

Estimativa dos Fármacos para Terapêutica da Hipertensão arterial

Comissão Ad - hoc para Normalização da Terapêutica da Hipertensão Arterial MINSA, Agosto 2007, Luanda, ANGOLA

José Eduardo Nelumba*; Manuel Sá Vidigal**; Mário Fernandes***; Lucau Luanzo***

*Especialista em Cardiologia

** Especialista em Medicina Interna.

***Especialistas em Cardiologia

Rev CSE; 2008; 98-101

A Hipertensão arterial (HTA) é claramente um problema de saúde pública ao nível global. É o factor de risco quantitativamente mais influente no desenvolvimento da doença cardiovascular. O estudo INTERHEART demonstrou que a HTA é um dos mais fortes contribuintes para o mau prognóstico das doenças cardiovasculares em negros africanos, relativamente a outros grupos étnicos.

O tratamento da Hipertensão arterial vem, nos últimos anos, saindo progressivamente do empirismo - ensaio de acertos e erros - e tem caminhado paulatinamente, mas de forma segura, apoiado nas evidências, em direcção à utilização de fármacos que levam a bloqueios ou antagonismos mais específicos.

A HTA é geralmente assintomática, de fácil diagnóstico e, quando adequadamente tratada tem impacto positivo na qualidade de vida da população afectada.

Desde o início da década de 80 do séc. passado, os estudos epidemiológicos vêm demonstrando, claramente, uma expressiva redução dos eventos cardiovasculares, principalmente do acidente vascular cerebral, em razão de uma correcta abordagem da terapêutica farmacológica da Hipertensão arterial.

Nos nossos dias, em 2007, as múltiplas e diversificadas " Guidelines ", aos vários níveis, do mundial aos nacionais, são unânimes em recomendar, fundamentalmente 5 distintos grupos, famílias ou classes farmacológicas, às quais em determinados contextos podem ser acrescidas mais duas, a saber: Diuréticos; Antagonistas do cálcio, também designados por Bloqueadores dos canais do cálcio; Inibidores da enzima conversora

da angiotensina; Bloqueadores dos receptores da angiotensina II; Bloqueadores beta-adrenérgicos; Bloqueadores alfa-adrenérgicos; e Simpaticolíticos de acção central.

A Hipertensão arterial é uma doença eminentemente tratável e em certa dimensão prevenível. Os objectivos da terapêutica farmacológica na HTA são controlar a PA com a menor dose e o menor número de fármacos.

Uma prática médica científica e actual vincula-nos necessariamente às recomendações, muito especialmente às nacionais, pelo que os fármacos a utilizar estão contemplados nas classes farmacológicas referidas.

Existem hoje no mercado, várias opções terapêuticas, de eficácia comprovada para o tratamento da hipertensão arterial. A escolha dos medicamentos para um projecto de aquisição e distribuição no nosso país, deve contudo respeitar, duas premissas fundamentais:

- eficácia-perfil adequado, maioritária e preferencialmente orientado para o doente de raça negra;
- boa relação custo-benefício;

Porém, para se definir estimativas, importa conhecer e valorizar indicadores de saúde, demográficos e epidemiológicos, de momento não disponíveis no país, nomeadamente, números de hipertensos e respectivas abordagens nos distintos cenários de intervenção, desde os hospitalares aos extra-hospitalares, dos de nível primário, secundário ou terciário, e até mesmo, o número das complicações da HTA.

Face a estas condicionantes, entendemos útil, ter em atenção as seguintes considerações e projecções:

- População estimada em 15 milhões de habitantes;
- Elevadíssima expressão da raça negra;
- Prevalência da HTA em Angola, de cerca de 30%;
- Hipertensão arterial como doença social, merecedora de um Programa de Prevenção e Controlo, exigindo intervenção prioritária a nível dos Cuidados primários de saúde;
- Elevada percentagem de “ Hipertensão desconhecida ” > 50%, associada a um péssimo controlo do doente hipertenso < 2% ;
- Sério déficite no “combate” / tratamento dos factores de risco cardiovascular;
- Manifestação da “doença” em idades jovens, precocidade das complicações, designadamente dos AVCês, da Insuficiência cardíaca e das Nefropatias;
- Frequente comorbilidade, nomeadamente, Diabetes Mellitus;
- Sistema Nacional de Saúde (SNS) e sociedade não preparados para a luta contra a HTA, inoperância e ineficácia: infraestruturas e rede sanitária destruídas ou degradadas; deficitária organização para acesso rápido, adequado e eficiente ao tratamento;
- Sérias limitações relativas às capacidades e competências dos profissionais de saúde;
- Importante participação de profissionais de saúde não médicos na abordagem do doente hipertenso;

As projecções que julgamos possíveis, justificam considerar os seguintes números:

- 3,75 a 4,5 milhões de hipertensos, (25 a 30% de 15 milhões)
- 2,25 milhões de “Hipertensos desconhecidos” (> 50% do total de Hipertensos);
- No 1º- ano de execução do Programa, acessibilidade garantida a 40% da população, o que significa dizer, entre 800 mil a 1 milhão de Hipertensos com acesso ao tratamento no SNS;
- 80 a 100 mil passíveis de controlo com terapêutica não farmacológica (10%);
- 700 a 900 mil necessitando de tratamento farmacológico, (80 a 90 %);
- 100 mil passíveis de tratamento em monoterapia, (predominantemente diurético tiazídico ou antagonista do cálcio);
- 400 a 450 mil necessitando associação de 2 fármacos;
- 250 a 300 mil justificando tratamento com no mínimo 3 fármacos;
- 40 a 50 mil Hipertensos necessitando ser tratados em regime de internamento, (Hospitalizações);

Consideramos que devem ser disponibilizados sempre que possível, genéricos, sendo importante que se garanta a qualidade.

São necessárias formulações em associações fixas.

Relativamente aos diuréticos, embora seja fundamental destacar a primazia que deve ser conferida aos tiazídicos, importa garantir a disponibilidade de outros tipos, designadamente, os de ansa, e os em associações fixas.

Considerar a necessidade de se disponibilizar medicamentos para as comorbilidades mais frequentes, com realce para a Diabetes, bem como, eventualmente, para tratar outros factores de risco, designadamente, hipolipemiantes e anti-trombóticos.

Antagonistas do Cálcio (AC)	Quantidade*	Nome Comercial	Dosagem
Amlodipina	54750	Norvasc	5 e 10 mg;
Diltiazem	36500	Dilfar; Herbesser;	120; 180 e 360 mg;
Lacidipina	10950	Lacipil	4 e 6 mg;
Nicardipina	7300 / (20 ampolas)	Nerdipina	20 mg; ampolas 5mg;
Nifedipina	91250	Adalat; Adalat CR;	10mg; 30mg; 60 mg;

* Quantidades / Ano, em milhar;

Bloqueadores beta-adrenérgicos	Quantidade*	Nome Comercial	Dosagem
Atenolol	1095	Tenormin	50 e 100 mg;
Bisoprolol	1095	Concor	5 e 10 mg
Carvedilol	1095	Dilbloc	6,25 e 25 mg ;
Nebivolol	1095	Nebilet	5 mg ;
Metoprolol	1095	Lopresor	6,25 e 100 e 200 mg

Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina II	Quantidade*	Nome Comercial	Dosagem
Candesartan	7300	Atacand ; Blopress	8 e 16 mg;
Irbesartan	3650	Aprovel	75; 150 e 300 mg
Losartan	7300	Cozaar	50 e 100 mg;
Valsartan	29200	Diovan	80 e 160 mg;

Diuréticos	Quantidade*	Nome Comercial	Dosagem
Clortalidona	36500	Hygroton	50 e 100 mg;
Furosemida	63000	Lasix	40 mg;
Hidroclorotiazida	146000	Esidrex	25 mg;
Hidroclorotiazida / Amiloride	18250	Moduretic	50 / 5 mg;

Inibidores ECA	Quantidade*	Nome Comercial	Dosagem
Captopril	21900	Capoten	25 e 50 mg;
Enalapril	29200	Renitec	10 e 20 mg;
Perindopril	25550	Coversyl	4 e 8 mg;
Ramipril	10950	Triatec; Ramipril;	5 e 10 mg;
Trandolapril	3650	Gopten	0,5 e 2 mg;

Simpaticolíticos de Acção central	Quantidade*	Nome Comercial	Dosagem
Clonidina	1825	Catapressan	0,15 mg;

Metildopa	3650	Aldomet	250 e 500 mg;
Rilmenidina	1825	Hyperium	1 mg;

Associações fixas de Fármacos	Quantidade*	Nome Comercial	Dosagem
Atenolol / Clortalidona	18250	Tenoretic	100 / 25 mg;
Enalapril / HCTZ (Hidroclorotiazida)	54750	Renidur	20 / 12,5 mg
Ramipril / Felodipina	7300	Triapin	5 / 5 mg
Perindopril / Indapamida	7300		
Valsartan / HCTZ	14600	Co-Diovan	160/12,5mg;

* Quantidades / Ano, em milhar;

Em vários países, muitas propostas para reduzir o elevado custo da terapêutica anti-hipertensora têm sido apresentadas. O uso mais alargado de associações fixas foi também sugerido, uma vez que o custo destas é mais baixo do que a prescrição individual nas mesmas doses de ambos os fármacos. Os planos de saúde agressivos implementaram estratégias que impedem a utilização de fármacos mais dispendiosos (p.ex. ARA-II) a não ser que dois médicos atribuam independentemente um efeito adverso a um determinado fármaco (p. ex.

um IECA), e outros obrigam à administração sequencial de três IECA até que se possa prescrever um ARA-II.

Embora seja difícil aos médicos conhecerem todas as flutuações no processo de custo, é importante que todos os sistemas prestadores de cuidados de saúde tentem fornecer medicações anti-hipertensoras toleráveis, o menos caro possível, de modo a beneficiar o doente, o plano de saúde e o orçamento nacional.