

MEDICAMENTOS ANTI-HIPERTENSIVOS DISPENSADOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE IPATINGA - MG

ANTIHYPERTENSIVE EXEMPT DRUGS ON A BASIC HEALTH UNIT IN MUNICIPALITY OF IPATINGA – MG

Juliana Franco de Castro Eler¹
Josiane Toledo de Oliveira²
Poliana de Oliveira Mucuta³
Leidiane Heleno Cupertino⁴

Resumo: Considerando o grande número de medicamentos disponíveis para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, o objetivo desta pesquisa foi verificar os medicamentos anti-hipertensivos que são dispensados em uma Unidade Básica de Saúde no município de Ipatinga - MG, bem como a quantidade desses, dispensada no ano de 2014. Os dados referentes aos medicamentos anti-hipertensivos e a quantidade de comprimidos dispensada, foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga-MG através da Seção de Assistência Farmacêutica e Departamento de Atenção Especializada, correspondentes ao ano de 2014. A Unidade Básica de Saúde em estudo encontra-se localizada no bairro Vila Militar, sendo essa escolhida aleatoriamente. O losartana 50mg foi o anti-hipertensivo mais dispensado, seguido pelo anlodipino 5mg, enalapril 10mg, propranolol 40mg, hidroclorotiazida 25mg, metildopa 250mg, furosemida 40mg, carvedilol 3,125mg e carvedilol 12,5mg. É importante salientar o quanto a atenção básica contribui para a qualidade de vida dos pacientes hipertensos com ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação, exercendo assim, um papel fundamental no controle da HAS. Um bom diagnóstico e o tratamento adequados proporcionam menores gastos com internações, invalidez, bem como com a assistência às cardiopatias, acidentes vasculares cerebrais e suas sequelas, reduzindo também a procura aos serviços de emergência.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Medicamentos anti-hipertensivos.

Abstract: Considering the large number of drugs available for the treatment of Hypertension, the objective of this research was to evaluate the anti-hypertensive medicines that are dispensed in a Basic Health Unit in the city of Ipatinga - MG, and the amount of those, dismissed the year 2014. The data relating to anti-hypertensive drugs and the amount of dispensed tablets, were provided by the County Ipatinga - MG Health through the Pharmaceutical Assistance Section and the Department of Specialized Care, corresponding to the year 2014. The Unit Basic Health study is located in the Vila Militar neighborhood, this being chosen randomly. The losartan 50mg was the most dispensed anti-hypertensive, followed by amlodipine 5mg, enalapril 10mg, propranolol 40mg, 25mg hydrochlorothiazide, methyldopa 250mg, 40mg furosemide, carvedilol 3.125mg and 12.5mg carvedilol. Importantly how primary care contributes to the quality of life of hypertensive patients with actions aimed at health promotion, disease prevention, treatment and recovery, exerting therefore a fundamental role in controlling hypertension. A good diagnosis and appropriate treatment provide lower spending on admissions, disability, as well as assistance to heart disease, stroke and its sequels, also reducing the demand for emergency services.

Keywords: Hypertension. Antihypertensive medications.

¹ Professora, orientadora, do curso de Farmácia da Faculdade Única de Ipatinga

² Enfermeira, graduanda do curso de Farmácia da Faculdade Única de Ipatinga

³ Enfermeira, graduanda do curso de Farmácia da Faculdade Única de Ipatinga

⁴ Nutricionista, graduanda do curso de Farmácia da Faculdade Única de Ipatinga. E-mail: leidenut@yahoo.com.br

1.INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada, atualmente, um grave problema de saúde pública, não apenas por apresentar alta prevalência, mas também por representar um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e doença renal crônica (MOTTER *et al.*, 2013). Estima-se que em 2025 o número mundial de hipertensos possa chegar a 1,56 bilhão (ZATTAR *et al.*, 2013).

A HAS é uma situação clínica caracterizada por níveis de pressão arterial (PA) elevados (MARTELLI *et al.*, 2008). Consideram-se hipertensos, indivíduos com valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg. O diagnóstico deverá ser validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões (SBC, 2010)

Dados apontam uma relação contínua entre níveis pressóricos e taxas de mortalidade cardiovascular, demonstrando ainda que uma redução média de 5mmHg na pressão arterial diastólica (e/ou 10mmHg na pressão sistólica) diminui o risco de acidente vascular cerebral em aproximadamente um terço e o risco de doença arterial coronariana em um sexto (MOTTER *et al.*, 2015).

A HAS trata-se de uma doença crônica, na maioria das vezes assintomática (SANCHES *et al.*, 2004), de etiologia multifatorial (RIBEIRO; MUSCARÁ, 2001), não transmissível (MIBIELLI *et al.*, 2014), sendo a principal causa de óbito prevenível no mundo (FERREIRA *et al.*, 2014). A inatividade física, o consumo de bebidas alcoólicas e o tabagismo são os principais fatores de risco, potencialmente controláveis, da hipertensão arterial (MARTINS *et al.*, 2010).

Cerca de 90% a 95% de todos os casos de hipertensão são ditos de hipertensão primária, também conhecida como hipertensão arterial essencial, que se apresenta sem uma causa definida. Em contraste, todas as demais formas de hipertensão, chamadas secundárias, estão associadas a outras patologias ou formas conhecidas e compreendidas, como a obesidade, envelhecimento, diabetes melitos, insuficiência renal crônica e dislipidemias (MARTELLI *et al.*, 2008).

No Brasil, é citada entre as principais causas de morbidade e mortalidade, tendo elevado impacto econômico individual e para os sistemas de saúde (PINTO *et al.*, 2010).

De acordo com Marchiolia *et al.* (2010), estima-se que 75% das pessoas hipertensas recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento na Atenção Básica.

A atenção primária à saúde pública, no Brasil, é realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com a maioria dos diagnósticos e monitoramento realizados por clínicos gerais

e médicos de família vinculados às unidades do Programa Saúde da Família (OBRELI NETO *et al.*, 2009).

Segundo Zattar *et al.* (2013), para o controle e adequado manejo da pressão arterial elevada e de suas consequências é imprescindível a identificação e acompanhamento dos hipertensos pelos serviços de saúde .

O tratamento da HAS abrange duas abordagens terapêuticas capazes de melhorar significativamente o prognóstico da doença e a qualidade de vida das pessoas (ZATTAR *et al.*, 2013): o tratamento não farmacológico, onde tem sido recomendado o abandono do tabagismo, controle do peso, redução do consumo de bebidas alcoólicas, exercício físico, redução da ingestão de sal, entre outros (PLUCIENNIK, 2010); e o tratamento farmacológico (MOTTER *et al.*, 2015), que pode ser administrado isolado ou em associação (LONGO *et al.*, 2011).

Qualquer que seja o tratamento proposto é importante obter-se a adesão contínua do paciente às medidas recomendadas (SANCHES *et al.*, 2004). Contudo, existem evidências de que os pacientes tendem a interromper o tratamento quando apresentam níveis tensionais controlados, por não associarem o efeito do tratamento contínuo à manutenção dos níveis pressóricos. Por outro lado, portadores que aderem às medidas terapêuticas podem apresentar redução insuficiente dos níveis tensionais e não perceberem devido à ausência de sintomas (MOTTER *et al.*, 2015).

Para Sanches *et al.* (2004), a falta de adesão ao tratamento pode ser atribuída a vários fatores, destacando-se os relacionados ao paciente, como hábitos de vida, crença, hábitos culturais; à doença, como a cronicidade e ausência de sintomas e ao tratamento, como efeitos indesejáveis das drogas e acesso ao tratamento.

Classes de medicamentos anti-hipertensivos

Segundo preconizam as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, é importante que o medicamento anti-hipertensivo seja eficaz via oral, tenha boa tolerabilidade e permita o menor número de tomadas diárias. Do mesmo modo, no início do tratamento as doses devem ser as menores recomendadas para a situação clínica do paciente, podendo ser aumentadas gradativamente, uma vez que o aumento desta é proporcional à probabilidade de ocorrência dos efeitos adversos.

Além da evidência de benefício clínico, a escolha do anti-hipertensivo deve considerar diversos fatores, como as comorbidades do paciente, o perfil de efeitos adversos, interação

medicamentosa, posologia e até mesmo o preço do fármaco no mercado (MARTELLI *et al.*, 2008).

Os medicamentos para hipertensão são divididos em seis classes principais: diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), antagonistas do receptor AT1 da angiotensina II (ARAI) e bloqueadores dos canais de cálcio (PLUCIENNIK, 2010).

Os mecanismos de ação desses anti-hipertensivos são descritos a seguir.

Diuréticos

São substâncias com uma ação sobre os rins, atuando de forma a aumentar a taxa do débito e volume urinário, conseqüentemente a excreção urinária de solutos, em especial o sódio e cloreto (MARTELLI *et al.*, 2008). O uso clínico mais comum dos diuréticos é para reduzir o volume de líquido extracelular, especialmente em doenças associadas a edema e hipertensão, inibindo a reabsorção tubular em locais diferentes ao longo do néfron renal (LONGO *et al.*, 2011). Posteriormente, após cerca de quatro a seis semanas, o volume circulante praticamente se normaliza e há redução da resistência vascular periférica (SBC, 2010). As classes gerais de diuréticos seguem abaixo.

Diuréticos de Alça: são diuréticos potentes que diminuem a reabsorção ativa no segmento ascendente espesso da alça de Henle ao bloquear o cotransportador de sódio, cloreto, potássio, localizado na membrana luminal das células epiteliais (MARTELLI *et al.*, 2008). Ao bloquear o cotransporte ativo de sódio, cloreto e potássio na membrana luminal da alça de Henle, os diuréticos de alça aumentam o débito urinário desses eletrólitos e também de outros, bem como o de água (LONGO *et al.*, 2011). São exemplos de Diuréticos de Alça: Furosemida e Piretanida (SBC, 2010).

Diuréticos Tiazídicos: atuam basicamente na parte proximal dos túbulos contorcidos distais, bloqueando o cotransportador de sódio-cloreto na membrana luminal das células tubulares. Sob condições favoráveis, esses agentes fazem com que de 5% a 10% do filtrado glomerular passe para a urina (MARTELLI *et al.*, 2008). A queda inicial da pressão arterial decorre da diminuição da volemia causada pela diurese, mas a fase tardia também está relacionada a uma ação sobre a musculatura lisa vascular (LONGO *et al.*, 2011). São exemplos de Diuréticos Tiazídicos: Hidroclorotiazida e Clortalidona (SBC, 2010).

Inibidores competitivos da aldosterona: competem com esse hormônio pelos sítios receptores nas células epiteliais do túbulo coletor cortical, reduzindo a absorção de sódio e secreção de potássio nesse segmento tubular. Conseqüentemente, o sódio permanece no túbulo agindo como diurético osmótico e causando aumento da excreção de água e sódio (MARTELLI *et al.*, 2008).

Na medida em que esses fármacos bloqueiam os efeitos da aldosterona, de promover a secreção de potássio pelos túbulos, eles diminuem a excreção desse íon, aumentando sua concentração no líquido extracelular e por isso são referidos como diuréticos poupadores de potássio. A espironolactona é um exemplo dessa classe. (LONGO *et al.*, 2011).

Diuréticos que bloqueiam canais de sódio nos túbulos coletores: inibem a reabsorção de sódio e secreção de potássio de modo semelhante à espironolactona. Entretanto, no nível celular agem diretamente, bloqueando os canais de sódio da membrana luminal das células epiteliais do túbulo coletor. Devido a essa menor entrada de sódio nas células epiteliais do túbulo coletor, ocorre também um menor transporte desse íon pelas membranas basolaterais e, conseqüentemente, menor atividade da atepase Na/K (MARTELLI *et al.*, 2008). Essa diminuição de atividade reduz o transporte de potássio para as células e, por fim, diminui a secreção de potássio para o líquido tubular. Por essa razão, os bloqueadores dos canais de sódio são também considerados diuréticos poupadores de potássio (LONGO *et al.*, 2011). Um exemplo dessa classe é a amilorida (MARTELLI *et al.*, 2008).

Inibidores adrenérgicos

Ação central: Atuam estimulando os receptores alfa-2 adrenérgicos pré-sinápticos no sistema nervoso central, reduzindo o tônus simpático. Exemplos: metildopa, clonidina (SBC, 2010).

Betabloqueadores: Seu mecanismo anti-hipertensivo envolve diminuição inicial do débito cardíaco, redução da secreção de renina, readaptação dos barorreceptores e diminuição das catecolaminas nas sinapses nervosas. Betabloqueadores de geração mais recente (terceira geração), diferentemente dos betabloqueadores de primeira e segunda gerações também proporcionam vasodilatação. São exemplos de betabloqueadores: atenolol, carvedilol, propranolol (SBC, 2010).

Alfabloqueadores: Apresentam efeito hipotensor discreto a longo prazo como monoterapia, devendo, portanto, ser associados com outros anti-hipertensivos. Podem induzir ao aparecimento de tolerância, o que exige o uso de doses gradativamente crescentes. Têm a vantagem de propiciar melhora discreta no metabolismo lipídico e glicídico. Exemplo: doxazosina (SBC, 2010).

Vasodilatadores diretos

Atuam sobre a musculatura da parede vascular, promovendo relaxamento muscular com conseqüente vasodilatação e redução da resistência vascular periférica. São utilizados em associação com diuréticos e betabloqueadores. Hidralazina e minoxidil são dois dos principais representantes desse grupo (SBC, 2010).

Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA)

O sistema renina-angiotensina-aldosterona é um dos responsáveis pela regulação dos níveis pressóricos no organismo, sendo dessa forma importante alvo de atuação no tratamento da hipertensão arterial sistêmica (COSTA *et al.*, 2009).

Os inibidores da enzima conversora de angiotensina impedem a conversão de angiotensina I para angiotensina II (RIBEIRO; MUSCARÁ, 2001). Desta forma impedem ou atenuam as respostas à angiotensina: aumento da resistência vascular sistêmica e das pressões arteriais média, sistólica e diastólica (JORDÃO; SANTOS, 2013).

A angiotensina II é um vasoconstritor extremamente forte. A vasoconstrição ocorre rapidamente, sendo muito intensa nas arteríolas e menos acentuada nas veias. A constrição das arteríolas aumenta a resistência vascular periférica elevando a pressão arterial. A constrição das veias aumenta o retorno venoso. Outro mecanismo importante para elevação da pressão arterial é sua ação renal, diminuindo a excreção de sal e água, aumentando lentamente o volume extracelular (JORDÃO; SANTOS, 2013). O uso de IECA é um dos meios disponíveis para bloquear esse sistema (COSTA *et al.*, 2009). Exemplos: captopril, enalapril, lisinopril (SBC, 2010).

Antagonistas do receptor AT1 da angiotensina (ARAI)

A angiotensina II liga-se a dois subtipos de receptores, AT1 e o AT2, e todas as funções conhecidas da angiotensina II se dão pela ligação com os receptores AT1 (MARTELLI *et al.*, 2008). Os ARA II agem por antagonismo total, competitivo e específico nos receptores AT1 da angiotensina II, sem atuação no subtipo AT2. O bloqueio dos receptores AT1 por antagonismo inibe a contração da musculatura lisa vascular causada pela angiotensina II assim como previne e revertem todos os seus demais efeitos conhecidos. Como consequência, ocorre vasodilatação, excreção de sódio e diminuição da atividade noradrenérgica (RAMOS; CASALI, 2012), exercendo assim ação anti-hipertensiva (MARTELLI *et al.*, 2008). São exemplos de ARAII o losartana, valsartana (SBC, 2010).

Bloqueadores dos canais de cálcio

A ação anti-hipertensiva decorre da redução da resistência vascular periférica por diminuição da concentração de cálcio nas células musculares lisas vasculares. Apesar do mecanismo final comum, esse grupo é dividido em três subgrupos, com características químicas e farmacológicas diferentes: fenilalquilaminas, benzotiazepinas e diidropiridinas (SBC, 2010). Os fármacos de cada uma dessas três classes ligam-se às subunidades α do canal de cálcio cardíaco, mas em locais distintos e que vão interagir entre si e com o maquinário de controle da passagem de cálcio, impedindo assim sua abertura e, conseqüentemente, reduzindo a entrada de cálcio (LONGO *et al.*, 2011). Exemplos: anlodipino, nifedipino (SBC, 2010).

Considerando o grande número de medicamentos disponíveis para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, o objetivo desta pesquisa foi verificar os medicamentos anti-hipertensivos que são dispensados em uma Unidade Básica de Saúde no município de Ipatinga-MG, bem como a quantidade desses, dispensada no ano de 2014.

2. MÉTODOS

A presente pesquisa foi realizada por meio de um estudo transversal, descritivo e quantitativo. O material para realização desta pesquisa foi obtido a partir da revisão bibliográfica de artigos científicos publicados em periódicos localizados nas bases de dados Scielo, juntamente com publicações da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Os dados referentes aos medicamentos anti-hipertensivos e a quantidade de comprimidos dispensada, foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Ipatinga-MG através da Seção de Assistência Farmacêutica (SEAF) e Departamento de Atenção Especializada (DAES), correspondentes ao período de janeiro a dezembro de 2014.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) em estudo encontra-se localizada no bairro Vila Militar, sendo essa escolhida aleatoriamente.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os medicamentos anti-hipertensivos dispensados na UBS em estudo foram: propranolol 40mg (betabloqueador adrenérgico), furosemida 40mg (diurético de alça), hidroclorotiazida 25mg (diurético tiazídico), carvedilol 12,5mg (betabloqueador adrenérgico), losartana 50mg (ARAI), carvedilol 3,125mg (betabloqueador adrenérgico), anlodipino 5mg (bloqueador dos canais de cálcio), metildopa 250mg (inibidor adrenérgico de ação central) e enalapril 10mg (IECA).

Estes anti-hipertensivos estão incluídos na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) de Ipatinga, que é definida pela Comissão Técnica de Farmácia e Terapêutica (CTFT) composta por um médico, dois farmacêuticos e um enfermeiro como membros permanentes. A CTFT foi instituída pelo Decreto Municipal nº 7.030, de 12/05/11 e convida outros profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) Ipatinga (médicos especialistas, odontólogos, enfermeiros, nutricionistas) para discutir a inclusão e exclusão de medicamentos (Informação verbal*).

A escolha dos medicamentos é feita levando-se em consideração aqueles que geram menos efeitos adversos, a tolerabilidade, menor custo financeiro para a prefeitura e para o paciente (caso necessite comprar o medicamento), menor risco de interações medicamentosas, escolhendo-os ainda, de forma a se obter uma maior disponibilidade de classes (Informação verbal*).

Tais considerações no momento da escolha de um anti-hipertensivo são importantes, pois, de acordo com Obreli Neto *et al.* (2009), a escolha adequada do medicamento anti-hipertensivo é fundamental para redução da PA, prevenção de eventos cardiovasculares e renais nos pacientes hipertensos, necessitando na maioria dos casos de duas ou mais drogas para o alcance destes objetivos terapêuticos.

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, as associações de drogas devem ser feitas de forma racional, evitando-se associar drogas com mecanismos de ação similares, com exceção da associação de diuréticos tiazídicos e de alça com poupadores de potássio.

Conforme apresentado na figura 1, observou-se que o losartana 50mg foi o anti-hipertensivo mais dispensado (29,6%) em 2014 na UBS do bairro Vila Militar no município de Ipatinga – MG, seguido pelo anlodipino 5mg (16,3%), enalapril 10mg (16%), propranolol 40mg (13,3%), hidroclorotiazida 25mg (12,7%), metildopa 250mg (5,5%), furosemida 40mg (5,3%), carvedilol 3,125mg (0,8%) e carvedilol 12,5mg (0,5%).

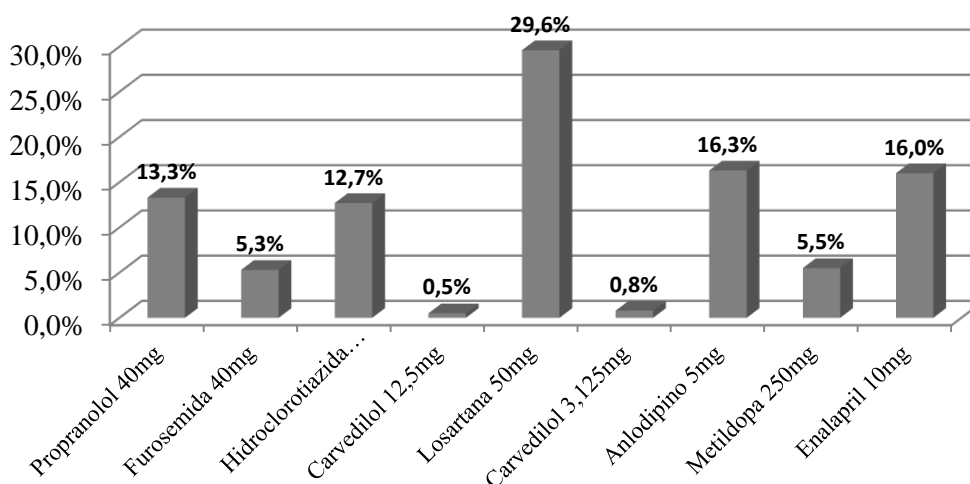
De acordo com Kohlmann Jr *et al.* (2006), entre os anti-hipertensivos, os ARAII e os antagonistas dos canais de cálcio ocupam lugar de destaque, pois além de eficazes têm capacidade de proteção dos órgãos-alvo e apresentam baixa incidência de eventos adversos e um bom perfil metabólico.

Vale salientar que a inserção dos ARAII no mercado farmacêutico iniciou-se no final da década de 1980 com o losartana e já possui, atualmente, vários outros representantes dessa classe como: candesartana, irbesartana, losartana, olmesartana, telmisartana e valsartana.

*BARROS, Jusciléia Furtado Melo. SMS - Ipatinga-MG, SEAF/DAES, 14 de maio de 2015.

Assim como os IECA, os ARAII também atuam impedindo a ação da Angiotensina II, no entanto, não geram o efeito colateral típico, que é a tosse seca, presente em 30% dos tratamentos com IECA (RAMOS; CASALI, 2012).

Figura 1 - Percentual de anti-hipertensivos dispensados em uma UBS no município de Ipatinga – MG em 2014.



Com relação ao representante da classe dos IECA, notou-se que o enalapril 10mg foi o terceiro medicamento mais dispensado. Para Longo *et al.* (2011), apesar de o captopril ser o IECA frequentemente prescrito nas unidades de saúde, o enalapril apresenta-se consideravelmente como droga mais potente. Outro ponto interessante é seu tempo de ação ser mais prolongado, sendo eficaz tanto em monoterapia como em associação com outras drogas, especialmente diuréticos.

A hidroclorotiazida 25mg foi o diurético tiazídico escolhido para compor a REMUME de Ipatinga e segundo Martelli *et al.* (2008), apesar das evidências em favor da clortalidona, a hidroclorotiazida continua sendo o diurético tiazídico mais comum utilizado na prática clínica.

O número de caixas (contendo 30 comprimidos cada) de anti-hipertensivos dispensados na UBS do bairro Vila Militar no município de Ipatinga – MG em 2014, por trimestre, estão apresentados na tabela 1.

Os dados referentes à quantidade de comprimidos (comp.) dispensada foram fornecidos por unidade, no entanto, optou-se por padronizar a utilização de caixas contendo 30 comprimidos para melhor apresentação dos resultados.

Tabela 1 – N° de caixas (30 comp.) de anti-hipertensivos dispensados na UBS do bairro Vila Militar no município de Ipatinga – MG em 2014, por trimestre.

	1° trimestre	2° trimestre	3° trimestre	4° trimestre	TOTAL
Propranolol 40mg	1283	1283	1267	1200	5033
Furosemida 70mg	133	567	1033	267	2000

Hidroclorotiazida 25mg	1410	500	1520	1385	4815
Carvedilol 12,5mg	100	0	10	90	200
Losartana 50mg	3425	2870	3095	1823	11213
Carvedilol 3,125mg	100	36	49	118	303
Anlodipino 5mg	1350	2067	1700	1066	6183
Metildopa 250mg	667	483	467	467	2084
Enalapril 10mg	2067	2033	500	1400	6000
TOTAL	10535	9839	9641	7816	37831

Em 2014 foram dispensados 37831 caixas (cx.) de medicamentos para a hipertensão na UBS do bairro Vila Militar.

Pôde-se observar que o losartana 50mg foi o medicamento mais dispensado em todos os trimestres do ano de 2014, totalizando 11213 caixas dispensadas. Já o carvedilol 12,5mg foi o anti-hipertensivo menos dispensado (total de 200 cx. em 2014).

Cabe ressaltar que no 2º trimestre não houve dispensação de carvedilol 12,5mg, o que possivelmente contribuiu para esse resultado. Deve-se acrescentar que nesse período, supostamente, ocorreu falta do medicamento em estoque, fato que pode ter ocorrido com os demais anti-hipertensivos ao longo do ano (Informação verbal).

4. CONCLUSÃO

Os medicamentos anti-hipertensivos dispensados na UBS em estudo foram: propranolol 40mg, furosemida 40mg, hidroclorotiazida 25mg, carvedilol 12,5mg, losartana 50mg, carvedilol 3,125mg, anlodipino 5mg, metildopa 250mg e enalapril 10mg, sendo o losartana 50mg o mais dispensado (11213 caixas em 2014).

Ressalta-se que os resultados apresentados nesta pesquisa foram referentes à dispensação de anti-hipertensivos, não significando necessariamente que estes medicamentos são, também, os mais prescritos e utilizados, tendo em vista que a aquisição desses pode ser realizada por outros meios, como por exemplo, o pagamento direto pelos usuários. Para isso, seriam necessários outros estudos.

É importante salientar o quanto a atenção básica contribui para a qualidade de vida dos pacientes hipertensos com ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação, exercendo assim, um papel fundamental no controle da HAS. Um bom diagnóstico e o tratamento adequados proporcionam menores gastos com internações, invalidez, bem como com a assistência às cardiopatias, acidentes vasculares cerebrais e suas sequelas, reduzindo também a procura aos serviços de emergência.

5. REFERÊNCIAS

COSTA, Verônica Vieira da *et al.* Influência do Uso Crônico dos Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina na Hipotensão Arterial após Indução Anestésica. É Necessário Suspende Este Fármaco no Pré-Operatório? **Revista Brasileira de Anestesiologia**. Botafogo, RJ, v. 59, n. 6, p. 704-715, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v59n6/v59n6a06.pdf>>. Acesso em: 19 de maio de 2015.

FERREIRA, Reginara Alves *et al.* Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 30, n. 4, p. 815-826, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0815.pdf>>. Acesso em: 25 de maio de 2015.

JORDÃO, Miriam Gomes; SANTOS, Ari Tadeu Lírio dos. Hipotensão Arterial em Cirurgia de Revascularização do Miocárdio: Influência dos Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. Botafogo, RJ, v. 52, n. 2, p. 209-216, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v52n2/v52n2a08.pdf>>. Acesso em: 25 de maio de 2015.

KOHLMANN JR, Osvaldo *et al.* Estudo “LOTHAR”: Avaliação de Eficácia e Tolerabilidade da Combinação Fixa de Anlodipino e Losartana no Tratamento da Hipertensão Arterial Primária. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. V. 86, n. 1, p. 39-51, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v86n1/a07v86n1.pdf>>. Acesso em: 03 de junho de 2015.

LONGO, Marco Aurelio Tosta *et al.* Hipertensão Arterial Sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de Psicogeriatría do Instituto Bairral de Psiquiatria, no Município de Itapira, SP. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ, v. 14, n. 2, p. 271-284, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v14n2/v14n2a08.pdf>>. Acesso em: 27 de maio de 2015.

MARCHIOLIA, Milton *et al.* Classes de anti-hipertensivos prescritas aos idosos na Estratégia de Saúde da Família do município de Marília (SP). **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, BA, v. 34, n. 3, p. 682-693, 2010. Disponível em:

<<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n3/a1872.pdf>>. Acesso em: 10 de junho de 2015.

MARTELLI, Anderson *et al.* Aspectos clínicos e mecanismo de ação das principais classes farmacológicas usadas no tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Revista Estudos de Biologia**. Curitiba, PR, v. 30, n. 70/ 71/ 72, p. 149-156, 2008. Disponível em: <www2.pucpr.br/reol/index.php/BS?dd1=4622&dd99=pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2015.

MARTINS, Maria Silvia Amicucci *et al.* Hipertensão Arterial e Estilo de Vida em Sinop, Município da Amazônia Legal. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. V. 94, n. 5, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n5/aop02410.pdf>>. Acesso em: 20 de maio de 2015.

MIBIELLI, Pablo *et al.* Interações medicamentosas potenciais entre idosos em uso dos anti-hipertensivos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do Ministério da Saúde do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 30, n. 9, p. 1947-1956, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n9/0102-311X-csp-30-9-1947.pdf>>. Acesso em: 29 de maio de 2015.

MOTTER, Fabiane Raquel *et al.* Conhecimento sobre a farmacoterapia por portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, RJ, v. 18, n. 8, p. 2263-2274, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/10.pdf>>. Acesso em: 18 de maio de 2015.

MOTTER, Fabiane Raquel *et al.* Avaliação do conhecimento sobre níveis tensionais e cronicidade da hipertensão: estudo com usuários de uma Farmácia Básica no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 31, n. 2, p. 395-404, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n2/0102-311X-csp-31-02-00395.pdf>>. Acesso em: 01 de junho de 2015.

OBRELI NETO, P.R. *et al.* Avaliação da farmacoterapia anti-hipertensiva em pacientes diabéticos atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS) na rede municipal de saúde de Salto Grande, SP. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. Araraquara, SP, v. 30, n. 3, p. 323-329, 2009. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/938/884>. Acesso em: 19 de maio de 2015.

PINTO, Cláudia Du Bocage Santos *et al.* Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, SP, v. 44, n. 4, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/1386.pdf>>. Acesso em: 18 de maio de 2015.

PLUCIENNIK, Ana Maria Aratangy. Medicamento anti-hipertensivo: vale a pena prescrever o mais caro? Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Divisão de Doenças Crônicas não Transmissíveis — CVE, 2010. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cronicas/dcnt_hiper.htm>. Acesso em: 29 de maio de 2015.

RAMOS, Diego Carneiro; CASALI, Ana Cristina Grisi. Antagonistas dos receptores da angiotensina II: uma revisão de classe. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. Ano 1, n. 2, p. 80-94, 2012. Disponível em: <<http://www.grupouninter.com.br/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/129/64>>. Acesso em: 28 de maio de 2015.

RIBEIRO, Wellington; MUSCARÁ, Marcelo Nicolás. Características farmacocinéticas de antagonistas de cálcio, inibidores da ECA e antagonistas de angiotensina II em humanos. **Revista Brasileira de Hipertensão**. V. 8, n. 1, p. 114-124, 2001. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/8-1/013.pdf>>. Acesso em: 01 de junho de 2015.

SANCHES, Cristiane Garcia *et al.* Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, SP, v. 38, n. 1, p. 90-98, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/11.pdf>>. Acesso em: 17 de maio de 2015.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2010; 95(1 supl.1): 1-51. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/medica/diretrizes.asp>>. Acesso em: 10 de junho de 2015.

ZATTAR, Luciana Carmen *et al.* Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 29, n. 3, p. 507-521, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n3/a09v29n3.pdf>>. Acesso em: 25 de maio de 2015.