

Modalidade do trabalho: Relatório técnico-científico
Evento: XXIII Seminário de Iniciação Científica

PERFIL DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM MULHERES NO CLIMATÉRIO¹

Daiana Meggiolaro Gewehr², Vanessa Adelina Casali Bandeira³, Cristiane Rodrigues Bellinazo⁴, Karla Renata De Oliveira⁵, Christiane De Fátima Colet⁶.

¹ Pesquisa institucional desenvolvida no Departamento de Ciência da Vida (DCVida), pelo grupo de pesquisa Estudo do Envelhecimento Humano (GERON)

² Acadêmica do Curso de Graduação em Farmácia da UNIJUI, Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/UNIJUI, daiagewehr@hotmail.com.

³ Farmacêutica, Mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde da UNIJUI/UNICRUZ, Bolsista PROSUP/CAPE/UNICRUZ/UNIJUI, vanessa.acbandeira@yahoo.com.br.

⁴ Acadêmica do Curso de Graduação em Farmácia da UNIJUI, Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPQ, crisbellinazo@hotmail.com.

⁵ Farmacêutica, docente do DCVida, Integrante do GERON, orientadora da Bolsista de Iniciação Científica, karla@unijui.edu.br.

⁶ Farmacêutica, docente do DCVida, Integrante do GERON, chriscolet@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A prevalência de doenças cardiovasculares (DCV) aumenta proporcionalmente ao envelhecimento, apresentando maior incidência entre as mulheres, especialmente acima dos 50 anos, que representa a fase de transição entre o período reprodutivo para o não reprodutivo, quando ocorre diminuição gradativa da produção estrogênica, até a cessação total (BRASIL, 2008; FERNANDES, NETO, GEBARA, 2008).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento das DCV incluem a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus, tabagismo, colesterol elevado, sedentarismo e dieta inadequada (FEBRASGO, 2010). A HAS é uma condição clínica crônica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial (PA), sendo que a mortalidade por DCV aumenta progressivamente com a elevação da PA. No Brasil, o estudo Vigitel Brasil (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) verificou, em 2013, que 24,1% possuíam diagnóstico médico de HAS, nas 27 capitais brasileiras, sendo de 26,3% entre mulheres e 21,5% entre homens, com a frequência de diagnóstico aumentando com o aumento da idade (BRASIL, 2013a).

As mudanças no estilo de vida constituem as medidas mais eficazes para a prevenção e tratamento da HAS, contribuindo para a redução do risco cardiovascular, devendo ser a primeira medida adotada (NOBRE et al., 2010), por outro lado não se pode atrasar o início da terapêutica medicamentosa em doentes com um nível de risco elevado (MANCIA et al., 2013). Considerando que o tratamento com anti-hipertensivos visa além de reduzir a PA, diminuir a morbimortalidade associada aos eventos cardiovasculares (NOBRE et al., 2010).

Modalidade do trabalho: Relatório técnico-científico

Evento: XXIII Seminário de Iniciação Científica

Os hipertensos, em sua maioria, iniciam o tratamento usando um ou dois medicamentos e, gradativamente, podem utilizar um número ainda maior de medicamentos, o que infere a importância de conhecer as associações utilizadas no tratamento da HAS (MALACHIAS, PASSARELLI, BORTOLLOTTO, 2010). Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi identificar o tratamento medicamentoso para a HAS e verificar as associações entre estes medicamentos.

METODOLOGIA

Estudo transversal, descritivo e retrospectivo, com população constituída por mulheres, com idade entre 35 e 65 anos, com cadastro ativo nas unidades de Estratégias da Saúde da Família (ESF) 1, 7 e 8 da área urbana do município de Ijuí/RS, que pertencem a pesquisa institucional intitulada “Estudo do Envelhecimento Feminino” da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI), aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUI, sob o Parecer Consubstanciado n° 294.456/2014.

A partir do banco de dados da referida pesquisa, foram selecionadas as mulheres que utilizam pelo menos um medicamento com indicação anti-hipertensiva, classificados conforme a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (NOBRE et al, 2010). Foram verificadas a classificação e as associações entre os grupos terapêuticos, conforme orientações da referida diretriz (NOBRE et al, 2010) e Caderno de Atenção Básica – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013b).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo, foram identificadas 172 mulheres, das quais 117 (68,0%) utilizam medicamentos, e destas 55 (47,0%) referiram diagnóstico e o uso de medicamentos para o controle da HAS. A média de idade entre as mulheres usuárias de anti-hipertensivo foi de $52,64 \pm 7,27$ anos, com idade mínima 39 e máxima 65 anos, sendo que 34 (61,81%) encontram-se na pós-menopausa e destas 13 (23,63%) apresentam idade igual ou superior a 60 anos.

Considerando todos os medicamentos em uso, a classe dos anti-hipertensivos é a mais utilizada entre as mulheres do estudo, correspondem a 27,6% do total. Foram identificados 98 medicamentos, totalizando 100 substâncias ativas e 15 fármacos distintos. A média de uso de medicamentos anti-hipertensivos foi de $1,82 \pm 0,82$ medicamentos por mulher, sendo que 23 (41,8%) mulheres utilizam um, 21 (38,2%) utiliza dois, nove (16,4%) três e duas (2,6%) utilizam quatro fármacos anti-hipertensivos, conforme Tabela 1.

Modalidade do trabalho: Relatório técnico-científico
Evento: XXIII Seminário de Iniciação Científica

GRUPOS TERAPÊUTICOS	N	%
MONOTERAPIA		
Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA)	14	25,5
Betabloqueador	8	14,5
Bloqueador dos receptores AT1 da Angiotensina II (BRA II)	1	1,8
Subtotal	23	41,81
ASSOCIAÇÃO DE DOIS GRUPOS TERAPÊUTICOS		
IECA + Diurético Tiazídico	13	25,5
Betabloqueador + Diurético Tiazídico	3	5,4
Betabloqueador + Bloqueador dos canais de cálcio	2	3,6
Angiotensina II + Diurético Tiazídico	1	1,8
BRA II + Bloqueador dos canais de cálcio	1	1,8
Betabloqueador + Diurético de baixa potência excl. tiazídicos	1	1,8
Subtotal	21	38,18
ASSOCIAÇÃO DE TRÊS GRUPOS TERAPÊUTICOS		
Diurético Tiazídico + Betabloqueador + Bloqueador dos canais de cálcio	1	1,8
Diurético Tiazídico + BRA II + Bloqueador dos canais de cálcio	1	1,8
Diurético Tiazídico + Antiadrenérgicos de ação central + Betabloqueador	1	1,8
Diurético Tiazídico + BRA II + Diurético poupador de potássio	1	1,8
IECA + Betabloqueador + Bloqueador dos canais de cálcio	1	1,8
IECA + Diurético de Alça + Betabloqueador	1	1,8
IECA + Diurético Tiazídico + Betabloqueador	1	1,8
IECA + Diurético Tiazídico + BRA II	1	1,8
IECA + Diurético Tiazídico + Bloqueador dos canais de cálcio	1	1,8
Subtotal	9	16,36
ASSOCIAÇÃO DE QUATRO GRUPOS TERAPÊUTICOS		
IECA + Betabloqueador + Diurético de alça + Bloqueador dos canais de cálcio	1	1,8
IECA + Betabloqueador + Diurético Tiazídico + BRA II	1	1,8
Subtotal	2	3,6
TOTAL	55	100,0

TABELA 1: Distribuição das mulheres conforme os grupos terapêuticos dos anti-hipertensivos utilizados em monoterapia ou em associação, IJUÍ/RS.

O grupo farmacológico mais utilizado foi o dos que atuam sobre o sistema renina-angiotensina, representado principalmente pelo enalapril, em uso por 28 (50,9%) mulheres. Os diuréticos foi o segundo grupo farmacológico mais utilizado e hidroclorotiazida o fármaco mais utilizado desta classe (25 – 50%).

O tratamento em monoterapia pode ser a estratégia anti-hipertensiva inicial para hipertensos em estágio 1, e com risco cardiovascular de baixo a moderado. A monoterapia para o controle da HAS é desejável, visto que melhora a adesão do usuário ao tratamento e reduz os custos, além disso, em alguns casos, os efeitos colaterais são menores (KATZUNG, MASTERS, TREVOR, 2014).

Modalidade do trabalho: Relatório técnico-científico
Evento: XXIII Seminário de Iniciação Científica

O uso de diuréticos tiazídicos é o tratamento medicamentoso indicado como primeira escolha (NOBRE et al., 2010), considerando que os diuréticos são tão eficazes quanto outras opções anti-hipertensivas para o controle da PA e prevenir eventos cardiovasculares, com comprovada eficácia na redução da morbimortalidade cardiovascular (BRASIL, 2013b; (NOBRE et al., 2010), porém não se evidenciou o uso isolado de diuréticos neste estudo. Nesse sentido, salienta-se que não foi realizado acompanhamento do tratamento medicamentoso e não foram identificadas as alterações de tratamento ao longo do tempo, com isso, não é possível inferir se as mulheres iniciaram o tratamento da HAS conforme as recomendações. Ainda, pode sugerir que mulheres hipertensas estejam em um grau mais avançado de hipertensão, ou o prescritor não optou por essa classe em monoterapia.

Os resultados apresentados evidenciam que os grupos dos IECA, BRAII e betabloqueadores são os grupos terapêuticos utilizados em monoterapia, em relação a isso, segundo Brasil (2013b) os IECA ou BRA II podem ser usados com segurança isoladamente, no entanto o uso de betabloqueadores como droga de primeira linha no tratamento da HAS não é indicado, pois os betabloqueadores apresentam baixo efeito na redução de AVC e na prevenção de doença coronariana.

A associação de fármacos anti-hipertensivos em muitos casos se faz necessária, é preferível que os fármacos associados atuem por mecanismos diferentes (KATZUNG; MASTERS; TREVOR, 2014), como ocorreu com a maioria dos pacientes deste estudo, que usavam combinação de fármacos. A combinação de fármacos é capaz de diminuir significativamente os valores da pressão arterial e contribuir de forma positiva no prognóstico dos pacientes hipertensos (MALACHIAS; PASSARELLI; BORTOLLOTTO, 2010).

A associação de diurético tiazídico com IECA foi a associação mais utilizada (16 – 29,0%), essa associação permite a ocorrência de sinergismo de efeito sobre o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) (BRASIL, 2013b).

A associação da IECA com BRA II, utilizado por duas (3,63%) mulheres, apresentam controvérsias quanto sua efetividade. O duplo bloqueio do SRAA é uma das estratégias mais eficazes para o controle da HAS, porém, uma maior atenção deve ser dada já que essa associação pode resultar em hipercalemia e hipotensão (MALACHIAS; PASSARELLI; BORTOLLOTTO, 2010). Ainda, Nobre et al. (2010) salientam que essa associação necessita ser evitada, pois, além de não adicionar benefício cardiovascular em comparação com os medicamentos usados em separado, aumentaram o risco de eventos adversos, principalmente os relacionados à disfunção renal, que necessita ser monitoradas em pacientes em uso de anti-hipertensivos.

Quando já estão sendo usados pelo menos dois medicamentos, o uso de um diurético é fundamental, nesse estudo das 11 (20%) mulheres que utilizam três ou mais fármacos, e uma não faz uso de diurético associado na terapia. Quando o usuário não responde a tríplice terapia anti-hipertensiva incluindo um diurético, caracteriza-se um caso de hipertensão resistente e pode ser necessária a adição de mais um fármaco (NOBRE et al., 2010), ainda, apresenta-se que as duas mulheres que utilizam quatro fármacos, fazem uso de diurético.

Destaca-se que as associações entre os medicamentos para o tratamento HAS, podem resultar em ações sinérgicas, que contribuem para ampliar o efeito benéfico da terapia, no entanto, podem ocasionar interferências negativas nas ações farmacológicas, resultando em alterações dos efeitos

Modalidade do trabalho: Relatório técnico-científico
Evento: XXIII Seminário de Iniciação Científica

desejados ou efeitos exacerbados decorrentes da interação de efeitos (MALACHIAS; PASSARELLI; BORTOLLOTTO, 2010). É necessário que o esquema de tratamento anti-hipertensivo mantenha a qualidade de vida do usuário e estimule a adesão ao tratamento (NOBRE et al., 2010).

CONCLUSÃO

Verificou-se que a classe farmacológica mais utilizada é a dos IECA, que são utilizados tanto em monoterapia quanto associados à outra classe, principalmente aos diuréticos. Ainda, identificou-se que a maioria das mulheres utiliza dois ou mais medicamentos associados para o tratamento da HAS, o que reforça a importância de conhecer as associações recomendadas, a fim de se estabelecer um tratamento seguro e eficaz, para o tratamento da HAS e agravos relacionados, para o qual torna-se fundamental o desenvolvimento de protocolos clínicos. Nesse contexto, como limitação do presente estudo apresenta-se que não foram verificados os níveis pressóricos, para identificar o controle da HAS, também, não foi realizado acompanhamento do tratamento medicamentoso, o que impossibilita identificar o tratamento inicial e a necessidade de associações medicamentosas.

A adesão à terapia medicamentosa e não medicamentosa pode impulsionar a associação de medicamentos para o controle da HAS, destaca-se a importância de orientações e acompanhamento para que se efetivem os tratamentos recomendados, considerando que a associação de medicamentos pode dificultar a adesão ao tratamento, expor a maior risco de interações e reações adversas.

Ressalta-se que o grupo de pesquisa prevê ações de promoção de saúde com atividades coletivas voltadas a essas mulheres que estão no climatério, ainda, a realização de visitas domiciliares, permite um contato individualizado, apresentando-se como espaço de orientações e estímulo para a adesão à terapia medicamentosa e não medicamentosa, que proporcionam melhora na qualidade de vida das mulheres, e a longo prazo podem repercutir na melhora do controle da HAS e consequentemente na redução do uso desses medicamentos.

Palavras-chaves: Fármacos cardiovasculares; Hipertensão Arterial; Combinação de Medicamentos.

Agradecimentos: A PIBIC/UNIJUI, PIBIC/CNPq e PROSUP/CAPES/UNICRUZ/UNIJUI pela concessão das bolsas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL Brasil 2012 - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da saúde, 2013a.

Modalidade do trabalho: Relatório técnico-científico
Evento: XXIII Seminário de Iniciação Científica

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. 37. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Climatério: Manual de orientação. São Paulo: Febrasgo, 2010.

FERNANDES, C. E.; NETO, J. S. DE L. P.; GEBARA, O. C. E. I Diretriz Brasileira sobre prevenção de Doenças Cardiovasculares em mulheres climatéricas e a influência da terapia de reposição hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC). Arq. Brasileiros de Cardiologia. v. 91, p. 1–23, 2008.

KATZUNG, B. G.; MASTERS, S. B.; TREVOR, A. J. Farmacologia Básica e Clínica. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 1244p.

MALACHIAS, M. V. B.; PASSARELLI, R. P. O.; BORTOLLOTTI, L. A. Combinações de fármacos anti-hipertensivos na prática clínica. São Paulo: Segmento Farma, 2010, 216p.

MANCIA, Giuseppe et al. Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. Journal of Hypertension. V. 31. p.1281–1357, 2013.

NOBRE, F. et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão - Sociedade Brasileira de Cardiologia, v. 95, p. 1–51, 2010.