

Efeitos Colaterais Relatados por Pacientes Referentes ao Uso da Associação Captopril-Hidroclorotiazida

Side Effects Reported by Patients Taking a Captopril/Hydrochlorothiazide Association

Marco Antônio Mota Gomes,¹ Jansen Dias Paz Júnior,² Patrícia Duarte de Andrade Lima²

Resumo

Fundamentos: A associação captopril-hidroclorotiazida é um esquema anti-hipertensivo bastante utilizado, sendo assim conhecer sua tolerabilidade é de fundamental importância.

Objetivos: Mostrar a incidência de efeitos colaterais relacionados à associação e identificar os motivos que levam os pacientes ao abandono ou à troca da associação.

Métodos: Estudo transversal realizado no período de junho/2008 a agosto/2009, incluindo 75 pacientes hipertensos que faziam uso da associação (Grupo A) e 52 pacientes que já tinham feito uso, mas que não o faziam mais (Grupo B), coletando-se os dados através de questionários para cada grupo.

Resultados: No Grupo A, a maioria dos pacientes era do sexo feminino: 53 (70,6%). Observou-se neste grupo que 20 (26,6%) pacientes apresentavam pelo menos um efeito colateral. Verificou-se que 30,1% das mulheres que usaram a associação e 18,18% dos homens tiveram efeitos colaterais. No Grupo B, os principais motivos relatados para abandono ou troca da medicação foram: intolerância ao medicamento (48%), controle inadequado da PA (32,7%) e normalização da PA (11,5%). Juntando-se Grupo A e Grupo B observou-se que 47 (37%) pacientes apresentaram pelo menos um efeito colateral. As incidências em relação aos expostos à associação foram: tosse seca (18,9%), tontura (9,4%), ressecamento da cavidade oral (5,5%) e alteração do paladar (5,5%).

Conclusões: A incidência de efeitos colaterais foi alta, a tosse seca foi o efeito colateral mais presente seguido pela tontura. O principal motivo do abandono foi a intolerância seguida pelo controle inadequado da PA.

Palavras-chave: Captopril, Hidroclorotiazida, Efeitos colaterais

Abstract

Background: The captopril and hydrochlorothiazide association is an antihypertensive regimen that is quite widely used, so knowing its tolerance is extremely important.

Objectives: To demonstrate the incidence of side effects related to this association, identifying the reasons that prompt patients to discontinue treatment or switch the association.

Methods: Cross-section study conducted between June 2008 and August 2009, encompassing 75 hypertensive patients currently taking this association (Group A) and 52 patients who used to take it but do not any more (Group B), collecting data on each group through questionnaires.

Results: In Group A, most patients were female: 53 (70.6%), with twenty (26.6%) patients in this group having at least one side effect. Moreover, 30.1% of women who taking this combination and 18.18% of men reported side effects. In Group B, the main reasons for quitting or switching medications were: medication intolerance (48%), inadequate control (32.7%) and BP normalization (11.5%). Joining Group A and Group B together, 47 patients (37%) had at least one side effect when exposed to the combination, as follows: dry cough (18.9%), dizziness (9.4%), oral cavity dryness (5.5%) and taste perversion (5.5%).

Conclusions: The incidence of side effects was high, with a dry cough being most frequent side effect, followed by dizziness. The main reason for quitting was intolerance followed by inadequate BP control.

Keywords: Captopril, Hydrochlorothiazide, Side effects

¹ Departamento de Clínica Médica - Serviço de Cardiologia - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) - Maceió (AL), Brasil

² Curso de graduação em Medicina - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) - Maceió (AL), Brasil

Introdução

O tratamento e o controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) são de fundamental importância para a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular.¹ A maioria dos hipertensos necessita de drogas anti-hipertensivas para ter a pressão arterial controlada.^{2,3}

Mion Jr, Pierin e Guimarães realizaram inquérito com médicos brasileiros sobre a caracterização das drogas prescritas em ordem de preferência, e concluíram que os diuréticos (53%) e o inibidor da ECA (24%) foram as drogas mais utilizadas. A associação de drogas mais frequentemente utilizada foi inibidor da ECA e diurético (46%).⁴

Santello et al. mostraram em estudo aberto, multicêntrico, não comparativo, que a associação de captopril com hidroclorotiazida, independentemente do critério empregado para análise, é eficaz e apresenta boa tolerabilidade, estando indicada como monoterapia em dose única diária para hipertensos leves e moderados.⁵

Mochel et al, no entanto, mostraram em estudo transversal analítico que, dos pacientes que faziam uso dessa associação, 52% estavam com hipertensão no estágio 2 e apenas 21% estavam com a pressão controlada, mostrando que, talvez, os pacientes não estejam tomando a medicação adequadamente, ou que a medicação não esteja produzindo efeito satisfatório.⁶

Segundo Yakovlevich e Black, nos pacientes resistentes ao tratamento, o regime subótimo é a causa mais comum (43%), seguido por intolerância à medicação (22%) e má aderência (10%).⁷

O presente estudo tem por objetivo investigar a prevalência de efeitos colaterais relacionados à associação de captopril-hidroclorotiazida bem como os principais efeitos da mesma que levam à intolerância da medicação pelo paciente e sua má aderência ao tratamento.

Metodologia

Estudo transversal, observacional que avaliou 279 pacientes com diagnóstico de HAS atendidos pelo programa HIPERDIA do PSF CAIC Virgem dos Pobres em Maceió, Alagoas, no período de junho/2008 a agosto/2009.

Desses pacientes, foram incluídos no estudo todos aqueles que estavam fazendo uso atual da associação captopril-hidroclorotiazida (em comprimidos diferentes) por pelo menos quatro semanas (Grupo A)

e todos aqueles que já tinham feito uso da associação, mas que por algum motivo, tiveram que abandonar ou suspender ou trocar pelos profissionais médicos do posto de saúde (Grupo B). Foram excluídos os pacientes que estavam fazendo uso crônico de outra medicação e/ou que, além de hipertensos, eram portadores de outra doença crônica e/ou gravidez na época do uso da associação. As doenças consideradas crônicas foram o diabetes, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e a insuficiência renal crônica (IRC), sendo os portadores dessas doenças excluídos por esse critério e não pelo medicamento ou terapêutica que faziam para o controle das mesmas. A confirmação do diagnóstico das doenças foi feita através da revisão do prontuário.

Os dados foram coletados utilizando-se dois tipos de questionário, estruturados pelos autores: Questionário A – para os que estavam em uso da associação e Questionário B – para os que já tinham utilizado a associação. Os pacientes incluídos na pesquisa foram entrevistados durante as reuniões do HIPERDIA, registrando-se os dados e consultando os prontuários para a complementação das informações.

Os pacientes do grupo A foram perguntados sobre aspectos sociais (idade, sexo e cor da pele), sobre a medicação anti-hipertensiva atual, sua dose, seu tempo de uso, sua adesão ao tratamento, sobre a presença de possíveis efeitos colaterais e sobre o uso de outros medicamentos ou a presença de outras doenças crônicas que não a hipertensão.

Os pacientes do grupo B foram submetidos às mesmas perguntas sobre aspectos sociais e também sobre a medicação anti-hipertensiva atual, a causa de abandono da associação estudada, os possíveis efeitos colaterais e o uso de outros medicamentos ou presença de outras doenças crônicas que não a hipertensão, na época em que faziam uso da associação ou na época atual. O diagnóstico de HAS foi feito pelos médicos que atendem no Serviço.

Depois de realizada a entrevista (permanecendo o entrevistado por pelo menos 10 minutos), aferiu-se a pressão arterial dos pacientes do grupo A, através do método indireto, usando-se esfigmomanômetros aneróides e estetoscópios todos da mesma marca (LANE®), periodicamente testados e devidamente calibrados. A pressão arterial foi medida na posição sentada, com o braço direito apoiado sobre uma mesa, à altura do coração, certificando-se que o paciente não estava com a bexiga cheia, que não havia praticado exercícios físicos, não ingerido bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumado até 30 minutos antes da medida. A artéria braquial foi localizada pela palpação. O manguito foi colocado firmemente a cerca de 2cm a

3cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. O critério para a determinação da pressão sistólica foi o momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), que se intensifica com o aumento da velocidade de desinsuflação; já a determinação da pressão diastólica foi o desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultou-se cerca de 20mmHg a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento, e depois procedeu-se à desinsuflação rápida e completa. Quando os batimentos persistiram até o nível zero, determinou-se a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff), evitando-se arredondamentos e valores de pressão. O valor obtido foi registrado no questionário A.

Os autores não participaram de nenhuma decisão quanto ao diagnóstico ou terapêutica dos pacientes incluídos. Isso ficou a critério dos médicos que prestavam assistência aos casos, cabendo aos autores apenas relatar o observado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICISAL e os pacientes participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A comparação da PAS e PAD entre os indivíduos do grupo A que toleraram e que não toleraram a associação foi realizada através do teste t de Student (BioEstat versão 5.0). Foi considerado como significativo um valor de $p \leq 0,05$.

Resultados

Analisaram-se as medicações anti-hipertensivas de 279 pacientes hipertensos atendidos pelo programa HIPERDIA. Destes, 72 (25,8%) pacientes estavam em monoterapia, 166 (59,4%) em esquema duplo, 38 (13,6%) em esquema triplo, apenas 1 (0,3%) em esquema com quatro anti-hipertensivos e 3 (1%) pacientes estavam em tratamento não medicamentoso.

A terapêutica medicamentosa mais utilizada foi a associação entre o captopril e a hidroclorotiazida com 117 (42,3%) pacientes, seguida pelo uso do captopril isoladamente com 41 (14,8%), pela associação hidroclorotiazida e propranolol com 29 (10,5%), pelo uso isolado da hidroclorotiazida com 19 (6,8%) e por outras terapêuticas medicamentosas que somaram juntas 73 (26,4%) pacientes.

Desses 117 pacientes que faziam uso da associação captopril e hidroclorotiazida, 23 foram excluídos da pesquisa por fazerem uso de outros medicamentos e 19 por apresentarem outra doença crônica; nenhuma mulher referiu estar grávida durante a aplicação dos questionários, sendo estes os três critérios de exclusão

adotados. Dentre os medicamentos utilizados por esses pacientes estavam: AAS, diazepam, glibencamida, metformina, insulina, amitriptilina, clopromazina, omeprazol, digoxina, amiodarona, levotiroxina e atorvastatina. Em relação às doenças crônicas, a mais prevalente foi o diabetes, presente em 16 pacientes e a DPOC presente em 3 pacientes. Nenhum paciente referiu ter doença renal crônica ou a teve confirmada em seus prontuários, restando, ao final, 75 pacientes que compuseram o Grupo A.

Dentre os 279 hipertensos, 83 pacientes referiram que já fizeram uso da associação como única terapêutica anti-hipertensiva, fato esse confirmado através da revisão do prontuário. Destes, 31 foram excluídos por critérios já referidos, restando ao final 52 pacientes que compuseram o Grupo B. Entre esses pacientes, 18 (34,6%) estavam fazendo uso atual da associação propranolol e hidroclorotiazida, 5 (9,6%) da associação hidroclorotiazida, captopril e propranolol, 5 (9,6%) da associação hidroclorotiazida, captopril e anlodipino, 5 (9,6%) apenas da hidroclorotiazida, 4 (7,7%) da associação enalapril, hidroclorotiazida e atenolol, 4 (7,7%) apenas do captopril, 3 (5,7%) da associação hidroclorotiazida e enalapril, 3 (5,7%) não estavam usando mais anti-hipertensivos, 1 (1,9%) utilizava atenolol e enalapril, 1 (1,9%) a associação enalapril, hidroclorotiazida e propranolol, 1 (1,9%) a associação enalapril, hidroclorotiazida e anlodipino, 1 (1,9%) apenas metildopa e 1 (1,9%) a associação verapamil e captopril.

No total, juntando-se os grupos A e B, foram aplicados os questionários elaborados a 127 pacientes.

No Grupo A, composto por 75 pacientes em uso das medicações, 53 (70,6%) eram do sexo feminino e 22 (29,3%) do sexo masculino. A média de idade foi 53,9 anos. Em relação à dose do captopril: 17 pacientes estavam com dose mínima (25mg), 27 com 50mg, 17 com 75mg, 9 com 100mg, 1 paciente com 125mg e 4 estavam com a dose máxima de 150mg. A dose média utilizada foi 62,3mg. A dose utilizada de hidroclorotiazida foi de 25mg para todos os pacientes. Em relação à cor da pele: 36 foram considerados pardos, 26 brancos e 13 negros. No que se refere à adesão aos medicamentos, apenas 6 (8%) pacientes disseram não fazer uso regular dos mesmos.

Observou-se ainda no Grupo A uma incidência de 20 (26,6%) pacientes que apresentavam um ou mais efeitos colaterais. A média de idade desses pacientes foi 53 anos; 16 mulheres e 4 homens, sendo 8 pardos, 6 negros e 6 brancos. Portanto, verificou-se a presença de efeitos colaterais em 30,1% das mulheres que usavam a associação e 18,18% dos homens, 22,2% dos pardos, 46,1% dos negros e 23% dos brancos. A dose média do captopril usada na associação que originou

sintomas foi 55mg. A dose de captopril que mais se relacionou à intolerância foi a de 50mg presente em 10 (50%) pacientes com efeitos colaterais, seguida pela dose de 25mg em 4 (20%) pacientes, pela de 75mg presente em 4 (20%) pacientes, e por fim a dose de 100mg constatada em 2 (10%) pacientes.

Dos 20 pacientes com efeito colateral, 6 tinham mais de um, perfazendo um total de 34 efeitos colaterais relatados. O efeito colateral mais relatado foi a tontura, presente em 8 (23,5%) pacientes, seguida pela tosse seca em 6 (17,6%) pacientes, pelo ressecamento da cavidade oral em 5 (14,7%), pela alteração do paladar em 4 (11,7%) e pelas palpitações presentes em 4 (11,7%) pacientes. Os outros efeitos relatados somaram juntos 7 (20,5%) pacientes e foram: sonolência 2 (5,8%), câibras 2 (5,8%), mialgia 1 (2,9%), fraqueza 1 (2,9%) e edema labial 1 (2,9%).

Ainda no Grupo A, 52 (69,3%) pacientes mantinham PAD ≥ 90 mmHg e/ou PAS ≥ 140 mmHg. Dos que relataram algum efeito colateral, 16 (80%) estavam com PAD ≥ 90 mmHg e/ou PAS ≥ 140 mmHg; dos que não relataram qualquer efeito 36 (65,4%) estavam com PA acima ou igual aos valores ditos. Na Figura 1 apresentam-se as médias das pressões desses pacientes. A análise estatística mostrou que os indivíduos que não toleraram a associação apresentavam PAS significativamente maior que os indivíduos do grupo que toleraram a associação ($p=0,0219$), assim como a PAD ($p=0,0224$).

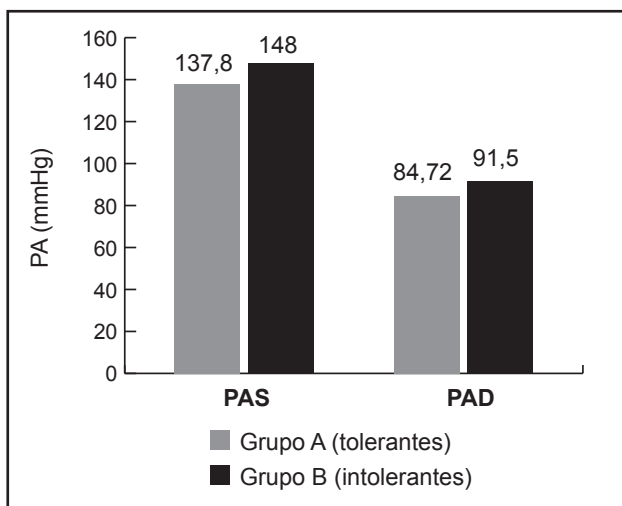


Figura 1
Médias da PA encontradas nos grupos estudados

O Grupo B foi composto por 52 pacientes que já tinham feito uso da associação como única terapêutica anti-hipertensiva, sendo 41 (78,8%) do sexo feminino e 11 (21,1%) do sexo masculino. Neste grupo, 27 (51,9%) pacientes referiram já ter apresentado algum efeito colateral relacionado à associação na época em que a

usavam: 19 mulheres e 8 homens, mostrando a existência de efeitos colaterais em 46,3% das mulheres e em 72,7% dos homens que tinham usado a associação.

Dos 27 pacientes com efeito colateral, 10 tinham mais de um, perfazendo um total de 38 efeitos colaterais relatados. O efeito colateral mais relatado foi a tosse seca com 16 (42,1%) casos, seguida pela tontura com 4 (10,5%), pela alteração do paladar com 3 (7,9%), pela epigastralgia com 3 (7,9%) e pelo cansaço com 3 (7,9%). Os outros efeitos juntos somaram 9 (23,7%) pacientes, sendo: cefaleia em 2 (5,2%), ressecamento da cavidade oral em 2 (5,2%), urticária em 1 (2,6%), dor no peito em 1 (2,6%), impotência em 1 (2,6%), tremor em 1 (2,6%) e escurecimento visual em 1 (2,6%) paciente.

Os principais motivos alegados pelos pacientes do Grupo B para ter sido modificada a associação ou ter levado ao abandono do tratamento estão apresentados na Figura 2.

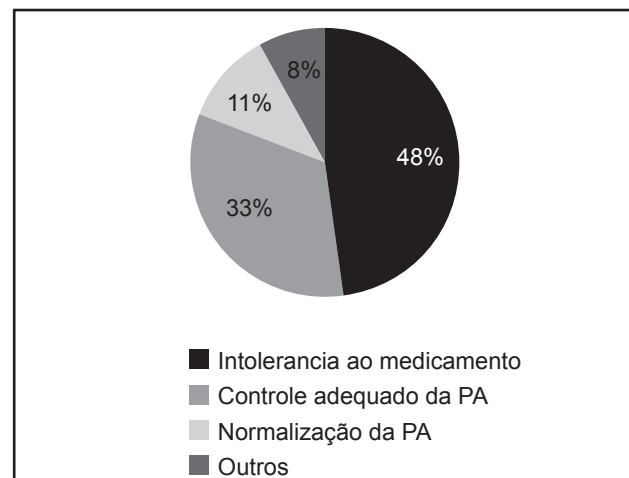


Figura 2
Causas do abandono da associação de medicamentos

Juntando-se Grupo A e Grupo B observa-se que desses 127 pacientes que usavam ou já tinham usado a associação, 47 (37%) pacientes apresentaram pelo menos um efeito colateral. As incidências dos efeitos colaterais em relação aos pacientes expostos à associação foram: tosse seca em 24 (18,9%) pacientes, tontura em 12 (9,4%), ressecamento da cavidade oral em 7 (5,5%), alteração do paladar em 7 (5,5%) pacientes e outros que somam 22 (17,3%) pacientes.

Discussão

Neste registro foi constatado um número predominante de mulheres, tanto no Grupo A (70,6%) quanto no grupo B (78,6%), demonstrando assim, como em outros estudos de prevalência de hipertensão arterial, a predominância feminina.⁸

A média de idade encontrada nos pacientes em uso da associação foi 53,9 anos, demonstrando estar de acordo com a faixa etária descrita na literatura para prevalência de hipertensão. Dados dos países que participaram do *Ountrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention Programme* (CINDI) da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostraram prevalência de 9% a 34% em homens e 12% a 34% em mulheres de 25 a 64 anos, considerando pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 160 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 95 mmHg, ou usando medicação anti-hipertensiva.⁹ Nos Estados Unidos, cerca de 25% de todos os adultos e mais de 60% das pessoas com mais de 60 anos são portadores de HAS.¹⁰

Em relação às medicações anti-hipertensivas utilizadas, ficou claro o predomínio de associações, como demonstraram os resultados (73,3% estavam com associação). Esses dados parecem estar de acordo com o estudo HOT que demonstrou que para se controlar a pressão sistólica para 140mmHg, a porcentagem de pacientes em associação no estudo foi de 74%.¹¹

O registro feito por Mochel et al.,⁶ no entanto, divergiu do presente estudo no que se refere à quantidade de medicações anti-hipertensivas usadas, relatadas pelos hipertensos. Esse estudo observou que 309 (66%) pacientes relatavam usar apenas um medicamento (monoterapia) e 137 (34%) pacientes relatavam mais de uma medicação anti-hipertensiva. Já em relação à associação mais comum, ambos os estudos estão de acordo, já que seu estudo demonstrou que o captopril com a hidroclorotiazida perfazia um total de 72 (52,5% dos que usavam as associações) pacientes.

O estudo multicêntrico realizado por Santello⁵ et al. o qual avaliou a tolerabilidade da associação através de sua comparação com um período placebo mostrou que: 14% dos pacientes relatavam efeitos adversos após o período placebo e 15%, 17% e 20% após quatro, oito e 12 semanas de tratamento, respectivamente ($p > 0,05$). O presente estudo obteve resultados bastante semelhantes, tendo em vista que no Grupo A, onde se encontram pacientes que faziam uso crônico da associação, a presença de efeitos colaterais foi 26,6%.

No entanto, o presente registro além de avaliar a presença de efeitos naqueles que estavam usando atualmente o esquema (Grupo A), avaliou também a presença naqueles que também já tinham usado (Grupo B). Assim, quando se juntam os dois grupos, nota-se a presença de 37% de pacientes de um total de 127 com pelo menos um efeito colateral. Entende-se então que tenha havido aumento nessa incidência, pois muitos dos pacientes do grupo B estavam nesse grupo, já que deixaram de usar a associação por causa de algum efeito colateral. Assim, perguntou-se a essas

pessoas os motivos que as levaram a ter sua associação retirada ou trocada. O resultado encontrado foi: intolerância ao medicamento (48,1%), controle inadequado da PA (32,7%), normalização da PA (11,5%) e outros motivos que somados totalizam 4 (7,7%), confirmando assim a hipótese do presente estudo. Yakovlevich e Black, no entanto, mostraram que nos pacientes resistentes aos tratamentos anti-hipertensivos, o regime subótimo é a causa mais comum (43%), seguido por intolerância à medicação (22%) e má aderência (10%).⁷

No Grupo A, observando-se a presença de efeitos colaterais em relação à cor da pele, observa-se que 22,2% dos pardos, 46,1% dos negros e 23% dos brancos que usavam a associação tinham pelo menos um efeito colateral. É descrito na literatura que nos negros e velhos os inibidores da ECA devem ser evitados, por apresentarem uma ação subótima, dependendo do polimorfismo genético da ECA e do angiotensinogênio.¹² Por outro lado, a partir dos resultados encontrados neste estudo, observa-se que os efeitos colaterais presentes nesses pacientes negros também podem ser a causa da ineficiência do controle de sua PA juntamente com a ação subótima já descrita.

Em relação à dose de captopril utilizada por pacientes com efeito indesejado, observa-se que as mais prevalentes foram as menores, sendo a de 50mg presente em 50% desses pacientes e a de 25mg e 75mg, ambas, presentes em 20% cada. Assim, pode-se supor que o surgimento de efeitos colaterais independe da dose utilizada de captopril.

O Grupo A mostrou que 52 (69,3%) pacientes mantinham PAD ≥ 90 mmHg e/ou PAS ≥ 140 mmHg e 23 (30,7%) pacientes estavam com a PA controlada. No Brasil, entre pacientes assíduos de uma unidade clínica de hipertensão, vinculada a um hospital universitário de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, o controle da hipertensão arterial atinge 30%¹³ e, no Estado do Rio Grande do Sul, em recente ensaio, constatou-se que apenas 10,4% dos indivíduos submetidos ao tratamento anti-hipertensivo encontravam-se com níveis pressóricos adequadamente controlados.¹⁴

Quando se verifica a PA dos pacientes que referiam algum efeito colateral, nota-se que 16 (80%) pacientes estavam com PAD ≥ 90 mmHg e/ou PAS ≥ 140 mmHg. Pode-se então prever que a presença de efeito colateral pode estar intimamente ligada ao não controle pressórico.

Quando se junta o grupo A com o grupo B verifica-se que os efeitos colaterais mais presentes foram: tosse seca em 24 (18,9%) pacientes, tontura em 12 (9,4%),

ressecamento da cavidade oral em 7 (5,5%) e a alteração do paladar em 7 (5,5%) pacientes.

Sendo assim, parece que a tosse seca, efeito mais presente, está ligada ao uso do captopril, já que os inibidores da ECA têm como principais efeitos colaterais: tosse seca, alteração do paladar e, mais raramente, reações de hipersensibilidade com erupção cutânea e edema angioneurótico.¹⁵

Atontura, segundo efeito mais presente, provavelmente está relacionada à hipotensão postural, efeito provocado pela magnificação dos inibidores da ECA quando associados com os tiazídicos.¹⁵

O ressecamento da cavidade oral provavelmente está relacionado ao uso da hidroclorotiazida, pois dentre os efeitos indesejáveis que são encontrados nesses medicamentos, estão: sabor desagradável, boca seca, fraqueza, câibras musculares, irritação gastrintestinal, erupção cutânea, fotossensibilidade, hipocalcemia, hiponatremia, hiperglicemia, hiperuricemia, hipercalcemia, impotência sexual, pancreatite, mielodpressão, púrpura, podendo ainda provocar disfunção sexual.¹⁶

A alteração do paladar pode estar presente devido ao uso dos dois medicamentos, já que ambos a têm como efeito indesejado.

Conclusões

Observou-se que a incidência de efeitos colaterais nos pacientes que faziam ou já tinham feito uso da associação foi alta. A tosse seca foi o efeito que esteve mais presente seguido pela tontura, pela alteração do paladar e pelo ressecamento da cavidade oral. Nos pacientes com alguma intolerância, a pressão arterial estava mais alta e os mais intolerantes foram os negros. O principal motivo do abandono ou troca do esquema foi a intolerância à associação seguida pelo controle inadequado da PA.

Potencial Conflito de Interesses:

Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento:

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica:

Este artigo é parte do Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina de Jansen Dias Paz Júnior, pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).

Referências

1. Shep Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. *JAMA*. 1991;265:3255-264.
2. Cushman WC, Ford CE, Cutler JA, et al. Success and predictors of blood pressure control in diverse North American settings. The antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial. *J Clin Hypertens*. 2002;4:393-404.
3. Black HR, Elliott WJ, Neaton JD, et al. Baseline characteristics and elderly blood pressure control in the CONVINCE trial. *Hypertension*. 2001;37:12-18.
4. Mion Jr. D, Pierin AMG, Guimarães A. Tratamento da hipertensão arterial – Respostas de médicos brasileiros a um inquérito. *Rev Ass Med Bras*. 2001;47(3):249-54.
5. Santello JL, Mion Jr D. Captopril associado à hidroclorotiazida no tratamento da hipertensão leve e moderada: estudo multicêntrico brasileiro. *Arq Bras Cardiol*. 1998;71(5):713-16.
6. Mochel EG, Andrade CF, Almeida DS. Avaliação do tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes da rede pública em São Luis (MA). *Rev Baiana Saúde Pública*. 2007;31(1):90-101.
7. Yakovlevich M, Black HR. Resistant hypertension in a tertiary care clinic. *Arch Intern Med*. 1991;151(9):1786-792.
8. Sala A, Nemes Fº A, Eluf Neto J. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. *Rev Saúde Publica*. 1996;30(2):161-67.
9. Olmos RD, Lotufo PA. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil e no mundo. *Rev Bras Hipertensão*. 2002;9(1):21-23.
10. Okoshi MP, Okoshi K, Zornoff LAM, et al. Hipertensão arterial sistêmica: diagnóstico, evolução e tratamento. *Rev Bras Clínica Terapêutica*. 2001;27(6):228-34.
11. Hansson L. The optimal blood pressure reduction. *J Hypertens*. 1998;14(2):55-59.
12. Hipertensão Arterial: Programa de Educação Continuada da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2002;1(2).
13. Coelho EB, Moysés Neto M, Palhares R, et al. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. *Arq Bras Cardiol*. 2005;85(3):157-61.
14. Gus I, Harzheim E, Zalavsky C, et al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol*. 2004;83(5):424-28.
15. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2007;89 (3):e24-e79.
16. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretrizes sobre cardiogeriatría. *Arq Bras Cardiol*. 2002;79(supl I):1-30.