

UMA BREVE ANÁLISE SOBRE A APLICAÇÃO DO PROTOCOLO TERAPÊUTICO DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL, NA POPULAÇÃO AFRO-BRASILEIRA, NORMATIZADO NO SUS.

Taiane Ferreira Martins¹

Plácido da Silva Júnior²

Paulo Roberto de Azevedo Souza³

PALAVRAS-CHAVE: negros; hipertensão; resistência; iECA

INTRODUÇÃO

Antes de compreendermos a população negra brasileira, é preciso fazer um paralelo com seus ancestrais ainda em território africano. Neste continente, os negros tinham sua forma de subsistência articulada de forma comunitária e fora dos moldes capitalistas (CRUZ, 1993). O consumo de sal inexistia na dieta dessas populações, esse costume foi imposto após o contato com europeus colonizadores, sendo; então, capturados e exportados para diversos países onde foram submetidos aos trabalhos forçados.

Os negros transportados para o Brasil, em tumbeiros, com espaços pequenos e uma enorme deficiência nutricional; sofreram diversas formas de violência que contribuiu para fragilizar a saúde dos que resistiram à travessia. E como resultado desses quase quatro séculos de tortura sob um regime escravocrata a saúde da população negra, em sua diáspora, se deteriorou por conta de jornadas excessivas de trabalho, má alimentação e condições de vida precárias, tais variáveis, fizeram eclodir doenças que não existiam em seu habitat natural, até chegarmos à marginalização, vida insalubre e exclusão social de seus descendentes nos dias atuais.

Há poucos estudos sobre a saúde da população negra, mas dentro desses (CRUZ, 1993; BARRETO *et al*, 1993; CRUZ & LIMA, 1999; VARGA & CARDOSO, 2016; NADRUZ *et al*, 2017) podemos observar que a raça é um dos fatores de risco para doenças cardiovasculares como a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Com isso observou-se que a população negra possui um defeito hereditário na captação celular de sódio e cálcio que pode ser

¹ Acadêmica do curso de Farmácia da Faculdade Univértix – Três Rios

² Farmacêutico Bioquímico - Professor da Faculdade Univértix – Três Rios

³ Analista de Sistemas. Mestre em Informática e professor da Faculdade Univértix – Três Rios

explicada pela presença do gene economizador de sódio, que faz o influxo de Na^+ e o efluxo de Ca^{++} , tornando seus portadores mais propensos a ter HAS (BARRETO *et al*, 1993) gerando também uma diferença na resposta de alguns fármacos, comprometendo a eficácia e eficiência do tratamento. Este trabalho tem como objetivo traçar esse paralelo entre o gene economizador de sódio e seu efeito sistêmico, inerente aos medicamentos disponibilizados pelo SUS, afim de compreender como essa característica genética, do povo negro, interfere farmacoterapeuticamente no tratamento da hipertensão em afro-brasileiros.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo baseado em revisão bibliográfica (HARDMANN *et al*, 2003), foram utilizados artigos das bases de dados Scielo com acesso em 16 a 29 de agosto de 2019 (CRUZ, 1993; BARRETO *et al*, 1993; CRUZ & LIMA, 1999; VARGA & CARDOSO, 2016; NADRUZ *et al*, 2017; BORGES *et al*, 2008) cujos os descritores utilizados foram as palavras negros, hipertensão arterial e IECA.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, o protocolo terapêutico de hipertensão arterial aplica-se, na unidade básica, por uma consulta avaliativa onde é aferida a pressão e pulsos carotídeos além de uma triagem estabelecendo índice glicêmico. São questionados ao paciente seu histórico familiar, hábitos alimentares, uso de outras medicações, consumo de álcool e tabaco. Se o índice de P.A (pressão arterial) for considerado levemente alto a estratégia adotada pelo profissional é pedir ao paciente que observe se há constância na elevação da P.A e recomendação de exercícios físicos e mudança de hábitos, se ainda se mantiver alta ou considerada na consulta avaliativa muito alta entra-se com o tratamento com drogas anti-hipertensivas.

A farmacoterapia para o controle de HAS no componente básico do SUS é composta pelas seguintes classes de drogas: diuréticos tiazídicos como: Hidroclotiazida, diuréticos de alça como a Furosemida ou poupadores de potássio como Espironolactona. Simpatolíticos de ação central como o Metildopa, antagonistas β -adrenérgicos como o Atenolol e antagonistas α -adrenérgicos. Vasodilatadores como Cilostazol (arteriais e venosos). Bloqueadores do canal de Ca^{++} , onde o mais utilizado no SUS é o Nifedipino e iECAs, inibidores da enzima conversora da angiotensina como Captopril e Maleato de Enalapril e os antagonistas do receptor da angiotensina - II, cujo os ofertados pelo SUS e mais aplicados são Losartana, Valsartana. (HARDMANN *et al*, 2003) (RENAME, 2018).

É preciso sintetizar sobre a farmacocinética dos inibidores da enzima conversora da angiotensina e dos antagonistas do receptor da angiotensina II, antes de considerar sua resistência na população negra. A angiotensina II é vasoconstritora e indutora da liberação de aldosterona, ela diminui a resistência vascular periférica aumentando a função renal, e diminui o volume circulante além de atenuar a perda de Na^+ aumentando a performance de diuréticos. Porém a população negra possui o gene economizador de sódio que faz o influxo celular de sódio, isto é; a retenção de sódio tende a permanecer alta o que torna as iECAS ineficazes aos portadores do gene. (PIRES & MUSSI, 2012)

Considerando que a população negra é mais propensa a hipertensão arterial sistêmica, devido á presença desse gene, também é considerada como maioria quando se trata de usuários do sistema único de saúde (SUS). Os medicamentos da classe dos iECAS como Captopril e Maleato de Enalapril presentes na relação nacional e municipal de medicamentos acaba se tornando uma alternativa preocupante para os protocolos terapêuticos dos profissionais da saúde nas unidades básicas, e um usuário de etnia negra que ao fazer uso dessa droga anti-hipertensiva tende a não ter uma resposta terapêutica satisfatória mesmo tomando corretamente (VARGA & CARDOSO, 2016). Uma alternativa para o tratamento da população negra é o uso das drogas bloqueadoras de canal de cálcio, que reduz a resistência vascular periférica diminuindo a concentração de Ca^{++} (BORGES *et al*, 2008)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatando-se que afro-brasileiros teem um déficit em questões de saúde, foi apresentado pelo SUS, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasília, 2013, p.7-33), porém essa normatização ainda é negligenciada pelos profissionais no SUS. É preciso considerar o fator raça, como um parâmetro, para diagnose e farmacoterapia da hipertensão arterial, compreendendo as disparidades genéticas, para que se utilizem protocolos terapêuticos adequados, tanto a longo e quanto a médio prazo. Faz-se necessário o desenvolvimento de tecnologias voltadas para a saúde dessa maioria, com o escopo de promoção e prevenção em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CRUZ, I. C. F. da. **O negro brasileiro e a saúde: ontem, hoje e amanhã.** Rev. Esc. Enf. USP., v.27, n.3, p.317-27, dez. 1993.

BARRETO, N. D. M. *et al.* **Prevalência da Hipertensão Arterial nos indivíduos de raça negra.** Arquivos Brasileiros de Medicina, v.67, n.6, p.449-51, 1993.

CRUZ, I. C. F. da., LIMA, R. de. **Etnia negra: um estudo sobre a pressão arterial essencial e os fatores de risco cardiovasculares.** Rev. Enf. UERJ., v.7, n.1, p.35-44, 1999.

VARGA, I. V. D., CARDOSO, R. L. S. **Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no maranhão: problemas e desafios.** Saúde soc., v.25, n.3, p.664-71, 2016

NADRUZ, W. *et al.* **Racial disparities in risks of stroke.** The New England Journal of Medicine., n. 376, p.2089-90, 2017

BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de atenção básica. **Caderno de atenção básica.** n. 37, ISBN 978-85-334-2058-8, 2013.

HARDMANN, J. G. *et al.* (Eds.). *Goodman & Guilman. As bases farmacológicas da terapêutica.* 10 Ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2003

BORGES, F. de. O. *et al.* **Os inibidores da enzima conversora da angiotensina e suas múltiplas ações farmacoterapêuticas.** Rev. Farm. Unieuro. 2008

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. **Crenças em saúde sobre a dieta: uma perspectiva de pessoas negras hipertensas.** Rev. Esc. Enf USP, v.46, n.3, p. 580-9 .2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral da população negra.**, p.7-33, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Relação nacional de medicamentos essenciais.** 2019. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/18/Rename-2008--1-.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2019.

PARAÍBA DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. **Relação municipal de medicamentos essenciais.** 2019. Disponível em: <<http://paraibadosul.rj.gov.br/publicacoes/remume>>. Acesso em: 20 ago. 2019.