

Ciências farmacêuticas integrada ao processo de cuidado em saúde

3

Débora Luana Ribeiro Pessoa
(Organizadora)



Ciências farmacêuticas integrada ao processo de cuidado em saúde

3

Débora Luana Ribeiro Pessoa
(Organizadora)



Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremona

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-Não-Derivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Ciências farmacêuticas integrada ao processo de cuidado em saúde 3

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaidy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Débora Luana Ribeiro Pessoa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C569 Ciências farmacêuticas integrada ao processo de cuidado em saúde 3 / Organizadora Débora Luana Ribeiro Pessoa. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0296-1

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.961221307>

1. Farmácia. I. Pessoa, Débora Luana Ribeiro (Organizadora). II. Título.

CDD 615

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

A obra “Ciências farmacêuticas integrada ao processo de cuidado em saúde 3 e 4” que tem como foco principal a apresentação de trabalhos científicos diversos que compõem seus 30 capítulos, relacionados às Ciências Farmacêuticas e Ciências da Saúde. A obra abordará de forma interdisciplinar trabalhos originais, relatos de caso ou de experiência e revisões com temáticas nas diversas áreas de atuação do profissional Farmacêutico nos diferentes níveis de atenção à saúde.

O objetivo central foi apresentar de forma sistematizada e objetivo estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa do país. Em todos esses trabalhos a linha condutora foi o aspecto relacionado à atenção e assistência farmacêutica, produtos naturais e fitoterápicos, automedicação, saúde pública, entre outras áreas. Estudos com este perfil podem nortear novas pesquisas na grande área das Ciências Farmacêuticas.

Temas diversos e interessantes são, deste modo, discutidos aqui com a proposta de fundamentar o conhecimento de acadêmicos, mestres e todos aqueles que de alguma forma se interessam pelas Ciências Farmacêuticas, apresentando artigos que apresentam estratégias, abordagens e experiências com dados de regiões específicas do país, o que é muito relevante, assim como abordar temas atuais e de interesse direto da sociedade.

Deste modo a obra “Ciências farmacêuticas integrada ao processo de cuidado em saúde 3 e 4” apresenta resultados obtidos pelos pesquisadores que, de forma qualificada desenvolveram seus trabalhos que aqui serão apresentados de maneira concisa e didática. Sabemos o quão importante é a divulgação científica, por isso evidenciamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados. Boa leitura!

Débora Luana Ribeiro Pessoa

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

INTOXICAÇÃO POR PLANTAS NATIVAS DO CERRADO E O CONHECIMENTO FARMACÊUTICO DE PLANTAS MEDICINAIS

Gabriel Pereira de Sousa
Íkaro Gabriel Soares da Silva
Anna Maly de Leão e Neves Eduardo
Axell Donelli Leopoldino Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9612213071>

CAPÍTULO 2..... 11

AUTOMEDICAÇÃO DE VITAMINA C E SEUS REFLEXOS EM EXAMES E DIAGNOSTICOS LABORATORIAIS

Márcia Eduarda Ramos Adelino
Marcione José da Silva
Tadeu José da Silva Peixoto Sobrinho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9612213072>

CAPÍTULO 3..... 18

ATENÇÃO FARMACÊUTICA: APLICAÇÃO PRÁTICA EM FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS

Brenda Kessyley Pereira Barreiros
Bruna Gabriela Pereira Barreiros
Anna Maly de Leão e Neves Eduardo
Axell Donelli Leopoldino Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9612213073>

CAPÍTULO 4..... 26

USO IRRACIONAL DO CONTRACEPTIVO DE EMERGÊNCIA

Anekele Alves de Almeida
Doriane Vieira da Mota
Suziane Silva Santos
Anna Maly de Leão e Neves Eduardo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9612213074>

CAPÍTULO 5..... 36

IMUNOTERAPIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

Cícera Gonzaga da Silva
Cleiciene Barbosa Lopes
Vinícius de Matos Ribeiro
Vivian Tais Fernandes Cipriano

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9612213075>

CAPÍTULO 6..... 47

CUIDADO FARMACÊUTICO NAS INTOXICAÇÕES

Loany Andrade Rocha

Thamires Peres da Silva
Débora Santos Lula Barros

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9612213076>

CAPÍTULO 7..... 57

O USO DO CANABIDIOL NO TRATAMENTO DA EPILEPSIA

Danielly Pires de Jesus
Marine Cisne Farias
Nathália Martins de Sousa
Anna Maly de Leão e Neves Eduardo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9612213077>

CAPÍTULO 8..... 66

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NA ADOLESCÊNCIA E OS PSICOFÁRMACOS COMO RECURSO TERAPÊUTICO

Rosélie de Souza Leão
Luiz Fernando Lopes do Espírito Santo
Liliane Bezerra de Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9612213078>

CAPÍTULO 9..... 76

USO SUBLINGUAL DO CAPTOPRIL NAS EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS

Erick Jhonnata de Oliveira Silva
Everton Gabriel Amorim Monte
Tibério Cesar Lima de Vasconcelos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9612213079>

CAPÍTULO 10..... 84

AUMENTO NO USO DOS PSICOTRÓPICOS ALPRAZOLAM E HEMITARTARATO DE ZOLPIDEM DURANTE A PANDEMIA DO SARS-COV-2, ENFATIZANDO SUAS CONSEQUÊNCIAS E REAÇÕES ADVERSAS

Joelma Maria dos Santos da Silva Apolinário
Juliana Prado Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.96122130710>

CAPÍTULO 11..... 97

ESCALONAMENTO DE ANTIBIÓTICOS PARA O TRATAMENTO DA COVID-19 SUAS CAUSAS E LESÕES

Ana Clara Ramos de Souza
Mikaela Soares de Lima
João Paulo de Mélo Guedes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.96122130711>

CAPÍTULO 12..... 105

MEDIDAS COMPLEMENTARES NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

SISTÊMICA

Gabriel Francisco Rodrigues da Silva
Larissa Souza Correia da Rocha
Luciana Cristina S. Chaud
Fernanda G. Oliveira
Gabriel Montoia

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.96122130712>

CAPÍTULO 13..... 117

O USO DE PSICOTRÓPICOS NA ESQUIZOFRENIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Aline Maria da Silva
Natielly Martins da Silva
João Paulo de Melo Guedes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.96122130713>

CAPÍTULO 14..... 123

SUSCEPTIBILIDADE DE *Candida spp* ISOLADAS DA CAVIDADE BUCAL A AGENTES ANTIFÚNGICOS E ANTISSÉPTICOS

Letícia Dobis Telles
Luis Antonio Esmerino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.96122130714>

CAPÍTULO 15..... 136

O DESAFIO E ESTRATÉGIAS CIENTÍFICAS NO DIAGNÓSTICO SOROLÓGICO DIFERENCIAL DE DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA

Amauri Donadon Leal Junior
Flavio Augusto Vicente Seixas
Jorge Juarez Vieira Teixeira
Dennis Armando Bertolini
Érika Seki Kioshima Cotica

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.96122130715>

SOBRE A ORGANIZADORA..... 156

ÍNDICE REMISSIVO..... 157

MEDIDAS COMPLEMENTARES NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Data de aceite: 04/07/2022

Gabriel Francisco Rodrigues da Silva

Instituto Taubaté de ensino superior, ITES
Taubaté-São Paulo, SP

Larissa Souza Correia da Rocha

Instituto Taubaté de ensino superior, ITES
Taubaté-São Paulo, SP

Luciana Cristina S. Chaud

Instituto Taubaté de ensino superior, ITES
Taubaté-São Paulo, SP.
<http://lattes.cnpq.br/9741492462129390>

Fernanda G. Oliveira

Instituto Taubaté de ensino superior, ITES
Taubaté-São Paulo, SP

Gabriel Montoia

Instituto Taubaté de ensino superior, ITES
Taubaté-São Paulo, SP

RESUMO: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial que figura como uma das mais prevalentes dentre as doenças crônicas. Nos últimos anos, os métodos alternativos não alopáticos vêm se disseminando ao longo do tempo, com a busca cada vez maior por complementares para prevenir e tratar doenças. Por meio de uma revisão de literatura narrativa, esse estudo tem por objetivo analisar as diferentes medidas de tratamento não medicamentosas da HAS, bem como apresentar sua importância visando evidenciar os benefícios desses tratamentos aos portadores

dessa doença crônica. Os resultados indicaram que exercícios físicos e dieta DASH foram os achados mais relevantes desta pesquisa como medida complementar no tratamento da HAS, onde com a adoção destas abordagens, observase mudanças positivas no comportamento e no estilo de vida de hipertensos, melhorando a condição de saúde e a qualidade de vida dessas pessoas.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial Sistêmica. Tratamento não Medicamentoso. Estilo de vida.

COMPLEMENTARY MEASURES IN THE CONTROL OF SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION

ABSTRACT: Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a multifactorial clinical condition that appears as one of the most prevalent among chronic diseases. In recent years, non-allopathic alternative methods have been spreading over time, with the increasing search for complementary ones to prevent and treat diseases. Through a narrative literature review, this study aims to analyze the different non-drug treatment measures for SAH, as well as to present their importance in order to highlight the benefits of these treatments for patients with this chronic disease. The results indicated that physical exercises and the DASH diet were the most relevant findings of this research as a complementary measure in the treatment of SAH, where with the adoption of these approaches, positive changes in the behavior and lifestyle of hypertensive patients are observed, improving the condition of health and quality of life for these

people.

KEYWORDS: Systemic arterial hypertension. Non-Medication Treatment. Lifestyle.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial que figura como uma das mais prevalentes dentre as doenças crônicas, na qual ocorre a elevação dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg.¹

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) 600 milhões de pessoas poderão apresentar HAS até 2025, com risco de 7,1 milhões de mortes anuais por esta doença que é um dos fatores de risco mais variável e de alta relevância para doenças cardiovasculares. Pesquisas demonstram que 90% da população corre o risco de adquirir hipertensão em virtude do estilo de vida, o que aponta para a necessidade de assumir hábitos benéficos para a saúde a fim de tratar e prevenir a HAS.²

Partindo de condições assintomáticas a HAS costuma progredir com mutações em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos. Sendo o principal fator de risco variável com associação independente, linear e contínua para doenças cardiovasculares (DCV) e doença renal crônica (DRC).²

Existem vários fatores de risco que levam o paciente a apresentar hipertensão; dentre eles idade mais avançada, obesidade, excesso no consumo de sal e bebidas alcoólicas, tabaco, estresse e o baixo nível socioeconômico. Assim, a mudança do estilo de vida é uma atitude que deve ser estimulada durante toda a vida, independente dos níveis de pressão arterial.³

A sociedade moderna, com o passar dos anos tem ficado mais doente. Diante disso, houve uma procura maior por meios mais saudáveis de reverter as estatísticas, trocando-se os medicamentos industrializados por fontes alimentares que fornecem benefícios nutricionais e medicinais.¹

Os métodos alternativos não alopáticos vêm se disseminando ao longo do tempo, com a busca cada vez maior por produtos naturais para prevenir e tratar doenças, em virtude das evidências de seu sucesso na prevenção e no tratamento de doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, obesidade e doenças inflamatórias.²

O objetivo do presente trabalho foi de analisar as diferentes medidas de tratamento não medicamentosas da HAS, bem como apresentar sua importância, visando evidenciar os benefícios desses tratamentos aos portadores dessa doença crônica.

REVISÃO DE LITERATURA

Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial (HA) é uma das causas mais comuns de doenças

cardiovasculares, atingindo aproximadamente 20% da população adulta. É uma doença crônica não transmissível (DCNT) definida por níveis pressóricos, em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ ou medicamentoso) superam os riscos.³

Esta é uma condição clínica multifatorial com alta prevalência e baixas taxas de controle, que envolve componentes genéticos, ambientais, neurais, vasculares, hormonais e renais; caracterizada por uma elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg, aferida com a técnica correta, em pelo menos dois momentos diferentes, sem a medicação anti-hipertensiva. Entretanto, é recomendável, quando possível, a validação de tais medidas fora do consultório por meio da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), da Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) ou da Automedida da Pressão Arterial (AMPA).³

Além de ser o maior fator de risco para DCV e DRC, a HA está associada a riscos metabólicos para doenças como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM), com impactos socioeconômicos causados por complicações nos órgãos alvos como: coração: doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, fibrilação atrial e morte súbita; cérebro: acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico, demência; rins: DRC que pode evoluir para necessidade de terapia dialítica; e sistema arterial: doença arterial obstrutiva periférica.³

Segundo Fuchs e Whelton (2020)⁴ estudos grandes demonstraram que a PA elevada é um importante fator de risco para insuficiência cardíaca, síndromes aórticas, doenças valvulares cardíacas, fibrilação atrial e doença renal crônica, além de doença coronariana e acidente vascular cerebral.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, 21,4% e em 2019 23,9% dos adultos brasileiros relataram HA, enquanto, considerando as medidas de PA aferidas e uso de medicação anti-hipertensiva, o percentual de adultos com PA maior ou igual que 140 por 90 mmHg chegou a 32,3%.³

Em 2020, as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial trouxeram a classificação da pressão arterial (PA) de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade conforme segue na Tabela 1.⁵

Classificação	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA ótima	< 120	e	< 80
PA normal	120-129	e/ou	80-84
Pré-hipertensão	130-139	e/ou	85-89
HA Estágio 1	140-159	e/ou	90-99
HA Estágio 2	160-179	e/ou	100-109

HA Estágio 3	≥ 180	e/ou	≥ 110
---------------------	------------	------	------------

Tabela 1: Classificação da pressão arterial de acordo com a aferição em consultório a partir de 18 anos de idade⁵

Em 2017 a Diretriz Americana determinou as seguintes metas: PAS < 130 mmHg para idosos, desde que os mesmos tenham boa condição clínica e para adultos em geral foi de PA < 130x80 mmHg. Em 2018 temos a Diretriz Europeia com a meta de PAS 130-139 mmHg e meta de PAD abaixo de 90 mmHg.^{6,7,8}

Tipos de Hipertensão

A HAS possui duas classificações, a hipertensão primária, conhecida antigamente como hipertensão essencial, representando 90% dos casos e, da qual a causa é desconhecida, visto que inúmeros fatores podem possivelmente estar envolvidos, e a hipertensão secundária ou hipertensão curável, que poucos conhecem e está sempre ligada a um fator desencadeante como por exemplo, o consumo exagerado de álcool ou o uso de contraceptivos orais. Entretanto, com o tratamento correto, boa alimentação e exercícios físicos é possível prevenir complicações na HAS primária.³

Fatores de Risco Para Hipertensão Arterial

A terapia para a hipertensão vai depender da análise de riscos que cada paciente apresenta, considerando a presença de fatores de risco e doença cardiovascular estabelecida, e não apenas os níveis da pressão arterial aferidos. Existem vários fatores de risco associados à ocorrência de Hipertensão, como genética, idade, sexo, obesidade, etc.^{9,10}

Na genética, a contribuição de hereditariedade tem um papel importante para a gênese da HAS. Os fatores genéticos podem influenciar os níveis de PA entre 30-50%. Sobre o risco idade, é sabido que por volta de 65% das pessoas acima dos 60 anos são mais propensas a apresentarem HA. Em ambos os sexos, a frequência de HA aumenta com a idade, alcançando 61,5% e 68,0% respectivamente, na faixa etária de 65 anos ou mais.^{9,10}

Pacientes com Diabetes podem apresentar um quadro de hipertensão, visto que a resistência à insulina dificulta o acesso das células à glicose e os altos níveis de açúcar tendem a aumentar o volume circulante, além de contribuírem para o enrijecimento das artérias causando o aumento de pressão. Na insuficiência renal, que pode aparecer como consequência do diabetes, o mau funcionamento dos rins diminui a eliminação de sal e água pela urina e isso pode também elevar a PA.^{9,10}

Em relação ao sobrepeso e/ou obesidade, sabe-se que há uma grande correlação entre o excesso de peso e a HAS. Por outro lado, a prática de atividade física reduz o índice de HAS; pessoas que praticam atividades físicas tem maiores chances de não apresentarem HA.^{9,10}

Quando se aborda o estilo de vida, o grande consumo de sal tem-se mostrado um fator de risco para a elevação da pressão arterial, já que a gastronomia brasileira é muito rica em sódio. Do mesmo modo, o Etilismo é um fator que implica no aumento do risco de HAS, assim como o tabagismo, que eleva a pressão arterial e favorece o desenvolvimento da aterosclerose.^{9,10}

Estudos mostraram os efeitos adversos do tratamento não farmacológico no enfrentamento da HA e mudanças no estilo de vida são necessárias para refletir na terapia e no retardamento do desenvolvimento desta doença, como a prática de atividade física, perda de peso, dieta equilibrada, utilização de nutracêuticos.

Medidas Complementares no Controle da Hipertensão Arterial

O indivíduo hipertenso tem que ser estimulado a mudar seus hábitos, pois qualquer descuido com o estilo de vida pode prejudicar ainda mais seu estado de saúde. Um bom começo é fazendo uma dieta hipossódica, regada de bastante frutas, peixes, hortaliças, fibras e minerais, levar uma vida mais ativa e reduzir o estresse.¹¹

Têm-se evidenciado que o sedentarismo é um dos principais fatores de desenvolvimento das Doenças Cardiovasculares e de obesidade, entre pessoas de diversas faixas etárias. Cerca de 50% dos adultos no Brasil tem sobrepeso ou obesidade e em caso de obesidade é recomendado um IMC <25kg/m², visto que a redução de peso faz com que o nível de PA diminua em torno de 5 a 20mmHg para cada 10kg a menos.¹¹

Uma das práticas essenciais não medicamentosas para controle e prevenção de HAS é a prática de atividades físicas. Em estudos recentes foi evidenciado que a inatividade física é o quarto fator de risco de óbito no mundo e que a maior parte dos pacientes hipertensos, relatam sedentarismo e excesso de peso em seus casos.¹²

Com a prática de atividades aeróbicas realizadas diariamente, ocorrem adaptações hemodinâmicas que estão ligadas com o sistema cardiovascular, visto que, o exercício físico pode contribuir para controlar a hipertensão sem medidas farmacológicas e até mesmo reduzir a dosagem de medicamentos anti-hipertensivos. De acordo com alguns autores, em referência a um grupo controle que não praticava regularmente exercícios físicos, o treinamento físico reduziu a pressão sistólica em 4,7 mmHg e pressão diastólica em 3,1 mmHg, em ambos os sexos.¹²

Os nutracêuticos também podem ser classificados como medidas complementares no controle da HAS, ou seja, alimentos, ou partes de um alimento, que fornecem benefícios médicos ou de saúde, incluindo a prevenção e o tratamento de doenças.¹³

A sociedade moderna com o passar dos anos tem ficado mais doente, e com isso houve uma procura maior por meios mais saudáveis de reverter isso; trocando os medicamentos industriais pelos nutracêuticos que são derivados de fontes alimentares, é possível aliar benefícios nutricionais e medicinais. De fato, evidências sugerem que eles podem ser usados na prevenção e no tratamento de doenças cardiovasculares, câncer,

diabetes, obesidade e doenças inflamatórias.¹³

A ingestão adequada de magnésio pode reduzir níveis da PA, além de evitar a calcificação das placas ateroscleróticas. O consumo de magnésio em dietas pode levar ao aumento na produção de prostaglandinas e na indução da vasodilatação, atuando como um bloqueador natural do canal de cálcio, e conseqüentemente, diminuir a pressão arterial.¹⁴

Do mesmo modo, a inclusão de potássio no plano alimentar de pacientes hipertensos pode diminuir consideravelmente a pressão arterial (PA) com redução de 1,0 mmHg em PA sistólica e 0,52 mmHg na PA diastólica, sendo o aumento na ingestão de potássio de 0,6g/dia.¹⁴

Outra medida complementar que deve ser considerada é o consumo de fibras por pacientes que possuem HAS. A maioria das fibras dietéticas estão em partes comestíveis das plantas, constituindo ótima fermentação no intestino grosso. Pectina, goma de aveia, oligossacarídeos entre outros, são pré-bióticos que possuem benefícios tanto para a flora quanto para as doenças cardiovasculares.¹⁵ O consumo de fibras também impacta na produção dos ácidos graxos de cadeia curta, reduzindo os níveis de lipídeos no sangue e o índice de obesidade, pois regula o peso corporal, reduz a sensibilidade da insulina hepática e facilita a absorção de alguns tipos de minerais como o cálcio.¹⁵

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento desta pesquisa foi utilizada a metodologia de revisão narrativa da literatura. Foi realizada uma pesquisa quali e quantitativa e descritiva com base em artigos científicos em português e inglês, em texto completo, publicados entre os anos de 2010 a 2020, na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Pubmed. As palavras-chaves utilizadas foram: hipertensão, hipertensão arterial sistêmica, doença cardiovascular, medidas complementares, promoção da saúde, bem como os mesmos descritores na língua inglesa: *hypertension, systemic arterial hypertension, cardiovascular disease, complementary measures, health promotion*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a formulação do objetivo da pesquisa, que buscou analisar as diferentes medidas para o tratamento não medicamentoso da HAS, bem como apresentar sua importância visando evidenciar os benefícios desses tratamentos aos portadores dessa doença crônica, 45 artigos foram identificados na base de dados e nos critérios estabelecidos desta pesquisa. Apenas 9 estudos se enquadraram nos termos de inclusão propostos na metodologia deste estudo (Tabela 2).

Autor/ Ano	Título	Tipo de estudo	Periódico	Resultados encontrados
Nascimento et al., 2021 ¹⁶	Fatores associados ao tratamento não medicamentoso por pacientes hipertensos	Estudo transversal e descritivo	Brazilian Journal of Development, Curitiba, 2021:7(4): 37946-37958	A adoção de hábitos de vida saudável se faz necessária, como exercício físico ou dieta para a complementação do tratamento medicamentoso.
Freitas et al., 2020 ¹⁷	Influência da prática de exercícios físicos na redução da hipertensão arterial	Revisão de literatura integrativa	Research, Society and Development, 2020:9(4)	Mudanças no estilo de vida, como a prática de exercício físico é eficaz na prevenção e tratamento da hipertensão arterial, os estudos evidenciaram que praticantes de atividade física apresentam maior queda dos níveis pressóricos, quando comparados a indivíduos sedentários
Sukhato et al., 2020 ²⁰	Efficacy of different dietary patterns on lowering of blood pressure level: an umbrella review	Revisão sistemática	Am J Clin Nutr 2020;112:1584–1598	A adesão à dieta DASH (<i>Dietary Approach to Stop Hypertension</i>) reduziu efetivamente a PA. Dietas com baixo teor de sal diminuíram significativamente os níveis de PA em pessoas afro-caribenhas normotensas e em pacientes hipertensos de todas as origens étnicas. Outros padrões alimentares, como as dietas nórdicas e de portfólio, também diminuíram os níveis de PA.
Bricarello et al., 2020 ²¹	Abordagem dietética para controle da hipertensão: reflexões sobre adesão e possíveis impactos para a saúde coletiva	Revisão integrativa	Ciência & Saúde Coletiva, 25(4):1421-1432, 2020	A dieta DASH representa uma intervenção potencialmente acessível e aplicável que poderia melhorar a saúde da população hipertensa.
Li et al., 2018 ²³	Effects of Multivitamin and Multimineral Supplementation on Blood Pressure: A Meta-Analysis of 12 Randomized Controlled Trials	Meta-análise	Nutrients, 2018: 3;10(8):1018.	A suplementação multivitamínica e multimineral pode ser um método eficaz para o controle da pressão arterial em indivíduos com doenças crônicas
Freitas et al., 2018 ¹⁸	Intervenções não-farmacológicas associadas à prevalência e incidência da hipertensão arterial: uma revisão integrativa	Revisão integrativa	Fisioterapia Brasil 2018;19(2):265-271	O incentivo à adoção de hábitos de vida saudáveis, em abordagem e acompanhamento multidisciplinar, componentes indissociáveis na efetivação do exercício da saúde de qualidade, demonstrou contribuição na prevenção da HAS e no tratamento não-farmacológico do indivíduo hipertenso.

Juraschek et al., 2017 ²²	Effects of Sodium Reduction and the DASH Diet in Relation to Baseline Blood Pressure	Estudo clínico randomizado	J Am Coll Cardiol. 2017 December 12; 70(23): 2841–2848.	A combinação de ingestão reduzida de sódio e dieta DASH reduziu a PAS em pacientes com pré-hipertensão em estágio 1, com reduções progressivamente maiores em níveis mais altos de PAS basal. As reduções da PAS em adultos com os níveis mais altos de PAS (≥ 150 mmHg) foram marcantes e reforçam a importância tanto da redução de sódio quanto da dieta DASH nesse grupo de alto risco.
Roerecke et al., 2017 ²⁴	The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis	Revisão sistemática	Lancet Public Health 2017; 2: e108–20	Reduzir a ingestão de álcool impacta também na redução da pressão arterial. A implementação de intervenções eficazes de álcool em pessoas que bebem mais de dois drinques por dia reduziria a carga de doenças tanto do consumo de álcool quanto da hipertensão.
Cigliardini et al., 2016 ¹⁹	Effect of a Modest Weight Loss in Normalizing Blood Pressure in Obese Subjects on Antihypertensive Drugs	Estudo observacional	Obes Facts 2016;9:251–258	Intervenções no estilo de vida são úteis para todos os pacientes hipertensos obesos, na maioria dos quais uma modesta perda de peso é suficiente para normalizar os níveis de PA evitando o uso agressivo de vários medicamentos anti-hipertensivos.

Tabela 2 - Pesquisas que abordaram as medidas complementares para controle da HAS, evidenciadas neste estudo.

Fonte: os autores (2022)

Nascimento e colaboradores¹⁶ compreenderam que a adesão ao tratamento não farmacológico como complemento no enfrentamento da HA deve ser caracterizado por uma série de mudanças de estilo de vida, como exercícios físicos e dieta, precedidas por atividades educacionais que visem a mudança de comportamento dos indivíduos. Porém, é preciso considerar o contexto cultural destas pessoas, bem como suas habilidades cognitivas e emocionais. Os autores citaram como medidas complementares o controle de peso, o controle de circunferência abdominal, a atividade física e a moderação do consumo de álcool.

No âmbito da Atenção Primária e Secundária de saúde, métodos não-farmacológicos desenvolvidos mostraram-se eficazes na prevenção e na diminuição da incidência da HAS, como a efetivação do exercício físico na vida do paciente hipertenso, trazendo não somente a redução da PA, mas também aumento de qualidade de vida para essas pessoas.¹⁷

Em uma revisão integrativa da literatura, Freitas et al.¹⁸ verificaram a importância da atividade física como uma prática complementar no tratamento da hipertensão, visto que

ela pode influenciar diretamente na diminuição dos níveis pressóricos, bem como promover mudanças positivas no estilo de vida dos pacientes. Nessa perspectiva, o exercício físico é fundamental para a prevenção, tratamento e controle da hipertensão arterial, evitando mortes e promovendo um aumento de qualidade de vida para os hipertensos.

Evidências apontam para a perda de peso como uma importante medida complementar no controle das HAS, onde intervenções no estilo de vida são úteis para todos os pacientes hipertensos obesos e, na maioria dos indivíduos, uma pequena perda de peso é suficiente para normalizar os níveis de PA, evitando o uso agressivo medicamentos do tipo anti-hipertensivos.¹⁹

Por outro lado, pesquisadores evidenciaram que a adesão à dieta DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) pode reduzir efetivamente a PA. Dietas com baixo teor de sal e outros padrões alimentares, como as dietas nórdicas e de Portfólio diminuem significativamente os níveis de PA. Embora os estudos comprovem que a PA pode ser reduzida pela modificação da dieta, são necessárias outras pesquisas para avaliar se esses níveis de redução impactam ou não na mortalidade e morbidade em longo prazo.²⁰

Bricarello et al.²¹ também citaram a dieta DASH como uma alternativa acessível a todos os pacientes brasileiros e que possui grande potencial de trazer benefícios à atenção nutricional ao hipertenso. Estes autores ainda ressaltaram que para haver uma melhor adesão à essa dieta é importante que haja uma configuração de planos alimentares e orientações flexíveis, pouco restritivas, que sejam compatíveis com os hábitos, cultura e o estilo de vida dos pacientes, além de ser necessário o monitoramento frequente por uma equipe multiprofissional.

Em um estudo clínico randomizado, Juraschek et al.²² pretenderam comparar o impacto do teor de sódio e da dieta DASH no controle e na redução da PA sistólica (PAS) pela PA basal. Quanto aos critérios de exclusão foram: adultos abaixo de 22 anos de idade e com PA acima de 159 mmHg x 95 mmHg; pessoas com diagnóstico prévio de cardiopatia, insuficiência renal, dislipidemia mal controlada, diabetes mellitus ou insuficiência cardíaca; pessoas que tomavam agentes anti-hipertensivos ou insulina e pessoas que bebiam mais de 14 doses de bebidas alcoólicas por semana. Os adultos foram randomizados em dois grupos: Grupo Dash e Grupo Controle. O grupo Dash obviamente realizou a dieta com frutas, vegetais e laticínios com baixo teor de gordura com ingestão reduzida de gordura saturada, gordura total e colesterol. O grupo controle se alimentou normalmente, não havendo qualquer intervenção neste aspecto. Ambos os grupos foram alimentados com três níveis de sódio: baixo (1150 mg), médio (2300 mg) e alto (3450 mg). Os autores concluíram que combinação de baixa ingestão de sódio e a dieta DASH foi associada a redução da PAS.²²

Entretanto, no caso da suplementação multivitamínica e multimineral, esta apresentou efeito sobre a redução da pressão arterial em indivíduos normotensos, mas esse efeito de redução foi muito pequeno para prevenir efetivamente a hipertensão futura.

Essa suplementação pode ser um método eficaz para o controle da pressão arterial em indivíduos com doenças crônicas, incluindo hipertensão.²³

Roerecke et al.²⁴ sinalizaram para a redução do consumo de álcool como uma importante medida complementar no controle da hipertensão arterial. Para os autores, a conscientização sobre os riscos do álcool aos hipertensos deve ser uma prioridade na atenção primária à saúde. A implementação de intervenções eficazes em relação ao consumo de álcool em pessoas que bebem mais de dois drinques por dia reduziria a carga de doenças tanto do consumo de álcool quanto da hipertensão. Dentre essas intervenções, o aumento de preços e as restrições de disponibilidade têm se mostrado eficazes e com boa relação custo-benefício para reduzir o consumo nocivo de álcool em nível populacional.

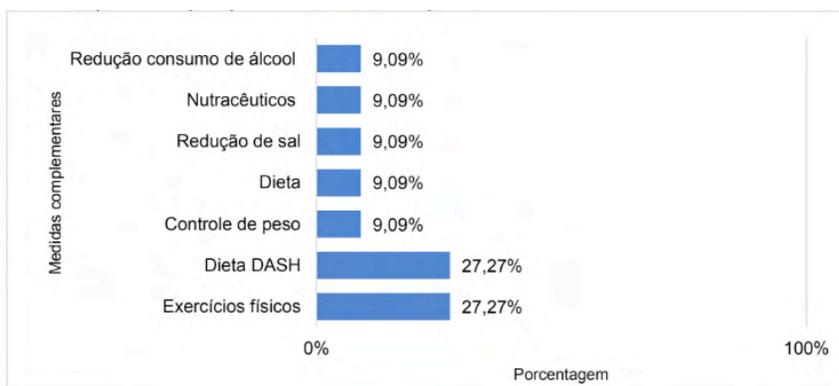


Gráfico 1: Prevalência das medidas complementares não medicamentosas no tratamento da HAS, quanto às pesquisas abordadas no presente estudo

Visando facilitar a visualização da discussão anterior, no **Gráfico 1** pode ser observada a prevalência das medidas complementares não medicamentosas no tratamento da HAS, quanto às pesquisas abordadas no presente estudo. Verificou-se que os exercícios físicos e dieta Dash foram os mais abordados nas pesquisas.

É possível afirmar que mudanças no estilo de vida do paciente com hipertensão, que realiza somente o tratamento farmacológico, podem trazer alguns benefícios tanto para o enfretamento desta doença quanto na qualidade de vida destes indivíduos.

A adesão à uma dieta adequada e a frequência em exercícios físicos foram os achados mais relevantes desta pesquisa, reforçando a ideia de que o tratamento medicamentoso pode ser bastante eficaz, porém, se atrelado às medidas complementares, observa-se mudanças positivas no comportamento e no estilo de vidas destas pessoas que impactarão em suas condição de saúde de modo geral.

CONCLUSÃO

A análise das diferentes medidas de tratamento não medicamentosas da HAS, evidenciou que a mudança no estilo de vida é a abordagem não farmacológica inicial para o manejo e prevenção da hipertensão. Dentre as pesquisas abordadas, a maioria demonstrou que os exercícios físicos e a dieta DASH são medidas complementares e não medicamentosas eficazes no tratamento da HAS. Em todos os estudos, ficou evidente que a redução da taxa de HAS promove a prevenção de doenças cardiovasculares avançadas, melhora o bem-estar individual e reduz os custos com saúde.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram que não houve conflito de interesse neste presente estudo.

REFERÊNCIAS

1. Benvenga S, Feldt-Rasmussen U, Bonfiglio D, Asamoah E. Nutraceutical Supplements in the Thyroid Setting: Health Benefits beyond Basic Nutrition. *Nutrients*. 2019 Sep 13;11(9):2214.
2. Malta DC et al. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia [online]*. 2018, v. 21, suppl 1 [Acessado 15 Maio 2022], e180021.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol*. 2010; 95(1 supl.1): 1-51.
4. Fuchs FD, Whelton PK. High Blood Pressure and Cardiovascular Disease. *Hypertension*. 2020 Feb;75(2):285-292.
5. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2021; 116(3):516- 658.
6. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008; 358: 1887–1898.
7. The SPRINT Research Group. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *The New England Journal of Medicine* vol. 373,22 (2015): 2103-16.
8. Di Palo KE, Barone NJ. Hypertension and Heart Failure: Prevention, Targets, and Treatment. *Heart Fail Clin*. 2020 Jan;16(1):99-106.
9. Ondimu DO, Kikuvi GM, Otieno WN. Risk factors for hypertension among young adults (18-35) years attending in Tenwek Mission Hospital, Bomet County, Kenya in 2018. *Pan Afr Med J*. 2019 Jul 16; 33:210.
10. Oliveras A, de la Sierra A. Resistant hypertension: patient characteristics, risk factors, co-morbidities and outcomes. *J Hum Hypertens*. 2014 Apr;28(4):213-7.

11. Stevens VJ, Obarzanek E, Cook NR, Lee IM, Appel LJ, Smith West D, et al. Trials for the Hypertension Prevention Research Group. Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the Trials of Hypertension Prevention, phase II. *Ann Intern. Med.* 2001 2;134(1):1-11.
12. Matavelli IS et al. Hipertensão arterial sistêmica e a prática regular de exercícios físicos como forma de controle: revisão de literatura. *Revista Brasileira De Ciências Da Saúde*, 2014, 18(4), 359–366.
13. Sirtori CR et al. Nutraceuticals for blood pressure control, *Annals of Medicine*, 2015, 47:6, 447-456.
14. Ghaffari S, Roshanravan N. The role of nutraceuticals in prevention and treatment of hypertension: An updated review of the literature. *Food Res Int.* 2020 Feb;128:108749.
15. Qi D, Nie XL, Zhang JJ. The effect of probiotics supplementation on blood pressure: a systemic review and meta-analysis. *Lipids Health Dis.* 2020 Apr 25;19(1):79.
16. Nascimento MO et al. Fatores associados à adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão na atenção primária. *Rev. Bras. Enferm.* 2021;74(Suppl 6): e20200173.
17. Freitas CB et al. Influência da prática de exercícios físicos na redução da hipertensão arterial. *Research, Society and Development*, 2020;9(4) e193943020.
18. Freitas MMA et al. Intervenções não-farmacológicas associadas à prevalência e incidência da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. *Fisioter. Bras;* 2018; 19(2):265-1:271.
19. Gilardini L, Redaelli G, Croci M, Conti A, Pasqualinotto L, Invitti C. Effect of a Modest Weight Loss in Normalizing Blood Pressure in Obese Subjects on Antihypertensive Drugs. *Obes Facts.* 2016;9(4):251-8.
20. Sukhato K, Akksilp K, Dellow A, Vathesatogkit P, Anothaisintawee T. Efficacy of different dietary patterns on lowering of blood pressure level: an umbrella review. *Am J Clin Nutr.* 2020 Dec 10;112(6):1584-1598.
21. Bricarello LP et al. Abordagem dietética para controle da hipertensão: reflexões sobre adesão e possíveis impactos para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020; 25(4): 1421-1432.
22. Juraschek SP, Miller ER 3rd, Weaver CM, Appel LJ. Effects of Sodium Reduction and the DASH Diet in Relation to Baseline Blood Pressure. *J Am Coll Cardiol.* 2017 Dec 12;70(23):2841-2848.
23. Li K, Liu C, Kuang X, Deng Q, Zhao F, Li D. Effects of Multivitamin and Multimineral Supplementation on Blood Pressure: A Meta-Analysis of 12 Randomized Controlled Trials. *Nutrients.* 2018 Aug 3;10(8):1018.
24. Roerecke M, Kaczorowski J, Tobe SW, Gmel G, Hasan OSM, Rehm J. The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health.* 2017 Feb;2(2):e108-e120.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Ácido ascórbico 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17
Administração sublingual 76, 78, 80
Adolescência 34, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 74, 95
Alprazolam 84, 86, 87, 88, 93
Análises clínicas 11, 17, 55, 133, 156
Ansiedade 61, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 85, 87, 88, 89, 91, 93
Antissépticos bucais 123, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 134
Assistência farmacêutica 8, 19, 22, 32, 47, 48, 49, 51, 54, 55, 92, 119, 122
Atenção farmacêutica 7, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 35, 72, 74, 75
Atividade antifúngica 123, 126, 129, 131, 133, 134
Automedicação 2, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 20, 51

B

Biomarcador 36, 38

C

Canabidiol 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65
Canabinóides 57, 58, 59, 60, 61, 62
Câncer 15, 29, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 60, 106, 109
Cannabis sativa 57, 58, 59, 60, 64, 65
Captopril 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83
Cerrado 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10
Contraceptivo 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35
Covid-19 16, 17, 84, 85, 86, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 138, 150, 151, 154, 155
Cuidado farmacêutico 47, 48, 49, 50, 54, 55, 68, 70, 75, 94

D

Dengue 136, 137, 138, 144, 150, 151, 152, 153, 154, 155
Diagnóstico laboratorial 11, 15, 142, 144

E

Emergência 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 51, 55, 56, 77, 79, 81
Esquizofrenia 93, 117, 118, 119, 120, 121

Estilo de vida 105, 106, 109, 111, 112, 113, 114, 115

Exames de cultura 97

F

Farmacêutico 1, 2, 3, 6, 7, 10, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 30, 31, 32, 34, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 66, 68, 69, 70, 72, 73, 75, 94, 102, 122

Farmácia clínica 47, 48, 49

Farmácia comunitária 20, 21, 22, 23, 25

H

Hebiatria 66, 68, 71, 74

Hipertensão 32, 76, 77, 78, 82, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116

Hipertensão arterial sistêmica 76, 77, 105, 106, 110, 116

I

Imunoterapia 36, 37, 38, 42, 43, 44, 45, 46

Intoxicação 1, 2, 4, 5, 8, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56

M

Mulher 26, 27, 31, 32, 33, 34, 41

P

Pílula 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35

Plantas medicinais 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

Plantas nativas 1, 7

Psicotrópicos 61, 63, 72, 75, 84, 85, 86, 92, 94, 117, 118, 119, 120, 121

R

Resistência 15, 97, 101, 102, 103, 104, 108, 123, 124, 125, 128, 129, 131, 133

S

Saúde mental 62, 68, 84, 85, 86, 92, 93, 95

T

Toxicologia 47, 49, 56, 156

Transtorno 62, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 87, 89, 92, 93, 117, 118, 119, 120

Tratamento não medicamentoso 105, 110, 111, 116

Z

Zolpidem 84, 86, 89, 90, 91, 92, 93, 95

Ciências farmacêuticas integrada ao processo de cuidado em saúde

3

🌐 www.atenaeditora.com.br
✉ contato@atenaeditora.com.br
📷 @atenaeditora
📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



Ciências farmacêuticas integrada ao processo de cuidado em saúde

3

🌐 www.atenaeditora.com.br
✉ contato@atenaeditora.com.br
📷 @atenaeditora
📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

