

HAR: DESCONHECIMENTO, DESATENÇÃO OU AMBOS

Júlia Almeida Oliveira Sousa¹; Veruska Vitorazi Bevilacqua².

¹Universidade de Uberaba (Uniube), Uberaba, Minas Gerais. <http://lattes.cnpq.br/2031713707600254>

²Universidade de Uberaba (Uniube), Uberaba, Minas Gerais. <http://lattes.cnpq.br/3475294744356405>

DOI: 10.47094/IIICOLUBRAIS.2023/RE/3

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial Sistêmica. Hipertensão Arterial Resistente. Determinantes.

ÁREA TEMÁTICA: Saúde Coletiva

INTRODUÇÃO

Nesse trabalho não tratamos especificamente da incidência e/ou prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS), enfatizamos a importância de perceber alguns determinantes e seus complicadores. Segundo o relatório técnico do Comitê de Especialistas em Hipertensão Arterial (1978, Genebra), da Organização Mundial da Saúde (OMS), a HAS é definida como a elevação crônica da pressão arterial sistólica ou diastólica.

No mundo, a prevalência da HAS, afirmada pela mesma organização, é superior a 30%, considerando valores acima de 140/90mmHg. No Brasil, segundo Malachias *et al.* (2016, p. 1), a prevalência de hipertensos é de 32,5%, o que relaciona proporcionalmente à mundial.

De acordo com a mesma diretriz, a HAS apresenta um subtipo denominado de Hipertensão Arterial Resistente (HAR), definido como PA não controlada apesar do uso de três ou mais anti-hipertensivos, atrelando-se à medicamentos antidiuréticos e antilipídêmicos. (MALACHIAS *et al.*, 2016, p. 75).

No Brasil, de acordo com Acelajado *et al.* (2012, p.7-12), estimam a prevalência de 12% de HAR, entre as pessoas com HAS diagnosticada. No mundo, a prevalência da HAR não é definida, mas afirmam que, por estudos transversais, estima-se entre 10 - 15%. (ACELAJADO *et al.*, 2012, p.7-12).

OBJETIVO

Decorrente aos dados, pretende-se com este trabalho relacionar alguns determinantes que contribuem para a hipertensão arterial resistente e suas consequências enquanto adoecimento.

METODOLOGIA

O tipo de estudo desenvolvido é qualitativo, de natureza básica, tendo por objetivo a função descritiva e os procedimentos se deram na forma de estudo de caso. Foi desenvolvido durante a realização das atividades de Saúde e Sociedade II - atividade assistida, componente curricular obrigatório no curso de graduação em medicina na Universidade de Uberaba, no período de março a junho de 2023. As atividades consistiram em acompanhar

peessoas que compareciam, por algum motivo, em uma unidade de saúde.

Para a captação dos dados foi utilizado roteiro semiestruturado, elaborado pela professora que ministra o componente, fundamentado na anamnese de Porto (2013), com o propósito de desenvolver a relação médico-paciente, que consistia em colher história clínica o mais completa possível, reunindo o máximo de informações sobre os determinantes sociais da saúde, com ênfase na medicina centrada na pessoa, somado a execução técnica de verificação dos sinais vitais e antropométricos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente C, sexo masculino, 62 anos, em pré-obesidade, portador de diabetes tipo II, HAS e arritmia cardíaca. Refere fazer uso de medicamentos que foram prescritos sendo: um medicamento para HAS, um diurético e dois para o coração, não sabendo informar os nomes dos medicamentos.

Paciente M, sexo feminino, 76 anos, em obesidade grau I, portadora de pré-diabetes, HAS, dislipidemia e glaucoma. Afirma fazer uso das seguintes medicações: losartana potássica (2 comprimidos/dia), besilato de anlodipino (1 comprimido/dia), sinvastatina (1 comprimido/dia), hidroclorotiazida (1 comprimido/dia) e colírio - não soube informar o nome.

Os dois pacientes possuem uma HAR aparente (pseudorresistente). Essa definição atrela-se ao uso de mais de três medicamentos para o controle da PA. (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Paciente R, sexo feminino, 55 anos, em obesidade grau I, portadora de HAS, com histórico de Acidente Vascular Encefálico (AVE) hemorrágico em 2019. Certifica fazer uso dos medicamentos: losartana potássica (2 comprimidos/dia), e sinvastatina (1 comprimido/dia), consoante aos fatores associados, como idade, obesidade, diabetes mellitus (DM), dislipidemia e sedentarismo, mas que necessita de informações complementares para uma HAR verdadeira. (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Em relação aos fatores, verifica-se majoritariamente a existência de comorbidades do tipo DM, dislipidemia, problemas cardiocirculatórios, arritmias, AVE prévios e glaucoma. Isso demonstra que a HAS, não identificada, não auto reconhecida ou ambas, podem por associação tornar-se uma HAR verdadeira, que é de suma relevância para estabelecer singulares abordagens.

Parafraseando Guyton e Hall (2017), a fisiologia da PA é diretamente proporcional à resistência periférica. Com isso, a DM e a dislipidemia aumentam a concentração sanguínea, respectivamente, de glicose e colesterol, o que torna o sangue mais viscoso, aumentando sua resistência e, portanto, sua PA. Além disso, a obesidade e o sedentarismo contribuem para o acúmulo de gordura nos vasos, aumentando a PA (GUYTON e HALL, 2017).

Com uma PA aumentada haverá diversos mecanismos compensatórios para o retorno à normalidade, como diminuição do débito e da frequência cardíaca (FC), com isso a circulação fica debilitada, ampliando a possibilidade de comorbidades como: coagulação, formação de trombos, AVE, arritmias para controlar a queda da FC.

O aumento generalizado da PA, não somente sistêmica, influencia na PA intraocular e intracraniana. Logo, uma HAR não diagnosticada pode ser a causa de doenças secundárias para o paciente, diminuição da qualidade e expectativa de vida.

Diante da HAR, a relação médico-paciente é um dos princípios que contribui, visto que a responsabilidade é compartilhada por ambos. A evolução da HAS para HAR atrela-se ao profissional médico que acaba alijando o paciente, devido à escassez de conhecimento. Esse desconhecimento científico é vinculado à não associação da HAS com HAR, mas, sobretudo, da colaboração dos determinantes de adoecimento, como DM e dislipidemia, na ampliação da possibilidade da HAR. Com isso, o profissional é responsável pela transmissão das informações, sensibilizando o paciente para as mudanças de hábitos. Quando isso não acontece, diminui a proatividade ao tratamento.

Além disso, a desatenção é um elemento de extrema pertinência, que em grande parte está estritamente conectado ao desconhecimento. Essa desatenção do paciente, atrelada à despreocupação da cronicidade da doença, gera menor proatividade ao tratamento, não melhorando a alimentação em quantidade e qualidade e não realizando atividade física regular. Ademais, o médico pode também condescender-se com essa desatenção, pois o profissional, ao focar na solução medicamentosa, não se atenta aos outros determinantes para um bom tratamento, como os hábitos de vida do paciente, a condição financeira e as interações farmacológicas que podem ocorrer, o que pode gerar efeitos colaterais ou não efeito terapêutico, minimizando ainda mais a otimização do tratamento.

Dessa forma, independente da associação, é evidente que a evolução da HAR brasileira e mundial, corroborado nos três pacientes observados, associa-se a uma dupla culpabilidade entre o profissional médico e o paciente, por desatenção e desconhecimento, o que demonstra que a prevalência desse processo patológico pode ser ainda maior, gerando uma subnotificação de HAR. Atrelada à HAR é percebido a escassez de abordagem clínica abrangente, às diversas possibilidades terapêuticas, ao desconhecimento e à desatenção.

Destarte, diuturnamente é necessário ratificar a resposta ao tratamento, ao conhecimento e ao profissionalismo, pois a evolução da HAS para HAR pode ser imprevisível, como dos pacientes observados, constatando descompensações graves, necessitando realizar abordagens clínica ampla, complexa e singular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como acadêmica de medicina, constata que a ocorrência da HAR é mais comum entre os pacientes com HAS do que é notificada e tratada corretamente, o que caracteriza uma falta de informação e negligência tanto por parte dos profissionais de saúde quanto pela entidade envolvida na questão.

Além do mais, ocorre uma falta na comunicação direcionada aos pacientes com HAS sobre a existência de uma HAR, os fatores que a influenciam e sua relação com o adoecimento, visando proporcionar ao paciente um conhecimento abrangente de sua condição e capacitar a ação proativa no tratamento.

Essa percepção foi confirmada ao acompanhar três pacientes em um período inferior a um mês, o que configura uma situação de HAR com os principais fatores envolvidos. Portanto, é afirmada a necessidade de uma melhor capacitação dos profissionais de saúde em relação ao tema abordado, garantindo que o acompanhamento não se restrinja apenas a dados e prescrições medicamentosas, mas que abranja correlações clínicas mais abrangentes.

PRINCIPAIS REFERÊNCIAS

ACELAJADO, M.C. *et al.* Refractory hypertension: definition, prevalence, and patient characteristics. **The Journal Clinical Hypertension**. vol 14, n. 1, p. 7-12, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2011.00556.x>. Acesso em: 22 nov. 2023.

GUYTON, A.C. e Hall J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. Editora Elsevier. 12^a ed., p. 167-239, 2011.

MALACHIAS, M.V.B. *et al.* 7^a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. v. 107, n.3, supl. 3, p. 1-83, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160153>. Acesso em: 22 nov. 2023.

MUXFELDT, E.S.; BARREIRA, B.F.C., RODRIGUES, C.I.S. Hipertensão resistente: abordagem clínica. **Revista Da Faculdade De Ciências Médicas De Sorocaba**. v. 20, n. 3, p. 128–137, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2018v20i3a3>. Acesso em: 22 nov. 2023.

PORTO, C. C. *Semiologia Médica - 3^a Edição*. 2013. Editora Guanabara Koogan.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Expert Committee on Arterial Hypertension*, Geneva. 1978.