

Manejo farmacológico da hipertensão arterial em ribeirinhos da Amazônia brasileira – estudo SAMARA

Pharmacological management of arterial hypertension in riverians in the brazilian Amazon – SAMARA study

Edivã Bernardo da Silva¹, Abel Santiago Muri Gama², Sílvia Regina Secoli³

RESUMO

Objetivo: Analisar o manejo farmacológico (MF) da hipertensão arterial entre ribeirinhos amazônicos com conhecimento acerca do diagnóstico. **Métodos:** Estudo transversal de base populacional “Saúde, Medicamentos e Automedicação em Ribeirinhos do Amazonas” conduzido com 471 ribeirinhos de Coari-Amazonas. O MF foi avaliado com a pergunta “o a Sr. (a) toma algum medicamento para tratar a pressão alta ou hipertensão?” Foram coletadas variáveis demográficas, socioeconômicas, antropométricas, valores pressóricos e do MF para tratamento da hipertensão. Utilizou-se estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** Cerca de um em dez ribeirinhos entrevistados (11,6%) apresentou conhecimento acerca do diagnóstico de hipertensão arterial. Destes, 43,6% não realizou MF e somente 8,4% apresentou controle dos níveis pressóricos. Mais da metade (54,2%) dos hipertensos utilizou monoterapia, cujo consumo foi de inibidores da enzima conversora de angiotensina (69,2%) e bloqueadores de receptor de angiotensina (30,8%). **Conclusão:** Apesar dos regimes terapêuticos usados serem sustentados em diretrizes, observou-se pouco MF e baixo controle da doença. Neste cenário ribeirinho, cujo acesso geográfico compromete de modo importante o acesso aos serviços, a resolutividade dos problemas de saúde, talvez, possa ter no agente comunitário de saúde, um dos principais protagonistas.

Palavras-chave: Hipertensão; Anti-hipertensivos; População Rural; Populações Vulneráveis

ABSTRACT

Objective: To analyze the pharmacological management (PM) of arterial hypertension among Amazonian riverine people with knowledge about the diagnosis. **Methods:** A population-based cross-sectional study “Health, Medicines and Self-Medication in Riverside People in the Amazon” conducted with 471 riverside people from Coari-Amazonas. The PM was assessed with the question “do you take any medication to treat high blood pressure or hypertension?” Demographic, socioeconomic, anthropometric, blood pressure and PM values were collected for the treatment of hypertension. Descriptive and inferential statistics were used. **Results:** About one in ten riverside dwellers interviewed (11.6%) had knowledge about the diagnosis of arterial hypertension. Of these, 43.6% did not perform MF and only 8.4% had blood pressure control. More than half (54.2%) of hypertensive patients used monotherapy, whose consumption was angiotensin-converting enzyme inhibitors (69.2%) and angiotensin receptor blockers (30.8%). **Conclusion:** Despite the therapeutic regimens used being supported by guidelines, poor PM and low disease control were observed. In this riverside scenario, whose geographic access significantly compromises access to services, the resolution of health problems, perhaps, may have in the community health agent, one of the main protagonists.

Keywords: Hypertension; antihypertensives; Rural Population; Vulnerable Populations

¹ Doutorando no Programa de Enfermagem na Saúde do Adulto da Universidade de São Paulo. Técnico na Universidade Federal do Amazonas.
Orcid: 0000-0003-4809-4790
E-mail: edivasilva25@gmail.com

² Doutor. Professor Adjunto na Universidade Federal do Amazonas.
Orcid: 0000-0001-5089-690

³ Doutora. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orcid: 0000-0003-4135-6241

1. INTRODUÇÃO

Em âmbito global, o manejo farmacológico (MF) da hipertensão arterial (HA), representa um indicador essencial de cuidado. Os benefícios do MF satisfatório são bem estabelecidos e amplos, uma vez que impactam no indivíduo, no sistema de saúde e na sociedade. A redução de 10 mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) reduz o risco de eventos cardiovasculares, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca e mortalidade por todas as causas.¹ Apesar disso, do fácil diagnóstico e de tratamentos sustentados em evidências robustas, a HA segue como doença subdiagnosticada e com baixas taxas de controle.²⁻⁴ No mundo, estima-se que 1,4 bilhão de pessoas apresentem níveis pressóricos elevados, e que somente 14% tenham controle da doença⁵ fato esse relacionado, em parte, ao desconhecimento da doença⁶⁻¹⁰ e ao acercamento precário aos serviços de saúde e, sobretudo a falta de adesão terapêutica.^{3,4,11}

Deste modo, o MF da HA pode estar comprometido em populações de países de baixa e média renda; em locais cujos sistemas de saúde, apesar de apresentar caráter de universalidade, são insuficientes para atender as demandas e, em regiões geograficamente isoladas por florestas ou rios, como ocorre com ribeirinhos na Amazônia brasileira. Nessa população, a vulnerabilidade decorrente do enfrentamento das distâncias fluviais (rios e lagos), as quais sofrem influência do ciclo das águas (seca, enchente, vazante e cheia), combinada a importantes desigualdades sociais, e natureza silenciosa da doença, podem impactar no controle pressórico satisfatório. Adicionalmente, o atendimento a essas populações é comprometido pelo alto custo da logística para deslocamento das equipes para a realização das ações sanitárias.¹²

Tendo como base esse panorama e considerando que o MF adequado é um elemento chave para reduzir a morbimortalidade da HA o inquérito populacional “Saúde, Medicamentos e Automedicação em Ribeirinhos do Amazonas - SAMARA conduzido na zona rural de Coari, um dos municípios com pior índice de desenvolvimento humano (IDH) e renda per capita do Brasil apresentou como objetivo (i) analisar o MF da hipertensão entre ribeirinhos amazônicos com conhecimento acerca do diagnóstico; (ii) identificar as características associadas a este indicador e (iii) descrever as classes terapêuticas usadas.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional, cujas informações foram oriundas do Estudo SAMARA, Médio Solimões conduzido no município de Coari – Amazonas (AM), no período de abril a julho de 2015.¹³ Coari encontra-se na região setentrional do estado do Amazonas,

às margens da região do Médio Solimões. Distante à 363km da capital amazonense (Manaus) e cujo acesso ocorre por transporte aéreo e fluvial. A população estimada, no último censo, foi de 84.762 habitantes, com densidade demográfica de 1,3 hab./km². O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi de 0,586, inferior ao AM (0,674) e do Brasil (0,727).¹⁴ Na zona rural, a população representa 34,64%, e encontra-se distribuída em comunidades localizadas às margens do rio Solimões e seus afluentes, lagos e igarapés, inseridas em áreas de terra firme e várzeas.¹⁵

O serviço de saúde local é composto por um hospital regional de média complexidade com 105 leitos; doze unidades básicas de saúde (UBS); um Instituto de Medicina Tropical; uma UBS fluvial (barco) para atender as comunidades ribeirinhas; um Laboratório Central de Análise Clínica; um Serviço de Emergência; um Núcleo de Vigilância Sanitária; uma Policlínica; e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).¹⁵ Na zona rural, as comunidades ribeirinhas, ou agrupamento de duas ou três comunidades menores, contam com Agentes Comunitários de Saúde (ACS).¹³

A amostra probabilística, por conglomerado, foi composta por adultos (≥ 18 anos) oriundos de 24 comunidades distribuídas em oito regiões da zona rural. Realizou-se seleção aleatória das comunidades ribeirinhas em cada uma das regiões e, posteriormente, seleção aleatória das residências. Foram entrevistados os adultos dos domicílios sorteados e realizada a mensuração da PA. Excluíram-se os indivíduos cuja mensuração da PA foi inferior a três medidas consecutivas. Maiores detalhes sobre o desenho e amostra foram previamente publicados.¹³

A coleta foi realizada por meio da aplicação de um questionário semiestruturado em seções, a saber: demográfica (sexo, idade, estado conjugal, moradores por domicílio); socioeconômica (escolaridade, renda familiar mensal, atividade laboral); hábitos de vida (tabagismo, etilismo); percepção da saúde (saúde autorreferida, problema de saúde, conhecimento de diagnóstico de doenças crônicas); dados antropométricos (altura, peso, perímetro da cintura e do quadril); valores pressóricos arteriais e consumo de medicamentos alopáticos. Os dados foram coletados por professores e estudantes do Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas (ISB/UFAM) previamente treinados.

A pressão arterial foi aferida três vezes conforme recomendações contidas na 7ª Diretriz Brasileira de Pressão Arterial.¹⁶ A mensuração da PA ocorreu por meio da técnica auscultatória e esfigmomanômetro aneróide, previamente calibrados, com o sujeito na posição sentada, no braço dominante.^{16,17} Considerou-se a média das medidas, conforme

orientação da referida Diretriz. Na classificação da PA adotou-se a 7ª Diretriz Brasileira de Pressão Arterial, conforme Quadro 1.¹⁶

Quadro 1 - Classificação da Pressão Arterial, conforme 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.

Classificação	Faixa da PA
Normotensão	PAS $\leq$ 120 e/ou PAD 80 mmHg
Pré-hipertensão	PAS entre 121 e 139 e/ou PAD entre 81 e 89 mmHg
Hipertensão	PAS $\geq$ 140 mm e/ou PAD $\geq$ 90 mmHg

Os dados antropométricos foram obtidos com o uso de balança digital (Balança Digital G-TECH) testada e calibrada; e estadiômetro portátil de coluna. Para o cálculo do índice de massa corporal (IMC), utilizou-se o peso do indivíduo (em quilogramas) dividido pela altura (em metros) ao quadrado. Os valores de IMC foram categorizados em baixo peso/normal (IMC $< 25\text{kg.m}^2$) ou em excesso de peso (IMC $\geq 25\text{kg.m}^2$, classificados como sobrepeso e obesidade, respectivamente.¹⁸ Para os valores relativos à Relação cintura/quadril (RCQ) considerou-se o ponto de corte adequado $<0,95$ para homens e $<0,80$ para as mulheres.¹⁹

O conhecimento acerca do diagnóstico da hipertensão foi avaliado pela pergunta “Algum médico ou profissional da saúde (enfermeiro ou médico) já disse que o (a) Sr. (a) tem pressão alta ou hipertensão?”. Os participantes foram categorizados como cientes ou não do seu estado de doença, conforme a resposta.

O MF, ou seja, o tratamento farmacológico foi definido pelo uso de medicamentos anti-hipertensivos obtido frente a pergunta “o (a) Sr. (a) toma algum medicamento para tratar a pressão alta ou hipertensão?”. Nos casos de resposta positiva solicitou-se ao entrevistado a apresentação da embalagem do produto.

Os medicamentos foram classificados por meio da *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC), sistema adotado pela Organização Mundial da Saúde. Utilizou-se a classificação de subgrupo farmacológico e de substância química.¹³

Utilizou-se o software SPSS V.18.0 para realização das análises estatísticas. Para dados contínuos calculou-se média e desvio padrão (DP). Os dados categóricos foram apresentados como frequência absoluta e relativa e os grupos foram comparados por meio do teste T ou teste Mann Whitney. Adotou-se nível de significância estatística de $p < 0,05$.

O Estudo SAMARA foi aprovado, protocolo nº 744.119 (5/08/2014), pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, e encontra-

se em conformidade com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. O termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi disponibilizado a todos os participantes e, para aqueles que informaram dificuldade de leitura, os termos foram lidos pelos pesquisadores, assim como para aqueles que não sabiam assinar, foram disponibilizados tinteiros com almofadas para colher as digitais.

3. RESULTADOS

Foram elegíveis 471 indivíduos, no quais identificou-se uma prevalência de conscientização da hipertensão de 11,6% (HA autorrelatada). Neste grupo, verificou-se que 43,6% utilizaram medicamentos para controle da enfermidade, conforme ilustra a Figura 1.

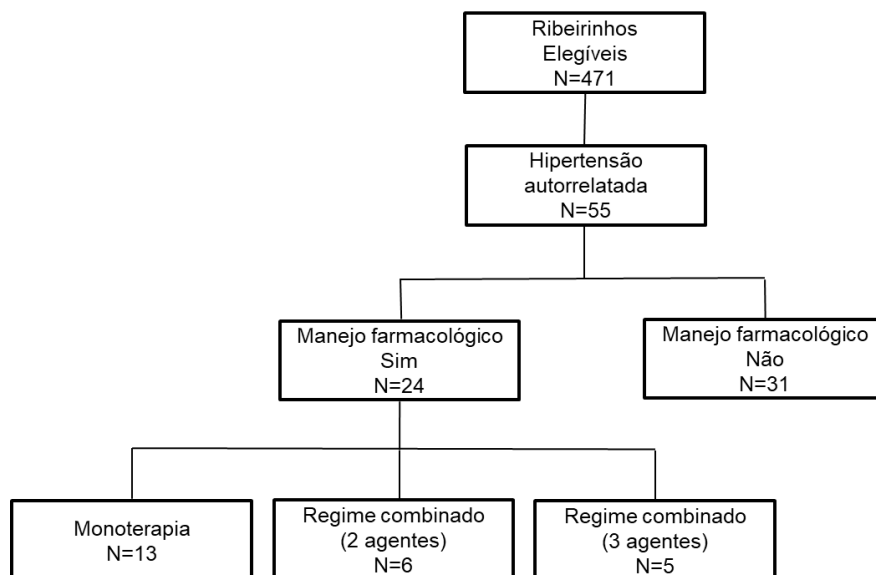


Figura 1 – Fluxograma da amostra. Estudo SAMARA, Coari, Amazonas, Brasil, 2015.

A maioria dos hipertensos que realizou o controle farmacológico não exercia nenhuma atividade laboral, possuía maior média de idade, apresentava sobrepeso e RCQ inadequado e presença de agravos a saúde crônico ($p < 0,05$). Quase metade (45,8%;11) dos indivíduos do grupo “manejo farmacológico sim” apresentou co-morbidades como doenças reumáticas (63,6%) e diabetes (36,4%). No grupo que não realizou o controle foram 19,2% indivíduos, dos quais 66,7% autorelatou doença reumática e 33,3% diabetes (Tabela 1).

Quanto aos elementos de natureza geográfica, como distância (Km) da comunidade a zona urbana, não observou-se diferenças significativas entre os grupos ($p=0,3379$), verificando-se no grupo “manejo farmacológico sim” a distância média de 60,6Km, e do outro grupo foi de 79,1 Km. O tempo médio (minutos) de deslocamento da comunidade ao

município não apresentou diferença ($p=0,1666$), e cujos tempos foram, respectivamente 227,5 minutos e 304,8 minutos, para os grupos “manejo farmacológico sim” e seu comparador.

Tabela 1 – Ribeirinhos segundo manejo farmacológico da hipertensão e variáveis socioeconômicas, de condições de saúde e antropométricas. Estudo SAMARA, Coari, Amazonas, Brasil, 2015.

Variáveis socioeconômicas, condições de saúde e antropométricas	Manejo Farmacológico		P valor*
	Sim N=24(%)	Não N=31(%)	
Sexo			
Masculino	11(45,8)	13(42)	0,7821
Feminino	13(54,2)	18(58)	
Idade (anos) Média (DP)	59 ± 12,09	48±18,68	0,0157*
Raça			
Parda	22(91,6)	31(100)	-
Branca	2(8,4)	-	
Estado conjugal			
Vive só	2(8,4)	8(25,8)	0,2301
Vive acompanhado	22(91,6)	23(74,2)	
Alfabetizado			
Sim	15(62,5)	23(74,2)	0,3620
Não	9(37,5)	8(25,8)	
Escolaridade (anos de estudo)			
Não estudou	4(16,7)	6(19,4)	0,7904
1 a 4	11(45,8)	9(29,0)	
5 a 9	4(16,7)	12(38,7)	
≥10	5(20,8)	4(12,9)	
Renda familiar (salário mínimo)**			
< 1	7(29,2)	12(38,7)	0,1461
1 a 2	6(25,0)	11(35,5)	
>2	11(45,8)	8(25,8)	
Atividade Laboral			
Agricultura e/ou pesca	9(37,5)	19(61,2)	0,0083*

Funcionário público	4(16,7)	6(19,4)	
Nenhuma	11(45,8)	6(19,4)	
Condição da PA durante a coleta			
Hipertenso	14(58,3)	7(22,6)	0,0779
Pré-hipertenso	8(33,3)	12(38,7)	
Normotenso	2(8,4)	12(38,7)	
PAS (mmHg DP)	149,3±27,54	128,9±19,53	0,0022*
PAD (mmHg DP)	80,04±16,36	73,69±11,31	0,0946
Autopercepção da saúde			
Muito boa/boa	6(25,0)	8(25,8)	0,7440
Regular	12(50,0)	17(54,8)	
Muito ruim/ruim	6(25,0)	6(19,4)	
Problema de saúde (últimos 30 dias)			
Sim	20(83,3)	31(100)	-
Não	4(16,7)	-	
Procurou serviço médico			
Sim	9(37,5)	14(45,2)	0,5781
Não	15(62,5)	17(54,8)	
Presença de agravos crônicos			
Sim	11(45,8)	6(19,4)	0,0378*
Não	13(54,2)	25(80,6)	
Uso de bebida alcóolica			
Sim	4(16,7)	10(32,3)	0,1960
Não	20(83,3)	21(67,7)	
Uso de Tabaco			
Sim	7(29,2)	12(38,7)	0,4709
Não	17(70,8)	19(61,3)	
IMC			
Baixo ≤18,5	1(4,2)	-	
Normal 18,5 a 24,9	3(12,5)	14(45,2)	0,0156*
Excesso de peso ≥25	20(83,3)	17(54,8)	
RCQ †			
Adequado	1(4,2)	10(32,3)	0,0277*

Inadequado

23(95,8)

21(67,7)

* Teste Mann Whitney

No grupo de hipertensos tratados, em mais da metade dos indivíduos (54,2%) o manejo farmacológico ocorreu por meio da monoterapia; o uso combinado de dois agentes com diferentes efeitos foi observado em 25% e a combinação de três medicamentos em 20,8%. Entre os indivíduos do sexo masculino prevaleceu a monoterapia (63,6%) e entre mulheres foi a terapia combinada (53,9%) (Figura 2).

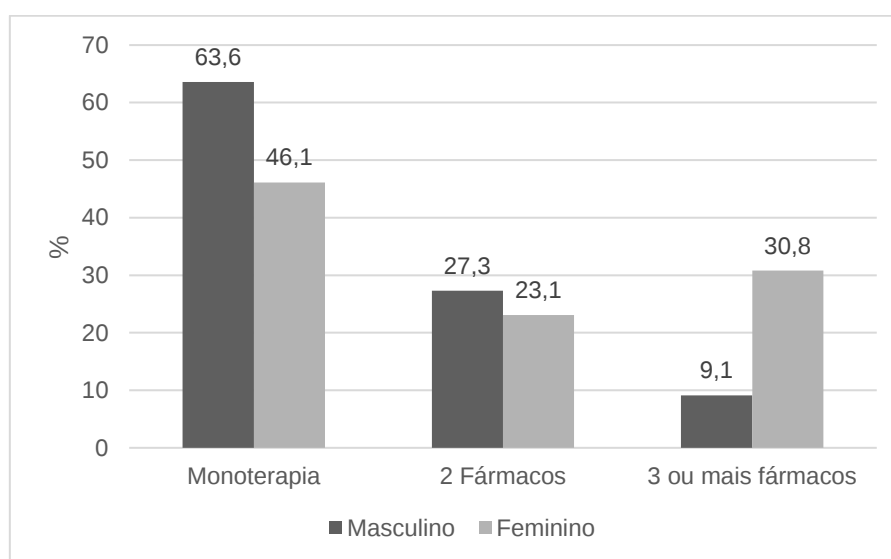


Figura 2 – Manejo farmacológico da hipertensão de ribeirinhos, segundo sexo e tipo de regime terapêutico. Estudo SAMARA, Coari, Amazonas, Brasil, 2015.

Quanto as classes farmacológicas observou-se que a maioria dos indivíduos usou Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina – IECA (45,8%), seguida de bloqueadores dos receptores da angiotensina – BRA (37,5%), diuréticos (20,8%), bloqueadores de canais de cálcio - BCC (12,5%) e beta bloqueadores (12,5%). Captopril foi o mais usado (90%) entre os IECA, losartana foi o único na classe BRA. Os beta bloqueadores incluíram atenolol (50%) e carvedilol (50%) e os diuréticos utilizados foram hidroclorotiazida (80%) e espironolactona (20%). Os BCC foram nifedipina (67%) e amlodipina (33%).

Entre os hipertensos tratados com monoterapia (n=13), 69,2% utilizaram IECA e 30,8% BRA. O Ácido Acetil Salicílico (AAS), também, foi citado por metade dos usuários de monoterapia como medicamento usado no controle da PA.

Na análise da classe terapêutica verificou-se que 81,8% dos homens utilizaram agentes que agem na sistema renina angiotensiva – SRA (IECA e BRA) e 18,2%

consumiram diuréticos. Entre as mulheres, verificou-se que o uso de agentes que atuam no SRA (52,6%), diuréticos (15,8%), BCA (15,8%) e beta-bloqueadores (15,8%).

4. DISCUSSÃO

No SAMARA, os achados mais relevantes incluíram o fato de que, apenas um em dez ribeirinhos entrevistados possuía conhecimento do diagnóstico de hipertensão; menos da metade dos ribeirinhos conscientes do estado de hipertensão não realizou MF para o seu controle, e somente 8,4% destes apresentou controle satisfatório dos níveis pressóricos. Estas evidências oriundas das comunidades ribeirinhas da zona rural podem indicar a complexidade que envolve o cuidado de populações amazônicas geograficamente isoladas, e a necessidades de implementação de medidas específicas para o controle da doença.

A taxa de ribeirinhos conscientes do diagnóstico (11,6%) encontra-se bem abaixo das prevalências identificadas no contexto nacional (21,4%), da região Norte (14,5%),⁶ do Estado de Pernambuco, cujo conhecimento do estado hipertensivo passou de 44,8% (2006) para 67,3% (2015/2016)⁷ e, de estudos realizados na zona rural de países, como Malásia (38,2%),⁸ Nigéria (79,8%)⁹ e China (44,7%).¹⁰

A taxa de conhecimento da doença costuma ser pior quando a renda dos indivíduos é menor, com habitantes da zona rural e em locais remotos, cujo acesso a atenção primária é limitado, como ocorre no SAMARA.^{3,9} As comunidades não apresentam UBS, fato que torna necessário o deslocamento, via fluvial, dos ribeirinhos até o município.²⁰ Por outro lado, o ACS costuma ser o único suporte aos problemas de saúde e, ainda assim, não encontra-se presente na totalidade das comunidades.²¹ Na região amazônica fatores como a infraestrutura dos serviços e falta de apoio dos governos para a implementação das políticas de provimento, que contribuam para a permanência dos profissionais de saúde, dificultam a fixação destes nas localidades.²²

No âmbito da saúde, o indicador “conscientização ou conhecimento do diagnóstico” no caso de enfermidades crônicas e de evolução lenta, é fundamental, uma vez que o indivíduo desavisado é duplamente penalizado. Ele pode não receber o tratamento, que no início da doença costuma ser mais efetivo e, também, ser exposto ao agravamento da HA e as complicações associadas.²³ Menos da metade dos ribeirinhos conhecedores do estado de hipertensão não realizou MF. Essa taxa, ainda que situada próxima à média nacional (50%)¹⁶ e de um município da Região Norte (45%)⁴ pode ser considerada baixa, quando

comparada numa perspectiva mais ampla. Estudos conduzidos em São Paulo (73%),²⁴ e outros internacionais realizados em comunidades da zona rural de 17 países apontou que a taxa variou de, 31,2 % naqueles de baixa renda (Índia, Bangladesh, Paquistão, Zimbábue) a 51,9%, em países de média renda (Argentina, Brasil, Chile, Malásia, Polónia, África do Sul, Turquia).³ A priori, este achado pode ser explicado com base nas características da amostra como baixa escolaridade e pequeno poder aquisitivo, expresso na renda. No entanto, atribuir a explicação de um fenômeno complexo como é o MF, exclusivamente, a questões relacionadas a escolaridade e renda pode simplificá-lo demasiadamente e não retratar a realidade. A totalidade dos medicamentos antihipertensivos identificada neste grupo estão disponíveis gratuitamente no Sistema Único de Saúde (SUS), aspecto que poderia favorecer maior manejo da doença.² Deste modo, no SAMARA parece haver outros fatores contribuintes para o manejo insatisfatório como ausência de sintomas, negação do diagnóstico e, talvez, um dos mais importantes, limitação geográfica, que restringe, sobretudo acesso aos serviços de saúde responsáveis pelo diagnóstico da hipertensão e monitoramento do ribeirinho.²¹

Curiosamente, o grupo que realizou o tratamento farmacológico apresentou maiores médias de idade e valores de PAS, proporção superior de sobrepeso e RCQ inadequado, não tinha ocupação profissional e maior taxa de agravos crônicos. As diferenças nas variáveis indicativas de risco de HAS (idade, IMC, PA, RCQ, sedentarismo) requerem interpretação conjunta. São indicadores fisiológicos, que geralmente co-existem, integrando um círculo vicioso e que refletem a necessidade de busca pelo cuidado. No âmbito das comunidades amazônicas, geralmente, os ribeirinhos mais idosos não exercem atividades profissionais formais, sendo aos mais jovens delegada essa atribuição. Assim, o sedentarismo relacionado a inatividade pode gerar sobrepeso, aumento da RCQ e elevação da PAS, especialmente nos casos em que o regime terapêutico não é cumprido adequadamente.^{19,25}

O MF, independente do sexo, efetivou-se, preferencialmente, por meio da monoterapia, a qual foi composta, na sua totalidade por agentes que atuam no SRA, os IECA e BRA. Este achado encontra-se congruente com outros autores.^{2,4,26} Agentes que atuam no SRA causam redução da resistência vascular periférica com poucas alterações na frequência cardíaca ou no débito cardíaco.²⁷ A maior expressão da monoterapia, em relação aos regimes combinados, parece indicar que, independente, do local (centros urbanos ou zona rural) representa uma característica. Outros autores evidenciaram maior

frequência da monoterapia na região Norte (71,9%) comparado as demais regiões do país, como Nordeste (48,7%), Centro-oeste (47,5%), Sudeste (48,5%), Sul (51,7%).²⁸

No que tange aos regimes combinados (dois ou três medicamentos), cuja implementação deve ocorrer somente quando a meta pressórica não for atingida na monoterapia,^{16,27} observou-se que as associações identificadas, que incluíram especialmente IECA e diuréticos, pode ser benéfica. O uso concomitante de IECA com diuréticos potencializa a eficácia terapêutica, provavelmente em decorrência da ativação do SRA, pelos diuréticos. Essa estratégia de combinação é fundamental não somente para controle da PA, mas também para amenizar as potenciais reações adversas aos medicamentos. Deste modo, os achados acerca dos regimes ilustra alinhamento das indicações terapêuticas as Diretrizes Brasileira.^{16,27}

Um aspecto que merece atenção e que, de certo modo, pode ter interferido nas médias dos valores pressóricos do grupo “manejo farmacológico sim” foi o autorelato, por metade desse grupo, do uso de AAS para controle da PA. Este achado, não esperado e curioso, pode ter relação com a dinâmica do cotidiano dos ribeirinhos, algumas das quais são sustentadas nas dificuldades de acesso a zona urbana, que em média foi 60,6Km, mas há comunidades que ultrapassam à distância de 250km; inexistência de posto de saúde e alta prevalência de automedicação.²⁰ Ou seja, o consumo de AAS, pode representar uma das formas de gerir a própria saúde, neste contexto de dificuldade, e também a crença popular equivocada de que a aspirina pode contribuir no tratamento da PA, pode ocasionar efeitos indesejados, ainda que muitas vezes ignorados pelo indivíduo e profissional da saúde. O AAS pode diminuir o efeito antihipertensivo dos IECA, uma vez que o primeiro reduz a síntese de prostaglandinas responsáveis pela vasodilatação renal. Deste modo, a co-administração desses agentes pode impactar nos níveis pressóricos.²⁹

Quanto a eficácia do MF, indicada pela presença de normotensos na amostra que usou antihipertensivos, verificou-se que somente 8,4% apresentou nível pressórico satisfatório. Este percentual, muito baixo, é comparado a evidências brasileiras, em que a taxa de controle da HA na atenção primária variou de 43,7% a 67,5%.² Esta taxa pode estar subestimada, uma vez que pode ter havido falso-positivo de hipertensão com base na medição da PA em uma única visita e a presença da síndrome do avental branco.³⁰ Adicionalmente, pode refletir falhas no processo de utilização dos medicamentos, como por exemplo dose errada, frequência de uso inadequada ou ausência de ajuste posológico. A baixa adesão e ausência do acompanhamento profissional dos ribeirinhos, gerada especialmente pela falta de UBS, também, podem ser importantes contribuintes. Neste

sentido, é importante lembrar que a única interligação entre a população e a rede de serviços de saúde deu-se exclusivamente por meio dos ACS.²⁵ Estes profissionais são moradores das comunidades e, muitos deles apresentam características similares aos ribeirinhos acerca da escolaridade e acesso a zona urbana. Deste modo, é possível que o ACS não esteja totalmente instrumentalizado, tecnicamente, para identificação e acompanhamento de hipertensos nas comunidades.

O presente estudo contribui com evidências acerca do MF de uma doença crônica e silenciosa entre ribeirinhos amazônicos e, cujos achados poderão subsidiar políticas públicas a fim de direcionar estratégias locais de promoção a saúde, de busca ativa de potenciais casos de HA e capacitação dos ACS acerca da identificação e monitoramento da doença. O delineamento do SAMARA que viabilizou o inquérito populacional numa zona de difícil acesso geográfico e de escassa informação sanitária, apontou algumas limitações, as quais requerem explicitação, a fim de que sejam sanadas em investigações futuras. Os valores da PA foram oriundos dos registros de um único dia (entrevista); não foram realizadas perguntas acerca do uso de estratégias não-farmacológicas para o controle da PA, que são codjuvantes essenciais; os ribeirinhos não foram interrogados acerca do esquecimento do uso dos medicamentos; não foram registradas informações sobre dose, frequência de uso e modo de acesso aos medicamentos. Portanto, a generalização dos achados deve ser vista com cautela.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O MF da HA de ribeirinhos realizado por meio de medicamentos recomendados nas Diretrizes Brasileira, foi comprometido pelo limitado acesso a serviços de saúde, decorrente, especialmente de questões econômicas e geográficas. Neste cenário desafiador, talvez o ACS possa representar um dos principais protagonistas na busca da resolutividade, sobretudo a fim de evitar complicações e reduzir a carga da doença no sistema de saúde e sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Katsanos AH, Filippatou A, Manios E, Deftereos S, Parissis J, Frogoudaki A, et al. Blood Pressure Reduction and Secondary Stroke Prevention: A Systematic Review and Metaregression Analysis of Randomized Clinical Trials. *Hypertension*. 2017 Jan;69(1):171-179. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.116.08485>
2. Picon RV, Dias-da-Costa JS, Fuchs FD, Olinto MTA, Choudhry NK, Fuchs SC. Hypertension Management in Brazil: Usual Practice in Primary Care—A Meta-Analysis. *Int J Hypertens*. Volume 2017, Article ID 1274168, 9 pages. <https://doi.org/10.1155/2017/1274168>
3. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, et al. Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in Rural and Urban Communities in High-, Middle-, and Low-Income Countries. *JAMA*. 2013;310(9):959–968. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.184182>
4. Lima TM, 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 Saúde* 2010; 1(2):113-120. <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232010000200014>
5. Hypertension. Key facts. 13 September 2019 [cited 2021 March 31]. Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/hypertension>
6. Andrade SSA, Stopa SR, Brito AS, Chueri OS, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2971 Brasília, 24(2): 297-304, abr-jun 2015. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200012>
7. Souza NP, Cesse EAP, Souza WV, Fontbonne A, Barreto MNSC, Le Goff M, Batista Filho M, Féart C, Lira PIC. Temporal variation in prevalence, awareness and control of hypertension in urban and rural areas in Northeast Brazil between 2006 and 2016. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(4):e00027819. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00027819>
8. Abdul-Razak S, Daher AM, Ramli AS, Ariffin F, Mazapuspavina MY, Ambigga KS, et al. Prevalence, awareness, treatment, control and socio demographic determinants of hypertension in Malaysian adults. *BMC Public Health* 16, 351 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3008-y>
9. Banigbe BF, Itanyi IU, Ofili EO, Ogidi AG, Patel D, Ezeanolue EE. Alta prevalência de hipertensão não diagnosticada entre homens no Centro-Norte da Nigéria: Resultados da Iniciativa de Início Saudável. *PLoS ONE* 2020 15 (11): e0242870. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242870>
10. Lu J, Lu Y, Wang X, Li X, Linderman GC, Wu C, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in China: data from 1.7 million adults in a population-based screening study (China PEACE Million Persons Project). *Lancet*. 2017 Dec 9;390(10112):2549-2558. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32478-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32478-9)

11. Souza ACC, Borges JWP, Moreira TMM. Qualidade de vida e adesão ao tratamento em hipertensão: revisão sistemática com metanálise. Rev Saúde Pública 2016;50:71. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006415>
12. Dolzane RS, Schweickardt JC. Provimento e fixação de profissionais de saúde na atenção básica em contextos de difícil acesso: perfil dos profissionais de saúde em municípios do Amazonas. Trab. educ. saúde 2020 18 (3). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00288>
13. Gama ASM, Secoli SR. Práticas de automedicação em comunidades ribeirinhas na Amazônia brasileira. Rev Bras Enferm. 2020;73(5):e20190432. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0432>
14. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo de 2010; 2012 [cited 2021 Apr 21]. Available from: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=130120&search=|coari>
15. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 2016. Estabelecimento de saúde do município: Coari. [cited 2016 Jun 07]. Available from: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?Estado=13&VCodMunicipio=130120&NomeEstado=AMAZONAS
16. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016.
17. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 2020 Jun;75(6):1334-1357. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>
18. Oliveira BFA, Mourão DS, Gomes N, Costa JMC, Souza AV, Bastos WR, et al. Prevalência de hipertensão arterial em comunidades ribeirinhas do Rio Madeira, Amazônia Ocidental Brasileira. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(8):1617-1630, ago, 2013. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00146212>
19. Pereira RA, Sichieri R, Marins VM. Razão cintura/quadril como preditor de hipertensão arterial. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2):333-344, abr-jun, 1999. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200018>
20. Gama ASM, Fernandes TG, Parente RCP, Secoli S R. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. Cad. Saúde Pública 2018; 34(2):e00002817. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00002817>
21. Guimarães AF, Barbosa VLM, Silva MP, Portugal JKA, Reis MHS, Gama ASM. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. Rev Pan-Amaz Saude vol.11 Ananindeua 2020. Epub 21-Maio-2020. <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-6223202000178>

22. Organização Pan-Americana da Saúde. Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde. Washington, D.C.: OPAS; 2018.
23. Kayima, J., Wanyenze, R.K., Katamba, A. et al. Hypertension awareness, treatment and control in Africa: a systematic review. *BMC Cardiovasc Disord* 13, 54 (2013). <https://doi.org/10.1186/1471-2261-13-54>
24. Menezes TC, Portes LA, Silva NCPV. Prevalência, tratamento e controle da hipertensão arterial com método diferenciado de busca ativa. *Cad. Saúde Colet.* 2020;28(3):325-333. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028030357>
25. Nascimento RL, Carvalho FO, Araujo FS, Marins DM, Carneiro MVO, Saraiva LC, et al. Indicadores antropométricos e hemodinâmicos associados à hipertensão arterial de sedentários. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 7, e25310716603, 2021 (CC BY 4.0). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16603>
26. Coelho JC, Guimarães MCLP, Campos CL, Florido CF, Silva GV, Pierin AMG. Blood pressure control of hypertensive patients followed in a high complexity clinic and associated variables. *Braz. J. Nephrol. (J. Bras. Nefrol.)* 2021;43(2):207-216. <https://doi.org/10.1590/2175-8239>
27. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Gomes MAM, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2021; 116(3):516-658. <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>
28. Mengue SS, Bertoldi AD, Ramos LR, Farias MR, Oliveira MA, Tavares NUL, et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2016;50(supl 2):8s. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006154>
29. Medscape. Disponível em: <https://reference.medscape.com/drug-interactionchecker>. [Citado 2021 set. 17].
30. Pierin AMG, Marroni SN, Taveira LAF, Benseñor IJ. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Cien Saude Colet.* 2011;16(Supl):1389-400. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700074>