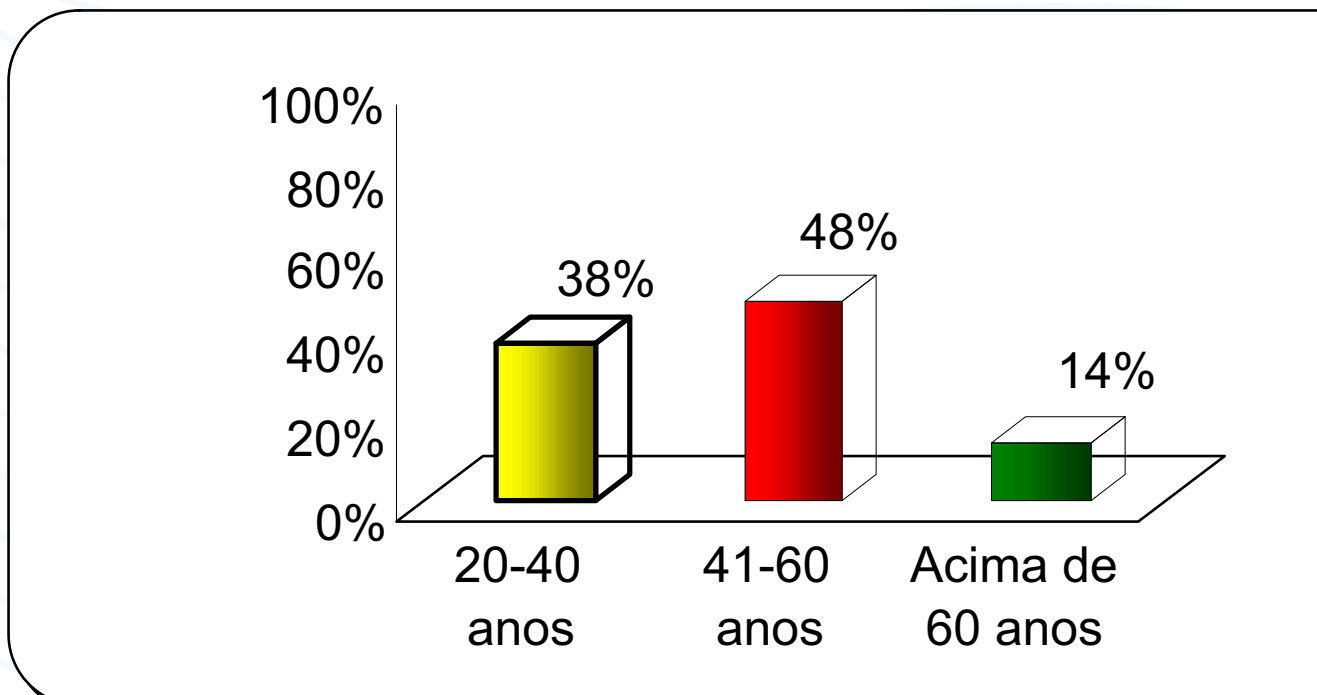


Figura 1: Distribuição dos entrevistados de acordo com a faixa etária.

Conforme Mano (2008), a prevalência de hipertensão arterial no idoso é muito alta. No Brasil, cerca de 65% dos idosos são hipertensos e entre mulheres maiores de 75 anos a prevalência pode chegar a 80%. O paciente

idoso apresenta menos água intracelular devido à perda da massa corporal magra, especialmente os homens. Tal fato leva a depleção relativa do estoque total do potássio corporal. Os idosos hipertensos são, portanto, pacientes de particular risco para hipocalcemia, principalmente se eles estiverem sob terapêutica diurética (BENARAB *et al.*, 2005). Além disso, Santos; Lima (2005) ressaltam que a idade mais avançada, baixa escolaridade, baixa renda, tempo inferior a cinco anos de doença, entre outros aspectos, associam-se ao abandono e ao controle inadequado da pressão arterial.

Como apresentado na Tabela 1, dentre os fatores de risco avaliados no estudo, destacam-se o estresse (57%) e a idade acima de 60 anos (46%) como os mais prevalentes. Vale ressaltar que alguns dos indivíduos entrevistados possuíam mais de um fator de risco.

Fator de risco	Porcentagem observada (%)
Estresse	57
Idade acima de 60 anos	46
Sedentarismo	36
Obesidade	28
Histórico familiar de doença cardiovascular	22
Diabetes	20
Alcoolismo	15
Tabagismo	7

Tabela 1: Fatores de risco para a HAS observados no estudo.

Os fatores associados à elevação da pressão arterial se constituem em um objeto de várias investigações, visando a orientação e a prevenção primária da doença. Os principais determinantes da pressão arterial são o débito cardíaco (volume de sangue que o coração bombeia na unidade de tempo) e a resistência vascular periférica, cujo esse sistema oferece ao fluxo de sangue ejetado pelo coração. A hipertensão arterial também sofre influência de condições fisiológicas ou intrínsecas do próprio indivíduo, tais como o estado de vigília e de sono, variações da postura, digestão, respiração, fala, depleção vesical, dor, estresse emocional, dentre outros (SIMÃO, 2005).

Além disso, o aumento da massa corporal está associado à pressão arterial elevada e a perda de peso em indivíduos hipertensos é geralmente acompanhada por uma redução na pressão arterial (BRASIL, 2006a). Enquanto que no diabetes tipo I a hipertensão se associa à nefropatia diabética e o controle da pressão arterial é crucial para retardar a perda da função renal. No diabetes tipo 2, a hipertensão se associa à síndrome de resistência à insulina e ao alto risco cardiovascular (BRASIL, 2006b). Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2001), o fumo agrava as doenças cardíacas por aumentar o ritmo das batidas do coração e a pressão, ou ainda piorar a aterosclerose, endurecendo as artérias. Os efeitos do tabagismo são maléficis em curto ou longo prazo para saúde, o tabagismo colabora para o efeito adverso da terapêutica de redução dos lipídios séricos e induz resistência ao efeito de drogas anti-hipertensivas (SILVA; SOUZA, 2004).

Abreu-Lima; Santos (2009) comentam um fato importante ao citarem que deixar de fumar é,

provavelmente, a medida de estilo de vida singular mais eficaz para prevenir as doenças cardiovasculares, tomando como exemplo, o acidente vascular cerebral e o infarto do miocárdio. Os mesmos ainda ressaltam que considerando que o tabaco interage sinergicamente com outros fatores de risco, como a idade, o gênero, a hipertensão e o diabetes; que os hipertensos não tratados e os normotensos fumadores apresentam valores diurnos da pressão arterial mais elevados do que os não fumadores em registros ambulatoriais; e que aqueles que deixam de fumar antes da meia-idade têm uma esperança de vida idêntica aos que nunca fumaram, os hipertensos devem ser aconselhados a deixarem de fumar.

A partir dos resultados obtidos neste trabalho, observou-se que a maioria dos entrevistados (62%) não pratica atividade física regular o que implica em agravamento do quadro de hipertensão arterial. A prática de exercícios físicos regularmente contribui para reduzir a pressão sanguínea nos pacientes hipertensos (BRUTON, 2006). No estudo de Monteiro; Filho (2004), constatou-se que o sedentarismo também constitui importante fator de risco para hipertensão arterial. Além disso, estes autores estimam que a prevalência do sedentarismo seja de até 56% nas mulheres e 37% nos homens, na população urbana brasileira. Cavagioni (2006), ao avaliar o perfil dos riscos cardiovasculares em motoristas profissionais de transporte de cargas da Rodovia BR-116, observou que 37% dos avaliados apresentaram hipertensão arterial, devido à má alimentação e ao sedentarismo. Renovato; Dantas (2005) ressaltam que o conhecimento sobre o que o paciente conhece a respeito dos conceitos como o de saúde, sobre sua doença, seus fatores de risco e, principalmente, como enfrenta e convive diariamente com uma desordem crônica, como a hipertensão, constituem ferramentas de grande utilidade para implementar estratégias com o objetivo de tornar o tratamento mais eficaz.

Para o controle da pressão arterial, é necessário o uso de medidas não-medicamentosas muitas vezes associadas às medidas medicamentosas. De acordo com Mion; Pierin; Guimarães (2001), recomenda-se para hipertensos leves, tratamento não-farmacológico isolado durante 12 meses para pacientes do grupo de risco "A", que não apresentam fatores de risco e nem lesões de órgãos-alvo. Além disso, a farmacoterapia com associação de anti-hipertensivos também é usada com frequência para se obter a pressão arterial ideal, geralmente não superior a 135/80 mmHg (ASPERHEIM, 2004).

Neste estudo foi verificada a terapia medicamentosa anti-hipertensiva utilizada pelos entrevistados. Como mostrado na Figura 2, observou-se que, no tratamento monoterápico, 72% dos pacientes utilizam o captopril, 15% fazem uso do propranolol e 13% usam outros anti-hipertensivos (nifedipina, enalapril e hidroclorotiazida). Vale ressaltar que 42% dos entrevistados utilizam anti-hipertensivos em associação, destacando-se o captopril em associação com o propranolol (24%) e com hidroclorotiazida (15%).

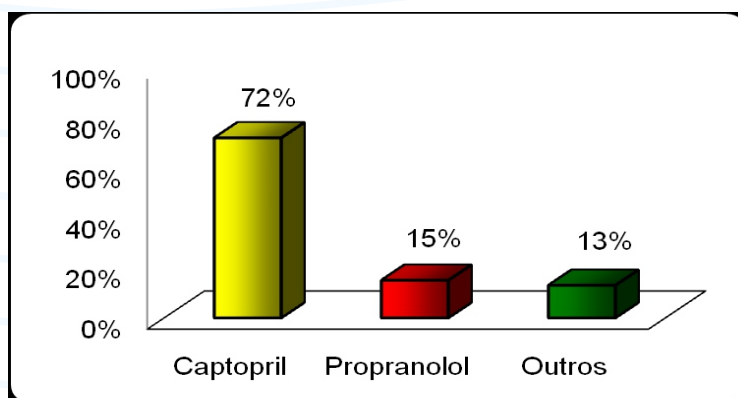


Figura 2: Terapia medicamentosa anti-hipertensiva usada pelos pacientes entrevistados.

O captopril é classificado como um inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) e representa

um dos maiores vasodilatadores conhecidos. Além de reduzir a pressão arterial sistêmica, os IECA reduzem também a pressão intraglomerular, conseqüentemente, favorecendo a proteção renal específica (MAGNABOSCO, 2007). O estudo realizado por Souza (2006) mostrou que a maioria (42%) dos hipertensos utilizava esta classe de anti-hipertensivos.

Quanto aos níveis pressóricos obtidos no momento da entrevista (Tabela 2), observou-se que a maioria dos hipertensos analisados (65%) estava com a pressão arterial controlada, abaixo de 140/90 mmHg. Estes pacientes demonstraram maior preocupação em controlar a doença, pois relataram que vão, em média, pelo menos duas vezes por ano ao médico, fazem restrição da ingestão de sal, utilizam o álcool com moderação. Os demais pacientes apresentaram hipertensão leve (25%) e moderada (10%) e demonstraram menor preocupação no controle da pressão arterial, pois relataram, principalmente, que fazem uso irregular de medicamentos anti-hipertensivos, possuem vida sedentária e fazem consumo de bebida alcoólica.

Classificação	PAS^a (mm Hg)	PAD^b (mm Hg)	População em Estudo (%)
Hipotensão	< 100	< 60	-
Normal	100 – 139	60 – 89	65
Hipertensão leve	140 – 159	90 – 99	25
Hipertensão moderada	160 – 180	100 – 110	10
Hipertensão grave	> 180	> 110	-
Hipertensão sistólica específica	> 140	< 90	-

Tabela 2: Relação entre os níveis pressóricos observados no estudo e a classificação da pressão arterial de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2004).

^aPressão Arterial Sistólica.

^bPressão Arterial Diastólica.

A falta de adesão ao tratamento medicamentoso tem chegado a aproximadamente 40% dos pacientes com hipertensão, que pode ser atribuída a vários fatores, incluindo custo da medicação, informação inadequada do paciente, uso de mais de uma droga, efeitos adversos, cronicidade da doença e ausência de sintomas específicos (PIERIN, 2001).

Distintos fatores podem influenciar a adesão ao tratamento: aqueles ligados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); os relacionados à doença (cronicidade, ausência de

sintomas e de complicações); os concernentes às crenças de saúde (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e auto-estima) e os ligados ao tratamento, que englobam a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), os relacionados à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento) e ao relacionamento com a equipe de saúde (LIMA, MEINERS; SOLER, 2010). Gonçalves *et al.* (2005) comentam que muitos pacientes com hipertensão têm controle inadequado dos valores pressóricos, o que os coloca em um patamar de risco mais elevado.

Renovato; Trindade (2004), citam que a participação do farmacêutico na equipe multiprofissional tem sido consolidada, e a sua proximidade da comunidade reforça a implementação de projetos no combate à hipertensão, tendo como local de realização a própria farmácia e a aplicação de uma nova prática: a Atenção Farmacêutica.

Pereira; Krieger (2005) relataram que existe uma correlação positiva entre os níveis de PA de um indivíduo e a incidência de doenças cardiovasculares, renais e mortalidade, mesmo que este indivíduo tenha sua PA na faixa dita de normalidade. Assim, a alta pressão arterial é usada, com frequência, para identificar pessoas sob risco de doença cardiovascular (DAVIES, 2002).

Nos últimos anos vem aumentando a frequência de pessoas que mesmo tendo conhecimento da sua doença hipertensiva, não modificam sua atitude diante da importância do tratamento (LESSA, 2001). Convencer um paciente, muitas vezes assintomático, de que ele é doente, especialmente quando isto implica em mudanças no estilo de vida ou ainda na obrigação de usar medicamentos para sempre, é um objetivo menos facilmente alcançado. Os profissionais não podem subestimar as dificuldades encontradas na adoção de medidas que alteram substantivamente os hábitos de vida dos pacientes. Nesse sentido, é importante uma boa relação entre a equipe de saúde para uma orientação personalizada, adequando-a aos hábitos de vida e ao poder aquisitivo do paciente.

4 CONCLUSÃO

Em relação aos indivíduos que fizeram parte deste estudo destacam-se as mulheres, pois as mesmas tiveram maior preocupação no monitoramento da hipertensão em relação aos homens, com predomínio de indivíduos com a idade acima de 60 anos. Assim, os idosos também vêm se preocupando com este monitoramento e com a qualidade de vida.

Quanto aos fatores de riscos relatados pelos entrevistados predominaram o estresse, idade acima de 60 anos e sedentarismo, respectivamente, sendo que a terapia medicamentosa mais observada foi baseada no uso de captopril. Para conscientizar as pessoas a adotarem um estilo de vida saudável, a educação em saúde consiste de um recurso oportuno e imprescindível à mudança de atitude que vise o controle da hipertensão e a busca do melhor nível de saúde e bem-estar.

Diante disso, torna-se necessário uma orientação farmacêutica para população visando a elaboração de um plano de avaliação que venha suprir as necessidades terapêuticas desta comunidade. Dessa forma, este estudo vem chamar a atenção para a necessidade de programas com ênfase na orientação sobre hipertensão arterial buscando o bem estar da população de um modo geral. No momento, tanto no âmbito federal e estadual, estão sendo direcionados esforços no sentido de estabelecer propostas que viabilizem assistência adequada às pessoas hipertensas.

PATIENTS WITH HYPERTENSION: RISK FACTORS AND PHARMACOLOGICAL PRACTICE

Abstract

The objective of this study was to identify risk factors that predominate among hypertensive patients evaluated and which drugs most used by these patients. To this end, 74 individuals were interviewed using a structured interview guide and promptly made up of open and closed questions. The interviews were conducted during the period from March to June 2012. Based on these results, it was observed that 58% of the patients were female, 48% aged 60 years and that the main practical drug reported by respondents was the use of captopril with the main adverse reaction to cough. Therefore, it is necessary to draw up a program to encourage rational use of antihypertensive medications and better pharmaceutical care to hypertensive patients to improve the quality of life of this patient.

Keywords: Hypertension. Medicines. Pharmacological treatment. Risk factors.

REFERÊNCIAS

ABREU-LIMA, C.; SANTOS, A. C. Hipertensão de difícil controle: impacto do estilo de vida. **Revista Brasileira de Hipertensão** v.16, p. S5-S6, 2009.

ALMEIDA, F. A.; RODRIGUES, C. I. S. Revisão/Atualização em Hipertensão Arterial: Terapia de reposição hormonal na menopausa. Impacto sobre a pressão arterial e outros fatores de riscos cardiovasculares. **J. Bras. Nefrol.** v.19, n.4, p.433-438, 1997.

AMADO, T. C. F.; ARRUDA, I. K. G. Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica** v.19 n.2 p.94-99, 2004.

ASPERHEIM, M. K. **Farmacologia para enfermagem**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004, 256p.

BENARAB, M. C. B. S; *et al.* Avaliação da função renal do idoso em duas horas. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 55, n. 3, p. 269-278, 2005.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 58 p

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, 108p.

BRASIL. **Ministério da saúde**. Saúde lança Caderno de Atenção Básica para Hipertensão. Disponível em: <http://portalweb05.saude.gov.br/portal/aplicações/noticias/noticias_detalle> 2007a. Acesso em: 20.mai.07.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de políticas Públicas. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/hipertensaodiabetes/documentos/publicacoes/plano_reorganizacao_atencao.pdf> 2007b. Acesso em: 10 Abr.07.

BRASIL. **Ministério da saúde**. Pratique Saúde contra a Hipertensão Arterial. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23616&janela=1> 2004. Acesso em: 27. Set. 07.

BRUTON, L. L. **As bases farmacológicas da terapêutica**. Rio de Janeiro: MCGRAW-HILL Brasil, 2006.

CAVAGIONI, L. C.; **Perfil dos riscos cardiovasculares em motoristas profissionais de transporte de cargas da rodovia BR-116 no trecho paulista-Régis Bittencourt**. 2006. 230p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

CESARINO, E. J. *et al.* Avaliação do risco cardiovascular de indivíduos portadores de hipertensão arterial de uma unidade pública de saúde. **Einstein**. v.10, n. 1, p.33-8, 2012.

DAVIES, A. **Fisiologia Humana**. São Paulo: Artmed, 2002, 980p.

GOES, E. L. A.; MARCON, S. S. A convivência com a hipertensão arterial. **Acta Scientiarum Maringá**, v. 24, n. 3, p. 819-829, 2002.

GONÇALVES, S. C. *et al.* Hipertensão arterial não-controlada: Causas e condutas. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**. v.8, n.2, p. 56-58, 2005.

GOWDAK, D.; MARTINS, E. **Ciências – Natureza e Vida para a educação de Jovens e Adultos (EJA)**. 4ª ed. São Paulo: FTD, 2001. 207 p.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Fisiologia humana e mecanismos das doenças**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GUYTON, A. C. **Tratado de fisiologia médica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997, 1014p.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro. Elsevier, 2006, 115p.

LESSA, I. **Não adesão ao tratamento da hipertensão: consequências sócio-econômicas para o indivíduo e para a sociedade**, p. 96, 2001.

LIBERMAM, A. Aspectos epidemiológicos e o impacto clínico da hipertensão no indivíduo idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão** v.14, n.1, p. 17-20, 2007.

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. **Rev Pan-Amaz Saude** v.1 n.2, p. 113-120, 2010.

LOPES, A. A.; SILVEIRA, M. A.; MARTINELLI, R.; NOBLAT, A. C. B. Influência da hipertensão arterial na incidência de doença renal terminal em negros e mulatos portadores de glomerulonefrite. **Revista de Associação Médica Brasileira**, v.48, n.2. São Paulo. abr./jun. 2002.

MAGNABOSCO, P. **Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência**. 2007. 123p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MANO, R. Hipertensão Arterial - Tratamento Farmacológico – IECA. Manuais de Cardiologia. **Livro virtual** - ano 9, 2008. Disponível em: <http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/has_Page811.htm> Acesso em: 17. Nov. 2009.

MION JR, D.; PIERIN, A. M. G.; GUIMARÃES, A. Tratamento da hipertensão arterial - respostas de médicos brasileiros a um inquérito. **Revista de Associação Médica Brasileira**. v.47, n.3, São Paulo jul./set. 2001.

MONTEIRO, M. F; FILHO, D. C. S; Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.10, n.6, Niterói nov./dez. 2004.

PEREIRA, A. C.; KRIEGER, J. E. Dos fatores de risco clássicos ao perfil de risco individualizado. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, v. 8, n. 4, 2005.

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

PIERIN, A. M. G. **Adesão ao tratamento**: conceitos. São Paulo: Lemos; 2001, cap 1, p.25.

PONTE, V. M. R. *et al.* **Análise das metodologias e técnicas de pesquisas adotadas nos estudos brasileiros sobre *balanced scorecard***: um estudo dos artigos publicados no período de 1999 a 2006. Disponível em: <[http://www.anpcont.com.br/site/docs/congres soI/03/EPC079 .pdf](http://www.anpcont.com.br/site/docs/congres%20soI/03/EPC079.pdf)> 2007b. Acesso em: 07 agosto 2012.

RENOVATO, R. D.; DANTAS, A. O. Percepção do paciente hipertenso sobre o processo saúde-doença e a terapêutica medicamentosa. **Infarma**, v.17, nº 3/4, 2005.

RENOVATO, R. D.; TRINDADE, M. F. Atenção farmacêutica na hipertensão arterial em uma farmácia de Dourados, Mato Grosso do Sul. **Infarma**, v.16, nº 11-12, 2004.

SANTOS, Z. M. S. A.; LIMA, H. P. Atitudes e práticas adotadas por trabalhadores hipertensos no controle da doença. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Ano/vol. 18, n. 03, 2005.

SILVA, P. **Farmacologia**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, 1369p.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, p. 330-335, 2004.

SILVA, L. B. E. *et al.* Prevalência de Hipertensão Arterial em Adventistas do Sétimo Dia da Capital e do Interior Paulista. **Arq Bras Cardiol** v.98, n.4, p.329-337, 2012.

SILVA, E.; L. MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001, 121p.

SIMÃO, M. **Hipertensão arterial e fatores de risco associados**: estudo entre universitários da cidade de Lubango – Angola. 2005. 135p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Influência do fumo/estresse. **Cartilha do Hipertenso**, Nº 07, 2001. Disponível em: <[http://www.sbh.org.br/Publico/Download /cartilha_07.pdf](http://www.sbh.org.br/Publico/Download/cartilha_07.pdf)> Acesso em: 25. Jun. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.82, (suplemento IV), p. 09-14, 2004.

ZAITUNE, M. P. A. *et al.* Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(2): 285-294, fev, 2006.

GLOSSÁRIO

OMS – Organização Mundial de Saúde

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

mmHg – Milímetro de mercúrio

IECA - Inibidor da enzima conversora de angiotensina

PAS - Pressão arterial sistólica

PAD – Pressão arterial diastólica

DCV – Doença cardiovascular

DRT – Doença renal terminal

PA – Pressão arterial