

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Resumo

A hipertensão arterial, popularmente conhecida como pressão alta, é na maior parte dos casos assintomática, sendo um fator de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Dentre os hipertensos, 75% recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para serem atendidos na rede de Atenção Básica⁴. Além disso, a hipertensão é uma das causas mais frequentes de internação hospitalar. O tratamento inicia-se com a mudança do estilo de vida e a terapia anti-hipertensiva objetiva a redução da pressão arterial no intuito de reduzir a mortalidade e a prevalência de doenças cardiovasculares. Neste informe, serão abordadas cinco classes de anti-hipertensivos igualmente eficazes na redução da pressão arterial, que são: diuréticos, betabloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da ECA (enzima conversora de angiotensina) e bloqueadores dos receptores de angiotensina II. Apesar de não haver diferença em relação à eficácia na redução da pressão arterial entre esses medicamentos, em relação aos custos de tratamento mensal a diferença pode chegar a 1811%.



Hipertensão

A hipertensão arterial pode acarretar o aparecimento de outras doenças, tais como: infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença cardíaca coronariana (que afeta os vasos do músculo do coração), acidente vascular cerebral (derrame) e insuficiência renal. Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em pessoas que não estão usando medicações para controle da pressão arterial.¹⁻³

Segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2004, havia cerca de 17 milhões de

brasileiros portadores de hipertensão arterial, atingindo 35% da população a partir de 40 anos^{2,4}. Em algumas cidades brasileiras o número de pessoas que apresentam hipertensão pode variar de 22,3% a 43,9%^{1,2}, sendo um problema grave de saúde no Brasil e no mundo. É responsável por 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e por 50% dos casos de insuficiência renal terminal combinados com o diabetes².

No âmbito do SUS, a insuficiência cardíaca é a causa mais frequente de internação hospitalar de idosos e a principal causa de hospitalização entre as doenças cardiovasculares. Além disso, a hipertensão arterial é

uma das seis causas mais frequentes de internação em mulheres com idade superior a 60 anos.^{2,6}

Na maior parte dos casos é assintomática, o que dificulta o diagnóstico e tratamento^{1,2}. Um estudo brasileiro apontou que 50,8% de indivíduos adultos sabiam ser hipertensos, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10,4% tinham pressão arterial controlada (menor que 140/90 mmHg)⁶. Diante disso, a medida da pressão arterial é importante para o diagnóstico da hipertensão arterial, assim como para avaliação do sucesso do tratamento em reduzir a pressão a níveis considerados normais^{1,2}.

Para um indivíduo ser considerado como hipertenso é necessário que

seja medida várias vezes a pressão arterial. As formas de diagnóstico recomendadas pelo Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Cardiologia são a investigação clínica-laboratorial, Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) e Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA). Além disso, é recomendado que seja verificada a medida da pressão arterial fora do consultório para uma melhor definição do diagnóstico e eventual identificação da hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada².

FORMAS DE DIAGNÓSTICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Investigação Clínico-Laboratorial

É dividida em etapas com o objetivo de avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo, de identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares e risco cardiovascular global, diagnosticar doenças associadas à hipertensão e, quando houver, a causa da hipertensão arterial.

Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA)

É o registro da pressão arterial por método indireto, com três medidas pela manhã e três à noite, durante cinco dias, realizado pelo paciente ou outra pessoa treinada, durante a vigília, no domicílio ou no trabalho.

Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA)

É o método que permite o registro indireto e intermitente da pressão arterial durante 24 horas, enquanto o paciente realiza suas atividades habituais na vigília e durante o sono.

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde¹ e Sociedade Brasileira de Cardiologia².

HIPERTENSÃO DO AVENTAL BRANCO: quando a pressão arterial é maior que 140/90 mmHG somente no consultório médico, mas com pressão normal fora dele.

HIPERTENSÃO MASCARADA: quando a pressão arterial é menor que 140/90 mmHG somente no consultório médico, mas com pressão alta fora dele.

Tratamentos

O tratamento da hipertensão deve se iniciar com a mudança do estilo de vida. A partir de então, pode-se obter redução da pressão arterial e diminuição do risco cardiovascular.²

Quais modificações do estilo de vida para o controle da hipertensão?

- Controle de Peso;
- Padrão Alimentar;
- Redução do consumo de sal;
- Moderação do consumo de álcool;
- Exercício físico;
- Abandono do tabagismo para reduzir o risco cardiovascular.



Por ser multifatorial, o tratamento da hipertensão envolve orientações de vários profissionais de saúde com diferentes objetivos. Além de médicos e enfermeiros, podem atuar nutricionista (educação alimentar) e psicólogo (tratamento de aspectos emocionais).²

A terapia eleita levará em conta, além dos valores de pressão arterial, a presença de fatores de risco cardiovasculares, as lesões em órgãos-alvo, as doenças cardiovasculares (como acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, nefropatia, infarto agudo do miocárdio e outros) e a meta mínima de valores da pressão arterial, que deverá ser atingida com o tratamento.²

O tratamento medicamentoso com anti-hipertensivos objetiva a redução da pressão arterial para valores inferiores a 140/90 mmHg, respeitando-se as características individuais e a presença de doenças associadas.²

Mais de 2/3 dos indivíduos hipertensos não podem ser bem controlados com uma droga isoladamente e podem re-

querer dois ou mais anti-hipertensivos selecionados de diferentes classes⁷. Entretanto, neste informe será considerado o uso isolado dos fármacos no tratamento inicial da hipertensão.

Diuréticos x Betabloqueadores x Bloqueadores dos Canais de Cálcio x Inibidores da ECA x Bloqueadores do Receptor AT_1

Neste informe, serão abordadas cinco classes de anti-hipertensivos igualmente eficazes na redução da pressão arterial, que são: diuréticos, betabloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da ECA (enzima conversora de angiotensina) e bloqueadores do receptor AT_1 (bloqueadores dos receptores de angiotensina II). Os medicamentos pertencentes a essas classes podem ser usados isoladamente ou em associação.²

Os medicamentos para os quais foram calculados os custos mensais de tratamento foram escolhidos por serem

os fármacos mais prescritos. Assim, foram selecionados os seguintes fármacos: hidroclorotiazida (diurético), atenolol (betabloqueador), anlodipino (bloqueador dos canais de cálcio), enalapril (inibidor da ECA) e losartana (bloqueador do receptor AT₁).

Serão abordados neste informe alguns estudos comparativos entre as classes de anti-hipertensivos citadas, que serviram de base para a elaboração de recomendações acerca do tratamento da hipertensão, como os guias usados nos Estados Unidos e Reino Unido.^{7, 8, 9}

O estudo ALLHAT (*Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial*) foi o estudo mais longo realizado em pacientes hipertensos, com tempo de acompanhamento médio de 4,9 anos. Foram selecionados 42.418 participantes com 55 anos de idade ou mais, portadores de hipertensão e de, no mínimo, um outro fator de risco de doença cardíaca coronariana (DCC). Esse estudo foi desenhado para se verificar a diferença da incidência de DCC e do infarto não-fatal do miocárdio em pacientes tratados com diuréticos (clortalidona), antagonistas do canal de cálcio (anlodipino), inibidor da enzima conversora de angiotensina (lisinopril) e um bloqueador α -adrenérgico (doxazosina).¹⁰

A intervenção com a doxazosina foi interrompida por causa do grande número de eventos cardiovasculares. O anlodipino (inibidor do canal de cálcio) e o lisinopril (inibidor da ECA) não tiveram desempenho superior à clortalidona (diurético tiazídico) na prevenção de eventos coronarianos.¹⁰

A clortalidona foi superior ao anlodipino em prevenir falência cardíaca, hospitalização ou casos fatais, apesar de não diferir em relação à prevenção de doenças coronarianas (desfecho primário). Na comparação entre clortalidona e lisinopril, não foi observada diferença significativa nos desfechos primários. O grupo do lisinopril apresentou mais risco de acidente vascular cerebral (AVC) e de outras doenças cardiovasculares combinadas.¹⁰

Várias vezes sua pressão fora do consultório foi superior a 140/90 mmHg?

ATENÇÃO! Procure um médico para avaliar sua condição de saúde, talvez você tenha hipertensão arterial e não tenha sintomas.



De acordo com os resultados desse estudo, notou-se que a primeira linha de tratamento com lisinopril ou anlodipino não é superior ao tratamento com clortalidona, em relação à prevenção de doença coronariana¹¹. Os melhores resultados com a clortalidona aparecem em relação aos efeitos secundários, principalmente AVC e morbidade por falência cardíaca congestiva.⁹

Uma metanálise de 147 estudos, publicada em 2009, teve o objetivo de determinar a efetividade das diferentes classes de anti-hipertensivos na prevenção de doença cardíaca coronariana (DCC) e AVC. Esse estudo observou que o efeito das drogas anti-hipertensivas em reduzir o risco de doenças é devido à redução da pressão sanguínea. O efeito dos medicamentos das classes estudadas em prevenir eventos de DCC e AVC não foi diferente em pessoas com ou sem doença vascular. Mostrou-se que a redução do risco de DCC e AVC é a mesma, para uma queda da pressão sistólica de 10 mmHg e da diastólica de 5 mmHg, em pessoas com ou sem histórico de doença vascular. Além disso, o efeito potencial desses medicamentos na redução da pressão sanguínea é atingido dentro de um ano.¹²

Constatou-se que os agentes anti-hipertensivos avaliados nesse estudo reduzem a pressão sanguínea e a ocorrência de DCC de forma se-

melhante. A maioria das classes de anti-hipertensivos têm vantagens em prevenir doenças não vasculares e o uso combinado dessas drogas oferece alguns benefícios médicos.

Uma metanálise de 80 estudos, que envolveu 10.818 pacientes, avaliou o uso de 16 drogas, dentre elas a hidroclorotiazida, atenolol, anlodipino, enalapril e losartana, na redução da pressão sanguínea. Foi calculada a redução média ponderada das pressões sistólica e diastólica para cada medicamento, por um período de 8 a 12 semanas. Essa redução foi mais acentuada com o uso de diuréticos. Em relação aos medicamentos abordados neste informe, a hidroclorotiazida foi o medicamento que produziu a maior redução da pressão sistólica em comparação aos demais. De acordo com os últimos guias Norte Americano e Europeu, a pressão sistólica é considerada melhor preditor de risco cardiovascular que a pressão diastólica. Os resultados desse estudo sugerem que os diuréticos têm um valor particular no regime inicial de tratamento de hipertensão.¹³

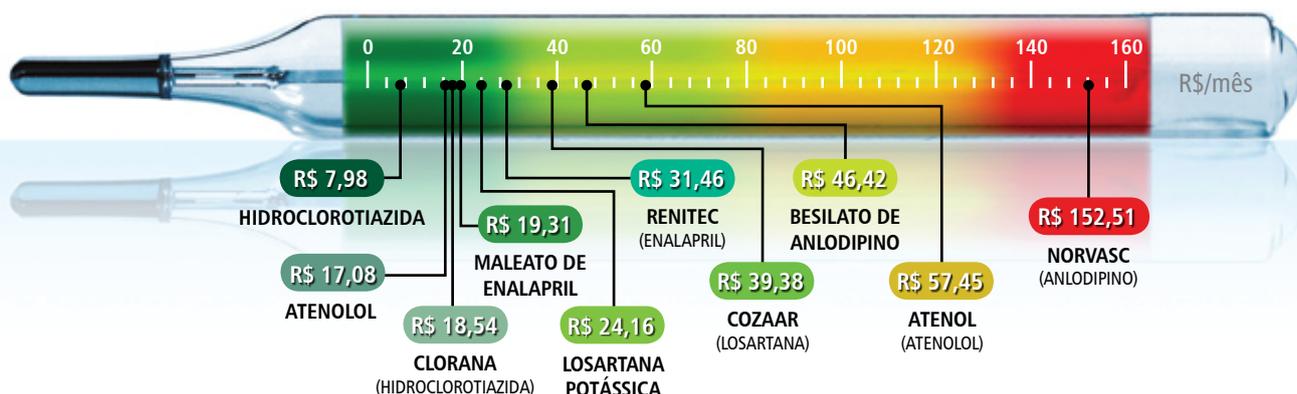
Por não haver um consenso acerca da superioridade terapêutica entre as classes de anti-hipertensivos abordadas neste informe, no que se refere à redução da pressão sanguínea, considerou-se que não há diferença de eficácia entre essas classes.

CONSULTE SEU MÉDICO E SEMPRE CONFIRA OS PREÇOS DOS MEDICAMENTOS NO SITE DA ANVISA.

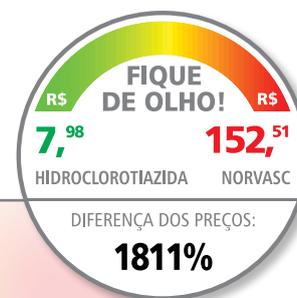
Acesse: <http://anvisa.gov.br> > Regulação Econômica > Listas de Medicamentos > Listas de Preços Máximos de Medicamentos ao Consumidor



Custo de tratamento



- | | | |
|--|---|--|
| <p>HIDROCLOROTIAZIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação: 28 COMP. DE 50 MG • Custo tratamento: R\$ 7,98 <p>ATENOLOL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação: 60 COMP. REV. DE 100 MG • Custo tratamento: R\$ 17,08 <p>CLORANA (HIDROCLOROTIAZIDA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação: 20 COMP. DE 50 MG • Custo tratamento: R\$ 18,54 <p>MALEATO DE ENALAPRIL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação: 30 COMP. DE 20 MG • Custo tratamento: R\$ 19,31 | <p>LOSARTANA POTÁSSICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação: 15 COMP. DE 50 MG • Custo tratamento: R\$ 24,16 <p>RENITEC (ENALAPRIL)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação: 30 COMP. DE 20 MG • Custo tratamento: R\$ 31,46 <p>COZAAR (LOSARTANA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação: 30 COMP. DE 50 MG • Custo tratamento: R\$ 39,38 <p>BESILATO DE ANLODIPINO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação: 30 COMP. DE 10 MG • Custo tratamento: R\$ 46,42 | <p>ATENOL (ATENOLOL)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação: 28 COMP. DE 100 MG • Custo tratamento: R\$ 46,42 <p>NORVASC (ANLODIPINO)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação: 20 COMP. DE 10 MG • Custo tratamento: R\$ 152,51 |
|--|---|--|



PERCENTUAIS DE DIFERENÇA DOS CUSTOS DE TRATAMENTO ENTRE O MEDICAMENTO DE MARCA E O GENÉRICO



Foram feitas comparações entre os custos de tratamento com o medicamento genérico e o medicamento de marca (referência) de cada substância tratada neste informe. Apesar de não haver diferença em relação à eficácia, em relação ao custo de tratamento mensal a diferença pode chegar a 1811%, quando comparado o custo de tratamento mensal com o genérico mais barato, no caso o medicamento hidroclorotiazida, com o custo de tratamento do medicamento mais caro, no caso o medicamento referência Norvasc (anlodipino). Ressalta-se que para o cálculo do custo de tratamento, foram consideradas as doses máximas iniciais e Preços Máximos de Venda ao Consumidor (PMC) dos medicamentos analisados, com alíquota de 18% do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As referências bibliográficas referentes a este informe podem ser encontradas no site <http://anvisa.gov.br> >>Regulação Econômica>>Boletim Saúde e Economia.

SAÚDE E ECONOMIA

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
NUREM – Núcleo de Assessoramento Econômico em Regulação
GERAE – Gerência de Avaliação Econômica de Novas Tecnologias
Endereço: SIA, Trecho 5, Área Especial 57, 71.205-050, Brasília/DF
E-mail para contato: saude.economia@anvisa.gov.br

Texto e pesquisa: Giselle Silva Pereira Calais, Gustavo Cunha Garcia e Telma Rodrigues Caldeira. **Revisão do texto:** Paulo Dornelles Picon, Renata Faria Pereira e Symone Oliveira Lima. **Coordenação da publicação:** Alexandre Lemgruber P. d'Oliveira. **Projeto gráfico e diagramação:** Grifo Design.



Ministério da Saúde

