



# Análise da prescrição de medicamentos de pacientes hipertensos atendidos pelo SUS da rede municipal de saúde de Rincão – SP

Veronez, L.L.<sup>1\*</sup>, Simões, M.J.S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Secretaria Municipal da Saúde de Rincão, Rincão, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Departamento de Ciências Biológicas, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual Paulista, UNESP, Araraquara, SP, Brasil

Recebido 17/04/2008 - Aceito 04/07/2008

## RESUMO

O estudo foi desenvolvido com o objetivo de identificar os principais fármacos utilizados no tratamento de hipertensão no Centro de Saúde da cidade de Rincão e as principais interações medicamentosas decorrentes das associações, incluindo não só os medicamentos anti-hipertensivos, mas também, aqueles mais utilizados em conjunto. A população estudada compreendeu 725 pacientes hipertensos cadastrados no Centro Municipal de Saúde e que faziam acompanhamento médico trimestral. Foram coletados dados sobre a idade, sexo, presença de diabetes, tabagismo, sedentarismo e sobrepeso para traçar um perfil da população hipertensa. Todos tinham fichas de controle na farmácia da unidade, onde retiravam os medicamentos mensalente. O paciente, na sua maioria, constituiu de mulheres (62%) com idade entre 50 a 70 anos (57%); 21%, eram tabagistas; 43% sedentários. Quanto às prescrições, 33% eram constituídas de monoterapia e 66% de politerapia. Quanto à utilização de medicamentos de outras classes terapêuticas, além dos anti-hipertensivos, 50% dos pacientes faziam uso e dentre estes, 34% utilizam três ou mais medicamentos anti-hipertensivos, enquanto 66% utilizavam apenas, dois medicamentos anti-hipertensivos e 47% das prescrições apresentaram interações medicamentosas. O captopril foi o medicamento que mais apresentou interações com outros medicamentos representando 54% das interações medicamentosas, a hidroclorotiazida apresentou 27%, seguido da furosemida, com 14%, o propranolol, 4% e a nifedipina, 1%. Concluiu-se que o consumo de medicamentos pelos pacientes é elevado e consequentemente apresentaram também um elevado número de interações medicamentosas.

*Palavras chaves:* prescrição de medicamentos; SUS; farmacoepidemiologia, interação medicamentos; hipertensão arterial.

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são um importante problema de saúde pública e a principal causa de morte da população adulta dos países desenvolvidos.

Desde há muito, já se tem o conhecimento baseado em evidências clínicas, da importância da hipertensão arterial sistêmica (HAS) como fator de risco na morbimortalidade e na doença isquêmica cardiovascular (Zaitune et al., 2006).

A hipertensão arterial é uma condição de elevada prevalência em nosso meio, atingindo cerca de 20% da população adulta brasileira e apresentando frequência maior, nas camadas mais pobres da população (Rosenfeld, 2003). Neste sentido, tanto a eficácia como o custo da medicação, devem ser considerados, nas propostas de atendimento ao hipertenso. A terapêutica medicamentosa tem-se mostrado ser eficaz, no controle da pressão arterial, contribuindo para a redução de eventos cardiovasculares (Teixeira & Lefrêvre, 2001; Ribas & Guimarães, 2006).

O uso de medicamentos deve ser iniciado quando esgotadas as alternativas das terapias não-farmacológicas, ou seja, estratégias alimentares, restrição ao fumo, redução de bebidas alcoólicas, redução de peso, atividades físicas compatíveis à higidez do momento e práticas de relaxamento.

Apesar dos conhecidos benefícios da terapia anti-hipertensiva na prevenção das complicações cardiovasculares da hipertensão arterial, o percentual de pacientes hipertensos que alcançam os alvos-terapêuticos é baixo. Como os atuais agentes anti-hipertensivos são eficazes em reduzir a pressão arterial, a baixa adesão à terapia medicamentosa é uma das principais razões do baixo percentual de controle destes pacientes. Significativas diferenças, na adesão ao tratamento proposto têm sido demonstradas quando do uso de diferentes classes de anti-hipertensivos, evidenciando melhor adesão às medicações com menor perfil de efeitos colaterais (Espósito & Vilas-Boas, 2001; Jardim & Jardim, 2006; Mion et al., 2006).

Na Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde, (NOAS/SUS) entre as ações estratégicas mínimas de responsabilidade dos municípios, o controle da hipertensão arterial a ser desenvolvido por meio do diagnóstico de casos no cadastramento de portadores de hipertensão, na busca ativa, no tratamento e nas ações educativas, figura como destaque na atenção básica (Brasil, 2001).

Apesar da grande variedade e disponibilidade dos agentes anti-hipertensivos disponíveis para o

\*Autor correspondente: Leticia Lopes Veronez - Secretaria Municipal da Saúde de Rincão - Rua Quincas Moura, 135 - CEP: 14830-000 - Rincão - SP, Brasil - Telefone: (16) 3395-1858  
e-mail: leticia\_veronez@yahoo.com.br

tratamento da HAS, menos de 1/3 dos pacientes hipertensos adultos têm a sua pressão adequadamente controlada (Andrade et al., 2002).

A manutenção do controle pressórico é a meta primordial no tratamento da HAS com vistas à prevenção de morbidade e mortalidade por causas vasculares. A escolha de uma terapia eficaz é muito relevante, tendo em vista os riscos relacionados à exposição a níveis tensionais elevados. As evidências clínicas neste contexto auxiliariam na organização de protocolos e diretrizes, objetivando um controle adequado da HAS (Andrade et al., 2002).

Vários fatores podem influenciar na adesão ao tratamento e podem estar relacionados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e conseqüências tardias); às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e auto-estima); ao tratamento dentro do qual engloba-se a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera *versus* tempo de atendimento) e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde (Bartuci et al., 2002; Jardim & Jardim, 2006; Passos et al., 2006).

O presente estudo foi desenvolvido com os objetivos de identificar os principais fármacos utilizados no tratamento da hipertensão, no Centro de Saúde de Rincão, as principais interações medicamentosas decorrentes das associações, incluindo não só os medicamentos anti-hipertensivos, mas também, aqueles mais utilizados em conjunto e identificar os problemas relacionados às prescrições utilizando os resultados para promover o uso racional de medicamentos.

## MATERIAL E MÉTODOS

### Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta dos dados referentes ao tratamento farmacológico atual, foram utilizados os prontuários dos pacientes.

Para coletar os dados relacionados aos fatores de risco foi utilizado o sistema hiperdia, retirados do sistema DATASUS.

### Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Rincão, estado de São Paulo, no período de abril a dezembro de 2007.

O município conta com o Centro de Saúde III, dispondo de atendimento agendado às sextas-feiras. A retirada de medicamentos é mensal, e fica registrada nos prontuários dos pacientes, auxiliando no acompanhamento do tratamento pela equipe do Centro de Saúde.

### População do estudo

Com a finalidade de traçar um perfil da população estudada, foram levantadas as informações relativas aos pacientes cadastrados no DATASUS, e cadastrados pelo programa hiperdia, atendidos no Centro de Saúde III, do município de Rincão.

Do total dos 725 pacientes analisados, foram coletadas 220 prescrições dos pacientes hipertensos, no período de outubro a dezembro de 2007 através das quais foram selecionados os medicamentos para o estudo da farmacoterapia anti-hipertensiva.

Os dados foram tabulados e os medicamentos mais utilizados foram alvo de uma pesquisa bibliográfica a fim de listar seus efeitos adversos e interações medicamentosas.

Foram considerados os medicamentos anti-hipertensivos padronizados na unidade: captopril, hidroclorotiazida, propranolol, nifedipina e furosemida. Além disso, foram também estudados os medicamentos mais prescritos em associação aos hipertensos, como hipolipemiantes, antidiabéticos, analgésicos, antiulcerosos e tranquilizantes.

## RESULTADOS

### Distribuição dos pacientes hipertensos segundo algumas variáveis

Dos 725 pacientes portadores de hipertensão, 164 também tinham diabetes tipo 2 (cinco tinham outras morbidades mas sem especificação).

Os pacientes hipertensos atendidos no Centro de Saúde de Rincão, 62% eram mulheres e na faixa etária dos 50 aos 69 anos (57%).

Segundo dados dos prontuários dos 566 pacientes portadores de HAS, 112 (19,7%) eram tabagistas e 444 (78,4%) não tabagistas e os demais (1,9%) não informaram. Entre os hipertensos portadores de diabetes, 32 (5,6%) pacientes eram tabagistas e 132 (23,3%) não tabagistas.

Na distribuição segundo o sedentarismo, verificou-se que 312 (55,1%) dos pacientes com HAS eram sedentários e 44,9% não sedentários. Dos 164 pacientes com HAS e diabetes, 48,7% eram sedentários e 51,3% não sedentários.

### Distribuição dos pacientes segundo a avaliação do uso de medicamentos

Na Tabela 1 tem-se os resultados da distribuição dos pacientes, (hipertensos e hipertensos com diabetes) segundo a terapia estabelecida.

Na avaliação do uso de medicamentos observou-se que 27 pacientes faziam uso de hidroclorotiazida e propranolol em monoterapia, correspondendo a uma porcentagem de 37% dos hipertensos.

A variedade e combinações de medicamentos anti-hipertensivos entre os hipertensos em politerapia é elevada,

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes, segundo o tratamento estabelecido, no período de outubro a novembro de 2007, Rincão. SP

VARIÁVEIS	n	(%)
MONOTERAPIA	73	34
POLITERAPIA	145	66
Uso de HIPERTENSIVOS		
SIM	110	50
NÃO	108	50
MONOTERAPIA		
Nifedipina	2	3
Furosemida	4	6
Hct	21	29
Propranolol	6	8
Metildopa	5	7
Captopril	31	42
Outros medicamentos	4	5
TOTAL	73	100
POLITERAPIA		
Furosemida + captopril	17	12
Hct + metildopa	3	2
Hct + captopril	40	30
Hct+ propranolol	12	9
Nifedipina + captopril	5	4
Outros 2 medicamentos	12	9
Captopril + hct + outro medicamento	14	10
Mais de 2 medicamentos	32	24
TOTAL	135	100

Hct = hidroclorotiazida

predominando a associação de captopril e hidroclorotiazida em 30% das prescrições avaliadas, seguida da associação de furosemida e captopril em 12% das prescrições.

A utilização de apenas dois medicamentos anti-hipertensivos, ocorreu em 66% das prescrições dos hipertensos com politerapia.

Os tratamentos com três ou mais medicamentos, associados correspondeu a 34% e foram observadas grandes variações de prescrições, incluindo medicamentos como atenolol, espironolactona, enalapril e anlodipino.

Na Tabela 2 tem-se a distribuição dos pacientes, segundo as interações medicamentosas ocorridas entre os anti-hipertensivos e outras classes terapêuticas.

Entre os anti-hipertensivos, observou-se que o medicamento que mais apresentou interações medicamentosas foi o captopril, totalizando 54% das interações. Em seguida, encontrou-se a hidroclorotiazida, com 27%, e a furosemida, 14%. O propranolol embora tenha aparecido em 4%, das interações apareceu em interações com a hidroclorotiazida em 12%. A furosemida também apareceu interagindo com o captopril em, 16%.

## DISCUSSÃO

A prevalência de hipertensão arterial em pacientes diabéticos é pelo menos duas vezes a da população geral. (Hipertensão, 2007).

No diabetes tipo 1 (dependente de insulina), a hipertensão arterial associa-se claramente à nefropatia diabética. Nesses pacientes, o controle da pressão arterial é crucial para retardar a perda de função renal. No diabetes tipo 2 (não-dependente de insulina), a hipertensão arterial associa-se comumente a outros fatores de risco cardiovascular, tais como dislipidemia, obesidade, hipertrofia ventricular esquerda e hiperinsulinemia. (Bartuci et al., 2002; Gusmão & Mion, 2006). Nesses pacientes, o tratamento não-medicamentoso (atividade física regular e dieta apropriada) é obrigatório. O controle do nível glicêmico, por sua vez, contribui para a redução do nível de pressão (Hipertensão, 2007).

No presente estudo a única morbidade associada a hipertensão que foi citada foi o diabetes tipo 2, em 47 pacientes.

Tabela 2 - Distribuição das Interações medicamentosas entre os anti-hipertensivos e outras classes terapêuticas no período de outubro a novembro de 2007, Rincão. SP

PRESENÇA DE INTERAÇÕES	n	%
SIM	102	47
NÃO	116	53
<b>MEDICAMENTOS</b>		
NIFEDIPINA	1	1
FUROSEMIDA	14	14
HCT	28	27
PROPRANOLOL	4*	4
CAPTOPRIL	55	54
<b>NIFEDIPINA +</b>		
DIGOXINA	1	1
<b>FUROSEMIDA +</b>		
DIGOXINA	11	10
AAS	3	3
<b>HIDROCLOROTIAZIDA</b>		
PROPRANOLOL	12	12
PREDNISONA	1	1
GLIBENCLAMIDA	13	13
ANTI-INFLAMATÓRIOS	1	1
DIGOXINA	1	1
<b>PROPRANOLOL</b>		
CIMETIDINA	1	1
AAS	1	1
GLIBENCLAMIDA	1	1
CARBAMAZEPINA	1	1
<b>CAPTOPRIL+</b>		
FUROSEMIDA	17	16
AAS	6	6
INSULINA	6	6
GLIBENCLAMIDA	23	22
CIMETIDINA	3	3
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

Hct = Hidroclorotiazida

Os hipertensos atendidos no Centro de Saúde de Rincão eram constituídos, na sua maioria, de mulheres (62%), e na faixa etária dos 50 a 69 anos (57%).

Assim como no estudo realizado em Alfenas, Minas Gerais por Espósito & Vilas-Boas (2001) no qual a população assistida pelo Serviço de Farmácia era constituída, na sua maioria, por mulheres, tal fato justificado em parte devido à maior preocupação das mulheres com a saúde e na faixa etária predominante dos 50 aos 70 anos, o mesmo foi observado no presente estudo.

Com o acelerado processo de industrialização e urbanização e após o controle epidemiológico das principais doenças infecto-contagiosas, a hipertensão arterial e sua

associação à maioria das doenças cardiovasculares surge como um importante componente para a elevação de morbidades e mortalidade, presentes em indivíduos de países economicamente desenvolvidos e também, em diversos países em desenvolvimento. Diversos “fatores de risco” encontram-se associados à sua instalação e presença em indivíduos jovens. Porém, em função da maior vulnerabilidade em indivíduos idosos, devido à comorbidade, a sua presença merece maior atenção, cuidados e estudos para o entendimento do seu mecanismo interativo e de seu funcionamento que possibilitem ações preventivas e de controle pelos serviços de saúde (Trindade et al., 1998; Zaitune et al., 2006).

Neste estudo entre os hipertensos, 112 dos pacientes eram tabagistas e 444 não tabagistas e entre os hipertensos e diabéticos, 32 (5,6%) dos pacientes eram tabagistas e 132 (23,3%) não tabagistas.

O tabagismo é a mais importante causa modificável de morte, sendo responsável por um em cada seis óbitos no Brasil. Além do risco aumentado para a doença coronariana associada ao tabagismo, indivíduos que fumam mais de uma carteira de cigarros ao dia têm risco cinco vezes maior de morte súbita do que indivíduos não fumantes. Adicionalmente, o tabagismo colabora para o efeito adverso da terapêutica de redução dos lípides séricos e induz resistência ao efeito de drogas anti-hipertensivas (Rosenfeld, 2003).

Na distribuição segundo o sedentarismo, no presente estudo encontrou-se 312 (19,7%) hipertensos sedentários e 413 (80,3%) não sedentários, sendo que os hipertensos e diabéticos eram mais sedentários. Dos 164 hipertensos e diabéticos cadastrados, (28,9%) 80 (48,7%) eram sedentários e 84 (51,3%) não sedentários.

O exercício físico regular reduz a pressão arterial, além de produzir benefícios adicionais, tais como diminuição do peso corporal e ação coadjuvante no tratamento das dislipidemias, da resistência à insulina, abandono do tabagismo e controle do estresse. Contribui, ainda, para a redução do risco de indivíduos normotensos desenvolverem hipertensão. (Trindade et al., 1998; Zaitune et al., 2006).

Exercícios físicos, tais como caminhada, ciclismo, natação e corrida, realizados numa intensidade entre 50% e 70% da frequência cardíaca de reserva ou entre 50% e 70% do consumo máximo de oxigênio, com duração de 30 a 45 minutos, de três a cinco vezes por semana, reduzem a pressão arterial de indivíduos hipertensos. Em contrapartida, exercícios físicos muito intensos, realizados acima de 80% da frequência cardíaca de reserva, ou 80% acima do consumo máximo de oxigênio, têm pouco efeito sobre a pressão arterial de hipertensos. (Trindade et al., 1998; Zaitune et al., 2006). Adicionalmente, baixo nível de capacitação física está associado a maior risco de óbito por doenças coronariana e cardiovascular, em homens saudáveis, independentemente dos fatores de risco convencionais. Exercícios isométricos, como levantamento de peso, não são recomendáveis para indivíduos hipertensos. Pacientes em uso de medicamentos anti-hipertensivos que interferem na frequência cardíaca (como, por exemplo, betabloqueadores) devem ser previamente submetidos à avaliação médica (Rosenfeld, 2003).

Na distribuição segundo o sedentarismo no presente estudo encontrou-se 321 hipertensos sedentários e 413 não sedentários, no qual dos 164 pacientes hipertensos e diabéticos, 80 eram sedentários e 84, não sedentários.

Na avaliação do uso de medicamentos observou-se, que 27 pacientes faziam uso de hidroclorotiazida e propranolol em monoterapia, correspondendo a 37% dos hipertensos.

Baseado em pesquisa de Esposito & Vilas-Boas (2001), os pacientes do presente trabalho estão realizando

tratamento considerado adequado, embora afirmem alguns autores que inibidores da enzima conversora da angiotensina, também possam ser utilizados como monoterapia inicial.

As associações de medicamentos devem seguir um esquema racional, não devendo associar medicamentos com mecanismo de ação, semelhante (Esposito & Vilas-Boas, 2001; Mion et al., 2001; Gus et al., 2005).

Os diuréticos tiazídicos e o propranolol são os medicamentos de primeira escolha para o início de um tratamento, e os tiazídicos, além de possuírem baixo custo, apresentam reações adversas moderadas (Esposito & Vilas-Boas, 2001).

A variedade e combinações de medicamentos anti-hipertensivos entre os hipertensos em politerapia, neste estudo foi elevada predominando a associação de captopril e hidroclorotiazida em 30% das prescrições avaliadas, seguida da furosemida e captopril em 12% das prescrições.

A utilização de apenas dois medicamentos antihipertensivos associados, ocorreu em 66% das prescrições dos hipertensos com politerapia. A politerapia é recomendada pelo Ministério da Saúde quando as associações forem adequadas e portanto devem ser prescritas de maneira racional conforme necessidade de cada indivíduo (Esposito & Vilas-Boas, 2001).

Os tratamentos com três ou mais medicamentos, correspondem a 34% sendo observadas variações de prescrições, incluindo medicamentos como atenolol, espironolactona, enalapril, anlodipino., entretanto, não foram incluídos na análise, por não se tratarem de medicamentos padronizados pelo serviço de saúde. Mesmo assim, vale observar que as associações irracionais devem ser evitadas em qualquer situação.

A maior frequência de interação medicamentosa encontrada foi referente ao uso de captopril associado à furosemida, cujo uso concomitante, aumenta o risco de insuficiência renal, por inibirem a aldosterona, além de potencializarem os efeitos hiperpotassêmicos do diurético poupador de potássio (Esposito & Vilas-Boas, 2001).

A segunda maior frequência de interação encontrada foi à associação de hidroclorotiazida e propranolol, que segundo Esposito & Vilas-Boas (2001), esta interação, eleva os níveis de glicose sanguínea por atuação direta da hidroclorotiazida, na produção hepática de glicose na qual os betabloqueadores inibem de forma indireta a captação tissular da glicose sanguínea, causando um alto risco de crise hiperglicêmica, principalmente em pacientes diabéticos. Porém, apenas um dos pacientes que faz uso deste tipo de tratamento era diabético.

Assim como os resultados obtidos por Esposito & Vilas-Boas (2001), observou-se também que associados aos anti-hipertensivos, 50% usavam ainda, concomitantemente, medicamentos de outras classes farmacológicas como medicamentos ativos do aparelho cardiovascular, sistema músculo esquelético, sistema nervoso central, aparelho digestivo-metabolismo-nutrição sangue e órgãos hematopoiéticos.

O uso destes outros medicamentos junto com os anti-hipertensivos, geram interações medicamentosas diversas (Espósito & Vilas-Boas, 2001) o que foi observado em 47% dos hipertensos no presente estudo.

Diuréticos como a furosemida e hidroclorotiazida associados a hipoglicemiantes orais também ocorreram nos hipertensos analisados neste estudo (19%). Os diuréticos podem antagonizar a ação hipoglicemiante, principalmente das sulfoniluréias, através do bloqueio da secreção de insulina pelo pâncreas, por um mecanismo desconhecido, antagonizando desta forma, a ação das sulfoniluréias, que tem a função de estimular liberação de insulina pelas células B das ilhotas de Langerhans. Estes pacientes deveriam ter sua glicemia rigorosamente controlada e como a depleção de potássio influi no aparecimento desta interação, a calemia também deve ser vigiada e corrigida se detectada uma perda de potássio considerável (Esposito & Vilas-Boas, 2001; Mion et al., 2001).

Observou-se entre os hipertensos o uso de furosemida ou hidroclorotiazida associada à digoxina (17%). Esta associação pode resultar em um quadro de intoxicação digitalica, caracterizado por arritmias. A ação dos digitálicos se baseia na alteração do equilíbrio sódio/potássio em ambos os lados da membrana miocárdica e o nível plasmático, principalmente do potássio, influem decisivamente, na sua ação. Um decréscimo dos níveis plasmáticos de potássio potencializa a ação dos digitálicos, o que pode ser desencadeado pelo uso da furosemida. Se a hipocalcemia for intensa ou a dose de digitálicos for bastante elevada, pode haver a precipitação da intoxicação digitalica (Esposito & Vilas-Boas, 2001).

O uso do propranolol também foi constatado no presente estudo, associado a glibenclamida, (15%) os quais interagem entre si dando lugar a variações na glicemia (hipo e hiperglicemia) e às vezes, a um aumento da pressão arterial. Existem dois mecanismos pelos quais isso pode acontecer: os beta-bloqueadores interferem no mecanismo regulador da glicemia que é mediado pelas catecolaminas, especialmente, na glicogenólise, que se produz em resposta a um episódio hipoglicêmico. Ao ocorrer um episódio hipoglicêmico, se produz liberação de adrenalina endógena, visto que o propranolol atua bloqueando os receptores beta adrenérgicos. Predomina a ação alfa adrenérgica (vasoconstrição), que pode desencadear uma crise hipertensiva (Esposito & Vilas-Boas, 2001; Gus et al., 2005).

O uso de ácido acetilsalicílico associado ao propranolol (14%) foi também detectado no presente estudo e segundo Espósito & Vilas-Boas (2001), o ácido acetilsalicílico pode conduzir a uma diminuição ou perda total do efeito anti-hipertensivo do propranolol, pois este efeito parece ser, em parte, mediado pela ação de determinadas prostaglandinas, as quais têm sua síntese inibida irreversivelmente pelo salicilato. No entanto, esta se dá com doses de 2mg por dia ou mais de ácido acetilsalicílico, o que não impede que o mesmo seja empregado junto com o propranolol, visando a sua ação anti-agregante plaquetária, que é conseguida, em alguns casos, com 100mg diários.

A Amiodarona não deve ser administrada conjuntamente ao propranolol, como foi encontrado no presente estudo. A interação entre esses dois medicamentos, pode levar a processos de assistolia ou fibrilação ventricular por um mecanismo desconhecido. O mesmo não ocorre com outros beta-bloqueadores (Gusmão & Mion, 2006).

Deve ser evitado o uso concomitante do captopril com salicilatos como o ácido acetilsalicílico, pois estes medicamentos inibem a síntese de prostaglandinas, diminuindo assim o efeito anti-hipertensivo do captopril (Esposito & Vilas-Boas, 2001; Mion et al., 2001).

Pelas associações e interações inadequadas observadas e comentadas no presente estudo que podem trazer danos à saúde do indivíduo, conclui-se que uma prescrição racional é indispensável para obter-se uma política adequada de medicamento e conseqüentemente uma melhoria da qualidade de vida.

Finalmente, o presente estudo evidenciou a necessidade de se implantar uma Atenção Farmacêutica ao paciente assistido pelo SUS, para evitar uma elevada prescrição de medicamentos irracional, principalmente com associações inadequadas que podem causar sérios danos à saúde do indivíduo.

## ABSTRACT

*Analysis of drug prescription to hypertensive patients attended by the brazilian national health service (SUS) at the municipal health care center of Rincão, SP*

**The purpose of this study was to identify the drugs most often prescribed for hypertension at the Municipal Health Care Center of the town of Rincão, State of São Paulo, Brazil, and the principal interactions arising from their association with other drugs, both anti-hypertensives and those in other classes. The study included 725 hypertensive patients registered at this health care center who were regularly seen by a physician every three months. Data were collected on age, sex, occurrence of diabetes, smoking, sedentary lifestyle and overweight, to obtain a profile of the hypertensive population of the area. Control records of all patients were available at the pharmacy in the health care center, where patients obtained their drugs once a month. Of the 725 patients, 38% were male and 62% female. Most (57%) were between 50 and 70 years of age, 21% used tobacco and 43% led a sedentary lifestyle. Single-drug therapy accounted for 33% of the prescriptions, multidrug therapy for 66%. In addition to anti-hypertensives, 50% of the patients took drugs of other therapeutic classes. Of those receiving multidrug therapy, 34% used three or more anti-hypertensives and 66% used only two of these drugs. Drug interactions were detected in as many as 47% of the prescriptions. Captopril was the drug that showed most interactions with others (54%), followed by hydrochlorothiazide (27%), furosemide (14%), propranolol (4%), and nifedipine (1%). The**

**analysis revealed that drug consumption by the patients investigated is high, with a concomitantly high number of episodes of drug interaction.**

*Keywords:* drug prescription; SUS; pharmacoepidemiology; drug interaction; arterial hypertension.

## REFERÊNCIAS

- Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Arq Bras Cardiol* 2002; 79(4):375-9.
- Bartuci MR, Perez S, Pugsley P, Lombardo B. Factors associated with adherence in hypertensive patients. *ANNA J* 2002; 14:245-8.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes *mellitus*: hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Brasília, DF. 2001. 102p.
- Espósito MC, Vilas-Boas OMGC. *Avaliação do uso de medicamentos anti-hipertensivos na rede ambulatorial de Alfenas – 2001*. [Dissertação] Alfenas: Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas; 2001.
- Gus M, Guerrero P, Fuchs FD. Perspectivas na associação de fármacos no tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Rev Cardiol* 2005; 14(6):127-34
- Gusmão JL, Mion DJ. Adesão ao tratamento – conceitos. *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(1):23-5.
- Hipertensão arterial. Disponível em URL: <http://www.sbn.org.br/>. [10 dez 2007]
- Jardim PCBV, Jardim TSV. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(1):26-9.
- Mion DJ, Pierin AMG, Guimarães A. Tratamento da hipertensão arterial. Resposta de médicos brasileiros a um inquérito. *Rev Assoc Méd Brasil* 2001; 47(3):249-54.
- Mion DJ, Silva GV, Ortega CK. A importância da medicação anti-hipertensiva na adesão ao tratamento. *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(1):55-8.
- Passos VMA, Assis TD, Barreto, SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15(1):35-45.
- Ribas LFO, Guimarães VM. Avaliação da compreensão dos pacientes hipertensos a respeito da hipertensão arterial e seu tratamento versus controle pressórico. *Rev Bras Med Fam* 2006; 1(4):152-64.
- Rosenfeld S. Prevalence, associated factors, and misuse of medication in the elderly: a review. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):717-24.
- Teixeira JJV, Lefèvre FA. Prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(2):207-13.
- Trindade IS, Heineck G, Machado JR. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Passo Fundo (RS). *Arq Bras Cardiol* 1998; 71(2):127-30.
- Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(2):285-94.

