



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RUI BARBOSA FERRO

CONTROLE MEDICAMENTOSO DE PACIENTES QUE POSSUEM HIPERPLASIA
PROSTÁTICA E HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PRUDENTÓPOLIS, PR.

CURITIBA
2019

RUI BARBOSA FERRO

CONTROLE MEDICAMENTOSO DE PACIENTES QUE POSSUEM HIPERPLASIA
PROSTÁTICA E HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PRUDENTÓPOLIS, PR.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Pós- Graduação em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde,, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica

Orientador: Prof. Dr. Marcelo José de Souza e Silva

CURITIBA
2019

RESUMO

O Plano de Intervenção tratou do controle medicamentoso concomitante de Hipertensão Arterial Sistêmica e Hiperplasia da Próstata e foi aplicado na Unidade Básica de Saúde Ligação, zona rural do município de Prudentópolis – PR, como resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, com financiamento pela UNA-SUS. O problema proposto decorreu da indisponibilidade de medicamentos de primeira eleição para hiperplasia prostática (alfa bloqueadores) e a possibilidade substituição desses pelo Carvedilol, bloqueador alfa e beta, disponível regularmente para controle de pressão arterial. Os objetivos foram definidos quanto à possibilidade de se fazer o controle medicamentoso de pacientes que possuem hiperplasia prostática e também hipertensão arterial de maneira individualizada, através desses critérios de inclusão, ademais de se identificar pacientes que não conseguiram adquirir a medicação de primeira eleição para controle da sintomatologia de hiperplasia prostática, e que estão sem uso da medicação ou com uso irregular (em razão da descontinuação da disponibilidade do medicamento pela farmácia da Unidade Básica de Saúde. O método utilizado na intervenção foi a pesquisa-ação e seguiu as seguintes etapas: exploratória; interesse do tema; definição do problema; base teórica; elaboração da proposta; implantação; e avaliação do impacto. Ao término da intervenção, após a substituição de alfa bloqueadores por carvedilol (bloqueador alfa e beta) colheu-se como resultado o controle concomitante dos níveis pressóricos e do quadro de hiperplasia prostática. Aplicou-se o plano de intervenção para 83 pacientes, um deles foi submetido a prostatectomia (e não precisou de sonda vesical de demora durante o período de espera pela cirurgia), enquanto que os demais compensaram os sinais e sintomas das patologias. As doses prescritas variaram de 50 a 100 mg por dia, divididas em duas doses. Não fizeram parte da intervenção pacientes com contraindicação para uso da categoria medicamentosa.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Hiperplasia da próstata. Tratamento medicamentoso. Carvedilol.

ABSTRACT

The Intervention Plan addressed the concomitant drug control of Systemic Arterial Hypertension and Prostate Hyperplasia and was applied at the Basic Health Unit, rural area of Prudentópolis - PR, as a result of the Specialization Course in Primary Care of UFPR, with funding by UNA-SUS. The proposed problem resulted from the unavailability of first choice drugs for prostatic hyperplasia (alpha blockers) and the possibility of their replacement by Carvedilol, high blocker and beta, regularly available for blood pressure control. The objectives were defined as to the possibility of drug control of patients who have prostatic hyperplasia and also hypertension individually, through these inclusion criteria, in addition to identifying patients who could not acquire the first choice medication to control the disease. symptomatology of prostatic hyperplasia, and who are not using medication or with irregular use (due to the discontinuation of drug availability by the pharmacy of the Basic Health Unit. The method used in the intervention was action research and followed the following steps: exploratory; interest of the theme; problem definition; theoretical basis; proposal design; implementation; and impact assessment At the end of the intervention, after the replacement of alpha blockers by carvedilol (alpha and beta blocker), the concomitant control of the blood pressure and table d The intervention plan was applied to 83 patients, one of them underwent prostatectomy (and did not need a bladder catheter during the waiting period for surgery), while the others compensated for the signs and symptoms of the pathologies. The prescribed doses ranged from 50 to 100 mg per day, divided into two doses and no contraindication to use the drug category was included in the intervention.

Keywords: Systemic Arterial Hypertension, Prostate Hyperplasia. Drug treatment. Carvedilol.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
1.2	OBJETIVOS	6
1.2.1	Objetivo geral	6
1.2.2	Objetivos específicos	6
1.3	METODOLOGIA	6
2	REVISÃO DE LITERATURA	12
4	RESULTADOS.....	16
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
6	REFERÊNCIAS	18

1 INTRODUÇÃO

O Plano de Intervenção resultado da presente pesquisa foi desenvolvido no município de Prudentópolis, localizado na Região Centro-Sul do Paraná, a 203 km de Curitiba, com área de 2236.579 km², e conforme estimativas de 2018 do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES, sua população é de 51 961 habitantes. Conta com 11 Unidades Básicas de Saúde, 1 Policlínica, 13 Postos de Saúde e Centro de Atenção Psicossocial (IPARDES, 2010).

Na Unidade Básica de Ligação, local da intervenção, tem-se 1 médico, 1 enfermeiro, 1 dentista, duas técnicas de enfermagem e 10 agentes comunitários de saúde e se realiza reunião mensais para discussão de casos de pacientes hipertensos e com hiperplasia prostática no sentido de se buscar meios de compensá-los enquanto esperam pela realização de cirurgia, propositando o menor uso ou dispensa do uso de sonda Foley a fim de se evitar complicações (Ministério da Saúde, 2016).

Nas abordagens consideramos sinais e sintomas, com tempo de início, histórico de retenção urinária, exame físico com descrição de toque retal, incluindo-se tamanho da próstata, consistência e existência de assimetria ou nódulo, tratamento em uso ou já realizado, com medicamento, dose, posologia e tempo de uso, resultado com data do exame de PSA total, resultado de exame de creatinina sérica e resultado de ecografia abdominal ou vias urinárias ou prostatite.

A hiperplasia prostática benigna (HPB) refere-se ao aumento da próstata em consequência de hiperplasia do estroma e das células epiteliais prostáticas, comprimindo a região periuretral da próstata e causando obstrução parcial ou completa da uretra.

Há condições clínicas que exigem encaminhamento para Urologia, como neoplasia positivada por anatomia patológica, suspeita clínica mediante toque retal suspeito com presença de nódulo, endurecimento ou assimetria, pacientes com sintomatologia de trato urinário inferior com PSA total elevado para sua idade. Também nesses casos há que se excluir infecção urinária ou prostatite, e, no caso de infecção, tem-se que repetir o PSA total após um mês do tratamento. Pacientes assintomáticos com idade inferior ou igual a 75 anos e PSA total maior ou igual a 10 ng/ml, ou pacientes assintomáticos com idade inferior ou igual a 75 anos e PSA total menor do que 10 ng/ml persistentemente elevado para sua idade

também deverão repetir PSA total após 1 mês e serem referidos aos serviço de Urologia, segundo protocolo oficial (Ministério da Saúde, 2016).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral:

Fazer o controle medicamentoso de pacientes que possuem hiperplasia prostática e hipertensão arterial.

1.1.2 Objetivos específicos:

Identificar no Prontuário Eletrônico a relação de pacientes com diagnóstico de hipertensão e hiperplasia prostática.

Conhecer o número de pacientes que não conseguiram adquirir medicação para controle de hiperplasia prostática, e que estão sem uso da medicação ou com uso irregular (em razão da descontinuação da disponibilidade do medicamento pela farmácia da Unidade Básica de Saúde).

Prescrever carvedilol em substituição aos alfa-bloqueadores seletivos.

Analisar os resultados clínicos do uso do carvedilol, incluindo-se a sintomatologia e nível do resíduo pós miccional após o uso da medicação.

1.2 METODOLOGIA

O presente estudo correspondeu a uma pesquisa-ação, de natureza exploratória, e teve como escopo lograr maior familiaridade com a temática apresentada, com propósito de construir a hipótese e envolveu levantamento bibliográfico, consultas médicas com os usuários e com relação com o tema, com indicação do uso de medicamento e análise dos resultados.

A pesquisa-ação é definida como uma tentativa sistemática, continuada, e, através de fundamentação empírica, aprimora a prática. Diferencia-se de outros tipos de investigação-ação, por usar técnicas de pesquisa reconhecidas para produzir a descrição dos efeitos relativos às mudanças na prática durante o ciclo de investigação de ação. “Pesquisa-ação” se

aplica a projetos nos quais profissionais procuram efetuar transformações em suas próprias práticas. Dito isto, não obstante a pesquisa ação tenha tendência pragmática, difere claramente da prática e, apesar de ser pesquisa, também diferente claramente da pesquisa científica tradicional, mormente porque a pesquisa-ação altera o que está sendo pesquisado e tem restrição pela pesquisa, pelo contexto e pela da prática. O cerne é que a pesquisa-ação impõe ação nos campos da prática e da pesquisa, de maneira que, e terá características tanto da prática rotineira quanto da pesquisa científica (TRIPP, 2006).

A pesquisa-ação ocorreu dentro em um contexto pormenorizado por preocupações teóricas e práticas, que incidiram na busca de nova forma de intervenção e investigação, procurando transformar a realidade e se chegar a uma alternativa ao tratamento de hiperplasia prostática e hipertensão arterial, com apenas um medicamento, mormente em pacientes sem recursos.

Desse modo, a pesquisa foi concebida em associação com uma ação e com resolução de problemas coletivos com cooperação e participação entre o pesquisador e os participantes que representaram a situação da realidade investigada.

O plano de intervenção conseguiu alcançar 83 pacientes, atendidos na Unidade Básica de Saúde de Ligação, zona rural de Prudentópolis/PR.

2 MÉTODO

Foi utilizado para essa intervenção a pesquisa-ação, que consiste em diversas fases: a) Exploratória; b) Interesse do tema; c) Definição do problema; d) Base teórica; e) Elaboração da proposta; f) Implantação; e g) Avaliação do impacto.

Na fase Exploratória se identificou a população alvo da intervenção com os critérios de inclusão de ser do sexo masculino, ser portador de hipertensão essencial, ser portador de hiperplasia prostática e de não ter condições de adquirir a medicação de primeira eleição e não ter bradicardia (como contraindicação para uso de beta-bloqueadores).

Quando ao Interesse do tema, este corresponde à aplicação de um tratamento médico alternativo à terapêutica de primeira eleição, com possível eficácia ao tratamento das duas doenças crônicas, suprimindo deficiências quanto à indisponibilidade (ou a disponibilidade irregular) de alfa-bloqueadores na rede pública, em razão de se tratar de população que não dispõe de recursos para adquiri-los às próprias expensas.

Em relação à definição do problema, a hiperplasia prostática e a hipertensão arterial correspondem às principais patologias que acomete a população idosa masculina. Nos últimos 20 anos houve modificações quanto a definições e abordagens não cirúrgicas para hiperplasia prostática benigna (WEIN, 2016).

A definição se dá por um diagnóstico microscópico que corresponde à proliferação celular de elementos do estroma e epitélio prostáticos realizado por serviço de Anatomia Patológica. Pode-se fazer rastreamento por ultrassonografia, exame físico (toque retal) e PSA.

A retenção aguda de urina e uma baixa taxa de volume miccional são os achados mais comuns e muitas vezes são as principais queixas que levam os pacientes ao consultório, uma vez que não conseguem manter o sono durante a noite em razão de ter que levantar várias vezes por conta da sintomatologia urinária.

Quanto à base teórica, o marco inicial do uso do carvedilol para controle concomitante de quadros de hipertensão essencial com hiperplasia prostática benigna ocorreu com a publicação do artigo “Beneficial influence of carvedilol on urologic indices in patients with hypertension and benign prostatic hyperplasia: results of a randomized, crossover study”

(Lewandowski, 2013), na Polônia, com estudos assemelhados reproduzidos em vários países, culminando com a consideração do uso de tal medicamento para tais fins (WEIN et al, 2016).

No que pertine à elaboração da proposta, utilizaremos a aplicação do uso de carvedilol para usuários com níveis pressóricos maiores de 150/90 mmHg, em dose iniciais de 12,5 mg, de 12/12 horas, até a dose máxima, conforme a resposta terapêutica, 50 mg/dia, divididos em duas doses de 25 mg, até a dose máxima de 100 mg, em duas doses de 50 mg (de 12/12 horas).

Iniciamos a implantação da proposta para dosificação conforme o índice pressórico, acompanhando e registrando os efeitos adversos como bradicardia, hipotensão e hipersensibilidade ao princípio ativo. A dose para controle da HPB dependeu da pressão arterial e frequência cardíaca.

Na população alvo com 49% de indivíduos são do sexo masculino, com 10% destes acima de 60 anos, que, via de regra, não faz controle para hiperplasia prostática e, nos casos dos hipertensos, não realizam controle periódico da pressão arterial. Comparecem à UBS nos casos de sintomas agudos de hipertensão ou de retenção aguda de urina. Com a campanha “Novembro Azul”, da saúde do homem, da Secretaria de Estado da Saúde, compareceram 83 usuários à consulta médica, sendo que destes apenas 2 recusaram submeter-se ao exame físico.

A intervenção foi observacional dos pacientes atendidos na UBS com diagnóstico de Hiperplasia Prostática Benigna e Hipertensão Arterial e tratados com carvedilol, com avaliação dos impactos terapêuticos para ambas patologias.

Por fim, na avaliação do impacto, consideramos se houve controle concomitante da HPB e da hipertensão, fixando a média de dose diária, os efeitos adversos e possíveis falhas terapêuticas.

Quanto à metodologia, indica-se as fases da pesquisa:

Etapas da Pesquisa -Ação	Orientação
Exploratória	80% dos pacientes maiores de 60 anos tem Hiperplasia Prostática Benigna concomitantemente com Hipertensão Arterial Sistêmica.
Tema da pesquisa	Há como se tratar HPB e HAS a contento em monoterapia?

Colocação do problema	A maioria dos pacientes com sintomatologia prostática na comunidade atendida para ESF-Ligação não tem acesso regular a alfa-bloqueadores como doxazosina ou tamsulosina. A medicação anti-hipertensiva está disponível na farmácia popular, quanto que a medicação para controle de Hiperplasia Prostática Benigna não. O uso do carvedilol para controle de HBP em pacientes hipertensos tiveram efeitos satisfatórios em estudos anteriores.
Lugar da teoria	Pesquisa bibliográfica.
Hipótese	É possível realizar controle medicamentoso em monoterapia para hipertensão e HPB com carvedilol.
Elaboração da Proposta: Seminário/Campo de observação, coleta de dados, aprendizagem, saber, plano de ação, Divulgação.	O plano de ação corresponderá ao uso de carvedilol em paciente com diagnóstico inicial de hiperplasia prostática benigna com controle sintomático e acompanhamento na atenção básica nos termos do caderno de atenção primária de urologia do Ministério da Saúde.

Data/ horário	Objetivo	Estratégia	Duração/ participantes	Recursos utilizados (Flyer, vídeo, textos,etc)
30/04/2019	Discutir com ESF os resultados da terapêutica.	workshop	30 minutos/Integrantes da Equipe de Saúde da Família	Vídeo Texto
07/05/2019	Orientar os pacientes maiores de 60 anos quanto aos sintomas de hiperplasia prostática	Palestra	30 minutos/usuários	Vídeo Texto

O produto final do estudo indicou os resultados da terapia das duas patologias com um único medicamento e poderá estar disposto nas plataformas de recursos educacionais abertos como REA-UFPR e UNASUS (TCC e apresentação em Power Point).

REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Fisiopatologia

O volume prostático é variável, tem forma de castanha, tem superfície lisa e é dividida por um sulco. Tem consistência elástica. É palpável a partir de sua porção posterior através da parede da ampola retal. Têm-se receptores alfa-adrenérgicos no músculo liso da cápsula e do estroma e no colo vesical. A hiperplasia prostática benigna pode ocorrer a expensas da zona de transição e seus sintomas podem ser obstrução mecânica e obstrução dinâmica.

Produz-se hipertrofia do músculo detrusor da bexiga como mecanismo compensador, e, como consequência, há aumento do volume pós-miccional residual, diminuindo a capacidade de reservatório.

Na fase mais avançada aparece a retenção aguda de urina e incontinência urinária, com risco de infecções e insuficiência renal.

Na HPB observa-se um quadro anormal de andrógenos semelhante a estrógenos, com número ampliado de receptores androgênicos, com resposta tecidual suscetível a andrógenos.

A dihidrotestosterona corresponde ao andrógeno primário que culmina com a hiperplasia. A HPB é muito frequente na população masculina idosa que seu aparecimento é um achado esperável e, portanto, normal, não obstante exigir controle medicamentoso e, às vezes, intervenção cirúrgica.

Etiologicamente se relaciona com os seguintes fatores: a) idade avançada; b) incremento dos títulos de estrógenos e alguns metabólitos de la testosterona; c) aumento de atividade da enzima 5-alfa reductasa, posto que está encarregada de transformar testosterona em dihidrotestosterona. Não obstante a diminuição dos níveis de testosterona em idosos, o aumento dos receptores de dihidrotestosterona induzida por estrogênios, junto com o aumento da síntese de dihidrotestosterona, é suficiente para causar a hiperplasia.

3.2 Dados epidemiológicos

A hiperplasia benigna da próstata (HBP) é um quadro patológico caracterizada pelo aumento benigno do volume da próstata, normalmente com início em homens a partir dos 40 anos.

A HBP ocorre 14% a partir dos 40 anos. Mais de 40% a partir dos 60 anos e com incidência de 90% nos maiores de 70 anos. Raramente os sintomas aparecem antes dos 40 anos.

É uma das doenças mais frequentes e de maior morbidade nos idosos, com importante limitação para suas atividades habituais e diminuição da qualidade de vida.

São considerados seletivamente para uso em urologia a tamsulosina, com seletividade os receptores alfa-1A y 1D (e em menor proporção por 1B), e a silodosina, seletiva para os receptores alfa-1A. Os diferentes ensaios clínicos demonstraram efetividade para melhorar a sintomatologia urinária associada à HBP, logrando uma diminuição de 3 a 7 pontos do escore IPSS (de 3148% em comparação dos 10 a 20% decorrente do uso do placebo). Ademais disso, o fluxo urinário máximo foi aumentado em 1,4-3,2 ml/s (20-25% em comparação com 10-15% do placebo), com diminuição significativa do volume residual pós miccional (GARCÍA, 2014).

A partir da história natural da HPB, pode-se afirmar que existe uma série de fatores prognósticos que aludem quanto ao risco de progressão da hiperplasia prostática. Há pacientes com sintomatologia leve e com qualidade de vida preservada outros ainda não desenvolveram complicações da HPB, e há aqueles que relutam realizar tratamento medicamentoso diário, ou em razão do custo ou por ser de longo prazo (DORNAS, 2010).

Os medicamentos de primeira eleição para tratamento de hiperplasia prostática benigna são os alfa-bloqueadores, posto que se relacionam com a fisiologia da regulação do tônus da musculatura lisa da próstata e do colo vesical, além de serem mediadores críticos relacionados com a sintomatologia do trato urinário inferior. Em razão disso os bloqueadores alfa são drogas de primeira linha no tratamento dos sintomas da hiperplasia da próstata. Atualmente estão disponíveis no mercado a doxazosina, tansulosina, alfuzosina, terazosina, silodosina (NUNES, 2016).

Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Urologia, os sintomas obstrutivos da HPB são jato fraco, esforço miccional, jato interrompido, hesitação, gotejamento, incontinência e esvaziamento, enquanto que os sintomas irritativos são urgência, polaciúria, dor suprapúbica, nicturia, dor miccional, paradoxal, esvaziamento vesical incompleto. (CAVALCANTI, 2006).

Quando aos efeitos adversos, percebe-se por estudos anteriores que os alfa-bloqueadores também estão relacionados com tontura e hipotensão, em um estudo relacionado à segurança farmacológica, verificou-se que para cada 9 homens tratados com doxazosina, ou 7 tratados com a associação doxazosina mais finasterida, um deles apresentou tontura. De igual modo, em um grupo de 11 e 10 homens tratados, respectivamente, 1 manifestou hipotensão postural; para outros grupos de 10 e 9 homens tratados, 1 deles apresentou queixa clínica de astenia. Finalmente, 1 de cada 9 homens tratados com a associação por quatro anos e meio apresentou ejaculação anormal (DERECH, 2015).

A combinação de alfa-bloqueadores e finasterida é um tratamento eficaz para pacientes com sintomatologia prostática moderado a grave, com volume prostático aumentado (> 40 g), com PSA elevado (> 1,6 ng/mL) e com fluxo urinário máximo reduzido.

As terapias combinadas também são consideráveis para alívio dos sintomas e para redução do risco de progressão da doença, o que pode causar aumento significativo do escore de sintomas, tratamento cirúrgico devido à retenção urinária, incontinência urinária, infecção do trato urinário e insuficiência renal (NUNES, 2016).

A hiperplasia benigna da próstata (HPB) sói ocorrer em até 50% dos homens de 50 anos, e sua incidência aumenta proporcionalmente com a idade. Trata-se de problema clínico comum. Há questionários para se aferir o nível dos sintomas como International Prostate Symptom Score (IPSS). O manejo inicial da HBP se constitui em modificação do estilo de vida e tratamento medicamentoso com bloqueadores alfa-bloqueadores. Os bloqueadores alfa apresentam melhora da sintomatologia dentro de 3 a 5 dias e seus efeitos colaterais são mínimos. Os alfa-bloqueadores atualmente utilizados (seletivos) mais utilizados são a tansulosina, a alfusosina e a silodosina. Para pacientes com próstatas de volume maior, utiliza-se também inibidores da 5-alfa-redutase, como finasterida e dutasterida, que trabalham efetivamente para diminuir o volume do estroma prostático, e, como resultado melhora a micção (KAPOOR, 2016).

O carvedilol, em comparação com o enalapril, apresentou vantagem compensatória em pacientes com hiperplasia benigna da próstata e com diagnóstico concomitante de hipertensão. Desse modo, a monoterapia com carvedilol pode ser considerada em pacientes hipertensos com HBP (LEWANDOWSKI, 2013).

Para um tratamento adequado para HPB que coexiste com hipertensão, deve-se adicionar agentes terapêuticos ao tratamento da hipertensão, entretanto é interessante notar o Carvedilol é um agente anti-hipertensivo de primeira escolha, por ser beta-bloqueador e ter potentes efeitos do bloqueio α 1-adrenocetores, com controle adequado dos dois quadros patológicos concomitantemente (WEIN, 2016).

O encaminhamento a um urologista há de ser considerado para pacientes com um antígeno específico da próstata (PSA) elevado ou falha no controle dos sintomas urinários, não obstante a terapia medicamentosa máxima, bem como se houve suspeita de neoplasia de próstata, presença de hematúria, quadros de infecções urinárias recorrentes, se houve retenção urinária (positivada por USG), ou insuficiência renal. Atualmente, o médico da atenção primária está municiado com várias opções de tratamento medicamentoso para tratar efetivamente homens com HBP sintomática (KAPOOR, 2016).

A gravidade da HBP clínica ser classificada de acordo com a existência de obstrução significativa (com retenção de volume urinário residual ou persistente (>100 mL) com sintomatologia, segundo os estágios:

Estágio I: Obstrução significativa nem sintomas.

Estágio II: Não se apresenta obstrução significativa, mas apresentam sintomas (tratamento com alfa-bloqueadores)

Estágio III: Obstrução significativa, independentemente dos sintomas. Tratamento mais agressivo, como os inibidores da 5-a-redutase, e possível indicação de intervenção cirúrgica.

Estágio IV: Presença de complicações da HBP clínica, retenção de urina (aguda ou crônica), cálculos na bexiga, sangramento recorrente ou infecção recorrente do trato urinário. Indicação de intervenção cirúrgica (FOO, 2017).

4 RESULTADOS

O Plano de Intervenção teve como escopo o controle medicamentoso pelo uso do Carvedilol (em monoterapia) para controle da Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) e Hipertensão Arterial Sistêmica em pacientes que manifestaram hipossuficiência econômica para aquisição dos medicamentos de primeira eleição como tamsulosina e doxazosina.

Discutiui-se com Equipe de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde quando à necessidade de acolhimento, rastreamento, identificação da sintomatologia prostática e tratamento precoce, com busca ativa para verificação do uso correto da medicação e da adequação terapêutica.

Os resultados foram positivos com controle sintomática da HPB e da hipertensão em, no máximo, uma semana.

O plano de intervenção foi efetivo para o tratamento concomitante das patologias em alusão, com resolutividade e aceitação por parte dos pacientes, que tiveram consciência de cumprir com o tratamento e de fazer controle periódico com PSA total a fim de evitar a progressão dos sintomas e o uso de sonda vesical de demora, inclusive com compromisso da atividade sexual.

Nosso plano de intervenção correspondeu à substituição de alfa bloqueadores (não disponíveis com regularidade na rede pública municipal) pelo Carvedilol (bloqueador de receptores alfa e beta) para controle da hiperplasia prostática em pacientes que também estiveram em tratamento para hipertensão arterial sistêmica e que não tivessem nenhuma contraindicação do uso da medicação em substituição.

Embora não seja o medicamento de primeira eleição em nosso meio, o uso do Carvedilol pode proporcionar controle da hiperplasia prostática (LEWANDOWSKI, 2013).

Como os alfa bloqueadores não estavam disponíveis, cogitou-se a possibilidade de se utilizar bloqueador não seletivo, haja vista que caso não utilizassem este não se teria nenhum controle da hiperplasia prostática e acarretaria em inúmeras referências ao serviço de urologia do Consórcio Intermunicipal de Saúde sem solução adequada, em teoria, uma vez que de qualquer maneira os usuários haveriam de comprar a medicação aludida.

Identificamos os pacientes com sintomatologia prostática durante campanha para prevenção de câncer de próstata promovida pela Secretaria Municipal de Saúde. 83 pacientes hipertensos referiram ter alguns sintomas como nictúria, diminuição do início da micção e término desta com dificuldade referindo terminar o ato “em gotas”.

Dentre os pacientes que se submeteram à intervenção, 37 (44,58%) referiram problemas urinários relevantes, que prejudicavam o sono e que levantavam mais três vezes à noite para urinar; 28 (33,73%) não apresentavam índices pressóricos adequados, não obstante uso de medicação anti-hipertensiva; 18 pacientes (21,69%) referiram haver usado medicamentos para próstata anteriormente, mas não souberam declinar o nome comercial ou princípio ativo.

Todos os pacientes selecionados eram hipertensos e tinham sintomatologia prostática e não estavam em uso de alfa bloqueadores.

Prescrevemos carvedilol na dose correspondente para controle dos níveis pressóricos, considerando-se que a droga em referência tem doses de 3,125 mg a 25 mg.

Quanto aos resultados se percebeu controle concomitante da hiperplasia prostática e da pressão arterial, não se percebendo diferença quanto ao uso de doses altas de Carvedilol (de 50 a 100 mg ao dia) e a dose padrão de Doxazosina (2 mg ao dia), entretanto, a dose efetiva do bloqueador não seletivo evidenciou-se a partir de 25 mg/dia para efeito de controle da sintomatologia prostática.

Dos pacientes analisados, apenas 3 (3,64%) tiveram controle da sintomatologia prostática com doses diárias de 100 mg divididas em duas vezes ao dia (de 12/12 horas). O controle da pressão arterial ocorreu a doses menores; 75 pacientes (90%) controlaram concomitantemente a sintomatologia urinária e a pressão arterial com dose 50 mg (25 mg, de 12/12 horas); 5 pacientes (6,02 %) estavam em uso de sonda vesical de demora quando iniciaram com dose 50 mg/dia, dispensaram o uso de sonda a partir da dose de 75 mg/dia em 3 doses (cada 8 horas).

5 CONSIDERAÇÃO FINAIS

Nossa intervenção propôs a realizar o controle medicamentoso de pacientes que possuem hiperplasia prostática e hipertensão arterial com o uso de Carvedilol em monoterapia.

Identificamos os pacientes com diagnóstico concomitante de hipertensão e hiperplasia prostática e realizamos a contagem dos pacientes que não conseguiram adquirir medicação para controle de hiperplasia prostática, e que estão sem uso da medicação ou com uso irregular (em razão da inexistência de disponibilidade alfa bloqueadores, como doxazosina e tamsulosina) na farmácia básica.

A partir disso prescrevemos carvedilol em substituição aos alfa-bloqueadores em doses de 50 mg a 100 mg/dia, divididas 2 ou 3 vezes ao dia, conforme o controle hipertensivo.

Os resultados foram satisfatórios, com controle urinário adequado e sem uso de sonda vesical de demora, com níveis pressóricos adequados.

O resultado da intervenção pode diminuir custos e tornar possível o controle da hiperplasia prostática por parte dos pacientes que não dispõe de recurso para aquisição de alfa bloqueadores de forma concomitante com a hipertensão arterial, melhorando a qualidade de vida do usuário e evitando-se complicações com o uso de sonda Foley.

As únicas limitações ao uso do carvedilol foram a hipotensão e bradicardia, que surgem como principais efeitos adversos ao medicamento, já previstos anteriormente.

REFERÊNCIAS

IPARDES (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social). **Caderno Estatístico Município de Prudentópolis**. 2016 [Acesso em 29 abr 2019] Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=84400&btOk=ok>

Ministério da Saúde. **Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada. Urologia**. Volume VI. 2016. [acesso em 30 abr 2019] Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_urologia_v_VI.pdf

Ministério da Saúde. **Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada. Cardiologia**. Volume II. 2016. [acesso em 30 abr 2019] Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_cardiologia_v_II.pdf

TRIPP D. **Action research: a methodological introduction**.2006. [acesso em 30 abr 2019] Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/en_a09v31n3.pdf

GARCÍA, J M M., LÓPEZ, B M. **Hiperplasia benigna de próstata (HBP). Pautas de Actuación y Seguimiento**. 2014. [acesso em 30 de jan 2019] Disponível em <https://uroap.files.wordpress.com/2015/03/pas-hbp-definitivo-2014.pdf>

DORNAS, M C; DAMIÃO, R; CARRERETTE, F B. **Tratamento Contemporâneo não Cirúrgico da Hiperplasia Prostática Benigna**. 2010. [acesso em 10 de jan 2019] Disponível em http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=251

NUNES RLV, OLIVEIRA RRM, CARNEIRO A, et al. **Hiperplasia Prostática Benigna – Tratamento**. Sociedade Brasileira de Urologia. 2017. [acesso em 3 de fev 2019] Disponível em <http://portaldaurologia.org.br/medicos/wp-content/uploads/2015/09/Hiperplastia-Prostática-Benigna-Tratamento-Medicamentoso-2017.pdf>

CAVALCANTI AGLC, ERRICO G, ARAUJO JFC, RIBEIRO JGA, SCALETSKY R. **Hiperplasia Prostática Benigna**. Sociedade Brasileira de Urologia. Associação Brasileira de

Medicina e da Comunidade. Projeto Diretrizes. 2006. [acesso em 4 de jan 2019] Disponível em https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/hiperplasia-prostatica-benigna.pdf

DERECH, R. D.; OLIVEIRA, J. C.; CAPELETTI, N. M. **Tratamento farmacológico da hiperplasia prostática benigna: uma análise dos benefícios e dos riscos de danos.** 2015 [acesso em 14 de jan 2019] Disponível em www.revistas.cff.org.br/?journal=boletimfarmacoterapeutica&page...op...

NUNES, R V; MANZANO, J; TRUZZI, J C; NARDI, A; SILVINATO, A; BERNARDO, W M. **Treatment of benign prostatic hyperplasia.** 2014. Disponível em www.scielo.br/pdf/ramb/v63n2/0104-4230-ramb-63-02-0095.pdf

Kapoor, A. **Benig prostatic hyperplasia (HPB) management in the primary care setting.** 2016. [acesso em 20 de dez 2019] Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23089343>

Lewandowski J, Sinski M, Symonides B, et al. **Beneficial influence of carvedilol on urologic indices in patients with hypertension and benign prostatic hyperplasia: results of a randomized, crossover study.** 2013. [acesso em 03 dez de 2019] Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23987161>

WEIN AJ, KAVOUSSI LR, NOVICK AC, et al, editors: Campbell-Walsh. **Urology**, ed 11, New York, 2016, Elsevier;

Kapoor, A. **Benig prostatic hyperplasia (HPB) management in the primary care setting.** 2012. [acesso em 10 de jan 2019] Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23089343>

Foo, K T. **Pathophysiology of clinical benign prostatic hyperplasia.** 2017. [Acesso em 21 de fev 2019] Disponível em http://www.ajurology.com/aju/attached/file/20180131/20180131175432_750.pdf