

# O CORAÇÃO

Abr/Mai/Jun 2009  
Ano IV - Nº 13

Publicação da Sociedade  
Brasileira de Cardiologia -  
Regional Paraíba



## Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial

■ Dra. Fátima Negri

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia, a Hipertensão Arterial Sistêmica atinge 30% da população brasileira, chega a mais de 50% na Terceira Idade e está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil. A doença é responsável por 40% dos infartos, 80% dos acidentes vasculares encefálicos e 25% dos casos de insuficiência renal terminal, contribuindo para a alarmante estatística de quase trezentas mil mortes/ano, no Brasil, cerca de um óbito a cada 2 minutos! As graves consequências da pressão alta podem ser evitadas, desde que os hipertensos conheçam sua condição e **mantenham-se em tratamento**, sendo esse um grande desafio para todos os profissionais que lidam direta ou indiretamente com essa enfermidade.



No dia 26 de abril, foi montado um stand, no Busto de Tamandaré, para dar orientações e aferir a pressão arterial

Com o objetivo de alertar a população, foi instituído, pela Lei Federal 10.439, em 2002, o **Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial**, que é o dia 26 de abril, quando são desenvolvidas ações práticas, em todo o território nacional. Pelo segundo ano consecutivo, foi abordado o tema **“Tratar a Pressão Alta é um Ato de Fé na Vida”** e **“Os 10 Mandamentos para prevenção e controle da pressão alta”** foram amplamente divulgados. São eles:

1. Meça a pressão pelo menos uma vez por ano;
2. Pratique atividades físicas todos os dias;
3. Mantenha o peso ideal, evite a obesidade;
4. Adote alimentação saudável: pouco sal, sem frituras e mais frutas, verduras e legumes;
5. Reduza o consumo de álcool. Se possível, não beba;
6. Abandone o cigarro;
7. Nunca pare o tratamento, é para a vida toda;
8. Siga as orientações do seu médico ou profissional da saúde;
9. Evite o estresse. Tenha tempo para a família, os amigos e o lazer;
10. Ame e seja amado.

A SBC-PB desenvolveu várias ações em alusão a esse dia, não só em João Pessoa, mas também na cidade de Campina Grande. A saber:

- Publicação de Artigo sobre Hipertensão Arterial, no Jornal Correio da Paraíba, na Coluna de Saúde da Unimed João Pessoa, no dia 19 de abril;
- Publicação de artigo no Jornal da Paraíba, no dia 26 de abril, no espaço da Unimed: “Hoje é o dia de mostrar quem é realmente amigo do peito” e também no dia 03 de maio, no mesmo jornal, sobre a Hipertensão Arterial;
- Orientação à população, distribuição do panfleto contendo os 10 Mandamentos e aferição da pressão arterial no Posto Gervázio Maia (PSF), no dia 23 de abril, no Centro de Atenção ao Idoso, localizado no Hospital Santa Isabel (com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde), no dia 25 de abril e no Busto de Tamandaré, Praia de Tambaú, no dia 26 de abril. Também foram distribuídos panfletos na cidade de Campina Grande.

- Entrevistas, ao vivo, em programa da rádio CBN, no dia 24 de abril, às 10 e às 16h;

Essas ações tiveram grande repercussão na mídia local, através de:

- Nota de divulgação sobre o Posto de Orientação e Aferição de PA, montado no Busto de Tamandaré, na Praia de Tambaú, no Jornal Correio da Paraíba, na Coluna de Saúde da Unimed João Pessoa, no dia 19 de abril, na internet, através dos sites [www.paraibaemnoticia.com](http://www.paraibaemnoticia.com) e [www.portalbip.com](http://www.portalbip.com) – dias: 22 e 24 de abril, [www.hermesdeluna.com.br](http://www.hermesdeluna.com.br) – dia: 24 de abril, [www.paraiba.com.br](http://www.paraiba.com.br) – dia: 22 de abril, [www.pbnews.com.br](http://www.pbnews.com.br) – dia: 24 de abril e no Programa Tony Show – dia: 24 de abril;
- Nota de alerta sobre a Hipertensão Arterial e o aumento da circunferência abdominal, intitulada “Alerta da Calça”, no Jornal O Norte, página C-6 (colunista: Goretti Zenaide), no dia 25 de abril;
- Reportagem e entrevista gravada com os participantes da ação realizada no Busto de Tamandaré, no dia 26 de abril de 2009, exibida no Programa Bom Dia Paraíba, da Rede Globo, do dia 27 de abril de 2009.

• **Entidades Organizadoras:** SBC/ FUNCOR - Sociedade Brasileira de Cardiologia/ SBH - Sociedade Brasileira de Hipertensão / SBN - Sociedade Brasileira de Nefrologia / FENAPHA - Federação Nacional das Associações de Portadores de Hipertensão Arterial  
• **Entidades Apoiadoras:** CNBB – Confederação Nacional dos Bispos do Brasil / CONIC – Conselho Nacional de Igrejas Cristãs do Brasil / CONIB – Confederação Israelita do Brasil / AME – Associação dos Médicos Espíritas / Ministério Saúde / Secretarias Estaduais de Saúde.

ARTIGO

# Breves considerações sobre iatrofarmacologia no paciente geriátrico



■ Dr. Ricardo Antônio Rosado Maia

Tenho saudade da cadeira de Terapêutica Clínica da Faculdade de Medicina do meu tempo. Fazia o arremate dos conhecimentos que havíamos aprendido em farmacologia no terceiro ano do curso.

Em uma época de medicina baseada em evidências epidemiológicas e diante do fato de termos de tratar cada vez mais pacientes idosos, senescentes das funções biológicas, e usando polifarmácia, é preciso voltar a dar importância à farmacologia.

O uso racional de medicamentos no idoso constitui desafio importante à prática da medicina geriátrica, por se constituir a mais importante intervenção médica no cuidado ao paciente senescente.

O conhecimento dos processos farmacológicos, farmacocinética e farmacodinâmica é o alicerce do sucesso terapêutico.

A idade traz alterações fisiológicas que interferem na atuação dos medicamentos. À somatória de alterações funcionais normais, próprias da idade, acrescentam-se as determinadas pelas comorbidades.

A absorção, distribuição, metabolismo e eliminação dos medicamentos modificam-se com a idade e podem transformar um medicamento útil em deletério ao organismo.

A absorção dos medicamentos pouco se altera com a idade. A verificação do declínio de produção de ácido no estômago deve ser lembrada, principalmente quando se faz necessário o uso de vários fármacos.

As alterações que sofrem a composição corpórea de gordura, água e eletrólitos, precisam ser consideradas para ajustes das doses de alguns fármacos. Os níveis protéicos pouco alterados no idoso hígido, durante determinadas enfermidades podem modificar profundamente a distribuição de medicamentos, principalmente quando coexiste insuficiência hepática e renal, modificações que determinam alterações na concentração do princípio ativo e no processo de eliminação dos fármacos. Medicamentos cujas doses tóxicas se

aproximam das doses terapêuticas, como a digoxina, tornam-se perigosos.

Os idosos, por apresentarem um maior número de comorbidades, sem dúvida, são os maiores consumidores de medicamentos.

Relembrar alguns aspectos importantes sobre o tema, talvez possa despertar interesse e contribuir para melhor êxito terapêutico na abordagem dessa importante parcela de pacientes que nos procuram.

Alguns detalhes devem ser considerados:

- Existe uma enorme carência de estudos sobre o tema;
- Raramente são incluídos nos ensaios clínicos;
- Extrapolar o conhecimento obtido em faixa etária mais jovem não supre a lacuna;
- Cerca de 50% dos medicamentos prescritos são indicados para tratar o idoso;
- Frequentemente são submedicados ou medicados sem a mínima preocupação quanto à interação de drogas ou não se leva em conta a diminuição da reserva orgânica própria da idade;
- Quase sempre observamos idosos necessitarem de outros fármacos por que o primeiro causou efeito colateral, levando às vezes a uma sucessão de medicamentos com efeitos catastróficos;
- Verificamos que um número muito grande de médicos tem uma visão muito ortodoxa das metas, deixando de individualizar o plano terapêutico e colocando em risco o paciente;

A seguir podemos afirmar que Farmacocinética é o que o organismo faz com o medicamento:

- A absorção geralmente esta diminuída;
- A distribuição tem relação com a afinidade dos fármacos com as proteínas transportadoras (geralmente reduzidas), com o tecido gorduroso e com o estado de hidratação, aspectos que alargam a meia vida da maioria dos medicamentos;
- Drogas lipossolúveis podem ter o seu tempo de ação aumentado e as hidrossolúveis poderão ter os seus níveis séricos elevados;
- O metabolismo hepático geralmente está reduzido, como consequência do

menor fluxo sanguíneo, interferindo no metabolismo da fase I;

- A excreção renal e hepática dos medicamentos deve ser levada em consideração, já que a idade traz um declínio da função desses órgãos;

A farmacodinâmica pode ser entendida como o que a droga faz com o organismo:

- As informações sobre farmacodinâmica dos medicamentos nos idosos algumas vezes são conflitantes. Geralmente existe menor resposta aos fármacos no idoso, quando comparada à população de jovens, como consequência da homeostasia alterada pela senescência modificando a relação droga-receptor;
- Redução da massa dos tecidos e do fluxo sanguíneo, contribuindo para menor resposta dos fármacos;
- Declínio dos mecanismos reflexos de adaptação hemodinâmica propiciando efeitos exagerados de hipotensores e vasodilatadores;
- Menor atividade simpática, atenuação da ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona contribuindo para ação inapropriada dos betabloqueadores, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, diuréticos e antiinflamatórios não hormonais;
- Secreção inadequada de hormônio antidiurético, relacionada ao uso de fármacos como: clorpropamida, morfina, barbitúricos, benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos e bebidas alcoólicas, têm importância;

Algumas recomendações são importantes de serem observadas:

- Conhecer bem a fisiopatologia do que se vai tratar;
  - Dominar a farmacologia dos medicamentos a serem usados;
  - Informar aos pacientes os possíveis efeitos colaterais;
  - Não usar medicamentos sem efeito terapêutico comprovado;
  - Interromper os medicamentos sem indicação clínica precisa;
  - Facilitar a posologia dos medicamentos;
  - Evitar a polifarmácia;
- Se assim procedermos, estaremos contribuindo para melhor cuidar dos idosos que procuram os serviços de saúde, proporcionando um envelhecimento bem sucedido.



TESE DE DOUTORADO

# Hipertensão Arterial em pacientes vivendo com HIV/AIDS

■ Dr. Evanízio Roque de Arruda Júnior

Possuindo graduação em medicina pela Universidade Federal da Paraíba (1977) e mestrado em medicina tropical pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1983) e ser especialista em infectologia, cardiologia e patologia clínica e também ter curso de pós-graduação em saúde da família lato sensu e ser professor há 32 anos da disciplina de doenças tropicais e infecciosas, na Faculdade de Ciências Médicas da UFPB, adquiri experiência atuando nos seguintes temas: doença de Chagas, infecção hospitalar, miocardiopatias, antimicrobianos, saúde da família, hipertensão arterial e endocardites infecciosas.

Verifiquei que os cardiologistas não são entusiasmados em estudar pacientes portadores do HIV/aids, principalmente quando o assunto é hipertensão arterial. Assim, resolvi cursar pós-graduação em medicina tropical em nível de doutorado, a partir de abril de 2005, na UFPE, com linha de pesquisa em HIV/aids e hipertensão arterial e busquei a orientação de Heloisa Ramos Lacerda de Melo e Ricardo Alencar Arraes Ximenes, que gentilmente construíram comigo um projeto factível de se concluir em quatro anos, fato que aconteceu agora em maio de 2009, estudando uma coorte de 1.000 indivíduos vivendo em uma coorte com o HIV/aids.

O desenlace desta pesquisa poderemos ler nas linhas seguintes.

Considerou-se hipertensão níveis  $\geq 140/90$  mmHg ou uso de anti-hipertensivos. Dos 1.000 pacientes, 42 foram excluídos. Destes, 40,5% eram normotensos, 33,9% pré-hipertensos e 25,6% hipertensos. Dentre pacientes hipertensos, 70,2% sabiam ser hipertensos e 14,8% apresentavam PA controlada. 54,4% tiveram diagnóstico

de HAS após o diagnóstico do HIV. Lipodistrofia ocorreu em 46,1%, sobrepeso em 38,8%, obesidade em 13,9%. CT  $\geq 200$ mg% ocorreu em 30,9%, LDL  $\geq 130$  mg% em 22%, HDL  $< 40$  mg% (baixo) em 52,1%, TG  $\geq 150$  mg% em 60%, diabetes em 7,1% e tabagismo em 23,1%. Carga viral estava  $< 10.000$  cópias ou indetectável em 80,6% e linfócitos CD4 estavam  $> 350$  cel/mm<sup>3</sup> em 63,5%. Utilização de ARV ocorreu em 82,5%, 41,6% com inibidores de protease (IP) e 44,4% sem IP. 74,7% utilizavam antivirais  $> 24$  meses. Idade, antecedente familiar de hipertensão, circunferência abdominal, IMC, triglicerídeos foram maiores entre hipertensos.

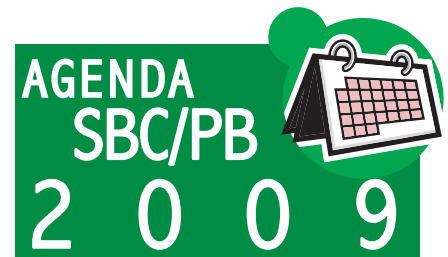
Através de metodologia de estudo caso controle, a comparação entre pacientes com HIV/aids hipertensos versus normotensos, mostrou que os fatores de risco tradicionais tais como a idade  $> 40$  anos, o sexo masculino, o índice de massa corpórea  $\geq 25$  e triglicerídeos  $> 150$  mg/dL, mostraram-se independente e significativamente associados à hipertensão. A lipodistrofia não esteve associada à hipertensão. O tempo de tratamento anti-retroviral e os níveis de linfócitos CD4  $< 200$  células/mm<sup>3</sup> estiveram associados à hipertensão na análise univariada, entretanto não permaneceram no modelo multivariado final. O tipo de esquema anti-retroviral não apresentou associação com hipertensão

**CONCLUSÃO:** A hipertensão arterial nos pacientes com HIV/aids está em parte associada a fatores não modificáveis como a idade, o sexo e a história familiar de hipertensão. Esforços devem objetivar o controle dos fatores reversíveis associados à doença, particularmente os erros dietéticos e o



ganho excessivo de peso. Elevada frequência de hipertensos não controlados e riscos cardiovasculares nos infectados pelo HIV impõem necessidade de medidas preventivas e terapêuticas contra HAS neste grupo.

*O Professor Evanízio Roque de Arruda expressa sua gratidão aos hipertensiólogos paraibanos Ricardo Rosado Maia e Marco Aurélio Barros, ícones da cardiologia, que contribuíram importantemente com suas sugestões experimentadas.*



## IV Simpósio Paraibano de Cardiogeriatría

Local: Associação Médica de Campina Grande/PB  
Data: 03 e 04 de julho de 2009

## XIV Congresso Paraibano de Cardiologia

Local: Centro de Convenções Raymundo Asfora - Campina Grande/PB  
Data: 6 a 8 de agosto de 2009

## I Curso Paraibano de Cardiologia Básica para o Clínico

Local: João Pessoa  
Datas: 26 de setembro; 31 de outubro e 03 de dezembro de 2009

## XVI Congresso Nacional Departamento de Ergometria, Exercício e Reabilitação Cardiovascular

Local: Centro de Convenções do Hotel Tambaú - João Pessoa/PB  
Data: 3 a 5 de dezembro de 2009

## ATUALIDADES

# De Olho na Literatura

■ **Dr. Antônio Eduardo Monteiro de Almeida**



A partir desta edição, além dos recentes estudos, apresentarei PÉROLAS colhidas na literatura. Pasmem os senhores do que a ciência é capaz!

1- Para bem decidir na prática clínica... Foram randomizados 2.368 pacientes portadores de DAC estável e DM tipo 2 para revascularização (ACT e RM cirúrgica) e tratamento clínico otimizado, seguidos por 5 anos com desfecho para mortalidade geral e eventos cardiovasculares (morte, IAM e AVC), ainda randomizados para insulina de liberação programada e método convencional. Não houve diferença significativa entre os pacientes submetidos a revascularização e tratamento clínico para os desfechos analisados. Vale a pena ler!  
*N Engl J Med. 2009 Jun 11;360(24):2570-2*

2- Para os cardiologistas de plantão! O ECG é um forte aliado do clínico quando bem utilizado e interpretado. Foi obstruído provisoriamente, com balão, a artéria circunflexa de 53 pacientes indicados para CAT e realizado um ECG com 15 derivações (+ V7, V8 e V9) sendo demonstrado um aumento na sensibilidade para diagnóstico de isquemia e corrente de lesão na região posterior do miocárdio...para quem sabe, é possível tirar leite de pedra!  
*Aqel RA et al. Am J Cardiol. 2009 15;103(2):159-64*

3- Olha o Brasil aí minha gente! Neste estudo, 556 pacientes portador de HAS resistente foram submetidos a MAPA e seguidos por 4,8 anos. O padrão de **não descenso noturno** foi um preditor independente para eventos e mortalidade cardiovascular. A avaliação do descenso noturno determina valiosa informação para estratificação de morbidade e mortalidade cardiovascular em pacientes com hipertensão resistente. (Estudo realizado no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ). *Arch Intern Med. 2009 11;169(9):874-80*

### Pérolas: Cabelo e Barba

- É dos carecas que elas gostam mais... no Physician's Health Study foi analisado o ser calvo e o risco para DAC. Nesta coorte com 19.112 homens (40 a 84 anos) seguidos por 11 anos ficou demonstrado que ser careca no vértex tinha um risco maior para DAC (RR = 1,36 – 1,11 a 1,67) do que os normais e carecas na frente. Será gosto!... ou interesse de viuvez precoce???

*Lotufo et al. Arch Int Med 2000;160:165-71*

- Fazer barba e risco de IAM... nesse primeiro estudo caso controle, 21 homens com história de IAM foram pareados pela idade com 21 homens normais. Nove casos de IAM barbeavam-se a cada 3 dias e os controles diariamente. Intrigado, os pesquisadores estudaram uma coorte de 2.438 homens (45 a 59 anos) por 20 anos de seguimento. Os que se barbeavam diariamente tiveram 31,3% de mortalidade versus 45,1% dos que barbeavam-se menos que uma vez por dia. É... tirem a barba de molho!!!

*Phillips GB. Lancet 1976;2:14-18 - Ebrahim et al. Am J Epidemiol 2003;157:234-38*

## EXPEDIENTE

O Informativo O Coração é uma publicação trimestral da Sociedade Brasileira de Cardiologia - Regional Paraíba.

Endereço: Rua Francisca Moura, 434, salas 803 e 804, Centro - CEP: 58013-470 - João Pessoa - PB  
Fone e Fax: (83) 3241-5787  
Site: sociedades.cardiol.br/pb/  
E-mail: sbcbpb@terra.com.br sbc-pb@cardiol.br

### Presidente

Dr. João Alfredo Falcão da Cunha Lima

### Vice-Presidente

Dr. Mirabeau Maranhão Leite

### Diretora Científica

Dra. Fátima Elizabeth F. de Oliveira Negri

### Diretora Administrativa

Dra. Eugenia Di Giuseppe Deiningner

### Diretor Financeiro

Dr. Antonio Eduardo M. de Almeida

### Diretora de Comunicação

Dra. Sandra Maria C. Cunha Esteves

### Diretor de Qualidade Assistencial

Dr. Sergio Luz Domingues da Silva

### Diretor do Funcor

Dr. Manoel Leonardo Gomes de Almeida

### Delegados

Dr. Fábio Almeida de Medeiros

Dr. Helman Campos Martins

### Conselho Fiscal:

#### Titulares:

Dr. Emílio de Farias Júnior

Dr. Iane Ferreira Marinho

Dra. Ricardo Felipe Zacarias

#### Suplentes:

Dra. Ana Cláudia V. Nominando Diniz

Dra. Teresa Cristina G. Pereira de Melo

Dr. Milton Antônio G. de Oliveira

### Conselho Editorial:

Antonio Eduardo M. de Almeida


Eugenia Di Giuseppe Deiningner

Fátima Elizabeth F. de Oliveira Negri

João Alfredo Falcão da Cunha Lima

Sandra Maria C. Cunha Esteves

### Edição

 Formato Assessoria de Comunicação  
Fones: (83) 8831-1556 / 8815-7887  
Jornalistas Responsáveis:  
Luciana Oliveira - DRT/DF 1849/97  
Kaylle Vieira - DRT/PB 0279/03-59

### Revisão

João Alfredo Falcão da Cunha Lima

Fátima Elizabeth F. de Oliveira Negri

Tiragem: 500 exemplares - Impressão: Gráfica Formulli

O conteúdo dos textos assinados é de total responsabilidade dos autores.