

HIPERTENSÃO ARTERIAL NO BRASIL

ARTERIAL HYPERTENSION IN BRAZIL

Leonam Kurt Maciel Reinert

Discente do curso de farmácia Faculdade Evangélica de Ceres

E-mail: kurt.maciel@hotmail.com

Padiler Neves Maciel

Discente do curso de farmácia Faculdade Evangélica de Ceres

E-mail: padilern@gmail.com

Luciano Ribeiro Silva

Especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Vigilância Sanitária, e Citologia Clínica, docente da Faculdade Evangélica de Ceres-GO

luciano_rsilva@ig.com.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. **OBJETIVO:** O objetivo desta pesquisa foi descrever através da revisão de literatura os fatores de risco associados à hipertensão arterial sistêmica, bem como demonstrar os meios que a hipertensão arterial são alavancadas no Brasil. **METODOLOGIA:** O seguinte trabalho é formado por uma revisão de literatura, envolvendo o levantamento bibliográfico e a revisão bibliográfica, de acordo com os procedimentos técnicos foi empregado a pesquisa bibliográfica. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O seguinte estudo foi composto de 25 leituras, onde os dados foram obtidos através da pesquisa bibliográfica e do levantamento bibliográfico, após a leitura dos artigos foram selecionados 20 que contemplavam o assunto abordado. **CONCLUSÃO:** A hipertensão arterial representa um grave problema de saúde. Isso não se deve apenas à elevada prevalência, mas também a grande parcela de indivíduos hipertensos não diagnosticados e tratados inadequadamente, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento.

Palavras-chave: Hipertensão histórico, evolução da hipertensão arterial no Brasil, fatores de risco da hipertensão arterial.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a serious public health problem in Brazil and in the world. It is one of the most important risk factors for the development of cardiovascular, cerebrovascular and renal diseases, accounting for at least 40% of deaths due to stroke, 25% of deaths due to coronary artery disease and, in combination with diabetes, 50% of cases of end-stage renal failure. **OBJECTIVE:** The purpose of this study was to describe the risk factors associated with systemic arterial hypertension in the literature review, as well as to demonstrate the means that hypertension is leveraged in Brazil. **METHODOLOGY:** The following work was formed by a review of the

literature, involving the bibliographical survey and the bibliographic review, according to the technical procedures used for bibliographic research. **RESULTS AND DISCUSSIONS:** The following study was composed of 25 readings, where the data were obtained through the bibliographical research and the bibliographic survey, after reading the articles were selected 20 that contemplated the subject addressed. **CONCLUSION:** Hypertension represents a serious health problem. This is not only due to the high prevalence, but also the large number of undiagnosed and inadequately treated hypertensive individuals, or the high rate of treatment abandonment.

Key words: Historical hypertension, evolution of hypertension in Brazil, risk factors of arterial hypertension.

Endereço para correspondência: Facer - Unidade Ceres

Av. Brasil, Qd 13 Morada Verde, Ceres-GO Fone: (62) 3323-1040. CEP: 76.30000

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) e o diabetes *mellitus* (DM) são doenças crônicas não transmissíveis de elevada prevalência, consideradas relevantes problemas de Saúde Pública, destacando-se entre os cinco principais riscos globais de mortalidade, essa alta prevalência leva problemas em indivíduos de maior idade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma em cada três pessoas adultas tem a pressão arterial alta e uma em cada dez apresenta DM. Na população norte-americana, a prevalência de HAS aumentou entre os períodos 1988-1994 e 2005-2008, passando de 26,4 para 31,6% nos homens e de 24,4 para 29,8% nas mulheres. Nessa mesma população, entre os anos de 2005 e 2008, o DM atingia 4,0% e 14,0% da população nas faixas etárias de 20 a 44 e 45 a 64 anos, respectivamente, nessa perspectiva sua forma de prevenção e tratamento seria o acompanhamento na saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde (Tortorella, Corso et al. 2017).

Na medida da pressão arterial na posição ereta, o braço precisa ser sustentado na altura do coração, com apoio. Na presença de fibrilação atrial, pela dificuldade de consignação da pressão arterial, necessitarão ser considerados os valores aproximados, a pressão arterial necessita ser medida também na posição ortostática (JUNIOR et al, 1999).

Considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, seu alto custo social é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio. Hipertensão, usualmente chamada de pressão alta, é ter a pressão arterial, ordenadamente, igual ou maior que 14 por 9. A pressão se abrange diversos motivos, mas especialmente porque os vasos nos quais o sangue rodeia se contraem. O coração e os vasos podem ser comparados a uma torneira aberta ligada a diversos esguichos. Se fecharmos a ponta dos esguichos a pressão lá dentro se

expande. O mesmo acontece quando o coração bombeia o sangue. Se os vasos são estreitados à pressão aumento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2017).

No fim do século 19, Mohamed referiu a síndrome arterial hipertensiva. Em 1881, Riva-Rocci mencionou o primeiro esfigmomanômetro e em 1906, Korotkoff tornou a prática a medida de pressão arterial. Em 1914, Volhard narrou sobre as síndromes de hipertensão maligna e benigna. Goldblatt, em 1934, referiu a hipertensão renovascular e, em 1939, Page e Braun Menendez expõem a angiotensina. Cohn, em 1955, descreveu o hiperaldosteronismo e, em 1959, ficou clara a inter-relação entre angiotensina e aldosterona (RAMOS, 1998).

A hipertensão arterial é um fator decisivo para o acometimento de doenças que induzem a aterosclerose e trombose, destacando o acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. Essa variedade de resultados coloca a hipertensão arterial na ascendência das doenças cardiovasculares e, deste modo, se determina os motivos de maior diminuição da qualidade e expectativa de vida dos hipertensos (FUCHS, 2004).

Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, entre 1970 e começo dos anos 90, revelam estimativas de prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste. Esses estudos de prevalência são essenciais fontes de conhecimento da frequência de agravos na população: servem, também, para a investigação de mudanças ocorridas após as intervenções. Nos últimos anos, nota-se um crescimento do número de estudos transversais para ajustar a prevalência da hipertensão arterial. Lembra-se, contudo, uma ampla variabilidade no conhecimento obtido, em papel de vários fatores, entre os quais: desenhos de amostra múltipla; distintos grupos populacionais (sexo, idade, renda, escolaridade, etc) abrangência geográfica do estudo (nacional, regional, urbano, rural); d) critérios de diagnóstico e rigor na mensuração da pressão arterial (PA), fonte e tipo de dados coletados; análise dos dados (PASSOS et al, 2006).

No Brasil, HA alcança 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, colaborando direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto alto na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, considerada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. Em 2013 aconteceram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de DCV, o principal motivo de morte no país. Estratégias para prevenção do desenvolvimento da HA englobam políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. O objetivo deve ser estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da PA e de FR associados, por meio da

modificação do estilo de vida (MEV) e/ou uso regular de medicamentos (MALACHIAS, 2016).

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o aumento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira muda de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi dirigido. A fundamental importância da identificação e controle da HAS habita na diminuição das suas complicações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A verificação da PA é o elemento-chave para a determinação do diagnóstico da hipertensão e, conseqüentemente, para que o tratamento seja iniciado precocemente, evitando as complicações da doença, torna-se fundamental o aperfeiçoamento da equipe multiprofissional quanto ao cumprimento do procedimento. Para o tratamento da doença são empregadas tanto medidas não medicamentosas isoladas, como associadas à adoção de fármacos anti-hipertensivos. O tratamento não farmacológico se constitui na mudança dos hábitos de vida do paciente. Abrangem hábitos alimentares saudáveis, diminuição do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo, combate ao sedentarismo, gerenciamento do estresse e suspensão de drogas hipertensivas (ABREU, 2007).

No exercício clínico a pressão é determinada em termos de pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD), que concebem os dois pontos extremos do elemento pulsátil em torno da pressão arterial média (PAM), calculada como $PAD + (PAS - PAD)/3$, e que reflete a pressão da aorta e dos grandes vasos se o débito cardíaco fosse não-pulsátil (elemento fixo). Já o componente pulsátil é determinado pela pressão de pulso (PP), que vem a ser a diferença entre a PAS e a PAD e é verificada por dois componentes hemodinâmicos fundamentais: o componente direto procedente da interação entre a ejeção ventricular (volume sistólico e velocidade de ejeção ventricular) e as características viscoelásticas das grandes artérias, enquanto o componente indireto seria a reflexão da onda de pulso (NOGUEIRA, 2003).

A HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual. A medida da PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde. Os procedimentos de medida da pressão são simples e de fácil realização; contudo, nem sempre são realizados de forma

adequada. Condutas que podem evitar erros são, por exemplo, o preparo apropriado do paciente, uso de técnica padronizada e equipamento calibrado (PIERIN et al, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma patologia que atinge cerca de 30% da população adulta e faz parte do grupo de doenças cardiovasculares como um dos mais importantes fatores de risco, sendo caracterizada como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doença vascular cerebral, insuficiência renal e cardíaca e doença arterial coronariana. O objetivo desta pesquisa foi descrever através da revisão de literatura os fatores de risco associados à hipertensão arterial sistêmica, bem como demonstrar os meios que a hipertensão arterial são alavancadas no Brasil. O presente estudo se justifica pelo fato da HAS ser uma doença crônica prevalente no Brasil, assim pretende-se contribuir para o desenvolvimento de novas pesquisas direcionadas a atividade educativa do farmacêutico relacionadas ao tratamento medicamentoso, assim como intervenções educativas colaboram cada vez mais para que os pacientes hipertensos tenham otimização de seus resultados terapêuticos, conscientização quanto aos cuidados com a saúde, assim como melhora em sua qualidade de vida.

O objetivo desta pesquisa foi descrever através da revisão de literatura os fatores de risco associados à hipertensão arterial sistêmica, bem como demonstrar os meios que a hipertensão arterial são alavancadas no Brasil.

METODOLOGIA

O seguinte trabalho é formado por uma revisão de literatura, envolvendo o levantamento bibliográfico de acordo com os procedimentos técnicos foi empregado a pesquisa bibliográfica. A coleta de dados foi realizada, no período de Agosto e Setembro de 2017.

Foi utilizada como método a pesquisa bibliográfica, seja qual for o trabalho planejado, permitindo ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Encontram-se, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, buscando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002).

Para isto foi realizado um estudo com abordagem qualitativa descritiva, do tipo revisão de bibliográfica, onde o total foi utilizado 20 artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, a busca eletrônica nas bases de dados National Library of Medine e Scielo (Scientific Electronic Library Online), a partir dos descritores em saúde: Hipertensão arterial sistêmica e fatores de risco.

Leitura de reconhecimento do material bibliográfico: Leitura rápida que objetiva identificar e selecionar o material que pode retratar informações e/ou dados referentes ao tema. Momento de incursão em bibliotecas e bases de dados computadorizadas para a localização de obras relacionadas ao tema; Leitura exploratória: Se direciona a uma leitura rápida cuja finalidade é verificar se as informações e/ou dados selecionados interessam de fato para o estudo; requer sabedoria sobre o tema, domínio da terminologia e habilidade no manuseio das publicações científicas. Momento de leitura dos sumários e de manuseio das obras, para comprovar de fato a existência das informações que respondem aos objetivos propostos; Leitura seletiva: Determina o material que de fato interessa, correlacionando-o diretamente aos objetivos da pesquisa. No momento da seleção das informações e/ou dados pertinentes e relevantes, quando são identificadas e descartadas as informações e/ou dados secundários; Leitura reflexiva ou crítica: Conhecimento crítico do material orientado por critérios decididos a partir do ponto de vista do autor da obra, tendo como finalidade ordenar e sumarizar as informações ali contidas; Leitura interpretativa: Implica na interpretação das ideias do autor, acompanhada de uma inter-relação destas com o propósito do pesquisador. Requer um exercício de associação de ideias, transferência de situações, comparação de propósitos, liberdade de pensar e capacidade de criar. A base norteadora nesse momento é o propósito do pesquisador (LIMA et al., 2007).

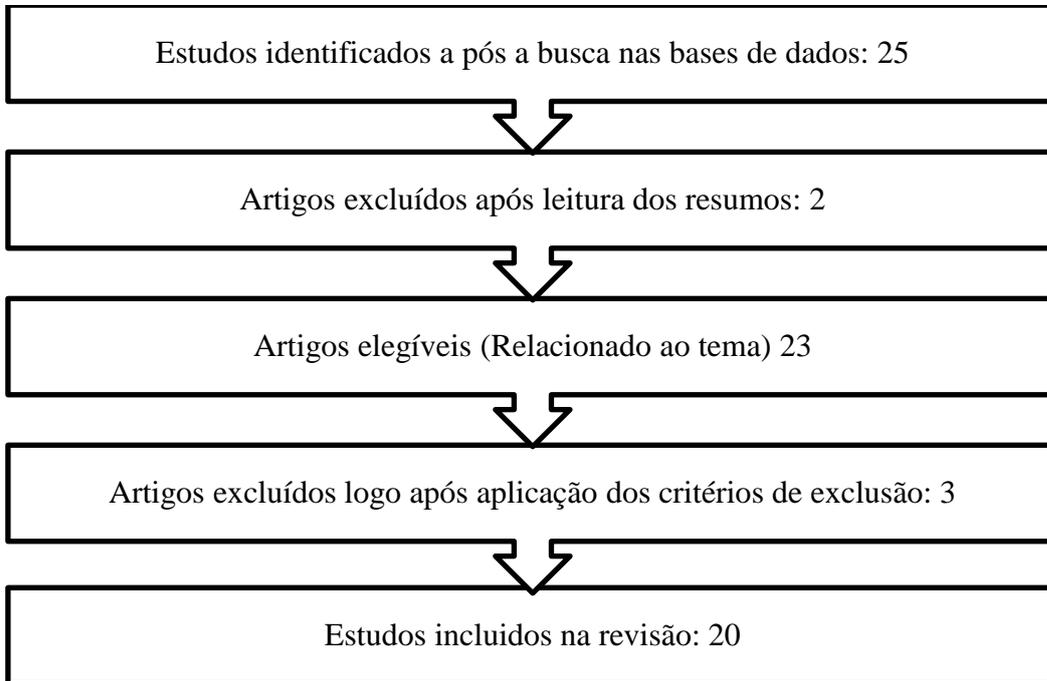
Os seguintes passos foram utilizados na realização do seguinte trabalho o levantamento bibliográfico nas bases de dados; a leitura exploratória dos estudos, examinando os estudos localizados para a revisão literária; Foram incluídos artigos em português; relacionados ao tema, e excluídos os artigos em inglês e não relacionado ao tema.

Para compor a amostra foram selecionados os artigos que satisfizeram os seguintes critérios de inclusão: publicados na língua portuguesa e com texto completo disponível. Dentre os resultados apresentados observou-se que os principais fatores de risco foram sedentarismo e antecedentes familiares, isto aponta para a necessidade de se implementar ações mais efetivas nas atividades educativas, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção da doença.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O seguinte estudo foi composto de 25 leituras, onde os dados foram obtidos através da pesquisa bibliográfica e de revisão bibliográfica, após a leitura dos artigos foram selecionados 20 que contemplavam o assunto abordado.

FIGURA 1. Fluxograma de identificação e seleção dos artigos para revisão sistemática de literatura com o tema hipertensão arterial.



Nos tempos antigos, os egípcios já continham conhecimento sobre a procedência da pulsação e do desempenho do bombeamento do coração. A observação do pulso vascular é muito remota enquanto que a aquisição da pressão arterial só aconteceu séculos mais tarde. O pulso foi citado pelos egípcios no papiro de Edwin Smith em 1600 aC, no papiro terapêutico de Thebes em 1552 aC e no papiro de Ebers em 1550 a C o qual acontece a informação de que introduzindo os dedos sobre diversos componentes do corpo, e possível se conferir que o coração ‘fala’ por meio dos vasos (GIORGI, 2011).

Em 1939, a “American Heart Association” e a “Society of Great Britain and Ireland” determinaram os procedimentos da pressão arterial. Em 1949, instituindo o “Council for High Pressure Research”, conduzindo a uma pesquisa sofisticada em hipertensão. As pesquisas levaram à descoberta dos receptores simpáticos exclusivos, dos canais de cálcio, dos canais de potássio, dos inibidores do sistema renina-angiotensina e, por fim, estão nascendo as primeiras conquistas por meio da biologia molecular. No que pertence à história da terapêutica da hipertensão arterial, em 1876, Ambard descobriu que os hipertensos excretavam menos cloreto pela urina, e, em 1922, Allen padronizou o tratamento da hipertensão usando dietas pobres em sal. Surgiram em questionamentos de que baixar a pressão seria um benéfico ou maléfico para os pacientes hipertensos. Van Slyke mostrou que

a baixa da pressão utilizando tiocianeto de potássio não reduzia a depuração renal, uma vez que existia um mecanismo de esauto-regulação da circulação a esse órgão. As drogas existentes até a década de 1940 eram realmente muito pouco efetivas no que se refere ao controle da pressão arterial, compondo, essencialmente, uma mistura, em extensões diversas, de papaverina, aminofilina e barbitúricos leves administrados por via oral (RAMOS, 1998).

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o determinante de risco para as complicações mais corriqueiras como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, como também da doença renal crônica terminal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Pressão alta é uma enfermidade "democrática", que atinge homens e mulheres, brancos e negros, ricos e pobres, idosos e crianças, gordos e magros, indivíduos calmos e nervosos. A Hipertensão é muito corriqueira, arremete uma em cada quatro pessoas adultas. Deste modo, estima-se que obtenha em torno, de no mínimo, 25 % da população brasileira adulta, chegando a mais de 50% após os 60 anos e está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil. É responsável por 40% dos infartos, 80% dos derrames e 25% dos episódios de insuficiência renal terminal. As graves implicações da pressão alta podem ser impedidas, desde que os hipertensos conheçam sua condição e mantenham-se em tratamento com apropriado controle da pressão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2017).

Os episódios hipertensivos podem levar ao uso de diversas drogas que liberam catecolaminas, p. ex., histamina, opiáceos ou nicotina, ou que antagonizam a dopamina, p. ex., droperidol, ou impedem a recaptura de catecolamina, p. ex., antidepressivos tricíclicos. A crise aguda pode persistir minutos ou horas e está associada a cefaleia, ansiedade, palpitação, sudorese fria profusa, palidez, tremor periférico, além de náusea e vômito. De modo geral, a pressão arterial está muito elevada e sintomas de angina ou edema agudo de pulmão podem acontecer. Não é raro esses indivíduos mostrarem hipotensão postural. Sendo assim hipovolêmicos, pela excessiva vasoconstrição, e uma diminuição brusca na secreção de catecolaminas pode gerar queda súbita da pressão arterial em ortostase (OIGMAN, 2014).

A pressão alta acomete os vasos, coração, rins e cérebro. Os vasos são recobertos internamente por uma camada muito fina e delicada, que é machucada quando o sangue está circundando com pressão aumentada. Com isso, os vasos se tornam endurecidos e estreitados chegando, com o passar dos anos, entupir ou romper. Quando o entupimento de um vaso ocorre no coração, gera a angina que pode acarretar em infarto. No cérebro, o entupimento ou rompimento de um vaso, levando ao AVC. Nos rins podem acontecer alterações na filtração até a parada dos órgãos. Todas essas circunstâncias são muito graves e podem ser impedidas

com o tratamento apropriado, dirigido por médicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2017).

A hipertrofia ventricular esquerda (HVE) pode produzir um quadro de disfunção diastólica. Como sinal clínico há surgimento de um galope pré-sistólico (quarta bulha), que pode ser palpável, e também de um íctus propulsivo não desviado para a esquerda. Um sopro sistólico mais audível no foco aórtico pode ser comum, caracterizando espessamento e/ou calcificação da válvula aórtica, além de uma segunda bulha A2 intensa e clangorosa. Diversas vezes a HVE é tão desproporcional (diminuído fluxo coronariano por grama de tecido miocárdico) que pode se mostrar-se com episódios isquêmicos. A aterosclerose coronariana é corriqueira em hipertensos de longa duração. Assim sendo, os sintomas comuns à aterosclerose coronária são frequentes nos hipertensos, nada diferindo dos coronarianos não hipertensos. A dilatação ventricular e a progressiva diminuição na fração de ejeção desenvolvem sinais e sintomas decorrentes da disfunção sistólica (galope protodiastólico — terceira bulha). A dispneia é progressiva aos esforços, evoluindo para dispneia paroxística noturna (edema agudo do pulmão), sendo a manifestação mais comum. O progresso da disfunção ventricular para insuficiência cardíaca congestiva leva ao aparecimento de edema de membros inferiores, derrame pleural, hepatomegalia e turgência jugular (OIGMAN, 2014).

Os valores da pressão arterial de cada indivíduo são apontados pela pressão a que o sangue circula nas artérias do organismo, em decorrência do ato de bombeamento que o coração executa por pulsação. Portanto, cada vez que o coração se contrai (sístole), o sangue é ejetado por meio da artéria aorta. A pressão máxima alcançada no decorrer a expulsão do sangue é a chamada pressão sistólica (pressão máxima). Em seguida, a pressão dentro das artérias vai descendo à medida que o coração se relaxa. A pressão mais baixa atingida é a chamada pressão diastólica (pressão mínima). O esfigmomanómetro de mercúrio é, o equipamento que proporciona maior veracidade e rigor na medição da pressão arterial. Ele é o protótipo contra o qual todos os outros equipamentos, por mais aprimorados que sejam, necessitam ser comparados. Nos dias de hoje em dia, de equipamentos semi-automáticos que, desde que bem calibrados, se tornar mais fácil a medição da pressão. Uma boa regra é a de medir primeiro a pressão arterial sistólica pela técnica da palpação da artéria radial, no pulso. Só depois se necessita passar ao método auscultatório, medindo a pressão arterial sistólica (aparição dos sons) e a pressão arterial diastólica (desaparição dos sons) (CARRAGETA, 2006).

Tabela 1: Classificação da pressão arterial segundo os valores da pressão arterial sistólica e diastólica, segundo as VII diretrizes brasileiras de Hipertensão Arterial

Classificação da pressão arterial	Pressão arterial sistólica (mmHg)		Pressão arterial diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	e	< 80
Normal	< 130	e	< 85
Limítrofe	130 a 139	ou	85 a 89
Estágio 1	140 a 159	ou	90 a 99
Estágio 2	160 a 179	ou	100 a 109
Estágio 3	≥ 180	ou	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	> 140	e	< 90

Fonte: VII diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial

Tabela 2: Classificação da pressão arterial sistólica e diastólica, segundo o VII, Joint National Committee

Classificação da pressão arterial	Pressão arterial sistólica (mmHg)		Pressão arterial diastólica (mmHg)
Normal	< 120	e	< 80
Pré-hipertensão	120 a 139	ou	80 a 89
Hipertensão estágio 1	140 a 159	ou	90 a 99
Hipertensão estágio 2	≥ 160	ou	≥ 100

Fonte: Calhoun DA, Jones D, Textor S, Goff DC, Murphy TP, Toto RD, et al. American Heart Association Professional Education Committee.

Em estudos populacionais, a pressão arterial tem semelhança direta com o risco de morte e de episódios mórbidos. Os limites de pressão arterial avaliados normais são arbitrários e, na estimativa dos pacientes, deve-se analisar o aspecto de fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e doenças conectadas. A acurácia do diagnóstico de hipertensão arterial depende essencialmente os cuidados determinados nas medidas da pressão arterial. Reduzem os riscos de falsos diagnósticos, tanto da hipertensão arterial quanto do normotenso, e suas modificações na saúde dos indivíduos e no custo social envolvido. Prevenir e tratar a hipertensão arterial submerge ensinamentos para o conhecimento da doença, de suas inter-relações, de suas complicações e implica, na maior parte das vezes, a necessidade da introdução de modificações de hábitos de vida (ESTEVEVES et al, 2007).

A hipertensão arterial como um fator de risco que levam a doenças cardíacas, cerebrais, renais e vasculares periféricas, é responsável por quase 25 a 40% cardiopatias isquêmicas e acidentes vasculares cerebrais. As doenças cardiovasculares nos dias atuais têm tomado um lugar indiscutível na mortalidade e morbidade mundial. A hipertensão arterial é um amplo problema de saúde pública em nosso país, em pesquisas efetivadas por sua

prevalência foi ressaltado que cerca de 15 a 20% entre indivíduos adultos maiores de 20 anos de idade. A crise hipertensiva é distinguida pelo aumento repentino da pressão arterial, induzindo ou não riscos a órgãos-alvos, que podem provocar risco eminente a vida. No Brasil a hipertensão arterial tem proporcionado por meio de estudos, obtidos com base populacional as prevalências entre 20 a 30%, entre os fatores constituintes para a aumento da pressão arterial estão: idade, raça, sexo, ingesta de sal, tabagismo, estresse, obesidade. A hipertensão arterial é uma doença que possui vários fatores, composta por múltiplos mecanismos, caracterizada pelo aumento do débito cardíaco e da resistência vascular periférica. No Brasil as doenças cardiovasculares são identificadas como um dos principais causadores de morte, correspondendo a 30% dos óbitos nas mais diversas faixas etárias (DELGADO; SILVA, 2011).

O principal motivo de morbimortalidade na população brasileira, não há uma causa única para estas doenças, mas múltiplos fatores de risco que acrescentam a probabilidade de seu acontecimento, apresentam dois dos principais fatores de risco, colaborando decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional. A hipertensão simula de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio oferecem hipertensão associada (BRASIL, 2001).

Quando um indivíduo exibe uma hipertensão arterial grave ou prolongada e não combinada, expõe dores de cabeça, vômito, dispneia ou deficiência de ar, agitação e visão borrada em consequência de lesões que comprometem o cérebro, os olhos, o coração e os rins (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2017).

Modificações de estilo de vida são essenciais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, especialmente quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e a utilização exacerbada de álcool são fatores de risco que necessitam ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não alcançam os níveis recomendados de pressão arterial. Apesar dessas evidências, hoje, incontestáveis, esses fatores pertinentes a hábitos e estilos de vida crescem na sociedade induzindo a um crescimento progressivo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle impróprio. A respeito da importância da abordagem individual, cada vez mais se evidencia a necessidade da abordagem coletiva para se alcançar resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que induzem a hipertensão arterial. Uma reforça a outra e são complementares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Entre as doenças crônicas, as cardiovasculares são responsáveis por 18 milhões de mortes anualmente no mundo, deste modo as isquemias cardíacas e as doenças cerebrovasculares responsáveis por dois terços destes óbitos e por, aproximadamente, 22% dos 55 milhões de óbitos por todas as causas (BRASIL, 2004).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem elevada prevalência e baixas taxas de controle, é um dos principais fatores de risco que alteram e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A aderência ao tratamento, assim sendo a utilização correta dos medicamentos, são fatores que determinam o sucesso terapêutico. A atenção farmacêutica pode ser determinada como interação direta do farmacêutico com o paciente, apontando a uma farmacoterapia racional e o alcance de resultados mensuráveis, voltados para o avanço da qualidade de vida. O profissional farmacêutico, por meio da prática atenção farmacêutica, torna-se um aliado à procura da qualidade de vida do paciente. O acompanhamento farmacoterapêutico, assim como as intervenções concretizadas através de ações de compromisso recíproco, entre paciente e profissional, e que caminham para detectar, prevenir e solucionar estas falhas na farmacoterapia de hipertensos (MODÉ, 2011).

A terapêutica farmacológica tem por objetivo, controlar a pressão arterial com o mínimo número e dose otimizada de fármacos, ainda que os fármacos antihipertensores tenham de ser repetidas vezes utilizados em combinação. Menos medicamentos significa menos efeitos acessórios e menos gastos para o doente. Um mesmo fármaco, que controla facilmente um doente, pode acarretar efeitos secundários, levam a comprometimento de outros órgãos. No entanto, dispomos nos dias atuais de um arsenal terapêutico, assim como conhecimentos em desenvolvimento que, admitindo o controle da hipertensão na maior parte dos casos, sem intervir com o bem-estar do doente (CARRAGETA, 2006).

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a hipertensão arterial representa um grave problema de saúde. Isso não se deve apenas à elevada prevalência, mas também a grande parcela de indivíduos hipertensos não diagnosticados e tratados inadequadamente, ou ainda pela alto índice de abandono ao tratamento. Por ser uma causa relevante de mortalidade, a hipertensão arterial vem exigindo de todos os profissionais na área de saúde, incluindo os farmacêuticos, a identificação dos fatores de risco para minimizar a incidência do problema. A hipertensão arterial tem sido reconhecida como o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, proporcionando o aparecimento de doenças associadas. Vale ressaltar que a não adesão do paciente ao tratamento tem constituído como um grande desafio para os

profissionais de saúde envolvidos. Enfim, todos os resultados apresentados nos estudos demonstram a necessidade da implementação de ações mais efetivas nas atividades educativas, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção da doença.

A hipertensão arterial ainda é um problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo. A prevalência é alta e é notável que grande parte da população do Brasil apresente fatores de risco para poder desenvolver esta enfermidade, nesse sentido a inserção dos hipertensos nas unidades Básicas de Saúde é um fator importante no controle e tratamento desses hipertensos, juntamente com a inclusão do farmacêutico na atenção Farmacêutica, praticada nos ambientes em que existam pacientes e farmacêuticos, tem por objetivo auxiliar o paciente em relação aos problemas relacionados à sua farmacoterapia e saúde, visando assim a sua melhor qualidade de vida. É uma prática possível e que culmina em resultados positivos para ambas as partes.

O profissional farmacêutico torna-se assim fundamental para o esclarecimento de dúvidas, bem como para proporcionar maior efetividade na aplicação de medidas terapêuticas. É este profissional que deve assegurar que cada paciente utilize seus medicamentos de maneira segura, eficaz e em benefício próprio.

REFERÊNCIAS

VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006.

ABREU, R. Adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas: espaço para o cuidado clínico de enfermagem. Universidade Estadual do Ceará – UECE pró-reitoria de pós-graduação e pesquisa centro de ciências da saúde curso de mestrado acadêmico cuidados clínicos em saúde. Dissertação. 2007.

ANDRADE, J. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 95(1 supl.1): 1-51.

BRASIL Ministério da Saúde, 2004. Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis: Brasil, 15 Capitais e Distrito Federal 2002/2003. 185p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo/ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CALHOUN DA, JONES D, TEXTOR S, GOFF DC, MURPHY TP, TOTO RD, et al. American Heart Association Professional Education Committee. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment: a scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research. *Circulation* 2008;117(25):e510-26.

CARRAGETA, M. Tudo o que você deve saber sobre Hipertensão Arterial. Clube Rei Coração. Fundação Portuguesa de Cardiologia. 2006.

DELGADO, C. SILVA, L. Hipertensão arterial e fatores de risco associados: uma revisão de literatura. Faculdade São Miguel. Revista Trabalho de Conclusão de curso. 2011.

ESTEVES, J et al. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.** vol.89 no.3 São Paulo Sept. 2007

FUCHS, F. Hipertensão arterial sistêmica. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed. 2004. p.641-56.

JUNIOR, O et al. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Endocrinol Metab** vol.43 no.4 São Paulo Aug. 1999.

GIORGI, D. Revista Hipertensão. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Hipertensão.v.14. n.2. 2011.

RAMOS, O. Aspectos históricos da hipertensão. Histórico do tratamento da Hipertensão Arterial. HiperAtivo. V.5, N. 4. 1998.

MALACHIAS, M et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.** 2016. 107(3Supl.3):1-83.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Hipertensão Arterial Sistêmica. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

MODÉ, C. Atenção Farmacêutica em pacientes hipertensos: um estudo piloto. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação em Farmácia. Bioquímica da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara. Universidade Estadual Paulista. 2011.

NOGUEIRA, A et al. A importância clínica da pressão de pulso importância clínica da pressão de pulso. **Rev Bras Hipertens** vol 10(2): abril/junho de 2003.

OIGMAN, W. Sinais e sintomas em hipertensão arterial. *Cardiologia.* 2014. V.102 .N.5.

PIERIN et al. Diagnóstico e Classificação. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. Capítulo 2. 2010. *J Bras Nefrol* 32; Supl1 (2010) S5-S13.

PASSOS, V et al. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** 2006; 15(1) : 35 – 45.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SBH. 2017. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp>>.

TORTORELLA, C. C. d. S., et al. (2017). "Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre adultos cadastrados no Sistema Único de Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2004-2011." **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 26: 469-480.