

AVALIAÇÃO DA PRESCRIÇÃO ANTI-HIPERTENSIVA NO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL EM UMA DROGARIA NO MUNICÍPIO DE ITAPIRA

VIEIRA, Patrícia Aparecida Parizi¹

Faculdades Integradas Maria Imaculada – FIMI
pparizi@yahoo.com.br

MARINI, Danyelle Cristine²

Faculdades Integradas Maria Imaculada – FIMI
danymarini@gmail.com

RESUMO

O Programa Farmácia Popular do Brasil integra a Política de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, e busca ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais. A hipertensão arterial é um problema de saúde comum e importante fator de risco para doença arterial coronariana e acidente vascular cerebral, sendo indicado o tratamento farmacológico na maioria dos casos. O presente estudo tem como objetivo avaliar o padrão das prescrições no tratamento da hipertensão. Foi realizado em uma drogaria no município de Itapira no período de 15 de março a 7 de abril de 2012, onde se avaliaram 81 prescrições atendidas pelo programa. A combinação de mais de um fármaco anti-hipertensivo ocorreu em 85,75% das prescrições, sendo a associação de hidroclorotiazida e losartana a mais frequente, associação considerada eficaz e segura para o paciente. Duas prescrições com uma associação inadequada foram identificadas, sendo

¹ Graduada em Farmácia pelas Faculdades Integradas Maria Imaculada.

² Doutora em Educação pela UNIMEP, Mestre em Biologia Celular e Molecular pela UNESP, Especialista em Docência Superior pela Gama Filho, Especialista em Cosmetologia e Dermatologia pela UNIMEP, Habilitada em Bioquímica pela UNIMEP e Graduada em Farmácia pela UNIMEP. Professora e Coordenadora do Curso de Farmácia das FIMI, e Coordenadora da Comissão de Educação do CRF-SP.

a associação de enalapril e losartana, contudo a maioria das prescrições segue padrão adequado para o tratamento da hipertensão arterial. O Programa Farmácia Popular do Brasil dispõe de medicamentos anti-hipertensivos que suprem a necessidade da população do estudo.

Palavras-chave: Farmácia Popular. Hipertensão Arterial. Prescrições. Drogaria. Farmacoterapia.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o acesso à saúde está inscrito na Constituição como um direito fundamental de todos os cidadãos. Além de direito, é considerado como de dever do Estado, cabendo ao poder político organizar o Sistema Único de Saúde (SUS), formular e programar ações que assegurem o acesso da população aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (PINTO; COSTA; CASTRO, 2011).

O Programa Farmácia Popular do Brasil integra a Política de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, e busca ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais, com qualidade e garantia de segurança quanto ao seu uso. Em parceria com o setor privado varejista farmacêutico atende toda a população indiscriminadamente, sendo dirigido, sobretudo, àquelas pessoas que, adquirindo seus medicamentos no setor privado, interrompem o tratamento por não conseguirem arcar com o total do custo mensal do tratamento (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

O “Aqui Tem Farmácia Popular” disponibiliza a população medicamentos para hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, doença de Parkinson, osteoporose, glaucoma, além de anticoncepcionais e fraldas geriátricas. E desde 14 de fevereiro de 2011, os medicamentos para hipertensão e diabetes são disponibilizados gratuitamente, sendo os para hipertensão. Os medicamentos disponíveis para hipertensão são: Atenolol 25mg, Captopril 25mg, Cloridrato de Propranolol 40mg, Hidroclorotiazida 25mg, Losartana Potássica 50mg, Maleato de Enalapril 10mg (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

A hipertensão arterial é um problema de saúde comum que pode ter consequências devastadoras, frequentemente permanecendo assintomática até uma fase tardia de sua evolução. É um dos fatores

de risco mais importantes, tanto para a doença arterial coronariana quanto para acidentes vasculares cerebrais. Além disso, a hipertensão pode provocar hipertrofia cardíaca e insuficiência cardíaca potencial, dissecação aórtica e insuficiência renal. (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2005).

É difícil definir o verdadeiro nível de pressão a qual pode ser considerado hipertenso, este depende de diversos fatores, incluindo a idade, o sexo, a raça e o estilo de vida do paciente. Como definição funcional, muitos centros de tratamento cardiovascular consideram a hipertensão uma pressão diastólica de 90mm Hg ou mais ou por uma pressão sistólica de 140 mm Hg ou mais, sendo classificada de acordo com a Tabela 1 (MION JR et al 2006).

Tabela 1: Classificação em relação ao nível da pressão arterial

Nível da Pressão Arterial	Classificação
< 120 sistólica e < 80 diastólica	Ideal
< 130 sistólica e < 85 diastólica	Normal
130~139 sistólica ou 86~89 diastólica	Normal-alta
140~159 sistólica ou 90~99 diastólica	Hipertensão Estágio 1 ou Leve
160~179 sistólica ou 100~109 diastólica	Hipertensão Estágio 2 ou Moderada
> 110 diastólica ou > 180 sistólica	Hipertensão Estágio 3 ou Grave

Fonte: MION JR et al 2006.

Em termos gerais, a hipertensão pode ser definida como o nível de pressão arterial em que o indivíduo corre risco, o critério final no que concerne à gravidade da hipertensão em qualquer indivíduo particular também deve incluir a consideração de outros fatores além da pressão diastólica ou sistólica, a hipertensão arterial ocorre quando o débito cardíaco e a resistência periférica total é alterada (MURRAY, et al, 1985).

No que refere ao diagnóstico segundo o pesquisador Mion (1996) na prática clínica, o diagnóstico da hipertensão arterial é realizado através da medida indireta da pressão arterial, empregando esfigmomanômetro e técnica auscultatória com estetoscópio, no entanto é importante destacar que a monitorização ambulatorial da pressão arterial é um método auxiliar útil em hipertensão, mas não está indicada no diagnóstico de rotina da hipertensão arterial. O observador que efetua a aferição da pressão arterial deve estar treinado para a realização do procedimento a fim de evitar a

leitura errônea dos valores da escala, devido à posição incorreta dos olhos do observador devendo estarem posicionados ao nível do topo da coluna de mercúrio ou incidir, diretamente, sobre o mostrador do manômetro aneróide para permitir correlação exata entre o som auscultado e o valor correspondente na escala graduada, ressalta que a pressão excessiva sobre o diafragma do estetoscópio pode deformar a artéria braquial e ocasionar alteração do som auscultado.

Estima-se que aproximadamente 22% da população brasileira com mais de 20 anos seja atingida pela hipertensão arterial, sendo responsável por 80% dos casos de acidente vascular cerebral, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhão de internações por ano (ZAITUNE et al, 2006).

O tratamento farmacológico é indicado para hipertensos moderados e graves, e para aqueles com fatores de risco para doenças cardiovasculares e/ ou lesão importante de órgãos – alvo. No entanto, poucos hipertensos conseguem o controle ideal da pressão com um único agente terapêutico e, na maioria das vezes, utiliza-se terapia combinada, principalmente em idosos e com co-morbidades relevantes. A terapia medicamentosa, apesar de eficaz na redução dos valores pressóricos, da morbidade e da mortalidade, tem custo elevado e pode gerar efeitos colaterais motivando o abandono do tratamento (ZAITUNE, et al, 2006).

A escolha adequada do medicamento anti-hipertensivo é crucial para a redução da pressão arterial e a prevenção de eventos cardiovasculares, sendo necessária a análise do padrão de prescrição dos medicamentos anti-hipertensivos e a verificação dos níveis de controle da pressão arterial para a avaliação da efetividade das condutas adotadas (NETO; FRANCO, 2009).

O objetivo da terapia farmacológica é alcançar a redução da pressão arterial para os níveis normais, existindo três abordagens gerais para o tratamento farmacológico da hipertensão primária. A primeira envolve o uso agente diurético para reduzir o volume sanguíneo. A segunda abordagem utiliza medicamentos que interferem no sistema de renina - angiotensina, enquanto a terceira visa à redução da resistência vascular periférica do débito cardíaco. Essa redução da resistência vascular periférica pode ser obtida ao relaxar o músculo liso vascular com fármacos conhecidos como vasodilatadores, ou indiretamente ao modificar a atividade do sistema nervoso simpático (ARAN, et al, 2003).

Qualquer fármaco do grupo anti-hipertensivo, com exceção dos

vasodilatadores de ação direta, pode ser utilizado para o controle da pressão arterial em monoterapia inicial, principalmente para pacientes com hipertensão arterial em estágio 1 que não responderam às medidas não-medicamentosas. Para pacientes em estágios 2 e 3, considera-se o uso de associações de medicamentos anti-hipertensivos como terapia inicial (ESTEVES, et al, 2007).

Segundo as Diretrizes para tratamento de pacientes hipertensos a Combinações Medicamentosas Fixas (CMF) é recomendada uma vez que facilita o uso dos medicamentos e com isso ajuda na adesão do paciente a terapia proposta. Em outros estudos demonstrou que tratamento medicamentoso complexo e a polifarmácia têm um efeito deletério na adesão e persistência ao tratamento. A CMF comparada a outras associações não fixas apresenta um melhor desempenho, pois ocorre uma melhor adesão e persistência no tratamento por proporcionar: (I POSICIONAMENTO, 2014)

- Posologia de dose única diária e menor número de comprimidos a serem ingeridos, ou seja, maior conveniência ao paciente, com menor risco de confusão posológica;
- Menor custo potencial, pela necessidade de reduzido número de comprimidos;
- Melhor controle pressórico (possivelmente por ação simultânea e/ou sinérgica em múltiplos fatores fisiopatológicos (da HA e atenuação da inércia terapêutica). Maior estabilidade da PA nas 24 horas quando em CMF sinérgica, com relação vale-pico e doses adequadas, promovendo maior proteção cardiovascular;
- Meta atingida mais precocemente, levando a diminuição mais breve do risco cardiovascular⁴ e a maior confiabilidade do paciente em relação ao médico e em relação ao fármaco;
- Menor taxa de eventos adversos, pois muitas vezes as CMF associam dois fármacos em doses não máximas capazes de reduzir a PA sem levar a eventos adversos que decorreriam do seu uso em altas doses; ou com efeitos indesejáveis dos fármacos que são balanceados ou até mesmo suprimidos por sua ação em combinação. (I Posicionamento, 2014, p. 204)

De acordo I Posicionamento Brasileiro sobre Combinação de Fármacos Anti-Hipertensivos (2014), a combinação entre dois medicamentos anti hipertensivos pode ser classificada em preferenciais, aceitáveis, menos usuais e não usuais. Esta classificação está descrita na tabela 2.

Tabela 2: Combinações de anti-hipertensivos

Preferenciais
<ul style="list-style-type: none"> • inibidores da enzima conversora de angiotensina + antagonistas dos canais de cálcio <ul style="list-style-type: none"> • inibidores da enzima conversora de angiotensina + diurético • bloqueador do receptor at1 da angiotensina + antagonistas dos canais de cálcio (diidropiridínico) <ul style="list-style-type: none"> • bloqueador do receptor at1 da angiotensina + diurético
Aceitáveis
<ul style="list-style-type: none"> • diurético + betabloqueador • antagonistas dos canais de cálcio (diidropiridínico) + betabloqueador <ul style="list-style-type: none"> • antagonistas dos canais de cálcio + diurético <ul style="list-style-type: none"> • inibidor direto da renina + diurético • inibidor direto da renina + antagonistas dos canais de cálcio • diurético tiazídico + diurético poupador de potássio menos usuais
Menos Usuais
<ul style="list-style-type: none"> • inibidores da enzima conversora de angiotensina + betabloqueador • • bloqueador do receptor at1 da angiotensina + betabloqueador
Não Usuais
<ul style="list-style-type: none"> • antagonistas dos canais de cálcio (não diidropiridínico) + betabloqueador • inibidores da enzima conversora de angiotensina + bloqueador do receptor at1 da angiotensina <ul style="list-style-type: none"> • inibidores da enzima conversora de angiotensina + inibidor direto da renina <ul style="list-style-type: none"> • bloqueador do receptor at1 da angiotensina + inibidor direto da renina <ul style="list-style-type: none"> • simpatolítico central + betabloqueador

Fonte: I Posicionamento Brasileiro sobre Combinação de Fármacos Anti-Hipertensivos, 2014.

Em relação à associação tríplex de três fármacos anti hipertensiva é recomendada aos pacientes em que a combinação medicamentosa dupla não seja eficaz para que a meta seja atingida. Estima-se que a falta de efetividade da associação dupla ocorra em 15% a 20% dos pacientes hipertensos (I POSICIONAMENTO, 2014).

A combinação tríplex, em um único comprimido, tem-se mostrado mais eficaz que a utilização dos três fármacos em separado, tanto na adesão quanto no risco de abandono, com melhoras de 29% e 24%, respectivamente. A associação em um único comprimido tem demonstrado um controle pressórico mais rápido e consequentemente uma redução maior do risco cardiovascular. Quando a tríplex terapia está indicada recomenda-se a associação de um inibidor da enzima conversora de angiotensina ou bloqueador do receptor at1 da angiotensina com antagonistas dos canais de cálcio e um diurético como sendo a associação mais racional e eficaz (I POSICIONAMENTO, 2014).

De acordo com o I Posicionamento Brasileiro sobre Combinação

de Fármacos Anti-Hipertensivos (2014), a escolha por uma terapia de quatro fármacos para tratar paciente hipertensos é complexo, visto não existir trabalhos com desenho apropriado que respondam essa questão, tanto em eficácia anti-hipertensiva quanto em proteção cardiovascular. A associação de bloqueadores dos receptores mineralocorticoides é a estratégia de quarto fármaco com maior indicação por promover reduções adicionais significativas da PA, conforme demonstrado no estudo ASCOT (Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial), independentemente da relação aldosterona/ atividade plasmática da renina. Em caso de intolerância a espirolactona ou não se alcançando a meta pressórica, o quarto fármaco pode ser a clonidina, betabloqueadores ou os vasodilatadores diretos.

O tratamento da hipertensão deve também almejar as medidas não medicamentosas, neste contexto, deve-se considerar o controle de peso, pois o aumento de peso e da pressão arterial é quase linear, sendo observada em adultos e adolescentes. Perdas de peso e da circunferência abdominal esta relacionada com reduções da PA e melhora de alterações metabólicas associadas. Assim, as metas a serem alcançadas são o índice de massa corporal (IMC) menor que 25 kg/m² e a circunferência abdominal menor que 102 cm para os homens e menor que 88 para as mulheres (GUIMARAES, et al, 2010).

É importante considerar que mesmo uma pequena redução no peso corporal pode estar associada a reduções na pressão arterial em pessoas com sobrepeso, portanto é de extrema importância que as metas de redução de peso sejam atingidas. Dietas como as ricas em carboidratos ou em gorduras classificadas como dietas radicais, devem ser desencorajadas, pois não é sustentável em longo prazo e pode resultar no abandono do tratamento (GUIMARAES, et al, 2010).

Os ácidos graxos como o óleo de peixe (Omega 3) contribuem sabidamente com a redução dos níveis pressórico, as principais fontes dietéticas de ácidos graxos monoinsaturados são óleo de oliva, óleo de canola, azeitona, abacate e oleaginosas (amendoim, castanhas, nozes, amêndoas), a ingestão de leo de oliva reduz a pressão arterial, principalmente, devido ao elevado teor de acido oleico (HEIMANN, 2000)

De acordo com o pesquisador Heimann (2000), a ingestão de sal é um dos principais fatores envolvidos no aumento da pressão arterial, vários estudos verificam a ocorrência da redução dos níveis pressóricos quando o consumo de sódio é reduzido durante longos períodos, visto que a quantidade de consumo de sódio indicado é de 2 gramas por semana.

Segundo o pesquisador Manancia et al (2009) o alho cujo o componente ativo é alicina tem uma ação metabólica que atua na coagulação aumentando então o tempo de sangramento e promovendo uma discreta

redução nos níveis pressóricos. A desistência do tabagismo constitui em uma medida fundamental no tratamento e na prevenção da HAS e diversas outras doenças como o infarto do miocárdio e anginas.

O exercício físico regular e continuado é recomendado no tratamento não farmacológico da hipertensão arterial e em pacientes obesos. Em alguns estudos realizados, o treinamento físico, como por exemplo, a caminhada promove a diminuição dos níveis pressóricos em pacientes portadores de hipertensão, sendo a redução, em média, de 11mmHg na sistólica e 6mmHg na diastólica (AMODEO, LIMA, 1996).

Neste contexto, a participação do farmacêutico na equipe multiprofissional, e a sua proximidade da comunidade reforça a implementação de projetos como o Programa Farmácia Popular no combate à hipertensão, tendo como local de realização a própria farmácia e a aplicação de uma nova prática: a Atenção Farmacêutica, que tem como principal finalidade melhorar a qualidade de vida do paciente que faz uso de medicamentos (RENOVATO; TRINDADE, 2004).

O presente estudo teve como objetivo avaliar o padrão de prescrição de medicamentos anti-hipertensivos e verificar a ocorrência de associações inadequadas de fármacos anti-hipertensivos, durante a dispensação em uma drogaria no município de Itapira, estado de São Paulo pelo Programa Farmácia Popular do Brasil.

2 METODOLOGIA

2.1 Instrumentos e Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada em pacientes portadores de Hipertensão Arterial com tratamento farmacológico adotado dentro dos medicamentos inseridos no Programa Farmácia Popular do Brasil. As análises foram realizadas a partir de cópias das prescrições médicas dos pacientes.

Os pacientes pertencem ao Programa Farmácia Popular do Brasil, que é um sistema informatizado que permite o cadastramento e a autorização da dispensação dos medicamentos, mediante documento de identificação (RG), CPF e apresentação da prescrição médica.

2.2 Local de estudo

O trabalho foi realizado na Farmácia Aliança de Itapira, localizada no município de Itapira, no período de 15 de março a 7 de abril de 2012. Esta drogaria está cadastrada no Programa Farmácia Popular do Brasil e possui profissionais farmacêuticos que realizam a Atenção Farmacêutica durante a dispensação.

2.3 População de estudo

O estudo envolveu a análise de 100 prescrições de pacientes que utilizam o Programa Farmácia Popular do Brasil, com faixa etária entre 50 e 80 anos, de ambos os sexos.

2.4 Avaliação dos dados

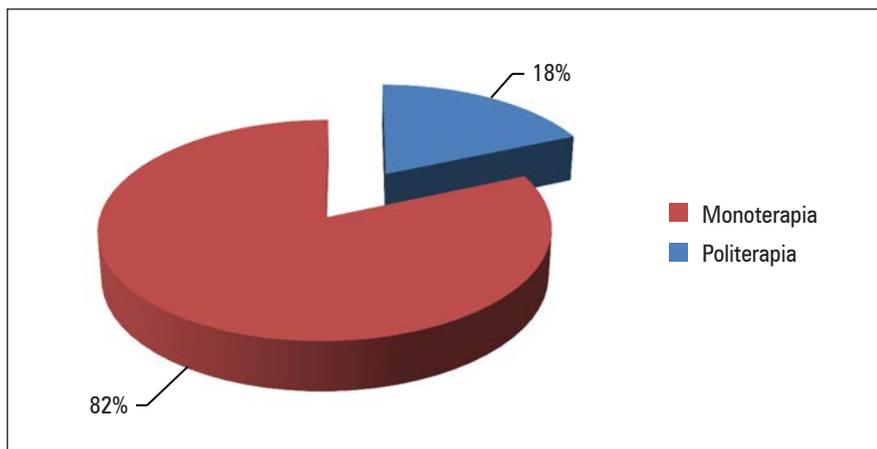
Os dados coletados foram tabulados e os mesmos foram analisados frente à literatura científica específica, quanto a finalidade, posologia, interações medicamentosas, classificação dos medicamentos e consequência das interações medicamentosas. Utilizou para estudos artigos científicos publicados no Portal Capes, bem como a base Dynamed disponível no portal saúde baseada em evidência.

3. RESULTADO

3.1. Distribuição dos pacientes segundo avaliação do medicamento

Na avaliação das prescrições, verificou-se que a politerapia é mais frequente que a monoterapia, totalizando 66 prescrições (81,5%) frente as 15 prescrições (18,5%) com monoterapia (**figura 1**). Observou-se que o enalapril é o fármaco mais prescrito como monoterapia (**tabela 1**).

Figura 1 - Distribuição dos pacientes segundo a prescrição de monoterapia ou politerapia.



Fonte: Autor, 2012

A variedade de combinações de medicamentos anti-hipertensivos é grande, predominando a associação de hidroclorotiazida e losartana (25,75%), sendo que a hidroclorotiazida está presente em 78,8% (52) das combinações de um total de 66 (**Tabela 3**).

Tabela 3: Distribuição das prescrições segundo o tratamento estabelecido, no período de 15 de março a 07 de abril de 2012, Itapira – SP.

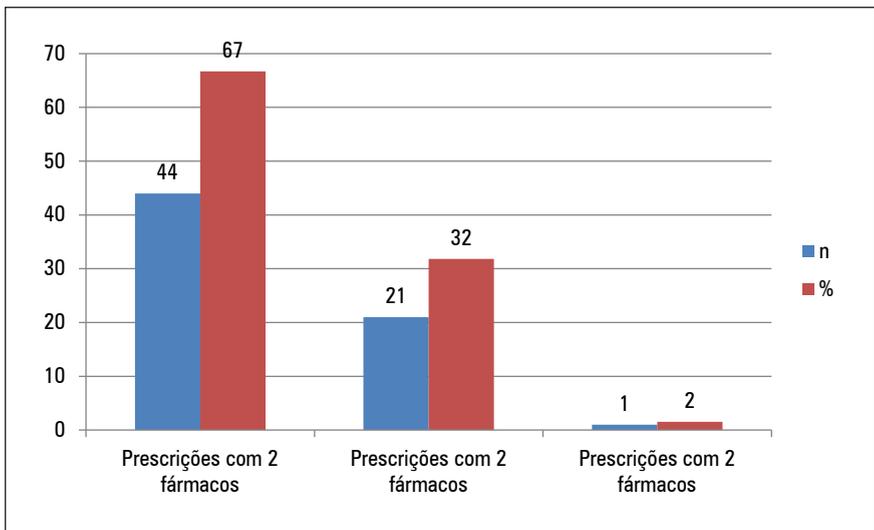
Esquema Terapêutico	n	%
Monoterapia		
Atenolol	2	13,33
Captopril	2	13,33
Enalapril	5	33,33
Hidroclorotiazida	3	20,00
Losartana	3	20,00
TOTAL	15	----
Politerapia		
Atenolol+HCTZ	3	4,55
Atenolol+HCTZ+losartana	2	3,03
Atenolol+captopril	1	1,52
Atenolol+losartana	2	3,03
Atenolol+HCTZ+enalapril	3	4,55
Atenolol+HCTZ+losartana+anlo	1	1,52
Atenolol+losartana+anlodipino	2	3,03
Atenolol+enalapril	1	1,52
Atenolol+clortalidona+enalapril	1	1,52
Captopril+losartana+HCTZ	1	1,52
Captopril+propranolol	1	1,52
Captopril+propranolol+HCTZ	3	4,55
Captopril+HCTZ	2	3,03
Enalapril+HCTZ	8	12,12
Enalapril+HCTZ+propranolol	2	3,03
Enalapril+losartana	2	3,03
Enalapril+HCTZ+nifedipino	1	1,52
Enalapril+anlodipino	1	1,52
Enalapril+anlodipino+HCTZ	2	3,03
HCTZ+losartana	17	25,76
HCTZ+losartana+propranolol	2	3,03
HCTZ+anlodipino	1	1,52
HCTZ+losartana+nifedipino	1	1,52

Esquema Terapêutico	n	%
Politerapia		
HCTZ+propranolol	2	3,03
HCTZ+nifedipino+propranolol	1	1,52
Losartana+propranolol	1	1,52
Losartana+anlodipino	2	3,03
TOTAL	66	-----

*HCTZ = hidroclorotiazida

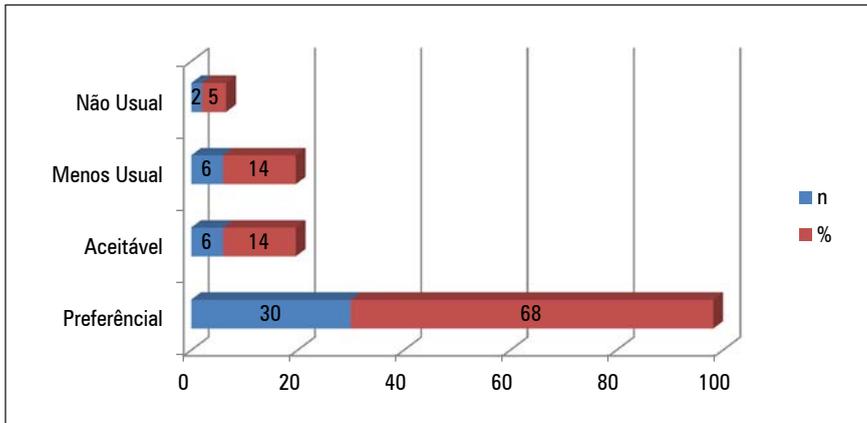
A associação de dois fármacos anti-hipertensivos ocorreu em 67% (44) das prescrições, enquanto 32% (21) apresentavam a associação de três fármacos e somente 1 (2) possuía a associação de quatro fármacos (**Figura 2**).

Figura 2: Distribuição das prescrições com a associação de medicamentos segundo a quantidade de fármacos associados



Fonte: Autor, 2012

Com relação as associação de dois medicamentos (44) anti-hipertensivos verificou que a maioria apresenta-se uma associação preferencial ao paciente 30 (68%), enquanto somente duas prescrições possui uma associação que não de veria ser utilizada 2 (5%).

Figura 3: Distribuição das prescrições com associação de dois medicamentos segundo o tipo

Fonte: Autor, 2012

A associação de dois medicamentos (44) anti-hipertensivos do tipo preferencial mais predominante foi entre um inibidor da conversora de angiotensina com um diurético (17), no que refere a associação de caráter aceitável foi entre um beta bloqueador e um diurético (3). A associação de catater menos usual ocorreu em quatro tipos diferentes, sendo a de maior predominância o antagonista de angiotensina e um beta bloqueador (2). A única associação não usual foi um antagonista de angiotensina com inibidor da conversora de angiotensina em dois casos (**Tabela 4**).

Tabela 4: Distribuição das prescrições com associação de dois medicamentos segundo as características

Fármacos	n	Combinação	Classificação
atenolol+HCTZ	3	Diurético + BB	Aceitável
HCTZ+anlodipino	1	ACC + Diurético	Aceitável
HCTZ+propranolol	2	Diurético + BB	Aceitável
atenolol+captopril	1	IECA + BB	Menos Usual
atenolol+enalapril	1	IECA + BB	Menos Usual
atenolol+losartana	2	BRA + BB	Menos Usual
captopril+propranolol	1	IECA + BB	Menos Usual

Fármacos	n	Combinação	Classificação
losartana+propranolol	1	BRA + BB	Menos Usual
enalapril+losartana	2	IECA + BRA	Não Usuais
HCTZ+losartana	17	BRA + Diurético	Preferenciais
captopril+HCTZ	2	IECA + Diurético	Preferenciais
enalapril+HCTZ	8	IECA + Diurético	Preferenciais
losartana+anlodipino	2	BRA + ACC(diidropiridínico)	Preferenciais
enalapril+anlodipino	1	IECA + ACC	Preferencial

*BB: betabloqueador; IECA: inibidor da enzima de conversão da angiotensina; BRA: bloqueador do receptor AT1 da angiotensina; ACC: antagonistas dos canais de cálcio, IDR: inibidor direto da renina.

A associação de três fármacos anti-hipertensivos ocorreu em 21 prescrições sendo duas tiveram a associação de inibidor da enzima conversora de angiotensina ou bloqueador do receptor AT1 da angiotensina com antagonistas dos canais de cálcio e um diurético. Enquanto a maioria das prescrições possuía associado um beta bloqueador (**Tabela 5**).

Tabela 5: Distribuição das prescrições com associação de três medicamentos segundo as características

Fármacos	n	Combinação	Classificação
Enalapril+HCTZ+nifedipino	1	IECA+Diurético+ACC	Recomendado
HCTZ+losartana+nifedipino	1	Diurético+BRA+ACC	Recomendado
Atenolol+HCTZ+enalapril	3	BB+Diurético+IECA	Não recomendado
Atenolol+HCTZ+losartana	2	BB+Diurético+BRA	Não recomendado
Atenolol+losartana+anlodipino	2	BB+BRA+ACC	Não recomendado
Atenolol+clortalidona+enalapril	1	BB+ Diurético+IECA	Não recomendado
Captopril+losartana+HCTZ	1	IECA+BRA+Diurético	Não recomendado
Captopril+propranolol+HCTZ	3	IECA+BB+Diurético	Não recomendado
Enalapril+HCTZ+propranolol	2	IECA+Diurético+BB	Não recomendado
Enalapril+anlodipino+HCTZ	2	IECA+ACC+BB	Não recomendado
HCTZ+losartana+propranolol	2	Diurético+BRA+BB	Não recomendado
HCTZ+nifedipino+propranolol	1	Diurético+ACC+BB	Não recomendado

A única associação de quatro fármacos anti-hipertensivos encontrados para o tratamento da hipertensão foi entre atenolol (beta bloqueador) com losartana (bloqueador do receptor AT1 da angiotensina) com hidroclorotiazida (diurético) com anlodipino (antagonistas dos canais de cálcio)

4 DISCUSSÃO

Os fármacos enalapril e o captopril, no presente trabalho, foram os medicamentos mais prescritos como monoterapia. Eles pertencem à classe dos inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), e atuam impedindo a conversão de angiotensina I (AI) para o potente vaso constritor angiotensina II (AII), sendo efetivo no tratamento da hipertensão arterial (RIBEIRO; MUSCARÁ, 2001). As vantagens da utilização dos IECA consistem na sua eficácia em reduzir a morbimortalidade cardiovascular em pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e infarto agudo do miocárdio (IAM), e reduzir riscos cardiovasculares tanto para hipertensos como em hipertensos e diabéticos (OLIVERA; et al, 2010).

Segundo Ribeiro e Muscará (2001), nas últimas duas décadas, os IECAS exerceram um importante papel no tratamento da hipertensão arterial e insuficiência cardíaca congestiva. No entanto, esses fármacos interferem na degradação de bradicinina, que além de potente vasodilatador está envolvida em outros processos fisiopatológicos, como a tosse presente em pacientes sob terapia com IECA, reação adversa desagradável.

Neste contexto, a losartana é o anti-hipertensivo que apresenta o menor risco de efeito colateral. A principal ação deste fármaco é resultante do bloqueio do receptor tipo I da angiotensina II, resultando em inibição da vaso constrição e diminuição da síntese de aldosterona, como consequência, uma acentuada diminuição na incidência de tosse (RIBEIRO; MUSCARÁ, 2001).

Durante uma terapia prolongada, captopril e enalapril produzem redução similar na pressão arterial sistólica, mas o efeito do enalapril é mais prolongado e persistente do que aqueles do captopril (PACHER: et al, 1992). Outra vantagem do enalapril é que, diferentemente do captopril, a presença de alimentos não altera significativamente a biodisponibilidade deste fármaco (RIBEIRO; MUSCARÁ, 2001).

A hidroclorotiazida foi o fármaco que apareceu mais associados a outros, e também foi dispensada como monoterapia em alguns casos. Este

fármaco é um diurético tiazídico muito utilizado na farmacoterapia anti-hipertensiva, que em baixas doses são os medicamentos de primeira escolha como monoterapia em idosos sem co-morbidades (MIRANDA-et al, 2002).

Atingir pressão arterial ótima é o objetivo mais importante no tratamento da hipertensão, porém na maioria dos casos não se consegue resolver com a utilização de um único fármaco anti-hipertensivo, sendo necessária a combinação desses medicamentos (MIRANDA, et al, 2002).

A terapia combinada, no presente trabalho ocorreu em 66 das prescrições analisadas. Esta associação é eficaz e segura no controle da pressão arterial da maioria dos hipertensos primários. Iniciar a terapia com mais de um fármaco oferece vantagem potencial em se alcançar mais rapidamente o controle pressórico desejado, evitando, dessa forma, os efeitos adversos relacionados à dose utilizada, com maior redução da pressão arterial e menores doses dos componentes utilizados (SOUZA; PIMENTA; BORELLI, 2009).

A variedade de associação de medicamentos anti-hipertensivos em politerapia, neste estudo, foi elevada, predominando a associação de hidroclorotiazida e losartana em 25,75% das prescrições.

Associações de hidroclorotiazida com inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), como captopril e enalapril, ou bloqueadores dos receptores de angiotensina II (BRA), como a losartana, são muito utilizadas. No presente trabalho este tipo de associação ocorreu em 39 prescrições de um total de 66 que possuíam mais de uma associação de medicamentos anti-hipertensivo.

Os diuréticos ativam o sistema renina-angiotensina-aldosterona, reduzem o volume circulante e tornam a pressão arterial mais angiotensina-dependente. A administração de IECA ou BRA bloqueia a ação da angiotensina II, tanto sua geração quanto ação, minimizando o efeito pressor compensatório do diurético induzindo por ativação do eixo renina-angiotensina-aldosterona e promovendo efeito aditivo na redução da pressão arterial (SOUZA; PIMENTA; BORELLI, 2009).

O fármaco atenolol foi prescrito como monoterapia em somente dois casos. Em estudo realizado por Miranda et al (2002), betabloqueadores como atenolol e propranolol não são indicados como monoterapia inicial em idosos sem co-morbidades, pois não mostraram benefícios cardioprotetores. Porém, em associação com diuréticos demonstraram resultados satisfatórios. Os betabloqueadores menos lipossolúveis, como o atenolol, devem ser preferidos por apresentar menor risco de efeito colateral no Sistema Nervoso Central (MIRANDA, et al, 2002).

O antagonista de canais de cálcio (ACC), como o anlodipina, no presente trabalho, foi prescrito somente em associação seja com IEC, antagonista de AT1, diurético ou beta bloqueador. A combinação com IECA demonstra alta eficácia na redução da pressão arterial e boa tolerabilidade. Essa combinação tem efeitos benéficos na função endotelial, obtendo vantagens em relação à associação IECA e diurético (SOUZA; PIMENTA; BORELLI, 2009).

No presente trabalho, foram encontrado dois casos com o mesmo tipo de interação não usual encontrada, na qual associava os fármacos enalapril e loartana, ambos agem no sistema da angiotensina, sendo que o primeiro inibi a enzima conversora de angiotensina e o segundo atua diretamente no receptor (AT1) antagonizando o efeito da angiotensina II. Desta forma, não há necessidade de utilizar um fármaco que inibi a produção da angiotensina, já que a mesma terá o seu feito antagonizado. As associações de anti-hipertensivos só devem ser realizadas com fármacos de mecanismo de ação distintos (OLIVERA; et al, 2010).

Em relação a outras associações foram dos três tipos: preferenciais, aceitáveis e menos usuais. Segundo o I Posicionamento Brasileiro sobre Combinação de Fármacos Anti-Hipertensivos (2014) os benefícios das associações combinadas ficaram bem demonstrados em uma meta-análise que demonstrou redução de 63% do Acidente Vascular Encefálico (AVE) e em 46% de Doença Arterial Coronariana (DAC) quando comparada com a monoterapia.

No presente estudo, somente duas das 21 prescrições com três fármacos anti-hipertensivos estava de acordo com o que é recomendado pelo Posicionamento Brasileiro sobre Combinação de Fármacos Anti-Hipertensivos (2014). A prescrição que seguiu o recomendado consta a associação entre bloqueador do receptor AT1 da angiotensina com um antagonista de canal de cálcio e um diurético. Nota-se que a maioria das prescrições com três medicamentos apresenta associado um beta bloqueador ao invés dos bloqueadores dos canais de cálcio.

Somente uma prescrição com quatro medicamentos foi encontrada no presente trabalhos sendo que o I Posicionamento Brasileiro sobre Combinação de Fármacos Anti-Hipertensivos (2014) relata que este tipo de associação é difícil discutir, pois até o presente momento não foi apresentado o benefício de realizar. No caso encontrado o paciente associava um beta bloqueador) com um bloqueador do receptor AT1 da angiotensina com diurético e um anlodipino, De acordo com a literatura citada está associação pode ser feita, mas não há relatos dos benefícios de realizá-la.

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que é de extrema importância a avaliação médica adequada no momento da prescrição bem como a avaliação farmacêutica durante a dispensação, pois tais associações só tendem a aumentar a incidência de efeitos adversos.

De modo geral, o presente estudo demonstra que as prescrições atendidas na drogaria estão coerentes com a farmacoterapia anti-hipertensiva encontrada na literatura, e que, somente dois por cento das prescrições apresentaram uma associação inadequada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I POSICIONAMENTO Brasileiro sobre Combinação de Fármacos Anti-Hipertensivos. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. v. 102, nº 3, p. 203-210, 2014.

AMODEO, C.; LIMA, C. K. N. Tratamento Não Medicamentoso da Hipertensão Arterial. **Simpósio Hipertensão Arterial**. Ribeirão Preto, v. 29, 1996, p. 239 – 243. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/1996/vol29n2e3/tratamento_ nao_ medicamentoso_ ha.pdf>. Acesso em: 14 Ago 2011.

ARAN V. et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **American Heart Association**, 2003. 255p.

ESTEVES P. J. et al, V diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, São Paulo ,2007, 77p disponível em: <http://198.106.86.84/Diretrizes/V_Diretrizes_Brasileiras_de_Hipertensao_Arterial.pdf>. Acesso em: 13 Abr 2011.

FARMACIA POPULAR DO BRASIL/FARMÁCIA – ESCOLA – UFRGS. Disponível em: <<http://WWW.ufrgs.br/farmacia/farmpop/>> Acesso em: 18 março 2012, 18:24:35.

GUIMARÃES, I. J. ET al. Epidemiologia da Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro, v. 14, 2010, p. 7 – 10.

HEIMANN C. J., Sal e Hipertensão: Aspectos Históricos e Práticos. **Revista Brasileira de Hipertensão**. São Paulo, v. 7, p. 11 – 13.

KUMAR, V; ABBAS, A, K; FAUSTO, N. **Patologia – Bases Patológicas das Doenças**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

MANANCIA G, et al. Reappraisal of European Guidelines on hypertension management. A European Society of Hypertension Task Force document. **J. Hypertens.** 2009, V. 27, P.2121- 2158.

MION Jr, D. et al, Diagnostico da Hipertensão Arterial, Ribeirao Preto, 1996, Disponível em <http://www.fmrp.usp.br/licahi/diagnostico_da_hipertensao_arterial.pdf>. Acesso em: 13 Abr2011.

MIRANDA, R. D.; PERROTI, T. C. BELLINAZZI, V. R.; NÓBREGA, T. M. CEN-DOROGLO, M. S. TONIOLO N. J. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Revista Brasileira Hipertensão**, São Paulo, v. 9, nº 3, p. 293-300, jul. a set. 2002.

MURRAY, E., OSTER, J. R. Hipertensão – uma abordagem em prática. Rio de Janeiro: Discos CBS, 1985, 149.

NETO, O. ; FRANCO, W. P. G. Avaliação da farmacoterapia anti – hipertensiva em pacientes diabéticos atendidos no Sistema Único da Saúde (SUS) na rede municipal de saúde de Salto Grande, SP. **Revista de Ciências Farmacêutica Básica e Aplicada**, Maringá, v. 30, nº 3, p. 323-329, set. 2009.

OLIVERA, C. M. X.; CESARINO, E. J.; FREITAS, O.; PEREIRA, L. R. L. Padrões de prescrição de Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina para usuários do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira Cardiologia**, Ribeirão Preto, v. 23, nº 3, p. 171-177, maio/junho 2010.

PINTO, C. D. B. S.; COSTA, N. R.; CASTRO, C. G. S. O. Quem acessa o Programa farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, nº 6, p. 2963-2973, 2011.

PORTAL DA SAÚDE – SUS. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/manual-farmacia-popular/index.html>> Acesso em:18 março 2012, 18:13:33.

RENOVATO, R. D.; TRINDADE, M. F. Atenção farmacêutica na hipertensão arterial em uma farmácia de Dourados, Mato Grosso do Sul. **Infarma**, Dourados, v. 16, nº 11-12, p. 49-55, 2004.

RIBEIRO, W; MUSCARÁ, M. N. Características farmacocinéticas de antagonistas de cálcio, inibidores da ECA e antagonistas de angiotensina II em humanos. **Revista Brasileira Hipertensão**, São Paulo, v. 8, nº 1, p. 114-124, janeiro/março, 2001.

SOUZA, M. G.; PIMENTA, E. S.; BORELLI, F. A. O. Interações e associações medicamentosas no tratamento da hipertensão – Combinações fixas. **Revista Brasileira Hipertensão**, São Paulo, v. 16, nº 4, p. 237-241, nov. 2009.

ZAITUNE, M. P. A.; BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n^o 2, p. 285-294, fev. 2006.