

---

## ARTIGO ORIGINAIS

---

# *Avaliação do tratamento Medicamentoso ambulatorial em pacientes hipertensos*

Manuela de Abreu Viana<sup>1</sup>, Lya Duarte Ramos<sup>1</sup>, Helena Elisa Piazza<sup>2</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Descrever os aspectos relativos à terapêutica da hipertensão em pacientes atendidos no Ambulatório de Especialidades Médicas - UNISUL entre março de 2003 a abril de 2005. **Método:** Estudo observacional com delineamento tipo coorte. A amostra foi constituída por 165 adultos, portadores de hipertensão e que realizaram 2 consultas com intervalo de pelo menos 2 meses. O instrumento de coleta de dados foi o protocolo de pesquisa. Foi realizada a aferição da pressão arterial (PA) na 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> consultas e anotadas as terapêuticas medicamentosas realizadas. PA de 140/90 mmHg foi considerada controlada. O IMC, a presença de tabagismo e de medicações predisponentes de hipertensão também foram avaliados. **Resultados:** A média de idade foi 50,1 anos. A maioria dos pacientes referiu nunca ter fumado. A média do IMC foi 32,1. Na 1<sup>a</sup> consulta, a PA sistólica teve como média 152,7 mmHg e a diastólica 94,1 mmHg. Já na 2<sup>a</sup> consulta, a média da PA sistólica foi de 139,4 mmHg e da diastólica 87,6 mmHg. Não houve diferença estatisticamente significativa ao relacionar a PA sistólica e diastólica médias na 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> consultas em relação ao sexo. Terapia prévia à 1<sup>a</sup> consulta foi observada em 81% dos pacientes, na maioria mulheres. Mono e dupla terapias foram as mais freqüentes em ambos os sexos. IECA e Diurético foram os medicamentos mais utilizados. O controle da PA foi alcançado em 49,7% dos pacientes. A dislipidemia e a diabetes melito foram as doenças associadas à HAS mais prevalentes. Observou-se que a maioria das doenças, com exceção do aci-

dente vascular cerebral e da insuficiência renal, foram mais freqüentes nas mulheres. A prevalência da diabetes melito e da insuficiência coronariana foram iguais em ambos os sexos. Os AINEs e os antidepressivos foram os medicamentos predisponentes de HAS mais freqüentemente utilizados pelas mulheres. Os homens utilizaram mais os corticosteróides. **Conclusão:** Praticamente metade dos pacientes estudados possuía PA controlada na 2<sup>a</sup> consulta, sendo necessárias duas classes medicamentosas para o controle da PA. Dentre as drogas utilizadas os diuréticos e IECA foram as mais freqüentes. O uso de drogas predisponentes de HAS e a presença de IMC elevado podem ter contribuído para o não controle da PA.

**Descritores:** 1. hipertensão arterial,  
2. tratamento medicamentoso,  
3. ambulatório.

### Abstract

**Objective** Describe the relative aspects of hypertension treatment in patients that are attended in Medical Specialties Ambulatory – Unisul between march of 2003 and April of 2005. **Method** Observational study / cohort. The sample was constituted by 165 adults with hypertension that realized 2 consultations in an interval of, at least, 2 months. The data collection tool was a research protocol. It was realized blood pressure measurements in 1<sup>a</sup> and 2<sup>a</sup> consults and registered the drug treatment realized. The BMI, smoking and associated medications of hypertension was appraised too. **Results** Mean age of the patients was 50, 1. Most of the patients had never smoked. Mean BMI was 32, 1. In the 1<sup>a</sup> consult the mean systolic blood pressure was 152, 7 mmHg

---

1. Alunas do 5º ano do curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina  
2. Mestre em Ciências Médicas e Professora de Clínica Médica - Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas - Ambulatório de Especialidades Médicas (AME) - Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL)

and diastolic 94, 1 mmHg. In the 2<sup>a</sup> consult, the mean systolic blood pressure was 139, 4 mmHg and diastolic 87, 6 mmHg. There were no statistic significantly difference when we related mean systolic and diastolic blood pressure in 1<sup>a</sup> and 2<sup>a</sup> consults with sex. It was observed that 81% of patients were using antihypertensive medication before the 1<sup>a</sup> consult, majority women. Most of patients (both of sex) were using 1 or 2 antihypertensive medications. ACE inhibitors and diuretics were more prevalent. The blood pressure control was observed in 49, 7% of patients. Dyslipidemia and diabetes mellitus were the associate disease of hypertension more prevalent. Most of diseases, except stroke and nephropathy, were more often in women. Diabetes mellitus and coronary insufficiency prevalence were the same in both of sex. The anti-inflammatory and antidepressants were the medicaments that increase arterial blood pressure levels more often used by women. Men used more amphetamines and corticoids. Conclusion The present study showed that hypertension was controlled in half of patients surveyed, two drugs was needed to control the hypertension. ACE inhibitor and diuretic was most often utilized drugs. High BMI and medicaments that increase arterial blood pressure levels could contribute to uncontrolled blood pressure.

**Keywords:** 1. *hypertension*,  
2. *treatment*,  
3. *ambulatory*.

### Introdução

A hipertensão arterial é um importante problema de saúde em todo o mundo industrializado devido a sua alta prevalência, acometendo aproximadamente 25% dos adultos.(1) Os avanços no diagnóstico e tratamento da hipertensão refletem-se nos significativos índices de diminuição da taxa de mortalidade por coronariopatia (-49%) e acidente vascular cerebral (-58%) que ocorreram nos últimos 25 anos.(1) Além disso, pode resultar em hipertrofia cardíaca com insuficiência cardíaca por cardiopatia hipertensiva, dissecação da aorta e insuficiência renal.(1,2)

O National Health and Nutrition Examination Survey tem indicado que 50 milhões ou mais americanos têm pressão alta e estão sob alguma forma de tratamento.(3,4) Estima-se que a prevalência de hipertensão no mundo seja de 1 bilhão de indivíduos, e aproximadamen-

te 7,1 milhões de mortes por ano podem ser atribuídas à hipertensão.(3) Nos Estados Unidos, aproximadamente 30% dos adultos não sabem que têm hipertensão, mais de 40% dos indivíduos com hipertensão não a tratam, e dois terços dos pacientes com hipertensão não estão controlando a Pressão Arterial (PA) a níveis menores de que 140/90 mmHg.(3)

Os estudos de prevalência no Brasil são poucos e não representativos do país.(5) Os inquéritos apontam alta prevalência, da ordem de 22% a 44%.(6) Em recente avaliação realizada em pacientes portadores de Hipertensão Arterial, atendidos no programa de hipertensão das unidades básicas de saúde em São Paulo, identificou-se que 33%, apesar de estarem em tratamento, tinham valores pressóricos nos estágios 2 ou 3 (PA > 160/100 mmHg).(7) O grupo de pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública realizou, em 1985, um estudo que mostrou uma alta letalidade hospitalar e alta proporção de gastos para o atendimento dessas patologias.(8) O custo alto de atendimento aos pacientes hipertensos foi também mostrado em hospital universitário do Rio de Janeiro.(6) As incapacitações são outra fonte de informação com relação à magnitude da hipertensão arterial na sociedade. Em 1978, para o Brasil como um todo, o tempo médio de afastamento por hipertensão arterial era duas vezes o tempo médio de afastamento por todas as outras causas,(8) elevando o custo médico-social, principalmente pelas suas complicações. (9) Desde 1963, as doenças cardiovasculares superaram as outras causas de morte, sendo responsáveis atualmente por 27% dos óbitos.(9) Diferentemente do quadro norte-americano, que mostrou redução de 60% na mortalidade por doença cérebro-vascular e 53% por doença arterial coronariana, no Brasil a redução verificada foi de 20% e 13%, respectivamente.(10) As tendências de risco de morte por doenças cardiovasculares são diferentes nas diversas regiões, com queda no Sudeste e Sul, aumento no Centro-Oeste e Nordeste e estabilização no Norte.(10)

Embora a pressão alta seja uma das causas mais comuns de consulta médica, muitos pacientes com hipertensão diagnosticada têm um pobre controle da PA.(11) O controle pressórico inadequado é possivelmente o fator de maior impacto sobre a alta prevalência de complicações clínicas da hipertensão arterial, daí o grande interesse pelo assunto.(12) Os benefícios de diminuir a pressão, demonstrados após curto tratamento de hipertensão maligna, têm sido constatados em todos

os estágios da hipertensão. Testes envolvendo pacientes com hipertensão estágio 1 e 2 mostraram que reduzir a pressão sistólica em 10 ou 12 mmHg e a pressão diastólica em 5 ou 6 mmHg reduz o risco de ataque cardíaco em 40%, o risco de doença coronariana em 16% e o risco de morrer por qualquer outra causa cardiovascular em 20%.(13)

Considerando a hipertensão um importante fator de risco para muitas doenças, sua alta prevalência no Brasil e no mundo e o alto custo médico e social que acarreta, torna-se importante conhecer o comportamento terapêutico nos pacientes hipertensos que procuram o Ambulatório de Especialidades Médicas da Unisul, na cidade de Tubarão, para que possamos criar estratégias de controle adequado da doença e prevenção das comorbidades associadas.

O objetivo deste estudo é descrever os aspectos relativos à terapêutica da Hipertensão Arterial na população adulta com idade inferior a 60 anos, atendida no Ambulatório de Especialidades Médicas - (AME - UNISUL), no período compreendido entre março de 2003 a maio de 2005.

### **Método**

Este é um estudo observacional com delineamento tipo coorte, no qual foram estudados 165 pacientes, com idade inferior a 60 anos, que foram atendidos no AME-UNISUL, no período entre março de 2003 a maio de 2005, e que realizaram 2 consultas num intervalo de pelo menos 2 meses. Os dados foram coletados utilizando um protocolo de pesquisa. Foi aplicado a todos os participantes da pesquisa um questionário contendo perguntas relativas aos aspectos demográficos, hábito de fumar, uso de medicações prévias à primeira consulta, uso de medicações que predisõem a Hipertensão Arterial e morbidades associadas. Foi realizada a aferição da PA na 1ª e 2ª consultas e anotadas também as terapêuticas medicamentosas realizadas na 1ª e 2ª consultas.

Os pacientes que na primeira consulta apresentassem valor da PA igual ou superior a 140/90 mmHg, por se tratar de medida única e, portanto não caracterizar o diagnóstico de Hipertensão Arterial, eram inquiridos sobre níveis tensionais prévios ou convidados a realizar curva tensional ambulatorial domiciliar (medida da PA diária por pelo menos 7 dias) e caso a Hipertensão Arterial não se confirmasse, seriam excluídos do estudo. A medida da pressão arterial foi analisada na primeira consulta e na consulta realizada após pelo menos 2 meses da primeira e classificada em pressão normal (< 120/80), pré-hipertensão (120-139/80-89 mmHg), hiperten-

são tipo 1 (140-159 mmHg /90-99 mmHg) e tipo 2 (≥160/100 mmHg), de acordo com a classificação do Joint VII. A medida da pressão arterial foi realizada com os pacientes sentados, relaxados, após 10 minutos do início do exame físico, braço na altura do coração, levemente flexionado e apoiado sobre a mesa.

Obesos foram considerados aqueles pacientes que apresentaram Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 30. Foram considerados tabagistas indivíduos que fumam atualmente, ex-tabagistas os que pararam de fumar há pelo menos 2 anos e não tabagistas os indivíduos que nunca fumaram. Todos os pacientes foram orientados quanto à mudança do estilo de vida na 1ª consulta.

Foram considerados controlados aqueles cujos níveis tensionais estivessem em 140/90 mmHg ou menos. Não foram considerados os níveis tensionais específicos para os pacientes portadores de diabetes melito ou síndrome metabólica. A presença de disfunção renal também não foi utilizada como critério de exclusão para o estudo.

Os dados foram digitados utilizando o programa Epi-Data e analisados através do programa Epi-Info. Foram analisadas frequências e aplicado o teste do  $\chi^2$  quando necessário.

Todos os pacientes que participaram do presente estudo receberam um consentimento livre e esclarecido. Este trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina.

### **Resultados**

A amostra foi composta de 165 pacientes, dos quais mais da metade era do sexo feminino (67,0%) e (33,0%) do sexo masculino. A idade variou de 21 a 59 anos, sendo a média de 50,1 anos (DP 7,1).

Quanto ao hábito de fumar, mais da metade dos pacientes nunca fumou (55,0%), (32,0%) eram ex-fumantes e (13,0%) fumantes.

IMC variou de 16,4 a 47,5 sendo a média de 32,1 (DP 6,24).

A PA sistólica na primeira consulta variou entre 90 - 250 com média de 152,7mmHg (DP 24,4) e a diastólica entre 5 mmHg - 180 mmHg com média de 94,1 mmHg (DP 15,6). Já na segunda consulta, a PA sistólica variou entre 90 mmHg - 230 mmHg com média de 139,4 mmHg (DP 23,4) e a PA diastólica variou entre 60 mmHg - 150 mmHg com média de 87,6 mmHg (DP 14), em ambos os sexos.

Ao analisarmos a PA sistólica e diastólica média na 1ª e 2ª consultas, em relação ao sexo, ainda que tenha sido encontrada uma PASm (154,6 mmHg) mais elevada na 1ª consulta no sexo feminino, em relação ao sexo masculino PASm (149,0 mmHg), esta diferença não foi

estatisticamente significativa no nível de confiança de 95% ( $p > 0,05$ ). Na 1ª consulta em relação às medidas da pressão arterial diastólica no sexo feminino PADm (94,6 mmHg) quando comparada ao sexo masculino PADm (93,3 mmHg) com ( $p < 0,05$ ). Na 2ª consulta os valores médios da PA encontrados na PASm (139,3 mmHg) e PADm (87,5 mmHg) no sexo feminino e no sexo masculino PASm (139,7 mmHg) e PADm (87,9 mmHg) foram bastante semelhantes.

Aproximadamente (81,0%) pacientes apresentavam terapia prévia à 1ª consulta, sendo o diurético e o inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) as classes medicamentosas mais utilizadas. Ao relacionar a presença de terapia prévia com o sexo, observou-se que dos 134 pacientes com terapia prévia à 1ª consulta, (69,0%) eram mulheres e (31,0%), homens.

Na 1ª consulta, foi prescrita dupla terapia para 82 (50,6%) e monoterapia para 52 (32,1%); a tripla terapia medicamentosa foi prescrita para 28 (17,3%) dos pacientes. Três pacientes não receberam terapia medicamentosa, pois o controle da PA se deu com a mudança do estilo de vida. Já na 2ª consulta observou-se um discreto aumento na prescrição de dupla e tripla terapias em relação à 1ª consulta, e conseqüentemente uma diminuição na prescrição de monoterapia, sendo que estas diferenças não alcançaram significância estatística no nível de confiança de 95,0% ( $p > 0,05$ ). Apenas 1 paciente continuou sem terapia medicamentosa na 2ª consulta. A tabela 1 mostra a relação entre o tipo de terapia medicamentosa na 1ª e 2ª consultas em relação ao sexo, onde se observa uma maior frequência de dupla terapia em ambos os sexos. (tabela 1)

**Tabela 1** - Frequência do tipo de terapia medicamentosa na 1ª e 2ª consultas em relação ao sexo nos pacientes hipertensos atendidos no AME-UNISUL no período de março de 2003 a maio de 2005.

	TIPO DE TERAPIA						TOTAL
	MONO	%	DUPLA	%	TRIPLA	%	
<b>1ª consulta</b>							
Masculino	22	40,7	24	44,5	8	14,8	54
Feminino	30	27,7	58	53,7	20	18,5	108
Total	52	32,1	82	50,6	28	17,3	162*
<b>2ª consulta</b>							
Masculino	22	40,0	23	41,8	10	18,2	55
Feminino	25	22,9	61	56,0	23	21,1	109
Total	47	28,7	84	51,2	33	20,1	164**

\* não foi prescrita terapia medicamentosa para 3 pacientes.

\*\* não foi prescrita terapia medicamentosa para 1 paciente.

Ao relacionar o tipo de terapia medicamentosa com os valores da PASm e PADm na 1ª e 2ª consultas, observou-se níveis pressóricos mais elevados em pacientes com prescrição de dupla e tripla terapias. Encontrou-se significância estatística ( $p < 0,05$ ) ao comparar os valores da PADm na 1ª consulta e na 2ª consulta ( $p < 0,0001$ ) quando em mono, dupla e tripla terapias. (tabela 2).

**Tabela 2** - Distribuição da PASm e PADm na 1ª e 2ª consultas de acordo com o tipo de terapia medicamentosa nos pacientes hipertensos atendidos no AME-UNISUL no período de março de 2003 a maio de 2005.

	TIPO DE TERAPIA		
	MONO	DUPLA	TRIPLA
<b>1ª consulta</b>			
PAS m	147,6	154,8	154,7
PAD m*	93,5	94,3	93,8
<b>2ª consulta</b>			
PAS m	134,9	140,5	141,7
PAD m**	84,1	88,1	91,7

\* ( $p < 0,05$ ) - \*\*( $p < 0,0001$ )

Os principais medicamentos utilizados na 1ª e 2ª consultas e em terapia prévia às consultas foram por ordem de frequência: o inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA) e o diurético, seguido do beta-bloqueador, bloqueador de canal de cálcio, alfa-bloqueador e finalmente o inibidor de angiotensina II (ARAI).

Dentre os medicamentos anti-hipertensivos mais utilizados entre os pacientes em mono, dupla e tripla terapias na 1ª e 2ª consultas, o IECA foi mais prevalente quando em monoterapia (44,8% dos pacientes usavam) e o diurético quando em dupla terapia (43,1%). Em tripla terapia, as classes medicamentosas mais frequentes foram o diurético (31,5%), o IECA (29,4%) e o betabloqueador (24,7%). (tabela 3)

**Tabela 3** - Medicamentos anti-hipertensivos mais utilizados entre os pacientes em mono, dupla e tripla terapias na 1ª e 2ª consultas nos pacientes hipertensos atendidos no AME-UNISUL no período de março de 2003 a maio de 2005.

	DIURÉTICO	ARA II	IECA	α-BLOQ	BB	BCC
<b>MONO</b>						
1ª cons.	16	1	23	1	9	1
2ª cons.	15	2	21	1	7	1
<b>DUPLA</b>						
1ª cons.	72	3	57	3	25	5
2ª cons.	72	2	64	4	22	5
<b>TRIPLA</b>						
1ª cons.	28	0	26	4	22	7
2ª cons.	32	1	30	5	25	10

Aproximadamente metade dos pacientes 82 (49,7%) possuíam a PA controlada (PA < 140/90 mmHg) na 2ª consulta.

Entre as doenças associadas à HAS, a dislipidemia e a diabetes melito foram as mais prevalentes em ambos os sexos. Observou-se que a maioria das doenças foram mais frequentes no sexo feminino, com exceção do acidente vascular cerebral e da insuficiência renal, que foram mais prevalentes entre os homens. A prevalência da diabetes melito e da insuficiência coronariana foi igual em ambos os sexos.

Antidepressivos foram os medicamentos predisponentes de HAS mais frequentemente utilizados (30,4%), seguidos de Antiinflamatórios não hormonais (28,2%), Anticoncepcionais (19,0%) Corticosteróides (13,1%), Descongestionantes nasais (5,3%) e Anfetaminas (4,0%), respectivamente, entre as mulheres. Entre os homens, os Corticosteróides (42,8%), seguidos de antidepressivo e Antiinflamatórios não hormonais, ambos com (26,0%), e finalmente Anfetamínicos (5,2%), foram as drogas mais encontradas.

### Discussão

Não existe limiar rigidamente estabelecido de pressão arterial acima do qual o indivíduo é considerado sujeito às complicações da hipertensão e abaixo do qual ele esteja seguro. (1) Todavia, neste estudo, as médias da PAS e PAD foram consideradas elevadas, semelhantes ao estudo Hyman D.J. et al. realizado em uma população heterogênea onde alguns pacientes não realizavam tratamento anti-hipertensivo, (12) e onde as PAS média de 146 mmHg e PAD média de 90,3 mmHg refletiam níveis elevados, sugerindo uma população com baixo nível de controle de saúde ou ainda com má aderência ao tratamento.

O excesso de peso é um importante fator predisponente para a hipertensão arterial, (6) podendo ter influenciado no não controle dos níveis tensionais, apesar de todos os pacientes terem sido orientados quanto à mudança do estilo de vida.

Uma das principais causas do não controle da HAS é a utilização de regimes terapêuticos sub-ótimos. Isto pode ser resultado do uso inadequado da medicação anti-hipertensiva pelo paciente ou da falta de manipulação adequada por parte do médico.(14) No presente estudo, o controle da PA na 2ª consulta foi alcançado em 49,7% dos pacientes. Em estudo, Donald M. et al (15) mostraram que os pacientes com idade inferior a 60 anos obtiveram o controle da PA em pouco mais de 60%. Os dados mais

recentes nos Estados Unidos indicam que, embora tenha havido progressos consideráveis nas últimas décadas, o controle pressórico adequado só é alcançado por 34% dos indivíduos portadores de HAS. (3) Já no estudo Caroline et al, de prevalência, tratamento e controle de HAS, apenas 46% possuíam a PA controlada.(14) Em recente avaliação realizada em pacientes portadores de HAS, atendidos no programa de hipertensão das unidades básicas de saúde em São Paulo, identificou-se que apenas 39% dos indivíduos tinham a pressão arterial controlada (PA<140/90 mmHg).(7)

Pode-se atingir um bom controle pressórico em uma proporção maior de pacientes através do uso de baixas doses de dois fármacos que agem em diferentes sistemas fisiológicos, pois a HAS é desencadeada por mecanismos fisiopatológicos que envolvem vários sistemas. Associar duas medicações que atuem separadamente em um desses mecanismos promoverá maior redução da pressão arterial do que a utilização de uma medicação que atua isoladamente.(11) Na prática, neste estudo avaliamos o tipo de terapia medicamentosa utilizada, na qual a dupla terapia, seguida da monoterapia foram as mais frequentes em ambos os sexos, tanto na 1ª quanto na 2ª consultas. A tripla terapia foi a menos frequente em ambos os sexos. A alta frequência de dupla terapia na 1ª consulta provavelmente deve-se ao fato de grande parte dos pacientes já virem medicados na 1ª consulta. Este dado também pode ser explicado por vários fatores: pacientes com PA de difícil controle geralmente são tratados com múltiplas terapias, um pobre controle da PA é uma das indicações de associação de classes medicamentosas. (16) Segundo um estudo realizado em pacientes ambulatoriais nos Estados Unidos (17), mono e dupla terapias também foram as mais frequentes, apenas 25,7% dos pacientes usavam 3 ou mais medicamentos e 5,7% não tinham terapia medicamentosa. A literatura associa o uso de 2 ou mais classes anti-hipertensivas com um pior controle pressórico.(18)

Os anti-hipertensivos mais frequentemente utilizados pelos pacientes deste estudo foram os disponibilizados pela rede pública, a saber: O IECA e o diurético, seguido do betabloqueador. Segundo Knight E.L., Bohn R.L., Wang P.S. et al. o betabloqueador (53,3%) e o IECA (49,7%) são as classes mais utilizadas, seguidas do bloqueador do canal de cálcio (40,4%) e por fim o diurético (32,6%).(17) As outras classes medicamentosas somaram 11,2%.(8) Sabe-se que IECA e ARA II apresentam efeitos favoráveis na progressão da nefropatia diabética

e redução da microalbuminúria.(3) O IECA foi mais prevalente quando em mono terapia o que se justifica pelo alto índice de diabéticos neste estudo.

O uso de drogas predisponentes de HAS contribui para o baixo controle pressórico dos pacientes hipertensos. Sabe-se que os antiinflamatórios não esteroidais elevam a PA, além de antagonizar os efeitos de algumas drogas anti-hipertensivas, especialmente da furosemida e IECA. O uso de cocaína e anfetamina deve ser considerado em todos os pacientes que se apresentam na emergência com problemas relacionados à HAS. As amins simpatomiméticas, presentes em descongestionantes nasais, quando usadas por períodos prolongados, podem causar aumento da PA ou interferir com a ação das drogas anti-hipertensivas. A HAS é duas a três vezes mais freqüente em mulheres que tomam contraceptivos orais. Os antidepressivos tricíclicos antagonizam os efeitos hipotensores das drogas bloqueadoras adrenérgicas. Existem relatos do uso de ciclosporina e desenvolvimento de HAS em 50 a 70% dos pacientes transplantados. Os corticóides promovem retenção de sal e água e hipertensão arterial volume dependente. Finalmente, devemos lembrar que o uso de drogas predisponentes de HAS encontrado neste estudo pode ter contribuído para o difícil controle da hipertensão nos pacientes. (14,17)

### Conclusão

Praticamente metade dos pacientes estudados possuía PA controlada na 2ª consulta, sendo necessárias duas classes medicamentosas para o controle da PA. Dentre as drogas utilizadas, o IECA e os diuréticos foram as mais freqüentes. O uso de drogas predisponentes de HAS e a presença de IMC elevado podem ter contribuído para o não controle da PA.

### Referências

1. Goldman L, Bennett JC. Tratado de Medicina Interna. 21ªed. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Guanabara Koogan S.A., 2001.
2. Lólio, CA, Pereira, JC, Rodrigues, L, Andrade, P et al. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. Rev. Saúde Pública 1993; vol.27, no.5, p.357-362.
- 3- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNT 7 report. JAMA 2003; 289:2560-72.
4. Burt VI, Whelton P, Roccella EJ, Brown C, Cutler JA, Higgins M, et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey 1988-1991. Hypertension 1995; 25:305-313.
5. Silva GV, Mion Jr D, Gomes MAM, et al. Qual a diretriz de hipertensão arterial os médicos brasileiros devem seguir? Análise comparativa das diretrizes brasileiras, européias e norte americanas (JNC VII). Arq Bras Cardiol 2004; vol.83, no.2, p.179-181. ISSN 0066-782.
6. Rego RA, Berardo FA, Rodrigues SS, Oliveira ZM, Oliverira MB, Vasconcellos C, et al. Risk factors for chronic noncommunicable diseases: a domiciliary survey in the municipality of Sao Paulo, SP (Brazil). Methodology and preliminary results.Rev Saúde Pública 1990; 24: 277-85.
7. Almeida FA, Santana IMC, Faria CSD, Almeida JPG, Reis MA, Camargo MN, et al. O conhecimento sobre a doença do paciente com hipertensão arterial das Unidades Básicas de Saúde (UBS). IX Encontro Paulista de Nefrologia. J Bras Nefrol 2003; 24 (Supl 1):41.
8. Lólio, CA. Epidemiologia da hipertensão arterial. Rev Saúde Pública 1990; vol.24, no.5, p.425-432. ISSN 0034-8910.
9. Mion Jr, Gomes D, Mota MA, Nobre F et al. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2004; vol.82, suppl.4, p.7-14. ISSN 0066-782
10. Mansur AP, Favarato D, Souza MF, Avakian SD, Aldrighi JM, Cesar LA, et al. Trends in death from circulatory diseases in Brazil between 1979 and 1996. Arq Bras Cardiol 2001; 76: 497-510.
11. Berlowitz DR, Ash AS, Hickey ED, et al. Inadequate Management of Blood Pressure in a Hypertensive population. N Engl J Med 1998; 39:1957-63.
12. Hyman DJ, Pavlik VN. Characteristics of patients with uncontrolled hypertension in the United States. N Engl J Med 2001; 45:479-86.
13. Psaty BM, Smith NL, Siscovick DS, et al. Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents: a systematic review and meta-analysis. JAMA 1997; 277:739-45.
14. Toledo JCY, Melo SEF, Torteia LIM, et al. Hipertensão refratária: diagnóstico e tratamento. Ver Soc Cardiol Estado de São Paulo 2003; 1:164-75.

15. Lloyd-Jones DM, Evans JC, Larson MG, et al. Differential control of systolic and diastolic blood pressure: Factors associated with lack of blood pressure control in the community. *Hipertension* 200; v. 36, p. 594-599.
16. Stanler R, Cagguila AW, et al. Relation of body mass and alcohol, nutrient, fiber and caffeine intakes to blood pressure in the special intervention and usual care groups in the multiple risk factor intervention trial. *Am J Clin Nutr* 1997; 65:3385-3655.
17. Knight EL, Bohn RL, Wang PS, et al. Predictors of uncontrolled hypertension in ambulatory patients. *Hypertension* 2001; 38:809-814.
18. Larson MG, et al. Treatment and control of hypertension in the community: a prospective analysis. *Hypertension* 2002; 40:640-646.

**Endereço para Correspondência:**

Unidade Ambulatorial de Ensino - Rua: Pedro Gomes de Carvalho, nº 531.  
CEP 88702265 - Oficinas - Tubarão /SC. Tel: (48) 3238-0502 fax: (48) 3222-2110  
e-mail : [elisapiazza@hotmail.com](mailto:elisapiazza@hotmail.com)