

## PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Debora Santos Dantas<sup>1</sup>; Anderson Fellyp Avelino Diniz<sup>2</sup>; Edvaldo Balbino Alves Junior<sup>3</sup>; Carlos Henrique Tomaz Bezerra Vicente<sup>3</sup>; Isabela Motta Felício<sup>4</sup>; Diego de Sousa Barros<sup>5</sup>; Paula do Nascimento Batista<sup>3</sup>; Renata Oliveira Nóbrega<sup>3</sup>; Sabrina Lais Alves Garcia<sup>3</sup>; Harley da Silva Alves<sup>6</sup>; Maria do Socorro Ramos de Queiroz<sup>7</sup>.

### RESUMO

O trabalho teve como objetivo traçar o perfil farmacoterapêutico de portadores de HAS. Foi um estudo documental e analítico com abordagem quantitativa e descritiva e aconteceu de agosto a outubro de 2012, no Serviço Municipal de Saúde, em Campina Grande-PB. Dos 97 hipertensos (79%) pertenceram ao gênero feminino com idade média de 65 anos enquanto que o gênero masculino foi de 75 anos. A média da Pressão Arterial Sistólica e da Pressão Arterial Diastólica demonstrou um controle dos níveis pressóricos resultando na classificação da pressão em Ótima, Normal e Limítrofe. A maioria realizava terapia mista e utilizava Diuréticos, Inibidores da Angina Conversora da Angiotensina, Inibidores Adrenérgicos e Bloqueadores de Canais de Cálcio. Registrou-se Resultados Negativos a Medicamentos RNM's sendo a Insegurança não quantitativa o principal tipo. Verificou-se que os hipertensos em sua maioria conseguiram obter um controle da Pressão Arterial, no entanto, torna-se necessário por parte dos profissionais de saúde um olhar mais atencioso a esses pacientes, que são cada vez mais numerosos e requerem cuidados específicos.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Medicamentos. Anti-hipertensivos.

### ABSTRACT

This work aimed at describing the profile of drugs prescribed to patients with SAH. It was a documental and analytical study, with quantitative and descriptive approach, during the period from August to October 2012, at the Municipal Health Service, in Campina Grande-PB. Among the 97 hypertensive patients (79%) were female mean age 65 years while the male average was 75 years. The average of both systolic and diastolic blood pressure showed to be controled resulting in classification of the pressure into Optimum, Normal and Borderline. The majority of the patients used combined therapy as well as Diuretics, Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors, Adrenergic Inhibitors and Calcium Channels Blockers. Drug Related Problems (DRPs) were reported, being the non-quantitative Insecurity the main type. It was found that most of the hypertensive people managed to get a BP control. Nevertheless, it is important that health professionals give a more attentive look to these patients, who are increasingly numerous and require specific care.

**Keywords:** Hypertension. Drugs. Antihypertensives.

<sup>1</sup>Universidade Estadual da Paraíba. [debora\\_np@hotmail.com](mailto:debora_np@hotmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Estadual da Paraíba. [andersonfellyp@gmail.com](mailto:andersonfellyp@gmail.com)

<sup>3</sup>Universidade Estadual da Paraíba. [edvaldojunioralves@gmail.com](mailto:edvaldojunioralves@gmail.com)

<sup>4</sup>Universidade Estadual da Paraíba. [isabelamfelicio@gmail.com](mailto:isabelamfelicio@gmail.com)

<sup>5</sup>Universidade Estadual da Paraíba. [diego Barrosuepb@gmail.com](mailto:diego Barrosuepb@gmail.com)

<sup>6</sup>Departamento de Farmácia. Universidade Estadual da Paraíba. [harley.alves@hotmail.com](mailto:harley.alves@hotmail.com)

<sup>7</sup>Departamento de Farmácia. Universidade Estadual da Paraíba. [queirozsocorroramos@yahoo.com.br](mailto:queirozsocorroramos@yahoo.com.br)

## 1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, degenerativa e não-transmissível caracterizada pela elevação dos níveis pressóricos para valores persistentemente acima de 139/89 mmHg (SBC, 2006). É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem das Doenças Cardiovasculares (DCV) e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. No Brasil, as DCV são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas (PASSOS et al., 2006).

Para tratamento medicamentoso da HAS utiliza-se um arsenal de medicamentos, genericamente denominados de anti-hipertensivos, que visam, sobretudo, manter os valores tensionais abaixo de 140/90 mmHg, reduzindo assim, os índices de morbimortalidade relacionados à hipertensão (SBC, 2006; BRASIL, 2006).

Apesar da grande variedade e disponibilidade dos agentes anti-hipertensivos disponíveis para o tratamento da HAS, menos de 1/3 dos pacientes hipertensos adultos têm a sua pressão adequadamente controlada (ANDRADE et al., 2002). A escolha de uma terapia eficaz e segura do tratamento hipotensor está diretamente relacionadas à: escolha do medicamento anti-hipertensivo, tipo de associação, posologia empregada, interações medicamentosas, Reações Adversas a Medicamentos (RAM's) e condições associadas (BRASIL, 2006).

A abordagem terapêutica da HAS deve ser periodicamente reavaliada para definir se alguma mudança é necessária para manter os níveis pressóricos próximos das metas desejáveis. Portanto, o acompanhamento farmacoterapêutico do hipertenso é etapa fundamental para a promoção do uso correto dos medicamentos, para conhecer os itens prescritos, avaliar possíveis Resultados Negativos a Medicamentos (RNM's) e realizar intervenções garantindo assim um tratamento eficaz para o controle da HAS e consequentemente menor risco de agravos à saúde proporcionando assim longevidade mais saudável.

## 2. METODOLOGIA

O estudo foi do tipo documental e analítico com abordagem quantitativa e descritiva e aconteceu no período de agosto a outubro de 2012, no Serviço Municipal de Saúde (SMS), em Campina Grande-PB. Foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba sob número 0328.0.133.000-10.

A amostra foi composta por usuários do Programa HIPERDIA do SMS portadores de HAS e teve como critério de exclusão todos os pacientes que apresentaram HAS associada ao Diabetes Mellitus. Inicialmente os participantes responderam a um questionário através do qual foram interrogados com relação aos medicamentos prescritos para o tratamento da HAS e sua respectiva posologia.

A PA foi determinada com o paciente sentado após repouso de 15 minutos e a classificação obedeceu aos critérios da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial

(SBC, 2010). As classes dos anti-hipertensivos foram avaliadas seguindo as orientações da mesma diretriz. A avaliação dos RNM's foi realizada de acordo com os critérios do Terceiro Consenso de Granada (COMITÊ DE CONSENSO, 2007; DADER, 2008).

Os resultados foram digitados em software, como o Excel (2002), tratados no Epi-info 3.4.1 e descritos em média  $\pm$  desvio padrão, números absolutos e percentuais.

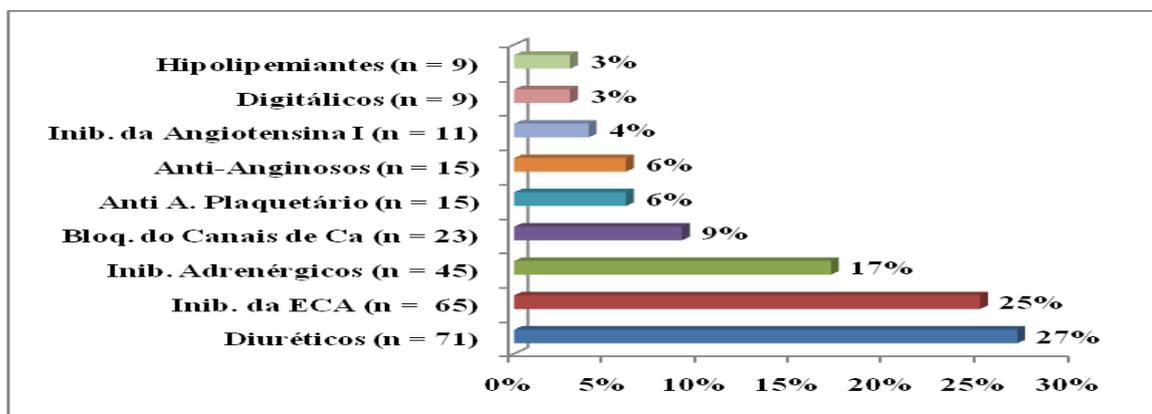
### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 97 hipertensos entrevistados, 77 (79%) pertenceram ao gênero feminino e a maioria da amostra era portadora da HAS. A média da PAS e da PAD demonstrou um controle dos níveis pressóricos que resultou na classificação da PA em Ótima, Normal e Limítrofe. Percebeu-se nesta avaliação um predomínio de pacientes com idade superior a 60 anos. De acordo com alguns autores existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% acima de 65 anos. Ainda revelou que o risco relativo de desenvolver doença cardiovascular associado ao aumento da PA não diminui com o avanço da idade e o risco absoluto aumenta acentuadamente (SBC, 2010; LEWINGTIN et al., 2002; HERMANSENK, 2000).

A monoterapia foi evidenciada neste trabalho 10% (n=10), no entanto, foi importante registrar que alguns dos usuários utilizavam uma combinação de 6 medicamentos. De acordo com a VI DBH é uma estratégia anti-hipertensiva inicial para pacientes com HA estágio 1 e com risco cardiovascular baixo a moderado cujas classe preferenciais devem ser Diuréticos e Inibidores Adrenérgicos (SBC, 2010).

O uso combinado de dois ou mais medicamentos é amplamente aceito como uma tentativa de otimizar os níveis de PA, minimizar os efeitos adversos e obter efeitos sinérgicos, no entanto a prescrição deve ser cautelosa evitando assim possíveis RNM's.

A Figura 1 apresenta as classes de anti-hipertensivos sendo que os diuréticos foram prescritos para 70 pacientes seguidos dos IECA, Inibidores Adrenérgicos e Bloqueadores de Canais de Cálcio.



**FIGURA 1:** Classes de anti-hipertensivos mais utilizados (n = 263).

\* O total excede o número de pacientes, visto que cada um deles pode ter feito uso de mais de um medicamento.

De acordo com os registros realizados das prescrições verificou-se a presença de

RNM's das supra-categorias: Efetividade e Segurança.

No primeiro tipo constatou-se a presença de Inefetividade não quantitativa sendo identificados os seguintes casos:

- **Digoxina, hidroclorotiazida e furosemida:** a ação dos digitálicos se baseia na alteração do equilíbrio sódio/potássio em ambos os lados da membrana miocárdica e o nível plasmático, principalmente do potássio, influem decisivamente, na sua ação (ESPOSITO et al., 2001; VERONEZ, 2008; KOROLKOVAS, 2011-2012);

- **Digoxina e caverdilol:** o uso concomitante poderá resultar num quadro de bradicardia excessiva (KOROLKOVAS, 2011-2012);

- **Captopril e AAS:** o ácido acetilsalicílico pode inibir a síntese de prostaglandinas, diminuindo assim o efeito anti-hipertensivo do captopril (ESPOSITO et al., 2001; KOROLKOVAS, 2011-2012);

- **Captopril e furosemida:** aumenta o risco de insuficiência renal, por inibirem a aldosterona, além de potencializarem os efeitos hiperpotassêmicos do diurético poupador de potássio e também pode elevar o efeito hipotensor (ESPOSITO et al., 2001; VERONEZ, 2008; KOROLKOVAS, 2011-2012);

- **Captopril e espironolactona:** pode ocasionar uma hiperpotassemia levando a debilitação da condução cardíaca (KOROLKOVAS, 2011-2012);

- **Hidroclorotiazida e propranolol:** esta interação eleva os níveis de glicose sanguínea por atuação direta da hidroclorotiazida, na produção hepática de glicose na qual os inibidores adrenérgicos (betabloqueadores) inibem de forma indireta a captação tissular da glicose sanguínea, causando um alto risco de crise hiperglicêmica (ESPOSITO et al., 2001);

Na supra-categoria Segurança, evidenciou-se a presença de Insegurança não quantitativa, tais como:

- **Tosse seca:** ocasionada devido a uma enzima análoga à ECA (enzima conversora de angiotensina) que é a responsável pela degradação de bradicinina (importante vasodilatador e promotor da contração brônquica) e da substância P (que também causa contração do músculo liso brônquico) no trato respiratório. Com isso, seus níveis aumentam provocando este sintoma mediado pelo uso de captopril ou enalapril (KOROLKOVAS, 2011-2012);

- **Bradicardia:** a anlodipina pode causar ações depressoras sobre o nó sinusal, nó A-V e contratilidade miocárdica, assim pode induzir intensa bradicardia (SILVA et al., 1998);

- **Desconforto gastrointestinal:** é comum em pacientes que fazem uso de AAS por tempo prolongado, podendo ocorrer ulceração na mucosa com sangramento. (CARVALHO, 1998).

#### 4. CONCLUSÃO

Diante dos resultados verificou-se que os hipertensos em sua maioria conseguiram obter um controle da PA, no entanto, torna-se necessário por parte dos profissionais de

saúde um olhar mais atencioso a esses pacientes, que são cada vez mais numerosos e requerem cuidados específicos. É preciso também intensificar as orientações quanto à prática de atividades físicas, redução da ingestão de sal e dieta adequada, pois todas elas são medidas que contribuem diretamente para a eficácia do tratamento farmacológico. Particularmente, o farmacêutico tem um papel muito importante neste processo, no sentido de desenvolver projetos de atenção farmacêutica que promovam uma maior adesão aos tratamentos farmacológicos. Também cabe ao farmacêutico contribuir para o uso racional de medicamentos, para uma educação continuada de prescritores e avaliar os medicamentos utilizados pelos pacientes, bem como a complexidade de alguns regimes posológicos que possam dificultar a aderência ao tratamento e/ou resultar em RNM's capazes de colocar em risco a vida do usuário.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. P.; BOAS, F.; CHAGAS, H.; ANDRADE, M.; Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Arq Bras Card.** n. 4, v. 79, p. 375-379, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica. Caderno de Atenção Básica.** Brasília: MS. n. 15. Série A, Brasília: MS, 2006.

CARVALHO, W. A. de. **Analgésicos, Antipiréticos e Antiinflamatórios.** In: SILVA, Penildon. *Farmacologia.* 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S/A, 1998. p. 392.

COMITÊ DE CONSENSO. **Terceiro consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos e Resposta Negativa Associada a Medicamentos.** *Ars Pharm.* Granada. n 1, v. 48, p. 5-12, 2007.

DADER, M. J. F.; MUÑOZ, P. A.; MARTINEZ, F. M. **Atenção Farmacêutica: Conceitos, processos e casos práticos.** São Paulo: RCN, 2008. 246 p.

ESPÓSITO, M. C.; BOAS, O. M. G. C. V. **Avaliação do uso de medicamentos anti-hipertensivos na rede ambulatorial de Alfenas – 2001.** [Dissertação] Alfenas: Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas, 2001.

HERMANSEN K. **Diet, blood pressure and hypertension.** *Br J Nutr.* n. 1, s. 83, p. 113-119, 2000.

KOROLKOVAS, A.; FRANÇA, F. F. de A. C. **Dicionário Terapêutico Guanabara.** 16ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S/A, 2011-2012. p. 8.6.; 8.15; 8.25.

LEWINGTON, S.; CLARKE, R.; QIZILBASH, N.; PETO, R.; COLLINS, R. for the Prospective Studies Collaboration. **Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies.** *Lancet.* n. 360, p. 1903-1913, 2002.

PASSOS, V. M. de A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. **Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional.** *Rev Epidemiologia e*



Serviços de Saúde. n.1, v. 15, p. 35-45, 2006.

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo: Elsevier, 2006. 48p.

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Rev Bras de Hip. n. 1, v. 17, 64p, jan/mar, 2010.

SILVA, P. R.; GUIMARÃES, I. C. B.; GUIMARÃES, A. C. **Farmacologia da angina do peito**. IN: SILVA, Penildon. Farmacologia. 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S/A, 1998. p. 613.

VERONEZ, L. L.; SIMÕES, M. J. S. **Análise da prescrição de medicamentos de pacientes hipertensos atendidos pelo SUS da rede municipal de saúde de Rincão – SP**. Rev Ciênc Farm Bas Apl. n.1, v. 29, p. 45-51, 2008.