



ORIGINAL / ARTICLE ORIGINAL / ORIGINALE

## ***Comorbidities and pharmacological treatment of hypertensive and/or diabetics in primary health care***

Comorbidades e tratamento farmacológico de hipertensos e/ou diabéticos na atenção primária em saúde  
Comorbilidades y tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos y / o diabéticos en la atención primaria de salud

Irialda Saboia Carvalho<sup>1</sup>, José Wicto Pereira Borges<sup>2</sup>, Thereza Maria Magalhães Moreira<sup>3</sup>,  
Daniele Braz da Silva<sup>4</sup>, Malvina Thais Pacheco Rodrigues<sup>5</sup>, Laryssa Veras Andrade<sup>6</sup>

### **ABSTRACT**

**Objective:** To identify the presence of comorbidities and pharmacological treatment instituted a hypertensive registered in SIS-HIPERDIA a regional Fortaleza-Ceará-Brazil. **Methodology:** A descriptive, cross-sectional quantitative study realized with basic health units family of regional executive secretariat I. The sample consisted of 3071 individuals. **Results:** The mean age was 62.4 years of which 72.2% were women. The drugs used were hydrochlorothiazide and captopril, followed by AAS, glyburide and metformin. **Conclusion:** These findings may help in planning actions that can minimize the impact of these diseases on the lives of hypertension, as well as allow an evaluation of pharmacological treatment instituted. **Keywords:** Hypertension. Cardiovascular disease. Therapy. Nursing.

### **RESUMO**

**Objetivo:** Identificar a presença de comorbidades e o tratamento farmacológico instituído a hipertensos cadastrados no SIS-HIPERDIA de uma regional de Fortaleza-Ceará-Brasil. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal, quantitativo realizado junto às unidades básicas de saúde da família da secretaria executiva regional I. A amostra foi de 3071 indivíduos. **Resultados:** A média de idade foi 62,4 anos sendo que 72,2% eram mulheres. Os fármacos mais utilizados foram a hidroclorotiazida e o captopril, seguidos do AAS, glibenclamida e metformina. **Conclusão:** Os achados poderão auxiliar no planejamento de ações que possam minimizar o impacto desses agravos na vida dos hipertensos, bem como permitir uma avaliação do tratamento farmacológico instituído. **Descritores:** Hipertensão. Doenças cardiovasculares. Terapêutica. Enfermagem.

### **RESUMEN**

**Objetivo:** Identificar la presencia de comorbilidades y el tratamiento farmacológico instituyó una hipertensos registrados en el SIS-HIPERDIA un regional Fortaleza-Ceará-Brasil. **Metodología:** estudio cuantitativo descriptivo, transversal realizado con unidades básicas de salud de la familia del ejecutivo regional secretaria I. La muestra estuvo conformada por 3.071 personas. **Resultados:** La edad media fue de 62,4 años de los cuales 72,2% eran mujeres. Los fármacos utilizados fueron hidroclorotiazida y captopril, seguido por AAS, gliburida y metformina. **Conclusión:** Estos hallazgos podrían ayudar en la planificación de acciones que pueden minimizar el impacto de estas enfermedades en la vida de la hipertensión, así como permitir una evaluación del tratamiento farmacológico instaurado. **Palabras clave:** Hipertensión. La enfermedad cardiovascular. Terapia.

<sup>1</sup> Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista CNPq. Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE)-UECE. Fortaleza, Ceará, Brasil. Email: [irialda\\_carvalho@hotmail.com](mailto:irialda_carvalho@hotmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeiro. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde-UECE. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí-CAFS. Membro do GRUPECCE-UECE. Floriano, Piauí, Brasil. Email: [wictoborges@yahoo.com.br](mailto:wictoborges@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Enfermeira. Pós-doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Adjunto da UECE. Docente do Programa Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PCCLIS) e do Programa de Saúde Pública. Pesquisadora CNPq. Líder do GRUPECCE. Fortaleza, Ceará, Brail. Email: [tmmoreira@yahoo.com](mailto:tmmoreira@yahoo.com)

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva-UECE. Membro do GRUPECCE. Fortaleza, Ceará, Brasil. Email: [danibraz18@hotmail.com](mailto:danibraz18@hotmail.com)

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Universidade Federal do Piauí - CTT. Membro do GRUPECCE. Teresina, Piauí, Brasil. Email: [malvinat@gmail.com](mailto:malvinat@gmail.com)

<sup>6</sup> Acadêmica de Enfermagem da UECE. Bolsista da FUNCAP. Membro do GRUPECCE. Email: [laryssaveras\\_@hotmail.com](mailto:laryssaveras_@hotmail.com)

## INTRODUÇÃO

As enfermidades cardiovasculares são as principais causas de morbimortalidade nos países industrializados, ocasionando um incremento na utilização de recursos sanitários. A prevenção cardiovascular se baseia na detecção, tratamento e adequado controle dos principais fatores de riscos modificáveis, como a hipertensão arterial<sup>(1)</sup>.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais freqüente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além de doença renal crônica. No Brasil são cerca de 17 milhões de pessoas com hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. Esse número é crescente, seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também tenham a doença<sup>(2)</sup>.

Estudos de prevalência da HAS no Brasil, entre 1970 e 1990, revelam percentuais entre 7,2 a 40,3% na Região Nordeste, de 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, e de 1,28 a 16,78% na Região Centro-Oeste. A prevalência gira em torno de 20%, sem distinção por sexo, mas com evidente tendência de aumento com a idade<sup>(3)</sup>.

Estudos americanos também refletem o encontrado no Brasil, com prevalência progressivamente maior com a idade em ambos os sexos. Nos negros, a prevalência é sempre maior em qualquer idade. Até os 40 anos a prevalência é próxima de 10% (20% para a cor negra), até os 50 anos chega a 20% (40% para negros e após os 60 anos ultrapassa 40%, atingindo 60% após 70 anos)<sup>(4)</sup>. Essas altas cifras levam ao desencadeamento de eventos súbitos diretamente relacionados aos índices elevados de mortalidade mundial por doenças crônicas, além de incapacidades físicas que levam a aposentadorias precoces e altas taxas de internamentos com custos elevados para o governo. Nesse sentido, há aproximadamente 50 milhões de mortes por ano no mundo, sendo 30% dessas (15 milhões) causadas por doenças do aparelho circulatório<sup>(5)</sup>.

Nesse contexto, o objetivo desse trabalho foi identificar a presença de co-morbidades e o tratamento farmacológico instituído em hipertensos da Atenção Primária em Saúde, cadastrados no Sistema de Cadastro e Acompanhamento da Hipertensão e Diabetes (SIS-HIPERDIA), em uma

Secretaria Executiva Regional de Fortaleza-Ceará-Brasil.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, quantitativo, realizado junto às Unidades Básicas de Saúde da Família-UBASF, na Secretaria Executiva Regional I (SER-1) de Fortaleza. A área possui 13 UBASFs.

Inicialmente, pesquisaram-se todos os usuários cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) do município, totalizando 14.200 fichas, sendo que 12.709 (89,5%) tinham diagnóstico de hipertensão. Feito isso, estratificamos o banco de dados por Secretaria Executiva Regional. A SER-1 teve cadastrados 3071 indivíduos, que compuseram a amostra desse estudo.

As fichas dos usuários do HIPERDIA (14.200) somente estavam disponíveis em papel. Assim, os membros do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará tiveram que digitar em banco de dados as 14.200 fichas<sup>(6)</sup>.

O registro em banco de dados foi realizado utilizando o programa Statistical Package for the Social Science (SPSS versão 17.0). Os dados foram analisados estatisticamente tomando por base as variáveis de interesse para o estudo, e organizados em quadros, tabelas e gráficos, sendo sua discussão realizada por meio da utilização de literatura pertinente.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE sob Protocolo 08622921-4 de 28 de janeiro de 2009.

## RESULTADOS

Os dados sociodemográficos dos 3071 hipertensos da SER-1 estão dispostos na tabela 1. Quanto a situação conjugal 90,4% conviviam com companheiro, em relação a escolaridade 16,2% não sabe ler/escrever, 19,2% eram alfabetizados e 36,2% tinham o ensino fundamental incompleto e 75,7% declararam raça não branca.

O diabetes mellitus apareceu com frequência de 29,0%. O pé diabético ocorreu em 1,6% e 1,1% já haviam sofrido alguma amputação resultante da complicação do diabetes.

O AVC ocorreu em 7,8% da amostra enquanto que o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) apareceu em 5,7% e a coronariopatia teve frequência de 5,2%.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas de hipertensos cadastrados no HIPERDIA (N= 3071). Fortaleza-CE, 2010.

Variáveis	Média	Desvio padrão	Frequência %
Idade (em anos)	62,4	12, 455	
<b>Sexo</b>			
Masculino			27,8
Feminino			72,2
<b>Situação Conjugal</b>			
Com companheiro			90,4
Sem companheiro			7,1
Não preenchido			2,5
<b>Escolaridade</b>			
< 8 anos de estudo			72,0
> 8 anos de estudo			24,7
Não preenchido			3,3
<b>Raça</b>			
Branca			23,7
Não Branca			75,7
Não preenchido			0,6

Tabela 2 - Prevalência de co-morbidades e tratamento farmacológico de hipertensos cadastrados no HIPERDIA (N=3071; \*n=892). Fortaleza-CE, 2010.

Co-morbidades	Frequência
Diabetes Mellitus II	29,0
Pé-diabético	1,6
Amputações	1,1
Acidente Vascular Cerebral	7,8
Infarto Agudo do Miocárdio	5,7
Coronariopatias	5,2
Doença Renal	1,3
<b>Tratamento farmacológico</b>	
Hidroclorotiazida	60,8
Captopril	60,7
Propranolol	26,4
Ácido acetilsalicílico	25,5
Glibenclamida*	23,0
Metformina*	16,4
Metildopa	7,0
Sinvastatina	4,7
Furosemida	3,1
Nifedipino	1,2

Os fármacos mais utilizados foram a hidroclorotiazida (60,8%) e o captopril (60,7%), seguidos do antiplaquetário Ácido Acetilsalicílico (25,5%) e os hipoglicemiantes orais glibenclamida (23%) e metformina (16,4%). Encontrou-se uma proporção semelhante com 77% do uso da hidroclorotiazida e 61% antagonistas  $\beta$ -adrenérgicos, 34% de antiplaquetários e 25% de hipoglicemiantes<sup>(7)</sup>.

A tabela 3 apresenta a associação dos fármacos utilizados e as complicações apresentadas pelos hipertensos, nela observam-se que a o uso da hidroclorotiazida esteve associada ao AVC em 4,6% da amostra, seguido pelo IAM com 2,9%. Do mesmo modo, o propranolol apresentou 2,0% de associação com o AVC, seguido de 1,8 % com o IAM. O captopril também associou-se ao AVC com 5,0%, ao IAM com

3,8%, mostrou ainda associação com 3,5% dos casos de coroneiopatias.

Em relação aos hipoglicemiantes orais, a glibenclamida associou-se a 2,1% dos AVC, a 1,0% dos casos de pé diabético e a 0,7% dos casos de amputação. A metformina associou-se a 1,4% dos casos de IAM, manteve pouca associação com os casos de pé diabético e amputações com 0,4 e 0,3% respectivamente.

A utilização do AAS manteve associação com 2,8% dos AVC, 2,3% dos IAM e 1,9% das coronariopatias. A sinvastatina associou-se igualmente a 0,9% dos AVC e 0,9% dos IAM. A metildopa, a furosemida e a nifedipina apresentaram pouca associação com as comorbidades.

Tabela 3 - Associação entre fármacos utilizados e complicações associadas dos pacientes cadastrados no HIPERDIA da SER-I de Fortaleza-CE, 2010.

FÁRMACO		COMPLICAÇÕES					
		IAM	CORONARIOP.	AVC	PE DIABÉTICO	AMPUTAÇÃO	IRC
HCTZ	f	90	83	141	22	13	22
	%	2,9	2,7	4,6	0,7	0,4	0,7
PROPRANOLOL	f	55	50	62	10	8	10
	%	1,8	1,6	2,0	0,3	0,3	0,3
CAPTOPRIL	f	118	109	154	29	20	24
	%	3,8	3,5	5,0	0,9	0,7	0,8
GLIBENCLAMIDA	f	52	49	65	30	21	9
	%	1,7	1,6	2,1	1,0	0,7	0,3
METFORMINA	f	42	36	38	19	12	9
	%	1,4	1,2	1,2	0,6	0,4	0,3
AAS	f	71	57	87	11	8	9
	%	2,3	1,9	2,8	0,4	0,3	0,3
METILDOPA	f	20	12	22	1	2	5
	%	0,7	0,4	0,7	0,0	0,1	0,2
SINVASTATINA	f	28	16	27	2	1	2
	%	0,9	0,5	0,9	0,1	0,0	0,1
FUROSEMIDA	f	9	15	16	2	3	3
	%	0,3	0,5	0,5	0,1	0,1	0,1
NIFEDIPINA	f	4	4	10	3	2	0
	%	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,0

## DISCUSSÃO

A média de idade encontrada foi 62,4 anos com desvio padrão de  $\pm 12,455$  anos. Esse achado essa morbidade<sup>(1)</sup>.

A relação existente entre a idade e a PA é direta e linear, sendo a prevalência da HAS superior a 60,0% acima de 65 anos<sup>(9)</sup>.

Em relação ao sexo, em outro estudo, também foi encontrado uma maior prevalência de mulheres com hipertensão<sup>(1)</sup>. A explicação para tanto pode advir da maior busca das mulheres por assistência médica, sobretudo porque têm uma maior tendência para o auto-cuidado, o que tenderia a aumentar o diagnóstico de hipertensão<sup>(10)</sup>. Há equivalência da prevalência global de HAS entre homens e mulheres, sendo mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década<sup>(9)</sup>.

Quanto à situação conjugal, 90,4% convive com companheiro. Foi observado uma prevalência de 68,2% de hipertensos casados, vindo ao encontro do nosso resultado<sup>(7)</sup>. Além do cônjuge, notou-se que outros membros da família, devido a sua proximidade, foram referidos como pessoas importantes para lembrar o horário da tomada medicamentosa, participando ainda do tratamento anti-hipertensivo do familiar de forma a estimular a realização de atividade física e incentivando o abandono do álcool, além de evitar estressá-lo<sup>(11)</sup>.

corroborar com um estudo realizado na Espanha que encontrou uma média de 67,6 anos, mostrando o fator envelhecimento influenciando

Quanto à predominância de baixo nível de escolaridade, corrobora com o estudo que encontrou, 59,1% dos hipertensos com o primeiro grau incompleto<sup>(7)</sup>. Neste cenário, considera-se a escolaridade como um dos fatores determinantes da adesão terapêutica, uma vez que a baixa escolaridade pode dificultar a assimilação de orientações dispensadas pelos profissionais de saúde às pessoas com hipertensão necessárias para manter ou melhorar seu bem-estar<sup>(12)</sup>.

A raça não-branca apresentou maior percentual, o que corrobora com as diretrizes que apontam que a hipertensão é duas vezes mais prevalente em não-brancos<sup>(9)</sup>. Em unidades de saúde de Ribeirão Preto, SP, encontrou que 43,8% eram brancos, 33,3% pretos e 42,9% pardos<sup>(13)</sup>.

Discutindo as complicações associadas à hipertensão, o diabetes mellitus apresentou prevalência de 29,0%. Um estudo de base populacional encontrou uma prevalência de 25% para o diabetes mellitus<sup>(1)</sup>.

As complicações do diabetes são responsáveis por 4 milhões de mortes por ano, o que representa 9% da mortalidade mundial total. No que se refere a prevalência, acomete cerca de 7,6% da população urbana brasileira entre 30 e 69 anos de idade<sup>(2)</sup>.

Observou-se 7,8% de hipertensos que haviam sofrido AVC. O AVC é uma síndrome neurológica que resulta em uma das maiores causas de morbimortalidade em todo o mundo<sup>(14)</sup>. Revela um grave problema de saúde pública, no Brasil os dados do SUS mostram que os AVC (isquêmicos e hemorrágicos) representam a maior causa de morte com cerca de 90 mil casos/ano. Além da alta mortalidade, o AVC representa a maior causa de incapacitação em adultos, gerando um alto gasto para os sistemas de saúde<sup>(15)</sup>.

Quanto ao IAM, este apareceu em 5,7% da amostra, corroborando com uma prevalência 6,9% de IAM em outro estudo<sup>(1)</sup>.

Em um estudo realizado no Nordeste do Brasil, com 118 pacientes internados em uma emergência por causa de crise hipertensiva, uma complicação súbita da hipertensão arterial, foi encontrado uma prevalência de 15% de obesidade, 30,5% de dislipidemia, 25,4% de doença cardíaca, 22% de doença vascular periférica, 20% já tinham tido acidente vascular cerebral, 15% tinham diabetes e 13,6% doença renal<sup>(7)</sup>. Esses dados mostram a significância da hipertensão arterial e sua associação com complicações severas que modificam a vida dos indivíduos.

Em estudo realizado em Fortaleza - CE revelou que 73,7% de hipertensos descompensados faz tratamento para algum problema de saúde existente; 13,9% tratam o diabetes; 10,5% a doença cardíaca; 2,7% referem tratamento para dislipidemia; 1,8% para doença renal e 1,8% para AVC<sup>(8)</sup>.

A maioria dos pacientes necessita de dois ou mais fármacos de classes diferentes para o controle adequado da PA. Diversas classes de anti-hipertensivos já demonstraram reduzir o risco cardiovascular em idosos, e, na maioria dos casos, é necessário associar fármacos com mecanismos de ação diferentes. 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, a interação medicamentosa, a posologia e até mesmo o preço do fármaco no mercado<sup>(16)</sup>.

Quanto aos medicamentos utilizados e sua associação com as comorbidades, o captopril foi a classe de medicamento mais utilizado, estando associado a coronariopatias, AVC e IAM. Resultado semelhante também foi mostrado em um estudo que avaliava o tratamento e controle da hipertensão,

onde o esquema mais utilizado era a monoterapia, sendo o captopril a droga mais prescrita neste esquema<sup>(17)</sup>.

Esse estudo demonstrou associação da Hidroclorotiazida com o AVC e o IAM. Os diuréticos são eficazes, sendo preferidos os diuréticos tiazídicos e similares em baixas doses<sup>(9)</sup>. O mecanismo de ação anti-hipertensiva dos diuréticos se relaciona inicialmente aos seus efeitos diuréticos e natriuréticos, com diminuição do volume extracelular. Posteriormente, após cerca de quatro a seis semanas, o volume circulante praticamente se normaliza e há redução da resistência vascular periférica. São eficazes no tratamento da hipertensão arterial, tendo sido comprovada sua eficácia na redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares.

Quanto aos diuréticos de alça, a furosemida mostrou associação com coronariopatia e o AVC, esses medicamentos são reservados para situações de hipertensão associada a insuficiência renal com taxa de filtração glomerular abaixo de 30 ml/min e na insuficiência cardíaca com retenção de volume<sup>(18)</sup>.

A metildopa é um inibidor adrenérgico de ação central, que atua estimulando os receptores alfa-2 adrenérgicos pré-sinápticos no sistema nervoso central, reduzindo o tônus simpático, pode ser útil em associação com medicamentos de outros grupos, particularmente quando há evidência de hiperatividade simpática. É o tratamento de escolha para hipertensão na gestação por apresentar segurança para o binômio materno-fetal<sup>(17,9)</sup>. O propranolol, inibidor adrenérgico por ser um betabloqueador, esteve associado ao AVC. Os betabloqueadores não devem ser usados como monoterapia, mas em combinação com diuréticos, bloqueadores de canais de cálcio ou IECA<sup>(19)</sup>. 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. Estudos e metanálises recentes não têm apontado redução de desfechos relevantes, principalmente acidente vascular encefálico, em pacientes com idade superior a 60 anos, situação em que o uso dessa classe de medicamentos seria reservada para situações especiais, como nos portadores de coronariopatia, com disfunção sistólica, arritmias cardíacas ou infarto do miocárdio prévio<sup>(9)</sup>.

Quanto aos medicamentos empregados em situações de dislipidemia, encontramos a sinvastatina. Os hipolipemiantes devem ser empregados sempre que não houver efeito satisfatório na mudança do estilo de vida ou impossibilidade de aguardar os efeitos dessa mudança por prioridade clínica. A escolha da classe terapêutica está condicionada ao tipo de dislipidemia presente<sup>(20)</sup>.

As estatinas são inibidores da HMG-CoA redutase, uma das enzimas chave na síntese intracelular do colesterol. Sua inibição reduz o conteúdo intracelular de colesterol e, como consequência, há aumento do número de receptores de LDL nos hepatócitos que então removem mais VLDL, IDL e LDL da circulação para repor o colesterol intracelular. Estes medicamentos reduzem o LDL-C de 15% a 55% em adultos<sup>(18)</sup>.

Em relação ao ácido acetilsalicílico (AAS) existem evidências de que para hipertensos com a pressão arterial controlada a prescrição de ácido acetilsalicílico em baixas doses (75 mg) diminui a ocorrência de complicações cardiovasculares, desde que não haja contraindicação para o seu uso e que os benefícios superem<sup>(9)</sup>.

Quanto aos hipoglicemiantes orais, tivemos a metformina e uma sulfoniluréia, a glibenclamida. A metformina é o medicamento de escolha para a maioria dos pacientes com diabetes tipo 2. Primeiro porque o United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) demonstrou que o tratamento intensificado pela metformina reduz 29% das complicações microvasculares e 32% dos desfechos combinados do diabetes, enquanto que pela insulina e sulfoniluréias, apenas 25% e 12%, respectivamente; quanto à redução de eventos cardiovasculares e mortalidade, apenas o tratamento intensivo com a metformina e o controle intensivo da hipertensão mostraram-se efetivos. Segundo, porque a metformina não leva à hipoglicemia, não promove ganho de peso, e metanálise recente da colaboração Cochrane sugere ser um medicamento seguro no longo prazo, mesmo quando utilizada em situações clínicas tradicionalmente vistas como contra-indicadas pelo seu alto risco de acidose láctica<sup>(18)</sup>.

As Sulfoniluréias tem a função de aumentar a liberação de insulina pelo pâncreas ou aumentar os níveis de insulina plasmática reduzindo a depuração hepática. O efeito das sulfoniluréias na redução de eventos cardiovasculares não foi demonstrado até o

presente momento, mas elas podem complementar a metformina no controle glicêmico<sup>(21)</sup>.

Dessa forma, as comorbidades frequentemente norteiam a escolha do medicamento, devendo-se dar preferência a fármacos que também possam trazer benefícios às outras doenças existentes<sup>(16)</sup>.

## CONCLUSÃO

A média de idade foi 62,4 (DP  $\pm$ 12,4), 72,2% eram mulheres, 39,6% conviviam com companheiro, 16,2% não sabiam ler e 36,2% tinham o ensino fundamental incompleto; 29,0% eram diabéticos, destes 1,6% tinham pé diabético e 1,1% já haviam sofrido alguma amputação; 7,8% tiveram AVC; 5,7% IAM; 5,2% eram coronariopatas. Os fármacos mais utilizados foram a hidroclorotiazida (60,8%) e o captopril (60,7%), seguidos do AAS (25,5%), glibenclamida (23%) e metformina (16,4%).

Esses resultados poderão auxiliar no planejamento de ações que possam minimizar o impacto desses agravos na vida dos hipertensos, bem como permitir uma avaliação do tratamento farmacológico instituído.

Salienta-se que o uso do cadastro do HIPERDIA como fonte de dados de pesquisa configura-se como importante subsidio para a gestão em saúde, pois compila importantes informações acerca dos pacientes hipertensos. Destacamos que ainda há incoerências nas fichas de cadastramento que devem ser equacionadas para o bom desempenho do HIPERDIA.

## REFERENCIAS

1. Sicras-Mainar A, Velasco-Velasco S, Navarro-Artieda R. Perfil de comorbidad, grado de control, uso de recursos sanitários y presencia de evento cardiovascular em sujetos com hipertensión arterial em El âmbito de La atención primaria de salud. Hipertensión y riesgo vascular 2009; 26(5): 201-12.
2. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Passos VA, Barreto TD. A. Hipertensão Arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Epi. e Serviço de Saúde 2006; 5(1): 35-45.
4. Mano, R. Hipertensão Arterial Sistêmica. Manuais de Cardiologia. 2008. Disponível em: <<http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/has.htm>>.
5. Sociedade Brasileira de Hipertensão. V Diretrizes brasileira de hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. 2010. Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo.

6. Santos JÁ, Moreira TMM. Análise da adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas em Fortaleza-Ceará. Relatório Parcial de Iniciação Científica - CNPQ; 2010. Universidade Estadual do Ceará.
7. Souza, WA. Avaliação da adesão ao tratamento e dos resultados clínicos e humanísticos na investigação da hipertensão arterial [tese]. São Paulo: Universidade Federal de Campinas; 2008.
8. Souza ACC et al. Caracterização clínico-epidemiológica da clientela com crise hipertensiva atendida em um serviço de emergência de um hospital municipal de Fortaleza-CE. REME - Rev. Min. Enferm 2009; 13(1): 13-18.
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010; 17(1 supl 1): 07-60.
10. 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, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2006; 22(2):285-94.
11. Abreu RNDC. Adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas: espaço para o cuidado clínico de enfermagem [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará; 2007.
12. Guedes NG, Costa BCC, Moreira RP, Moreira TF, Chaves ES, Araújo TL. Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. Rev. Esc. Enf. USP 2005; 39(2): 181-8.
13. Ungari, AQ. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos núcleos de saúde da família do município de Ribeirão Preto, SP [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2007.
14. Giles MF, Rothwell PM. Risk prediction after TIA: the ABCD system and other methods. Geriatrics 2008; 63: 10-6.
15. Curioni C, Cunha CB, Veras RP, André C. Progressive decline in stroke mortality in Brazil from 1980 to 1982, 1990 to 1992, and 2000 to 2002. Stroke 2006; 37(11): 2784-89.
16. Perrotti TC, Campos Filho J, Uehara CA, Almada Filho CM, Miranda RD. Tratamento farmacológico da hipertensão no idoso. Rev Bras 2007; 14(1):37-41.
17. Mochel EG, Andrade CF, Almeida DC, Tobias AF, Cabral F, Cossetti RD. Avaliação do tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes da rede pública em São Luiz (MA). Revista Baiana de Saúde Pública 2007; 31(1): 90-101.
18. Katzung BG. Farmacologia: Básica e Clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
19. Gravina CF et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretrizes Brasileiras em cardiogeriatría. Arq Bras Cardiol 2010; 95(3supl 2): 1-112.
20. III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2001; 77 (supl 3):1-48.
21. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

**Sources of funding:** No  
**Conflict of interest:** No  
**Date of first submission:** 2013/02/06  
**Accepted:** 2013/07/06  
**Publishing:** 2013/09/01

**Corresponding Address**  
Irialda Saboia Carvalho.  
End: Av. Antonio Sales, 2254 - Ap.202.  
Tel: (85) 88215359.  
Email: [irialda\\_carvalho@hotmail.com](mailto:irialda_carvalho@hotmail.com).  
UECE, Fortaleza, Ceará.