

Perfil farmacológico da prescrição de anti-hipertensivos e adequabilidade à diretriz brasileira de hipertensão

Pharmacological profile of antihypertensive prescriptions and adequacy to the Brazilian hypertension guideline

Perfil farmacológico de la prescripción de antihipertensivos y adecuación a la directriz brasileña de hipertensión

Recebido: 14/12/2021 | Revisado: 24/12/2021 | Aceito: 27/12/2021 | Publicado: 05/01/2022

Marcos Antonio Eleutério da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1952-7905>
Universidade Federal de Alagoas, Brasil
E-mail: marcos.eleuterio@famed.ufal.br

Thiago Lívio Barbosa Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6226-9350>
Universidade Federal de Campina Grande,
E-mail: thiagolivio77@gmail.com

Cláudia Jeane Lopes Pimenta

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1458-8226>
Universidade Federal da Paraíba, Brasil
E-mail: claudinhajeane8@hotmail.com

Bruno Cleiton Macedo do Carmo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6569-1653>
Universidade Federal de Alagoas, Brasil
E-mail: bruno.carmo@arapiraca.ufal.br

Raphael da Rocha Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2056-0593>
Universidade Federal de Alagoas, Brasil
E-mail: raphael.carvalho@famed.ufal.br

Sandrele Carla dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4718-7610>
Universidade Federal de Alagoas, Brasil
E-mail: sandrele16@gmail.com

Resumo

O monitoramento contínuo da pressão arterial, associado a uma adequada prescrição medicamentosa a pacientes com hipertensão arterial sistêmica, mostram ser um desafio quando se trata de recomendações terapêuticas padronizadas no controle da hipertensão. O presente estudo teve como objetivo descrever o perfil farmacológico da utilização de anti-hipertensivos por pacientes de unidades de saúde e a adequabilidade das prescrições à diretriz brasileira de hipertensão. Trata-se de um estudo transversal, realizado a partir de dados secundários de prontuários de pacientes acompanhados pelo HIPERDIA. Os dados foram comparados com as recomendações de prescrição de anti-hipertensivos contidas na Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, sendo descritas análises de frequências absoluta e relativa. Foi observado que diuréticos e inibidores da ECA representaram as classes medicamentosas mais prescritas. A prescrição de apenas um anti-hipertensivo foi mais prevalente entre aqueles pacientes com até 5 anos de diagnóstico de hipertensão. Divergências com as recomendações da diretriz foram observadas, principalmente, nas prescrições envolvendo dois ou mais medicamentos, representando um percentual de 16% destas.

Palavras-chave: Hipertensão; Anti-hipertensivos; Pressão arterial.

Abstract

A frequent monitoring of the blood arterial pressure, associated with an adequate drug prescription for patients with systemic arterial hypertension, proves to be a challenge when it comes to standardized therapeutic recommendations for the control of hypertension. The present study aimed to show the pharmacological profile of the antihypertensive drugs use by patients in treatment at health units and the adequacy of the prescriptions to the Brazilian hypertension guideline. This is a cross-sectional study, from secondary data present in patient medical records. The data were compared with recommendations for antihypertensive prescriptions present in the Brazilian hypertension guidelines, and analyzes of absolute and relative frequencies were described. It was observed that diuretics and ACE inhibitors were the most prescribed drug classes. Prescription of only one antihypertensive was more prevalent among those

patients with up to 5 years of hypertension diagnosis. Divergences with the guideline recommendations were observed, mainly, in prescriptions involving two or more medications, representing a percentage of 16% of them.

Keywords: Hypertension; Antihypertensive; Blood pressure.

Resumen

La monitorización continua de la presión arterial, asociada a la adecuada prescripción de medicamentos para pacientes con hipertensión arterial sistémica, resulta ser un desafío cuando se trata de recomendaciones terapéuticas estandarizadas para el control de la hipertensión. El presente estudio tuvo como objetivo mostrar el perfil farmacológico del uso de antihipertensivos por pacientes en los establecimientos de salud y la adecuación de las prescripciones a la directriz brasileña de hipertensión. Se trata de un estudio transversal, basado en datos secundarios de registros médicos de pacientes seguidos por el programa HIPERDIA. Se realizó una comparación entre los datos obtenidos y las recomendaciones de prescripción de antihipertensivos contenidas en la directriz brasileña de hipertensión arterial, y se describieron análisis de frecuencias absolutas y relativas. Los diuréticos y los inhibidores de la ECA representaban las clases de fármacos más recetados. La prescripción de un solo antihipertensivo fue más prevalente entre aquellos pacientes con hasta 5 años de diagnóstico de hipertensión. Se observaron divergencias con las recomendaciones de la directriz, principalmente, en prescripciones de dos o más medicamentos, lo que representó un porcentaje del 16% de estas recetas.

Palabras clave: Hipertensión; Antihipertensivos; Presión arterial.

1. Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) ainda é responsável por grande número de mortes por doenças cardiovasculares no Brasil (Barroso et al., 2021). Por se tratar de uma doença insidiosa e, majoritariamente, silenciosa, torna-se mais difícil o diagnóstico precoce (Brasil, 2020); o qual é estabelecido quando são encontrados, de forma associada ou isolada, valores de pressão arterial sistólica (PAS) maiores ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) maiores ou igual a 90 mmHg em duas ou mais verificações em diferentes consultas ambulatoriais (Barroso et al., 2021).

A evolução clínica, ainda que assintomática, pode ocasionar um grande número de complicações, frequentemente associadas a alterações metabólicas, funcionais e estruturais de órgãos-alvo como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, podendo culminar em eventos cardiovasculares fatais, principalmente em idosos, os quais representam cerca de 12,5% da população (Brasil, 2020; Veronez & Simões, 2008). Além disso, já há registro de que cerca de 23% da população adulta que reside nas capitais brasileiras já possuem HAS (Brasil, 2020).

O controle da hipertensão deve ocorrer de forma imediata por meio de tratamento medicamentoso, além de mudanças no chamado estilo de vida, caracterizado pela incorporação de hábitos saudáveis como prática de exercícios físicos regulares, alimentação equilibrada e redução de hábitos nocivos como tabagismo e etilismo; o que exige dos pacientes, em sua maioria, um controle durante toda a vida (Barroso et al., 2021). Ainda assim, a ausência de sintomatologias graves e o número diário de medicamentos utilizados predispõem, frequentemente, ao abandono do tratamento (Queiroz et al., 2018; Gewehr et al., 2018).

Dessa forma, embora existam medidas eficazes de tratamento, sejam estas farmacológicas ou não, a hipertensão ainda perdura como um dos maiores desafios para a saúde pública mundial, em decorrência de falhas no controle medicamentoso, na escolha da medicação, nos ajustes da posologia, ou ainda, na adesão à terapia (Gewehr et al., 2018).

Nesse cenário, diagnosticar não é o suficiente para controlar a doença, faz-se necessário, primordialmente, conduzir o tratamento de forma correta e convencer o paciente sobre a necessidade da adesão e da estabilização dos níveis pressóricos. Além disso, faz-se importante uma criteriosa investigação do paciente para que este possa receber o melhor e mais adequado tratamento medicamentoso, tendo em vista não apenas os níveis tensionais, mas também a idade, as comorbidades e a condição geral de saúde apresentada (Barroso et al., 2021).

Apesar de não existir anti-hipertensivo ideal, o tratamento oferecido ao paciente deve ser o mais seguro possível, tendo em vista as características individuais e o curso evolutivo da doença. Assim, no Brasil, publicou-se em 1991 o primeiro Consenso Brasileiro para o Tratamento da Hipertensão Arterial, abordando de forma discursiva e prática as recomendações

terapêuticas para a correta prescrição de anti-hipertensivos de acordo com a adequabilidade clínica de cada paciente (CBHA, 1991). O objetivo era direcionar e facilitar uma prescrição, até mesmo, por médicos não especialistas na área de cardiologia. O consenso passou a ser atualizado, periodicamente, em um intervalo médio de 4 anos, recebendo o nome de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a partir de sua quarta edição em 2004 (DBH, 2004).

Atualmente, a versão mais atualizada é a oitava diretriz publicada em 2020, na qual se mantiveram muitos parâmetros de conduta importantes da sétima diretriz em 2016, a exemplo das recomendações para a prescrição de associação de dois ou mais medicamentos anti-hipertensivos no mesmo paciente, levando-se em consideração a classe medicamentosa, a dosagem e o número de comprimidos por dia (Barroso et al., 2021).

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo traçar um perfil farmacológico da utilização de anti-hipertensivos em pacientes acompanhados por unidades de saúde do sertão do estado da Paraíba e analisar a adequabilidade das prescrições à diretriz brasileira de hipertensão.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo/documental que utilizou dados secundários registrados em prontuários de pacientes hipertensos, acompanhados pelo HIPERDIA (programa da estratégia de saúde da família para pacientes hipertensos e diabéticos), em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde localizadas no município de Cajazeiras, sertão do estado da Paraíba. No momento da coleta de dados, o HIPERDIA registrava um total de 4000 pacientes cadastrados na secretaria municipal de saúde do município. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no programa OpenEpi[®] e estimado em 59 prontuários, para um intervalo de confiança de 95% (IC 95%). No total, foram consultados, aleatoriamente, 60 prontuários de pacientes hipertensos regularmente acompanhados pelo programa, sendo excluídos aqueles com informações incompletas ou ilegíveis. A coleta foi realizada em um período de dois meses por dois pesquisadores, registrando-se as seguintes variáveis de interesse do estudo: a) dados sociodemográficos; b) nomes dos medicamentos anti-hipertensivos prescritos; c) tempo de diagnóstico de hipertensão; d) dosagem e frequência de utilização de cada medicação; e) aspectos clínicos relevantes como tabagismo, consumo de álcool e outros diagnósticos de comorbidades clínicas associadas. Por se tratar de um estudo documental, não ocorreu nenhum contato direto ou indireto com os pacientes ou familiares e o acesso aos prontuários ocorreu a partir da autorização dos dirigentes das unidades de saúde. Os dados coletados nos prontuários sobre os medicamentos anti-hipertensivos foram comparados com as recomendações de prescrição contidas nas DBH, tomando-se como parâmetro principal a importância de serem prescritas corretamente associações reconhecidas como seguras e eficazes entre duas ou mais classes de anti-hipertensivos (Quadro 1).

A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico Jamovi[®], versão 2.2.5, sendo obtidos os cálculos de média e desvio-padrão para a idade, como também as frequências absoluta e relativa para as demais variáveis estudadas.

Quadro 1: Associações entre classes de anti-hipertensivos recomendadas e reconhecidas como eficazes pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

Recomendação pela DBH	Medicamentos
Associações fortemente recomendadas	Diuréticos tiazídicos + inibidores da ECA (IECA)
	Diuréticos tiazídicos + bloqueadores dos canais de cálcio (BCC)
	Diuréticos tiazídicos + Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II (BRA)
	Bloqueadores dos canais de cálcio + Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II
	Bloqueadores dos canais de cálcio + inibidores da ECA
Associações recomendadas	Diuréticos + outros diuréticos de diferentes mecanismos de ação
	Diuréticos + Simpatolíticos de ação central
	Diuréticos + Betabloqueadores (BB)
	Diuréticos + Inibidores da ECA
	Diuréticos + Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II
	Diuréticos + Inibidor direto da renina + BCC
Associações não recomendadas	Inibidores da ECA + Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II
	Betabloqueadores + IECA (associação pouco testada). Não recomendada pela AHA (American Heart Association)

ECA: Enzima conversora de angiotensina; BCC: bloqueadores dos canais de cálcio; BRA: Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II; BB: Betabloqueadores; IECA: Inibidores da ECA. Fonte: Barroso et al., (2021).

3. Resultados

A partir dos dados disponibilizados nos prontuários foi possível identificar um perfil social e clínico da amostra. Conforme apresentado na tabela 1, observa-se que a maioria dos prontuários eram de pacientes do sexo feminino, casados e que possuíam, apenas, o ensino fundamental. Mais da metade da amostra (68,3%) apresentava até 5 anos de diagnóstico de hipertensão e os demais (31,7%) já possuíam mais de 6 anos. Apenas 3,4% apresentavam diagnóstico de diabetes, 36,6% eram tabagistas e 13,3% relataram consumir bebidas alcóolicas esporadicamente. Não foram identificados nos prontuários, relatos sobre história familiar de comorbidades como obesidade, diabetes e dislipidemias. A média de idade dos pacientes da amostra foi de $60,9 \pm 14,1$ anos.

Tabela 1 – Perfil social e clínico dos pacientes hipertensos atendidos nas unidades de saúde.

Variável	n	%	Variável	n	%
Sexo			Tempo de HAS		
Feminino	38	63,3	até 5 anos	41	68,3
Masculino	22	36,7	de 6 a 10 anos	10	16,7
Estado civil			acima de 10 anos	09	15,0
Solteiro(a)	13	21,6	Tabagismo		
Casado(a)	39	65,0	Sim	22	36,6
Viúvo(a)	8	13,4	Não	38	63,4
Escolaridade			Consumo de álcool		
Analfabeto	4	6,7	Sim	8	13,3
Fundamental	39	65,0	Não	52	86,7
Médio completo	13	21,7			
Superior completo	3	6,6			

Fonte: Autores (2021).

Diversas classes de medicamentos anti-hipertensivos foram identificadas nos prontuários, entre as quais inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), diurético tiazídico, betabloqueador e bloqueador do receptor AT1 da angiotensina II (BRA). Algumas dessas classes prescritas na forma de monoterapia (59%); outras através da terapia combinada com dois ou mais anti-hipertensivos (41%).

A tabela 2 mostra a distribuição da classe de anti-hipertensivos prescrita na forma de monoterapia e o tempo de diagnóstico de HAS. Dos 59% dos pacientes tratados com apenas um medicamento, 48,6% utilizaram IECA; 28,6% fizeram uso de diuréticos tiazídicos; 11,44% de betabloqueadores e 11,4% utilizaram BRA. Além disso, a maioria dos pacientes apresentava até 5 anos de diagnóstico.

Tabela 2: Distribuição da classe de anti-hipertensivos prescrita na forma de monoterapia e tempo de diagnóstico de HAS.

Medicamento	Classe Medicamentosa	n (%)	Tempo de HAS (anos)
Captopril	IECA	17 (48,6%)	Até 5: 70,58% 6 a 10: 17,64% Acima de 10: 11,76%
Hidroclorotiazida	Diurético Tiazídico	10 (28,6%)	Até 1: 88,88% Acima de 10: 11,11%
Atenolol	Betabloqueador	4 (11,4%)	Até 5: 50% 6 a 10: 50%
Losartana	BRA	4 (11,4%)	Até 5: 50% 6 a 10: 50%

IECA: Inibidores da enzima conversora de angiotensina; BRA: bloqueador do receptor AT1 da angiotensina II. Fonte: Autores (2021).

A Tabela 3 mostra o percentual de pacientes em monoterapia ou terapia combinada distribuídos de acordo com o tempo de diagnóstico da hipertensão. O uso da monoterapia predomina (41,6%) em pacientes com até 5 anos de diagnóstico.

Tabela 3 – Distribuição percentual de pacientes em monoterapia ou terapia combinada de acordo com o tempo de diagnóstico da hipertensão.

Tempo de diagnóstico	Monoterapia		Terapia Combinada	
	n	%	n	%
até 5 anos	25	41,6	15	26,7
de 6 a 10 anos	6	10	4	6,7
acima de 10 anos	4	6,7	5	8,3

Fonte: Autores (2021).

Na Tabela 4 pode ser visualizada a distribuição quantitativa de pacientes em uso de terapia combinada e se as associações prescritas seguem as recomendações da DBH, conforme exposto no quadro 1 da metodologia.

Tabela 4: Associações de anti-hipertensivos prescritas aos pacientes e adequabilidade às recomendações da DBH.

Associação de anti-hipertensivos (Classes medicamentosas)	n (%)	Recomendação pela DBH (ver quadro 1)	Tempo de HAS (anos)
Hidroclorotiazida + captopril (DT + IECA)	10 (40%)	Associação fortemente recomendada	Até 5: 70% 6 a 10: 10% Acima de 10: 20%
Hidroclorotiazida + Losartana (DT + BRA)	4 (16%)	Associação fortemente recomendada	Até 5: 66,67% 6 a 10: 33,33%
Hidroclorotiazida + Propranolol (DT + BB)	3(12%)	Associação recomendada	Até 5: 66,67% Acima de 10: 33,33%
Captopril + Losartana (IECA + BRA)	1 (4%)	Associação não recomendada	1 a 5 anos
Captopril + atenolol (IECA + BB)	2 (8%)	Associação possível, mas pouco testada	1 a 5 anos
Furosemida + Hidroclotiazida (DA +DT)	1 (4%)	Associação recomendada	1 a 5 anos
Furosemida + Captopril + Propranolol + Espironolactona (Diurético + IECA + BB + Diurético)	1 (4%)	Associação possível, mas pouco testada	Acima de 10 anos
Captopril + Losartana + Hidroclotiazida (IECA + BRA + diuret. tiazídicos)	1 (4%)	Associação não recomendada	Até 1 ano
Hidroclorotiazida + captopril + Propranolol (DT +I ECA + BB)	1 (4%)	Associação possível, mas pouco testada	1 a 5 anos
Losartana + Hidroclorotiazida + Nifedipino (BRA + DT + BCC)	1 (4%)	Associação fortemente recomendada	1 a 5 anos

DT: diuréticos tiazídicos; DA: diuréticos de alça; ECA: enzima conversora de angiotensina; BCC: bloqueadores dos canais de cálcio; BRA: Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II; BB: Betabloqueadores; IECA: Inibidores da ECA. Fonte: Autores (2021).

As associações mais encontradas foram entre: hidroclorotiazida e captopril (40%); losartana e hidroclorotiazida (16%); assim como entre hidroclorotiazida e propanolol (12%), prescritas, principalmente, a pacientes com até 5 anos de diagnóstico de hipertensão.

4. Discussão

O presente estudo evidenciou que mais da metade dos pacientes (68,3%) possuíam até 5 anos de diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 31,7 % já possuíam mais de seis anos. Considerando-se a média de idade (60,9 anos \pm 14,1), observa-se que a hipertensão teve início antes da senescência. Além da idade, diversos fatores devem ser ponderados antes de escolher o melhor anti-hipertensivo, como o caráter crônico da doença, a ausência de sintomatologia específica, a presença de comorbidades e as complicações advindas do controle inadequado da pressão que, uma vez associados, tendem a se constituir como fatores que dificultam o tratamento (Machado et al., 2021).

Nesse contexto, observou-se que mais da metade dos pacientes (59%) analisados no presente estudo estavam em

tratamento com apenas um medicamento (tabela 2), o que pode ser justificado pelo pouco tempo de curso da doença e ausência de comorbidades como o diabetes. Além disso, os IECA representaram a classe medicamentosa mais prescrita (48,6%). Os achados corroboram os dados do estudo realizado por Oliveira et al. (2010), pois dos 14.116 avaliados, 9.560 (67,7%) receberam a prescrição de IECA. Essa classe medicamentosa é responsável por inibir a formação da angiotensina II, produzida como produto final da via do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), resultando em menor vasoconstrição periférica e menor reabsorção de sódio, associados a uma menor degradação de bradicinina, que é um vasodilatador sistêmico (Oliveira et al., 2010). Isso resultará, em conjunto, em um eficaz efeito na diminuição da pressão arterial (Gonçalves et al., 2021).

A prescrição de IECA pode ser justificada por se tratar de uma classe terapêutica amplamente utilizada para o tratamento da HAS, com importante referencial científico que demonstra suas vantagens em reduzir os riscos cardiovasculares, tanto em pacientes só hipertensos, como também naqueles que são hipertensos e diabéticos. Além disso, seu uso pode promover a redução da morbidade e da mortalidade por insuficiência cardíaca, o que torna essa classe de anti-hipertensivos segura, eficaz e o principal alvo terapêutico das prescrições médicas para problemas cardiovasculares (Messerli et al., 2018). Ademais, esses fármacos possuem baixo custo e são oferecidos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (Almeida et al., 2019).

Nesse sentido, o programa farmácia popular do Brasil representa uma estratégia governamental no enfrentamento de doenças cardiovasculares e, através da rede conveniada “Saúde não tem preço”, em vigência desde 2011, objetiva ampliar o acesso a medicamentos para hipertensos e diabéticos (Almeida et al., 2019). Nesse programa, as farmácias e drogarias privadas conveniadas à rede “Aqui Tem Farmácia Popular” passaram a oferecer 11 medicamentos gratuitos para a hipertensão: captopril, um dos mais prescritos dentre os IECA, maleato de enalapril (IECA), cloridrato de propranolol, atenolol, hidroclorotiazida e losartana potássica. Essa medida ampliou o acesso às diversas classes de anti-hipertensivos, aumentando em 70% a distribuição desses medicamentos, o que também pode justificar prescrições mais frequentes dessas classes terapêuticas (Fava et al., 2017).

De acordo com a premissa apresentada pela diretriz, cabe ao profissional de saúde o dever ético de proporcionar ao paciente hipertenso um tratamento eficaz e individualizado, resultando em uma assistência de qualidade que vise a um amplo bem-estar, focando não apenas no problema por este apresentado, mas no estado geral de saúde, cuja decisão terapêutica entre a utilização da monoterapia ou da terapia associada com 2 ou mais medicamentos deve também considerar a presença dos fatores de risco, lesão de órgão-alvo e doenças cardiovasculares associadas (Barroso et al., 2021).

Em estudo realizado por Law et al. (2003) foi mostrado que a monoterapia é eficaz em apenas 30% a 50% dos pacientes hipertensos, assim um elevado percentual é tratado com dois ou mais medicamentos para que o controle pressórico seja alcançado adequadamente (Law et al., 2003). Corroborando o estudo acima, Secoli (2010) destaca que o uso da combinação terapêutica permite a redução das doses de cada fármaco utilizado na associação em relação à dosagem usada na monoterapia, o que pode diminuir a incidência de efeitos adversos quando se compara à monoterapia em doses altas (Secoli, 2010).

Dessa forma, no que se refere às associações medicamentosas utilizadas nas unidades de saúde em estudo, a hidroclorotiazida, principal medicamento da classe dos diuréticos tiazídicos, esteve presente em 84% das combinações, principalmente associada a algum medicamento da classe dos IECA (40%). Cenário semelhante foi apontado por Queiroz et al. (2018) e Jablonski & Griebeler (2019), atribuindo isso não só à eficiência desse medicamento no controle pressórico, mas também devido a sua vasta possibilidade de associações dentre aquelas recomendadas pela DBH (Jablonski & Griebeler 2019; Queiroz et al., 2018).

Apesar das combinações medicamentosas de anti-hipertensivos com diferentes mecanismos de ação fazerem parte das

recomendações de tratamento, essas devem ser prescritas de forma criteriosa para que possa resultar em melhor resposta ao controle da pressão (Barroso et al., 2021). Dessa forma, observa-se que as classes dos diuréticos são as mais frequentes nas combinações, pois além de serem seguras também auxiliam na redução da retenção persistente do volume intravascular, contribuindo de forma eficaz na diminuição dos valores pressóricos (Almeida, et. al., 2017).

Ressalta-se que o uso da terapia combinada é mais frequente em pacientes que já passaram por monoterapia, naqueles que possuem um longo tempo de hipertensão ou, ainda, em indivíduos que, além de altos níveis pressóricos, possuem comorbidades associadas, mais comumente diabetes e dislipidemias. A associação medicamentosa na hipertensão pode e deve ser realizada de forma livre, não fixa, mas ainda, de acordo com as recomendações da DBH (Barroso et al., 2021).

Em estudo realizado por Três et al. (2009) foi observado que dois terços dos pacientes sob prescrição de monoterapia não conseguiram alcançar a meta terapêutica de redução da pressão, o que necessitou da introdução mais precoce da terapia combinada com dois ou mais medicamentos (Três et al., 2009). Isso demonstra a importância de se reavaliar o paciente periodicamente, observando a adaptação à monoterapia, a eficácia do medicamento prescrito e os possíveis efeitos colaterais relatados para que, dessa forma, seja observada a necessidade da introdução mais precoce de terapias combinadas ou, até mesmo, a necessidade de utilizá-la como primeira medida medicamentosa (Três et al., 2009).

Observou-se que as associações medicamentosas (tabela 4), em sua totalidade, representaram 41% das prescrições e, aproximadamente, 30% dos pacientes chegaram a utilizar três e, até quatro medicações associadas (tabelas 4), mesmo sem histórico de comorbidades e com menos de 5 anos de hipertensão. Contudo, nessas prescrições, observa-se que há a inserção de pelo menos uma classe de diurético, o que é considerado assertivo pela diretriz quando estão em associação mais de três medicamentos, pois o uso do diurético potencializa a ação efetiva de qualquer outro anti-hipertensivo. A inserção da espirolactona como quarto fármaco, geralmente, está indicada quando há hipertensão arterial resistente (Barroso et al., 2021).

No presente estudo, registrou-se que 16% das combinações terapêuticas envolvendo apenas dois medicamentos (tabela 4) não seguiam a DBH, a qual discrimina algumas associações como não recomendadas ou pouco testadas em estudos clínicos (quadro 1). As associações não recomendadas encontradas foram: inibidores da ECA e bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II; captopril + atenolol; esta última tida como pouco testada pela DBH e como não recomendada por entidades internacionais como a AHA (American Heart Association), a qual estabelece que não é recomendada a associação de betabloqueadores com IECA ou com bloqueadores do receptor AT1 ou, ainda, com inibidor da renina. Além disso, não é recomendado o uso inicial de betabloqueadores por quem não tem comorbidades cardiovasculares (ACC/AHA, 2018).

De acordo com Nasser et al. (2008), a possibilidade de equívocos se torna maior na terapia combinada; embora, quando bem aplicada, a eficácia pode ser maximizada por envolver fármacos que atuam em diferentes mecanismos fisiopatológicos, com o intuito de promover ações distintas nos fatores de risco e nas lesões de órgãos-alvo, e ainda, proporcionar proteção cardiovascular específica em grupos especiais de pacientes, fazendo com que a combinação medicamentosa seja benéfica (Nasser et al., 2008).

Diante do exposto, observa-se um importante cenário clínico e farmacológico, uma vez que quase um quarto da população brasileira apresentaram diagnóstico de HAS e, desses, 83% referiram uso de anti-hipertensivos, em 2019. Entre idosos, a prevalência é 2,4 vezes maior, destacando o maior uso de terapia combinada nessa população (Brasil, 2020).

O profissional médico que atua na atenção primária à saúde é, constantemente, o primeiro contato daqueles que procuram as unidades básicas de saúde e, portanto, deve estar extremamente preparado e capacitado diante dos desafios encontrados para prescrever cada paciente de forma individualizada, devendo oferecer o tratamento mais preciso. A necessidade do médico generalista na atenção básica permite o acesso de profissionais recém-formados, mas que devem estar preparados para o atendimento dessa demanda e estar atentos aos problemas mais comuns apresentados pela população atendida (Cavalli, Rizzotto & Guimarães, 2016).

Para Gewehr et al. (2018), faz-se necessária uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar ao hipertenso, bem como a simplificação do esquema posológico, reduzindo o número de comprimidos administrados e estimulando a adesão do paciente ao tratamento determinado, pois, mesmo que a posologia seja adequada para reduzir os níveis pressóricos, a não adesão do paciente impedirá a efetividade do esquema terapêutico proposto (Gewehr et al., 2018). Diante dos dados expostos, salienta-se que a diretriz enumera características importantes para a indicação de um anti-hipertensivo, das quais, as mais utilizadas como critérios de escolha são: a) apresentar eficácia quando administrado por via oral, b) permitir o seu fornecimento em menor número possível de tomadas, com preferência para dose única diária, c) ser seguro e bem tolerado e com relação de risco/benefício favorável, d) ser iniciado com as menores doses efetivas, podendo ser aumentadas gradativamente e, e) ter a capacidade de reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares associadas à hipertensão arterial (BARROSO et al., 2021). Desse modo, uma vez que a diretriz representa um documento em forma de consenso elaborado por diversos profissionais com formação na área de cardiologia, faz-se importante o amplo conhecimento nacional desta por todos aqueles que tratam pacientes com fatores de risco cardiovasculares e/ou com hipertensão já instalada.

Dentre as limitações apresentadas do presente estudo estão a sua abrangência territorial e a quantidade de unidades de saúde abordadas. No entanto, o mesmo apontou importantes observações no que diz respeito ao perfil farmacológico de pacientes atendidos na atenção primária, evidenciando divergências nas prescrições de anti-hipertensivos quando comparadas às recomendações vigentes da diretriz brasileira de hipertensão. Além disso, contribuiu para a detecção e observação de um perfil farmacológico importante na utilização de anti-hipertensivos e abre caminho para que outras discussões possam ser levantadas.

5. Considerações Finais

O presente estudo identificou que a monoterapia representou a terapêutica anti-hipertensiva mais utilizada, destacando-se os IECA como a classe medicamentosa mais prescrita. Além disso, para os tratamentos envolvendo dois ou mais fármacos, a hidroclorotiazida se mostrou presente na maioria das associações utilizadas. Contudo, foi observado que 16% das combinações terapêuticas envolvendo pelo menos dois medicamentos não seguiam a DBH, sendo vistas como não recomendadas ou pouco testadas em estudos clínicos.

Diante disso, os profissionais envolvidos no tratamento de pacientes com hipertensão, principalmente, aqueles atuantes na atenção primária, devem estar atentos para a avaliação desses pacientes a fim de oferecer uma terapêutica adequada à situação clínica encontrada. Haja vista que, em muitos casos, o acesso primário do paciente aos serviços de saúde ocorre nas unidades básicas, principalmente, quando a população estudada é usuária do sistema único de saúde, devendo existir uma rotina de avaliação e reavaliação das condutas direcionadas aos hipertensos, tanto pela importância clínica e epidemiológica da doença, como também, para serem evitadas divergências terapêuticas, principalmente, quando se trata da adequabilidade das prescrições medicamentosas às diretrizes nacionais vigentes, o que permite, quando bem aplicada, a diminuição nos gastos com serviços de saúde e impede a evolução da doença a estágios mais graves.

A realização de outros estudos será sempre bem-vinda a fim de promover ampla investigação e, a partir disso, proporcionar uma avaliação continuada da terapia medicamentosa anti-hipertensiva, para que esta seja eficaz, individualizada e coesa com as recomendações das diretrizes brasileira.

Referências

ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA (2018). Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journals of the American College of Cardiology*, 15;71(19), e127-e248.

- Almeida, A. T. C., Sá, E. B., Vieira, F.S., & Benevides, R. P. S. (2019). Impacto do programa farmácia popular do Brasil sobre a saúde de pacientes crônicos. *Revista de Saúde Pública* [online], 53, 1-11.
- Almeida, L. M., Vieira, C. F., Fernandes, E.T., Silva, G. T. G., Rinaldi, M. L., Pereira, R. G., Freitas, R. B., Antoniol, T., & Fontes, L. B. A. (2017). Diuréticos: um artigo de revisão. *Revista Científica Fagoc Saúde*, 2(1), 78-83.
- Barroso, W. K. S. (Coord.). n/a et al. (2001). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial-2020. *Arquivos Brasileiro de Cardiologia*, 116(3), 516-658.
- Brasil. (2020). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019.
- Cavalli, L. O., Rizzotto, M. L. F., & Guimarães, A. T. B. (2016). O médico no processo de avaliação externa do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, ciclos I e II. *Saúde Debate*, 40(111), 87-100.
- Fava, S. M. C. L., Silva, P. C. S., Gonçalves, I. W. P., Gomes, D. M., Machado, J. P., & Veiga, E. V. (2017). Clases de antihipertensivos y su combinación entre personas con hipertensión arterial sistémica en el sistema público. *Enfermería Global*, 16(01), 31-40.
- Gewehr, D. M., Bandeira, V. A. C., Gelatti, G. T., Colet, C. F., & Oliveira, K. R. (2018). et al. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate* [online], 42(116), 179-190.
- Gonçalves, A. C., Lirio, P. H. C., Ferraz, M. J. R. B., & Moreira, E. A. M. (2021). Benefícios da associação medicamentosa de diuréticos e inibidores da enzima conversora de angiotensina no tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 5268-5280.
- I Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. (1991). *Arquivos Brasileiro de Cardiologia*, 56(suplemento A), 1-16.
- IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2004). *Arquivos Brasileiro de Cardiologia*, 82(suplemento 4), 7-22.
- Jablonski, J., & Griebeler, S. (2019). Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes com hipertensão arterial atendidos em uma drogaria em guarani das missões - RS. *Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas*, 3(1), 1-12.
- Law, M. R., Wald, N. J., Morris, J. K., & Jordan, R. E. (2003). Value of low dose combination treatment with blood pressure lowering drugs: analysis of 354 randomized trials. *British Medical Journal*, 326, 1427-1434.
- Machado, L. C., Santos, J. F., Barros, E. M. S., Paula, R. A., & Pires, J. G. P. (2021). Critérios de escolha de fármacos anti-hipertensivos em adultos. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 6756-6775.
- Messerli, F. H., Bangalore, S., Bavishi, C., & Rimoldi, S. (2018). Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors in Hypertension: To Use or Not to Use? *Journal of the American College of Cardiology*, 71(13), 1474-1482.
- Nasser, S. A., Lai, Z., O'Connor, S., Liu, X., & Flack, J. M. (2008). Does earlier attainment of blood pressure goal translate into fewer cardiovascular events? *Current Science Inc*, 10, 398-404.
- Oliveira, C. M. X., Cesarino, E. J., Freitas, O., & Pereira, L. R. L. (2010). Padrões de Prescrição de Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina para Usuários do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Cardiologia*, 23(3), 171-177.
- Queiroz, E. J., Alves, H. H. S., Oliveira, C. P. A., Santos, S. L. F., Silveira, J. E. S., & Filho, D. M. B. (2018). Perfil de pacientes geriátricos com hipertensão arterial: uma abordagem no cuidado farmacêutico. *Revista Saúde (Santa Maria)*, 44(3), 1-12.
- Secoli, S. R. (2010). Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 136-140.
- Três, G. S., Utizig, J. B., Martins, R., & Heinrich, S. (2009). Controle da pressão arterial, do diabetes mellitus e da dislipidemia na população de hipertensos de um ambulatório de residência médica. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 16(3), 143-147.
- Veronez, L. L., & Simões, M. J. S. (2008). Análise da prescrição de medicamentos de pacientes hipertensos atendidos pelo SUS da rede municipal de saúde de Rincão – SP. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 29(1), 45-51.