ÁREA TEMÁTICA: SAÚDE

PERFIL MEDICAMENTOSO DE SERVIDORES HIPERTENSOS DA UEPG

HEDLER, Priscila [1]
HALILA, Gerusa Clazer [2]
MADALOZZO, Josiane Cristine Bachmann [3]

RESUMO – A hipertensão arterial sistêmica (HAS), que afeta aproximadamente 24,4% da população adulta, tem sido indicada como o principal fator de risco para a morbidade e mortalidade precoces causadas por doenças cardiovasculares. A HAS é considerada um agravo de saúde pública, por isso é necessária a prevenção de complicações como hipertrofia ventricular, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e lesão renal decorrentes da doença não controlada. A correta utilização dos medicamentos prescritos e adoção de medidas não-farmacológicas (redução da ingestão de sal de cozinha e gorduras, praticar exercícios físicos, perda de peso) são fundamentais para o sucesso do tratamento. Esse trabalho tem por objetivo caracterizar o perfil medicamentoso dos funcionários hipertensos cadastrados no projeto de extensão "Monitorização da pressão arterial em servidores da UEPG". Isso será feito através da análise de dados coletados na ficha de acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes. Foi possível analisar que 58,69% dos pacientes cadastrados utilizavam apenas um medicamento anti-hipertensivo, 23,93% utilizam dois anti-hipertensivos, geralmente uma associação diurético + IECA; 10,87% usam três medicamentos e 6,52% utilizam quatro; sendo que os esquemas terapêuticos prescritos seguem o preconizado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. Neste momento é necessário aumentar o acesso da população ao diagnóstico da HAS e aos medicamentos anti-hipertensivos e, principalmente, aumentar a adesão do pacientes ao tratamento, para prevenir as complicações e, assim, reduzir os gastos públicos com o tratamento das complicações.

PALAVRAS CHAVE – hipertensão arterial sistêmica, acompanhamento farmacoterapêutico, medicamentos anti-hipertensivos.

[1] Graduanda em Farmácia pela Universidade Estadual de Ponta Grossa, pri_hedler@hotmail.com
[2] Mestre, Docente das Disciplinas de Estágio de Iniciação em Ciências Farmacêuticas I e II, Estágio Supervisionado II, gerusach@hotmail.com.
[3] Mestre, Docente das Disciplinas Atenção Farmacêutica e Estágio de Iniciação em Ciências Farmacêuticas da UEPG, nmadalozzo@uol.com.br.

Introdução

A hipertensão arterial pode ser definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.[1,5,9]

Segundo dados do Ministério da Saúde (2009) estima-se que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) afeta 24,4% da população, sendo que 63,2% das pessoas com 65 anos de idade ou mais sofrem de HAS. No Brasil, as doenças cardiovasculares são a principal causa de óbito há mais de 30 anos. Entre os fatores de risco para mortalidade, hipertensão arterial explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana. [1,2,5, 8]

"A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações" (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006).

Faz-se necessária a diagnóstico precoce de HAS e o estabelecimento do tratamento ideal para cada paciente com o intuito de prevenir lesões em órgãos alvo e o agravamento do quadro do paciente. A HA é reconhecida como um fator de risco maior para acidente vascular cerebral, doença arterial coronária, hpertrofia do ventrículo esquerdo, angina do peito, infarto agudo do miocárdio, retinopatia hipertensiva, insuficiência cardíaca e insuficiência renal.[9] Essa multiplicidade de conseqüências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. [6]

Estudo brasileiro revelou que, em indivíduos adultos, 50,8% sabiam ser hipertensos, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10,4% tinham pressão arterial controlada (< 140/90 mmHg)[4]. Idade avançada, obesidade e baixo nível educacional mostraram-se associados a menores taxas de controle.[3]

Segundo dados do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) do estado do Paraná (janeiro de 2009 a abril de 2010), o total de hipertensos registrados no programa é de 29834 pacientes, destes 60,8% são mulheres e 39,2% homens, sendo que a faixa de 50 a 69 anos é que apresenta maiores índices de HAS. Dentre os 29834 pacientes apenas 8,16% sofrem de outras doenças coronarianas, 4,56% tiveram infarto agudo do miocárdio e 4,33% acidente vascular cerebral, o que comprova que o uso do medicamento anti-hipertensivo reduz a incidência de complicações decorrentes da doença descontrolada. Deve-se lembrar que os pacientes cadastrados são aqueles atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e que utilizam a medicação.

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares, a redução da pressão arterial para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de pressão diastólica.[5,7,9]

Os fármacos utilizados no tratamento de HAS são: diuréticos, bloqueadores dos canais de cálcio, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), agonista alfa-2 e os bloqueadores AT1.

Objetivos

Este trabalho tem como objetivo levantar o perfil farmacoterapêutico dos pacientes hipertensos cadastrados no projeto de extensão "Monitorização da pressão arterial em servidores da UEPG" do bloco "A" e da PROEX.

Metodologia

Este trabalho é subsidiado pelo projeto de extensão "Monitorização da pressão arterial em servidores da UEPG" sediado no bloco "A" e na PROEX no período de março a dezembro de 2009. No ano de 2009 foram realizadas 7 (sete) visitas, sendo 4 (quatro) no bloco A e 3 (três) na PROEX e cadastrados 160 pacientes, destes 50 são hipertensos.

Durante as visitas é feito o preenchimento da ficha de acompanhamento farmacoterapêutico, onde são coletados dados de identificação do paciente, informações dos medicamentos utilizados, queixas do paciente e dados da pressão arterial (o procedimento utilizado para medir a pressão arterial do paciente é o preconizado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia).

A partir destas fichas, foram extraídos os dados utilizados para caracterizar o perfil farmacoterapêutico dos pacientes hipertensos.

Resultados

Através da análise dos dados das fichas de acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes hipertensos observou-se que dos 50 pacientes atendidos pelo projeto, 68% são mulheres e 32% homens, índices semelhantes aos encontrados nos registros do Hiperdia estado do Paraná.

Dentre os 50 pacientes analisados, 58,69% utilizavam apenas 1 (um) medicamento anti-hipertensivo, sendo o principal medicamento IECA, seguido de diurético tiazídico; 23,93% utilizam 2 (dois) anti-hipertensivos, geralmente uma associação diurético + IECA; 10,87% usam 3 (três) medicamentos e 6,52% utilizam 4 (quatro) ou mais medicamentos anti-hipertensivos, como apresentado na tabela abaixo:

Tabela 1– Relação entre os anti-hipertensivos e o número de pacientes que utilizam.

Medicação	Número de Pacientes	Sendo:
IECA	15	9 - enalapril 4 – captopril 2 – ramipril
Diurético	18	16 – Tiazídico (hidroclortiazida) 4 – Poupadores de potássio (amilorida e espironolactona) 2 – Alça (furosemida)
β-bloqueador	12	5 - propranolol 3 – atenolol 3 – metoprolol 1 – sotalol
Bloqueador de Canal de Cálcio	7	6 – alondipino 1 - nitrendipino
Agonista α2	3	2 – metildopa 1 - clonidina
Bloqueador AT1 da angiotensina II	13	9 – losartana 4 – valsartana 1 - candesartana

Fonte: Fichas de acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes estudados.

Conclusões

Ao analisar os resultados é possível perceber que os esquemas terapêuticos prescritos seguem o preconizado propostos pela V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial que recomenda que a terapêutica deve ser iniciada com monoterapia. A escolha deve ocorrer levando-se em consideração as características individuais, doenças associadas e condições socioeconômicas do paciente. Somente se o objetivo terapêutico não for alcançado é que se deve partir para a terapêutica anti-hipertensiva combinada, de forma que a os fármacos sejam de classes distinta e tenham ação sinérgica, de forma a obter melhores resultados em concentrações menores, o que reduz a incidência de efeitos colaterais.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, as associações reconhecidas como eficazes: diuréticos e diuréticos de diferentes mecanismos de ação; medicamentos de ação central e diuréticos; betabloqueadores e diuréticos; bloqueadores do receptor AT1 e diuréticos; inibidores da ECA e diuréticos; bloqueadores dos canais de cálcio e betabloqueadores; bloqueadores dos canais de cálcio e inibidores da ECA; bloqueadores dos canais de cálcio e bloqueadores do receptor AT1.

Visto que a HAS é doença multifatorial, a abordagem multiprofissional torna-se relevante para aumentar o entendimento do paciente sobre a doença, medidas não-farmacológicas de redução

da pressão arterial e para estimular a adesão real ao tratamento, que segundo a OMS, 50 a 70% dos pacientes não aderem ao tratamento prescrito.

Neste sentido, a atuação do farmacêutico torna-se mais abrangente, por que além de fornecer e dispensar o medicamento, o farmacêutico passa a acompanhar o paciente, o que permite detectar reações adversas, não-adesão do paciente ao tratamento, não efetividade ou insegurança do medicamento para o paciente, esclarecer dúvidas sobre o tratamento e a patologia e monitorizar os níveis pressóricos (visto que a verificação da pressão arterial está inserida nos serviços farmacêuticos).

Referencias

[1] Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de hipertensão arterial e diabetes *mellitus***. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

[2] Brito, J.; de Freitas, R.. **Pacientes hipertensos no município de Banabuiú, Ceará: um estudo farmacoepidemiológico.** Revista Eletrônica de Farmácia**, ISSN** 1808-0804 Vol. VI (4), 87 – 98, 2009. Disponível em: <http://revistas.ufg.br/index.php/REF/article/view/8790/6141> Acesso 09/05/2010.

[3] GUS, I; HARZHEIM, E; ZASLAVSKY, C; GUS, M. **Prevalence, Awareness, and Control of Systemic Arterial Hypertension in the State of Rio Grande do Sul**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia 2004;83(5):429-33.

[4] LESSA, I. **Epidemiologia Insuficiência Cardíaca e da Hipertensão Arterial Sistêmica no Brasil**. Revista Brasileira de Hipertensão 2001;8:383-392.

[5] Nogueira D, Faerstein E, Coeli CM, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. **Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil**. Rev Panam Salud Publica. 2010;27(2): 103–9. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n2/a03v27n2.pdf> Acesso 09/05/2010

[6] PASSOS, V M A, ASSIS, T D; BARRETO, S M. **Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional**. *Epidemiol. Serv. Saúde*. mar. 2006, vol.15, no.1, p.35-45. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000100003&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1679-4974.

[7] Projeto Diretrizes (2002). **Hipertensão Arterial: Abordagem Geral**. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/>. Acesso em: 20/04/10.

[8] Sociedade Brasileira de Cardiologia. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006)**. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/Diretrizes/V_Diretrizes_Brasileiras_de_Hipertensao_Arterial.pdf>. Acesso em: 20/04/10.

[9] LIBERMAN, A. **Aspectos epidemiológicos e o impacto clínico da hipertensão no indivíduo idoso**. Rev Bras Hipertens vol.14(1): 17-20, 2007. Disponível em: < http://departamentos.cardiol.br/dharevista/14-aspectos-epidemiologicos.pdf> Acesso 09/05/2010.