



ENVEJECIMIENTO POSITIVO Y SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL

QUALIDADE DE VIDA E OS MEDICAMENTOS NOS IDOSOS HIPERTENSOS

Esperança Maria Simões da Silva

Farmacêutica. Farmácia Rocha- Coimbra.

Orquídea Ribeiro

Matemática, Especialista de Estatística.

Centro de Ciências e Informação e Decisão em Saúde da Faculdade Medicina da Universidade do Porto.

Emanuel Ponciano Mourisca Moreira Lopes

Médico Psiquiatra, Investigador Principal aposentado da Faculdade de Medicina, IBILI, Universidade de Coimbra.

Maria Margarida Duarte Ramos Caramona

Farmacêutica. Professora da Faculdade de Farmácia, Laboratório de Farmacologia Faculdade de Farmácia, Universidade de Coimbra

Fecha de recepción: 30 de octubre de 2012

Fecha de admisión: 17 de noviembre de 2012

RESUMO

Os idosos são grandes consumidores de medicamentos, podendo o seu uso cauteloso e racional ser a solução para uma melhor qualidade de vida (QV). No entanto a elevada prevalência de diversas doenças crónicas concomitantemente no mesmo indivíduo leva a um risco de polifarmacoterapia, com consequências nefastas, como a dificuldade de adesão à terapêutica. No presente estudo avaliamos a terapêutica prescrita, a adesão à terapêutica, a ansiedade, a depressão, e a QV dos idosos. Foi efetuado um estudo prospetivo em 1039 hipertensos, com mais de 65 anos, recrutados nas farmácias, através de um questionário uniformizado. Os doentes estavam medicados em média com 5.07 fármacos distintos e uma toma diária de 6.34 comprimidos. Tanto o número de fármacos total como o número de comprimidos por dia eram superiores no sexo feminino. A terapêutica anti-hipertensora envolvia em média dois tipos de fármacos. Destaca-se o grupo dos psicofármacos (41%), benzodiazepinas (37%), dos antidiabéticos orais (20%). Verificou-se que é uma população ansiosa mas não depressiva com elevado consumo de psicofármacos. A QV foi considerada média a boa. Verificou-se não adesão à terapêutica em 37% dos doentes, utilizando o método Morisky-Green, apesar do elevado esquecimento e experiências com a terapêutica.



QUALIDADE DE VIDA E OS MEDICAMENTOS NOS IDOSOS HIPERTENSOS

PALAVRAS-CHAVE

Idoso, polimedicação, qualidade de vida, adesão, hipertensão.

ABSTRACT

The elderly are main consumers of drugs, as their cautious and rational use to be the key to a better quality of life (QOL). However, the high prevalence of several chronic diseases concurrently in the same individual leads to a risk of polypharmacy with adverse consequences, such as the difficulty of adherence to treatment. This study sought to determine the prescribed therapy, adherence to therapy, anxiety and depression, and QOL of the elderly. A prospective study was performed in 1039 hypertensive patients over 65 years, recruited from pharmacies, that answered a standardized questionnaire. Patients were treated with an average of 5.7 different drugs and had 6:34 tablets per day. The total intake of daily drugs and the number of tablets per day were higher in females. The antihypertensive therapy involved on average two types of drugs. Noteworthy is the group of psychoactive drugs (41%), benzodiazepines (37%) of lipid-lowering agents (40%), statins (36%) and oral antidiabetics (20%). It was found out a anxious population but not depressed, with high consumption of psychotropic drugs. QOL was considered average to good. There were no adherence to therapy in 37% of patients using the Morisky-Green test, despite the high forgetfulness and experiences with therapy.

KEYWORDS

Elderly, polypharmacy, quality of life, adherence, hypertension.

INTRODUÇÃO

A hipertensão é hoje um dos mais graves problemas de saúde pública em Portugal. Os mais recentes dados sobre a prevalência da hipertensão no nosso país mostram um aumento não imaginado desta patologia há umas décadas atrás (Clara, Macedo, & Pego, 2007). Segundo o estudo PAP (Macedo, et al., 2007), cerca de 42,1% dos portugueses com mais de 18 anos são hipertensos, 53,9% dos hipertensos não sabem que o são, apenas 39% dos doentes estão a ser tratados e somente 11,2% têm a doença controlada. Contudo, a prevalência encontrada de hipertensão arterial na população portuguesa não tratada, com idade superior a 55 anos, de acordo com os critérios da OMS/SIH, foi de 44,92%. (Clara, Macedo, & Pego, 2007). A hipertensão está associada a uma morbilidade e mortalidade muito elevadas, sendo a única doença crónica que continua a agravar o seu impacto na qualidade de vida e na diminuição de anos de vida úteis daqueles que dela sofrem. (Dias, 2002). Nos últimos anos, os dados dos ensaios clínicos, demonstraram nitidamente os benefícios de tratar a hipertensão (sistólica e diastólica), nos doentes idosos, ao diminuir a morbilidade e mortalidade cardiovascular. (Prisant & Moser, 2000) Recentemente verificou-se que a elevação matinal da PA constitui um poderoso indicador preditivo de eventos cerebrovasculares em indivíduos idosos, independentemente da percentagem de descida noturna da PA observada. (Polónia, et al., 2005) Numa meta análise de 8 estudos (Staessen, Wang, & Birkenhager, 2003) (Staessen, et al., 2000) que avaliaram os efeitos do tratamento da hipertensão nos idosos, verificou-se a redução do risco de AVC em 30%, de eventos coronários em 23% e de 13% da mortalidade provocada por várias causas. Contudo, nos doentes idosos, é de grande importância adicionar vitalidade aos anos que restam do que aumentar a esperança de vida, por conseguinte, os efeitos da terapêutica anti-hipertensora devem ser avaliados não apenas em termos da diminuição da pressão arterial mas também no impacto na QV. O idoso, frequentemente e muito mais do que em qualquer outro grupo etário, está exposto a duas síndromes importantes: a polipatologia, conseqüente à deterioração de órgãos com a resultante multiplicidade de doenças próprias da velhice, como a hipertensão arterial,



ENVEJECIMIENTO POSITIVO Y SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL

as dislipidemias, a osteoporose, a insuficiência cardíaca, a insuficiência renal, as alterações cerebrais ateroscleróticas, entre muitas outras. Tudo isto acarreta outro verdadeiro e não menos importante síndrome que é a polimedicação. (Dias, 2000) Os idosos consomem muito maior quantidade de medicamentos, por vezes em número muito elevado. Consequentemente, os riscos de iatrogenia, reações adversas e interações medicamentosas são de realçar e de considerar sempre que surge um novo sintoma ou sinal num idoso polimedicado. Comete-se com frequência o erro de prescrever um novo fármaco para contrariar um novo sintoma, quando este resulta apenas duma reação iatrogénica ou duma interação medicamentosa. Tudo isto contribui para os riscos da polimedicação. (Dias, 2001). O uso de medicação inadequada nos doentes idosos é a principal preocupação dos cuidados de saúde. Foi desenvolvido por Beers, um conjunto de critérios, em que se recomenda não usar determinada medicação com elevado potencial de efeitos adversos e em alternativa utilizar fármacos com baixo risco, ou seja eficazes e seguros. (Soares, Fernandez-Llimos, Cabrita, & Morais, 2011). Com o aumento da esperança de vida no último século, é comum encontrar indivíduos com 90 anos, e podemos-nos questionar sobre a necessidade de utilizar tratamentos das suas doenças caros e invasivos. No entanto os benefícios de tratar em vez de ignorar os problemas de saúde da velhice são visíveis. (Ebrahim, 2002).

MÉTODO

Objetivo

No presente estudo avaliamos a terapêutica prescrita, a adesão à terapêutica, a ansiedade, a depressão, e a QV dos idosos hipertensos seguidos em farmácia comunitária

Participantes

Estudo epidemiológico, transversal, de uma amostra da população hipertensa com mais de 65 anos. Foram observados 1039 doentes, 435 homens e 604 mulheres. Foi aplicado um questionário a todos os indivíduos que deram o seu consentimento para participação no estudo. Este visava descrever o perfil sócio-demográfico, os estilos de vida diários e a história cardiovascular pessoal. A recolha de informação deste estudo decorreu durante 2006.

Materiais e procedimentos

Registo dos elementos sócio-demográficos e clínicos de cada doente. Nos questionários de caracterização dos doentes foram registados: 1) sexo, data de nascimento (faixas etárias utilizadas: 65-69 anos, 70-74 anos, 75-79 anos, 80-84 anos e > 85 anos), situação profissional; escolaridade; estado civil 2) peso (kg), altura (cm), IMC (kg/m²), 3) pressão arterial, duração da hipertensão (anos); 4) recurso a hospitalização, sistema de saúde 5) patologias do doente (dislipidemia, angina de peito, diabetes) comorbilidades /fatores de risco cardiovascular: Doença Coronária (antecedentes de enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral, acidente isquémico transitório). Nas comorbilidades foram registadas outras patologias com interesse para a avaliação global do doente 6) tabagismo (fumador: número de cigarros/dia, Ex-fumador: n° anos), exercício físico, ingestão de café e álcool diário, 7) terapêutica farmacológica efectuada (substância activa, dosagem, forma farmacêutica e posologia). Em relação aos conceitos de hipertensão arterial, foram utilizados os critérios internacionalmente aceites (Chobanian, Bakris, Black, & al, 2003) (Mancia, et al., 2007) (Polonia, Ramalinho, Martins, & Saavedra, 2006) e dividiu-se em hipertensão controlada ou não controlada.

Instrumentos

Questionário de qualidade de vida, HYPHER (Bamfi, De Carli, Arpinelli, & al, 1998), (Mapi, 2012). Questionário de adesão à terapêutica utilizando métodos indirectos (Morisky, Green, & Levine,



QUALIDADE DE VIDA E OS MEDICAMENTOS NOS IDOSOS HIPERTENSOS

1986). Questionário de mensuração da depressão e da ansiedade de Beck (Beck & Steer, 1987) (Beck & Steer, 1990)

Análise estatística

Na análise descritiva da amostra analisada, foram aplicadas estatísticas de sumário apropriadas. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas (%). As variáveis contínuas foram descritas utilizando a média e desvio-padrão ou mediana, percentil 25 e percentil 75, consoante a distribuição destas seja simétrica ou assimétrica, respectivamente. Foi usado o teste t-student ou o teste de One-Way Anova para o teste de hipóteses relativas a variáveis contínuas, nomeadamente, os domínios global, Físico e Emocional consoante se comparam dois grupos independentes ou mais de dois grupos, respectivamente. Foi usado o teste de Mann-Whitney ou o teste de Kruskal-Wallis no caso do domínio Diário do Hyper 29, cuja distribuição não é simétrica, consoante se comparam dois grupos independentes ou mais de dois grupos, respectivamente. Para comparar a força de associação entre as escalas do BAI e BDI II e as escalas da qualidade de vida foi determinado o coeficiente de correlação de Pearson. Foi utilizado um nível de significância de 0,05 para todos os testes de hipótese. A análise foi efectuada utilizando o programa de análise estatística SPSS® v.18.0.

RESULTADOS

Caracterização da População

Participaram 300 farmácias no estudo, tendo sido incluídos 1039 doentes, sendo 42% do sexo masculino e 58% do sexo feminino. A população estudada consistia em doentes hipertensos com a seguinte distribuição etária: dos 65-69 anos, 37%; dos 70-74 anos, 26%; dos 75-79 anos, 22%; dos 80-84 anos, 12% e idade superior a 85 anos, 3%. A idade dos inquiridos variou entre o 65 e os 94 anos, com uma idade média de 72.69 ± 5.83 anos e uma mediana de 71 anos de idade. Observaram-se diferenças estatisticamente significativas em relação à distribuição por faixa etária e sexo ($p=0.001$); a percentagem de mulheres nas faixas etárias superiores é maior, o que é previsível face à maior esperança de vida das mulheres. Do total da amostra 64% eram casados ou vivem em união de facto. Verificou-se diferenças estatisticamente significativas em relação ao estado civil e o sexo ($p<0.001$), os homens encontram-se maioritariamente casados. Ver Tabela 1 Relativamente ao grau de escolaridade, 11% dos indivíduos eram analfabetos, 61% tinha o nível primário, 12% o 9º ano, 7% tinham finalizado o secundário ou tinha um curso técnico e apenas 9% tinham um curso superior. Observam-se diferenças estatisticamente significativas em relação à escolaridade e ao sexo ($p<0.001$), há um maior número de mulheres iliteratas. Nesta amostra 10% dos inquiridos apresentavam-se profissionalmente no ativo, 1% estava desempregado mas a maioria 89% já se encontravam reformados. Foi possível obter o índice de massa corporal (IMC) em 990 doentes, 423 do sexo masculino e 567 do sexo feminino, com uma média e desvio padrão de 27.66 ± 3.89 kg/m². No sexo masculino esse valor foi de 27.56 ± 3.41 kg/m² e no feminino de 27.73 ± 4.21 kg/m² ($p=0.067$). Na distribuição da população por classes de IMC e sexo verifica-se que 56% dos homens tem excesso de peso versus 49% das mulheres, estas diferenças são também pouco notórias em relação à prevalência da obesidade 21% nos homens e 26% nas mulheres. Verificou-se que 51,52% dos indivíduos se encontram em pré-obesidade. Ver Figura 1. Considerando o consumo de tabaco, 243 doentes eram ex-fumadores, mantendo 43 doentes hábitos tabágicos, dos quais só 12 eram do sexo feminino. Verificamos que 450(43.31%) doentes (145(32.22%) homens/305(67.78%) mulheres) tinham dislipidemia, sendo a prevalência de diabetes elevada 240(23.09%) doentes, em que 204(19,63%) eram tratados com ADO e 21(2,02%) com insulina. Apenas 229(24.28%) doentes (79(34.50%)H/150(65.50%)M) tinham ambas as patologias. Nos 1039 doentes analisados, obtive-



ENVEJECIMIENTO POSITIVO Y SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL

ram-se os valores tensionais para 943 doentes, dos quais 747, (321 (81%) homens e 426 (78%) mulheres), tinham hipertensão arterial controlada. Destes, 90 doentes eram diabéticos (20.13%). Os valores médios da pressão arterial sistólica foram sempre superiores a $14,4 \pm 1,78$ mmHg (9.5-21.5), enquanto os valores médios de pressão arterial diastólica rondaram os $7,94 \pm 1,13$ mmHg (4.0-12.0). Não se verificou qualquer associação entre a idade e a pressão arterial sistólica ($p=0.669$) ou diastólica. De facto, os valores dos coeficientes de correlação, idade vs PAD, são muito baixos, ainda que significativos ($r=-0.098$, $p=0.003$). verificou-se no entanto uma correlação significativa e positiva entre a PAS e PAD ($r=0.518$, $p<0.001$) ver Tabela 2

Terapêutica

Os doentes inquiridos ingeriam diariamente em média 5.07 medicamentos de grupos farmacológicos distintos, dois dos quais anti-hipertensores, num total de 6.34 comprimidos. As mulheres eram as maiores consumidoras (6.61 ± 3.76 comprimidos diários contra 5.70 ± 3.66 nos homens, $p < 0.001$). Cerca de 193 doentes recorriam à medicação ocasional, que podia atingir 15 fármacos distintos, e que na sua maioria era constituída por 139 (14.74%) analgésicos, antipiréticos ou anti-inflamatórios e 152 (16.11%) antiácidos. Na população global, 31.28% dos doentes encontravam-se medicados com diuréticos isoladamente ou 38.68% prescritos em associações fixas. Os antagonistas do cálcio foram prescritos em 30.61% dos doentes. A prescrição de IECA foi de 28.49 % e a prescrição de BB foi de 21.85%. Os ARA foram prescritos em 16.84% dos doentes. As estatinas foram prescritas em 36,09% dos casos, sendo que os fibratos foram prescritos apenas em 4.43% dos doentes. Contudo os psicofármacos foram o grupo farmacológico mais prescrito em 41% dos doentes (benzodiazepinas 37% e antidepressivos 12%). Os doentes incluídos no estudo, 464 (44.65%) efetuaram regime de monoterapia tendo os restantes efectuado dois ou mais anti-hipertensores 544 (52.35%). Em relação à terapêutica anti-hipertensora em monoterapia, salienta-se o facto de que 10% destes doentes se encontravam medicados apenas com inibidores da enzima de conversão da angiotensina I e 2% apenas com BB. A faixa etária apresenta diferenças significativas no número de fármacos/dia ($p < 0.001$), no número de comprimidos/dia ($p = 0.002$), e no número de tomas/dia ($p=0.02$) mas não no número de classes de anti-hipertensores/dia ($p = 0.247$). Quanto ao número de fármacos/dia, a diferença encontra-se entre a faixa etária dos 65-69 anos, cujo número médio de fármacos/dia é de 5,87 (o mais baixo de todos), e a faixa etária dos 75-79 com o maior valor médio (6.82), conforme teste tukey $p = 0.040$. Quanto ao número de comprimidos/dia, as comparações post-hoc não detetam diferenças estatisticamente significativas, pelo que a diferença deverá estar entre as faixas etárias dos 65-69 anos (n° médio de cps/dia = 7.40) e a faixa etária dos 75-79 anos (n° médio de cps/dia = 8.82), já que o valor- $p = 0.065$, o mais baixo dos observados. Quanto ao número de classes de anti-hipertensores, as comparações post-hoc não detetam diferenças estatisticamente significativas, pelo que a diferença deverá estar entre as faixas etárias dos 80-84 anos (n° médio de classes de anti-hipertensores = 1.57) e as faixas etárias dos 75-79 anos (n° médio de classes de anti-hipertensores = 1.97; $p = 0.094$) e dos 70-79 anos número médio de classes anti-hipertensores = 1.95; $p = 0.094$). De notar que o grau de consumo de diuréticos quase duplica quando comparamos os indivíduos entre os 65-69 anos com os de mais de 85 anos ($p=0.037$). De assinalar que o grau de consumo de antilipidémicos diminui a metade quando comparamos os indivíduos de 65-69 anos com os de mais de 85 anos ($p=0.038$). Verificou-se que as mulheres tomam mais psicofármacos que os homens ($p<0.001$). O grau de escolaridade influencia a toma de psicofármacos ($p = 0.0129$) É mais frequente a toma de psicofármacos em indivíduos com menor escolaridade, nomeadamente até ao 9º ano, sendo maior a taxa de indivíduos sem auxílio de psicofármacos quando a escolaridade é superior à obrigatória (9º ano). Ver Figura II Existe uma relação estatisticamente significativa entre o estado civil e a toma de psicofármacos, os indivíduos viúvos ou



QUALIDADE DE VIDA E OS MEDICAMENTOS NOS IDOSOS HIPERTENSOS

separados toma mais psicofármacos que os casados. Verificou-se que não há relação estatisticamente significativa entre a toma de psicofármacos e o controlo da PA ($p=0.622$).

Adesão à terapêutica

Verificamos não adesão à terapêutica 37% dos doentes, utilizando o método Morisky-Green. Foram encontradas alguns fatores estatisticamente significativos ($p<0.001$) relacionados com a não adesão à terapêutica instituída tais como: a presença de efeitos adversos, o não se sentir motivado para a continuação da medicação, tal como deixar acabar o medicamento (não renovação da receita) ou fazer experiências (omissão ou atraso na toma) não tomar todos os dias porque se sente bem, a dificuldade em abrir os frascos e o custo elevado. Ver Tabela 3

Ansiedade e depressão

O valor médio para a ansiedade foi de 10.31 ± 8.72 o que corresponde a uma pontuação de ansiedade leve. Existe uma diferença estatisticamente significativa entre os valores obtidos quer para a ansiedade quer para a depressão entre o subgrupo masculino e feminino ($p<0.001$). Se considerarmos exclusivamente a população feminina, o valor médio da ansiedade é de 14.23 ± 11.06 o que se aproxima dos critérios de ansiedade moderada. Ver Tabela 4 Relativamente à depressão, para a qual esta população apresentou um valor médio de 12.06 ± 9.09 que corresponde aos critérios de depressão não existente. A subpopulação feminina, isolada, por sua vez, obteve uma pontuação de 14.11 ± 9.85 que corresponde a depressão leve. Quanto ao grupo etário não se registou diferenças significativas com a ansiedade e a depressão ($p=0.674$ e $p=0.626$ respectivamente), no entanto a faixa etária de mais de 85 anos verifica valores médios mais elevados em relação às outras faixas etárias. Verificou-se uma relação estatisticamente significativa em que os indivíduos diabéticos apresentavam pontuações de ansiedade e depressão mais elevadas que os não diabéticos, sendo apenas significativo para as pontuações da ansiedade ($p=0.019$). O grupo com diabetes aproxima-se dos critérios de depressão leve e de ansiedade leve. A pontuação da ansiedade diminui com o aumento do grau de escolaridade ($p<0.001$), sendo que a diferença significativa ocorre entre os graus de escolaridade (Analfabeto e Superior), comparações múltiplas. A pontuação da depressão difere significativamente consoante a escolaridade: analfabeto > primária > 9º ano/12º ano/superior ($p<0.001$). Há diferença estatisticamente significativa na pontuação da ansiedade consoante a situação civil ($p=0.031$). A pontuação da depressão difere significativamente consoante o estado civil: viúvo > divorciado > casado > solteiro ($p=0.002$), sendo que os estados civis solteiro e viúvo apresentam diferença significativa nos valores de depressão (comparações múltiplas). Não há diferença estatisticamente significativa na pontuação da ansiedade consoante a situação profissional ($p=0.217$). A pontuação da depressão difere significativamente consoante a situação profissional: desempregado > reformado > trabalhador ($p=0.020$), sendo que comparações múltiplas detetem um par de grupos com diferença significativa, (trabalhador e desempregado). Ver Tabela 5 Verifica-se uma correlação significativa, positiva e $r > 0,4$ entre o relato de sintomas e a ansiedade e a depressão, ou seja os doentes com valores de depressão e ansiedade mais elevados tem mais sintomas. Ver Tabela 6 A ansiedade e a depressão foram significativamente relacionadas à Qualidade de Vida. Verificou-se que 15.32% da variância da QV foi explicado pela depressão (14.03%) e pelos sintomas (1.65%). Os indivíduos que tomam psicofármacos tem valores mais elevados de ansiedade e depressão, sendo estatisticamente significativo esta diferença ($p<0.001$). aproximando-se dos critérios de depressão leve e já com ansiedade leve.

Qualidade de vida

Os indivíduos com mais de 65 anos que participaram no estudo tiveram uma pontuação média de qualidade de vida de 93.54 ± 15.06 , considerada uma pontuação boa face ao grupo etário em estu-



ENVEJECIMIENTO POSITIVO Y SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL

do. Observamos uma diferença estatisticamente significativa entre os valores obtidos para as dimensões emocional e física e na qualidade de vida total, entre o subgrupo masculino e feminino, sendo que as mulheres apresentam um valor superior apenas na qualidade de vida total ($p < 0.001$). Encontramos diferenças significativas nas pontuações das subescalas da qualidade de vida para as seguintes variáveis, grau de escolaridade, estado civil, situação profissional. O valor das subescalas emocional e física e da escala total de qualidade de vida aumenta com o aumento do grau de escolaridade ($p < 0.001$). Quanto ao valor da subescala diária aumenta com o aumento do grau de escolaridade ($p = 0.053$), sendo que a diferença significativa ocorre entre o grau de escolaridade mais baixo e o mais alto (analfabeto e superior). Há diferença estatisticamente significativa na pontuação da subescala emocional e física do teste de qualidade de vida consoante o estado civil ($p = 0.001$ e $p = 0.035$, respectivamente). Não há diferença estatisticamente significativa na pontuação da subescala de qualidade de vida diária consoante o estado civil ($p = 0.249$). Não há diferença estatisticamente significativa na pontuação da subescala de qualidade de vida emocional e diária consoante a situação profissional ($p = 0.117$ e $p = 0.136$, respectivamente). A pontuação da subescala física difere significativamente consoante a situação profissional: trabalhador > desempregado > reformado ($p < 0.008$). Relativamente aos indivíduos que tiveram um AVC ou um EAM, apresentam valores inferiores e estatisticamente significativos na dimensão de QV diária ($p < 0.001$) em relação aos indivíduos que não sofreram estas complicações. Na subpopulação diabética deste estudo observamos que apresentaram valores de qualidade de vida inferiores aos não diabéticos em todas as dimensões ($p < 0.001$). Não se verificou qualquer relação entre o colesterol elevado e as subescalas de qualidade de vida física e diária ($p = 0.173$ e $p = 0.278$). No entanto os indivíduos com colesterol elevado vem a sua qualidade de vida total e emocional diminuída mesmo que ligeiramente. ($p = 0.018$ e $p = 0.006$). Verificou-se que os doentes com diagnóstico de hipertensão há mais de 10 anos apresentam valores inferiores de QV em relação aos indivíduos com diagnósticos mais recentes, no entanto não é estatisticamente significativa esta diminuição. Contudo os indivíduos que já foram hospitalizados devido a episódios hipertensivos agudos apresentam uma QV em todas as suas dimensões inferior aos que nunca estiveram hospitalizados, sendo estatisticamente significativa esta diferença ($p < 0.001$). Assim como os indivíduos com valores de pressão arterial não controlada apresentam valores de qualidade de vida inferiores aos indivíduos com a pressão arterial controlada ($p < 0.001$). ver Tabela 7 Não se considerou qualquer associação entre o número de fármacos diários ou o número de comprimidos por dia com a QV dado que os valores dos coeficientes de correlação são muito baixos, ainda que significativos; não dá para comparar grupos dado que os fatores apresentam uma grande dispersão de valores. A presença de sintomas/ efeitos secundários relatados pelos doentes hipertensos tem influência na qualidade de vida global ($p < 0.001$) ou nas suas dimensões: emocional, física e diária ($p < 0.001$). Os sintomas mais relatados foram: acordar durante a noite, cansar-se facilmente, sensação de peso nas pernas, dificuldade em adormecer e edema dos tornozelos. Observou-se uma diferença estatisticamente significativa em relação a três sintomas com a faixa etária (edema dos tornozelos $p < 0.001$, alteração do humor $p = 0.01$ e cansar-se facilmente $p = 0.006$). De assinalar que o sintoma relatado pelo doente, edema dos tornozelos, vê duplicado a sua frequência quando comparamos os indivíduos de 65-69 anos com os de mais de 85 anos ($p < 0.001$). O número de sintomas relatados contudo apresenta uma correlação significativa com as dimensões física e total da qualidade de vida mas muito baixa, não tendo sido considerada. Ou seja os doentes tiveram uma pontuação mediana de 15 sintomas (média foi 15.69), que não foi significativamente correlacionada com a qualidade de vida. Nos indivíduos com mais sintomas relatados, não se verificou que tem pior qualidade de vida, apesar de a correlação ser significativa, os valores de r são muito baixos o que indica correlação muito fraca. Os valores de correlação entre a qualidade de vida e o número de anti-hipertensores são muito fracos, ainda que significativos. Não existe correlação entre os anos de hipertensão do doente e a qualidade de vida. Os valores de correla-



QUALIDADE DE VIDA E OS MEDICAMENTOS NOS IDOSOS HIPERTENSOS

ção entre a qualidade de vida e o número de tomas diárias são muito fracos, ainda que significativos. A análise multivariada mostrou que a obesidade (OR = 1.006), diabetes mellitus (OR = 1.018) e tabagismo (OR = 1.089) não foram fatores de risco para menor qualidade de vida.

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados, baseados numa amostra de 1039 doentes com mais de 65 anos, são coerentes com realidade atual da população idosa. Permitem ter um conhecimento não só em relação a terapêutica farmacológica mas também quanto à qualidade de vida e prevalência da ansiedade e depressão nesta população. Há semelhança de outros estudos houve mais mulheres entre os idosos da nossa população. As mulheres são claramente predominantes na população idosa portuguesa, dado sobreponível à informação do INE e de acordo com o aparecimento mais tardio da doença coronária no sexo feminino e da maior longevidade das mulheres (INE, 2011). É sabido que na mulher o envelhecimento constitui marcador de risco significativo, e em regra quando a doença coronária ocorre, ela é mais velha do que o homem. (Vagueiro, 1999). Os antecedentes de hospitalização devido a situação aguda ou complicação relacionada com a hipertensão, de tabagismo e acidentes cardiovasculares foram prevalentes nos homens, já esperados visto serem características relacionadas com o sexo masculino. A grande incidência no nosso país de morbilidade e mortalidade por acidentes vasculares cerebrais em idades precoces poderá justificar este resultado. (DGS, 2001). Já a doença nervosa, o colesterol elevado, o sedentarismo e baixo consumo alcoólico foram predominantes nas mulheres, possivelmente relacionado com fatores hereditários e socio culturais. (OMS, 2001) Embora o estudo da obesidade não tenha sido o objetivo do estudo, não queremos deixar de referir que cerca de 51% da população com mais de 65 anos tinha excesso de peso, e 24% obesidade, número que reflete o aumento de obesidade que temos vindo a assistir na população portuguesa. (do Carmo, et al., 2007). A prescrição de medicamentos é a intervenção em saúde mais frequente nos países desenvolvidos. A incidência de doenças crónicas aumenta com a idade, e os idosos com mais de 65 anos correspondem a cerca de 15% da população atual têm muito mais probabilidades de ter mais do que uma patologia que requer a prescrição de fármacos de diferentes grupos terapêuticos pois é difícil controlar cada uma das patologias em monoterapia logo aumentam assim os riscos da polimedicação (Galvão, 2006). Muitos destes doentes, são responsáveis pelo consumo de cerca de 30% de todos os medicamentos (várias substâncias), e têm maior probabilidade de interações medicamentosas e iatrogenias entre as várias terapêuticas instituídas. (Vieira, Ferreira, & Tomé, 2007), Alguns autores referem que, embora nem todos os idosos necessitem de medicamentos, pelo menos 85% dos idosos usam um fármaco prescrito, e a maioria usa mais do que um. (Dias, 2001). Um estudo realizado em 11 países europeus, em que se avaliou o uso inadequado da terapêutica farmacológica em indivíduos com mais de 65 anos, verificou-se que 95% tomavam mais que um fármaco, 51% estavam polimedicados e 19,8% utilizava pelo menos um fármaco inapropriado. (UEMO, 2006)

Neste estudo, os grupos farmacológicos mais encontrados foram, por ordem decrescente, os anti-hipertensores, os psicofármacos, os antidiabéticos orais, os antilipídicos, os anticoagulantes e os antidiabéticos orais, em consonância com resultados de outros estudos. (Alvarez & Clara, 1994) Os doentes estavam medicados em média com 5,1 fármacos distintos, o que correspondia a uma administração diária média de 6,4 comprimidos por dia. Consumos que eram superiores no sexo feminino. Neste estudo a terapêutica anti-hipertensora envolvia em média dois tipos de fármacos, resultados idênticos a outros autores. (Fonseca & Clara, 2000). No nosso estudo, mais de metade (54%) os doentes efectuaram terapêuticas anti-hipertensoras combinadas, sendo o recurso a diuréticos, bloqueadores da entrada do cálcio e associações (IECA+DIU e ARA+DIU) os mais frequentes, estando de acordo com as recomendações de 2009 da ESH (Volpe & Tocci, 2009) e de outros estudos rando-



ENVEJECIMIENTO POSITIVO Y SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL

mizados que demonstram a eficácia destes tratamentos (Ferreira & Alfaiate, 2000) (Carmona, 2002) (Pêgo, Carvalho, Araújo, Ramalhão, & Silva, 2000) (Falcão, Alcântara, & Clara, 1993).

A terapêutica da hipertensão arterial é consensualmente aceite como muito efetiva no idoso, mas a terapêutica hipolipemiante, apesar de menos consensual, já provou que é segura e benéfica. De acordo com as mais recentes guidelines da American Heart Association, os idosos de elevado perfil global de risco e desde que gozem de uma boa qualidade e esperança de vida devem ser tratados (Silva, 2003). Observámos a toma de antilipidémicos em 40% dos indivíduos com as estatinas prescritas em 36% e os fibratos em 4% dos doentes. Contudo, grau de consumo de antilipidémicos diminui para metade quando comparamos os indivíduos de 65-69 anos com os de mais de 85 anos ($p=0.038$). o que vem ao encontro de resultados de estudos internacionais. (Rato & Cardoso, 2006) A redução do colesterol das LDL provou diminuir os eventos cardiovasculares em indivíduos até aos 80 anos de idade, mas faltam estudos para provar a sua eficácia em idosos acima dessa idade. Na ausência de contraindicações os indivíduos entre os 65 e os 80 anos de idade com doença coronária e/ou patologias crónicas associadas a doença cardiovascular devem ser tratados com estatinas. (Rato, 2006) O tratamento da HTA visa, a curto prazo, obter a redução e o controlo dos valores tensionais, de modo a evitar, a médio prazo, a progressão da doença e das suas repercussões nos órgãos alvo e a obter, a longo prazo, a diminuição da morbilidade e da mortalidade cardiovascular. (DGS, 2006) A não adesão, que alguns autores referem que oscila entre os 21 e os 55%, é outro dos problemas potenciais no idoso, em particular se polimedicado, se for incapaz de tomar os medicamentos corretamente, se os efeitos secundários forem intensos ou desagradáveis, ou se os custos dos medicamentos forem considerados lesivos do orçamento familiar (Galvão, 2006) No entanto, segundo uma meta-análise realizada, vale a pena tratar a hipertensão do idoso e que o benefício da terapêutica se mostrou sempre superior ao seu custo (Carvalho, Ramalhinho, & Clara, 1992) No nosso estudo obtivemos um bom grau de controlo da HTA, só 21% dos indivíduos tinham a pressão arterial não controlada, sendo apenas 37% dos doentes considerados não aderentes à terapêutica e este resultado aproxima-se de outros estudos publicados (Pinto & Pisco, 2007) (Castela, Silva, Jordão, & Clara, 2001). (Dias, 2001) No entanto, este tipo de comparações pode por vezes estar ligeiramente enviesado, na medida em que os critérios e métodos utilizados nos diferentes estudos nem sempre são rigorosamente iguais. (Cabral & Silva, 2009)

As benzodiazepinas são psicotrópicos sujeitos a receita médica obrigatória, frequentemente prescritos aos idosos, como hipnóticos e ansiolíticos. O uso e 'abuso' de benzodiazepina neste grupo etário têm sido prática corrente por serem eficazes nas suas indicações, terem um baixo custo e serem consideradas relativamente inócuas. Esta relação custo-benefício faz com que rapidamente se transformem em medicamentos 'indispensáveis' ao dia-a-dia de muitos idosos. No entanto a elevada prevalência de utilização de benzodiazepina neste grupo etário é preocupante devido à reconhecida e inapropriada sedação e diminuição das capacidades psicomotoras, muitas vezes associadas a um risco acrescido de quedas e fraturas. (Afonso, 2003). Um ponto marcante observado neste estudo foi o facto de que 41% dos doentes estarem a tomar psicofármacos e que 37% da população consumia benzodiazepinas e 12% antidepressivos. De notar ainda, que o grau de consumo de psicofármacos ou benzodiazepinas mantem-se constante ao longo dos grupos etários estabelecidos não havendo diferença estatisticamente significativa O psicofármaco prescrito a maior número de utentes foi o alprazolam; e do subgrupo dos antidepressivos foi a fluoxetina, resultados sobreponíveis a outros estudos (Falcão, Monsanto, Nunes, Marau, & Falcão, 2007). Também se revelou que a prevalência de prescrição de benzodiazepinas no sexo feminino foi dupla da do sexo masculino e que resultados de outros estudos internacionais são concordantes com este. (Cadilhe, 2004) Estes dado pode ser parcialmente explicado pelo facto de os doentes terem referido perturbações do sono isto é, relataram o acordar durante a noite e a dificuldade em adormecer como sintomas muito frequentes e o facto da ansiedade, e depressão terem sido significativamente mais fre-



QUALIDADE DE VIDA E OS MEDICAMENTOS NOS IDOSOS HIPERTENSOS

quentes nas mulheres do que nos homens. Estes factos, aliado à idade avançada da população, com a consequente situação de reforma e a predominância do sexo feminino em relação ao masculino, terão certamente contribuído para o consumo de benzodiazepinas em tão elevada percentagem de doentes, resultados idênticos a outros estudos publicados (Falcão, Monsanto, Nunes, Marau, & Falcão, 2007). Pouco mais de metade dos indivíduos (51%) eram considerados ansiosos na escala BAI (28% leve, 16% moderada e 7% grave) e apenas 35% apresentavam sintomas depressivos na escala BDI-II (19% leve, 10% moderada e 6% grave), apenas estes indivíduos seriam os que tirariam mais proveito dos efeitos dos psicofármacos. Verificamos que a população idosa hipertensa estudada é, no geral, uma população ansiosa mas não depressiva. A subpopulação feminina apresenta valores de ansiedade e depressão muito mais elevados que a subpopulação masculina. A prevalência de ansiedade nesta amostra de idosos hipertensos varia entre 60% nas mulheres e 40% nos homens. Existindo uma prevalência maior da depressão 44% no sexo feminino em relação ao sexo masculino 25% realidade em tudo semelhante à encontrada noutros países europeus (Telles-correia, D 2003) Nesta amostra de doentes idosos com hipertensão verificou-se que as dimensões de saúde calculadas no Hyper demonstram valores que traduzem uma perceção de qualidade de vida diminuída. A dimensão emocional teve o valor máximo mais baixo, demonstrando-se que todos os resultados, em todas as dimensões, se encontram na metade inferior da escala. Estes dados eram expectáveis uma vez que se trata de um amostra de doentes idosos em que 60% tem diagnóstico de hipertensão há mais de 10 anos e em que 51% apresentam ansiedade e 35% estão deprimidos. Demonstra também a importância da dimensão emocional na interferência com as outras dimensões e as consequentes implicações na qualidade de vida destes doentes. A dimensão física (limitação no desempenho das atividades e problemas físicos) apresentou um valor médio idêntico à dimensão diária (vida diária ou interação social). Estes resultados podem traduzir um impacto social e laboral sem significado uma vez que a maior parte dos doentes desta amostra estão reformados. Todas as dimensões do Hyper tiveram valores médios baixos, observando-se os piores valores na dimensão emocional (personalidade extrovertida e social/versus retraída, depressiva e ansiosa). Além deste facto, demonstrou-se a existência de correlação com significado estatístico entre a dimensão emocional e a dimensão física e a diária, não se verificando o mesmo entre a dimensão diária e a dimensão física. Resultado justificado por ser expectável um maior grau de exigência física e psicológica na atividade laboral do que nas atividade de vida diária simples e complexas. Na realidade, as alterações no estilo de vida podem ter um efeito ainda mais negativo na QV, do que um tratamento apropriado ao doente. Como a maioria dos doentes hipertensos são idosos, grandes alterações na rotina diária e nos hábitos alimentares pode provocar a sensação de terem menor controlo da sua vida, do que uma administração diária de um fármaco bem tolerado. (Gonçalves, et al., 2003) (Verissimo, et al., 2002) (Miguel & Iglésias, 2004). Constatou-se um grau de correlação estatisticamente mais forte entre a dimensão emocional e a escala total. Este facto tem óbvias implicações ao definir a contribuição emocional feita pela perceção do doente, do seu estado de saúde atual. Estes resultados poderão demonstrar o impacto da hipertensão nos aspetos relacionados com a componente emocional destes doentes, particularmente na forma como percebem emocionalmente a sua patologia no desempenho social, o que deve ser tido em consideração na sua avaliação e tratamento. Por outro lado estes resultados impõem uma outra questão; existirá neste grupo de doentes um substrato mental patológico que possa diminuir o controlo da hipertensão. Particularmente interessante parece ser o resultado obtido na correlação entre a existência de um quadro de ansiedade e maior relato de efeitos secundários e consequentemente pior perceção da qualidade de vida; e os indivíduos com pior controlo da pressão arterial também apresentam valores inferiores de qualidade de vida. Esta constatação sublinha mais uma vez a importância dos aspetos psicológicos de valorização do controlo da hipertensão, o que está de acordo com o que está descrito por alguns autores. (Trigo, Silva, & Rocha, 2005) (Shapiro, Hui, Oakley, Pasic, & Jamner, 1995)



ENVEJECIMIENTO POSITIVO Y SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL

CONCLUSÃO

Os prestadores de cuidados de saúde têm pela frente uma população que está a envelhecer, apresenta mais doenças crónicas e mais comorbilidades mas há um aumento gradual da esperança de vida, e uma evolução favorável da qualidade de vida em geral, o que implica uma melhoria da prestação de cuidados de saúde. (Sousa, 2007). As atividades preventivas podem desempenhar um importante papel a nível da qualidade e esperança de vida, promovendo a autonomia e contribuindo para um adequado grau de conforto físico e emocional do idoso. Nem todas as intervenções preventivas beneficiam da mesma forma todos os idosos, e muitas delas podem contribuir para a diminuição da sua qualidade de vida pela ansiedade que acarretam ou pela morbilidade que comportam. A polipatologia é frequente, em especial nos grandes idosos, podendo levar a acentuadas perdas de função e ao aumento da fragilidade da pessoa idosa (Galvão, 2006)

Tabela 1 Caracterização da população

	Total n=1039	Masculino (n = 435)	%	Feminino (n = 604)	%	χ^2 p
Grupo etário						17.75
65-69	382	184	42.30	198	32.78	0.001
70-74	272	121	27.82	151	25.00	
75-79	232	81	18.62	151	25.00	
80-84	123	40	9.20	83	13.74	
≥85	30	9	2.07	21	3.48	
Escolaridade						61.09
Analfabeto	116	15	3,45	101	16,72	<0.001
Primária	632	279	64,14	353	58,44	
9º Ano	127	64	14,71	63	10,43	
12º Ano	71	45	10,34	26	4,30	
Superior	92	31	7,13	61	10,10	
Estado civil						164.15
Solteiro	42	4	0,92	38	6,29	<0.001
Casado	664	374	85,98	290	48,01	
Divorciado	37	9	2,07	28	4,64	
Viúvo	289	44	10,11	245	40,56	
Situação Profissional						8.64
Trabalhador	102	39	8,96	63	10,43	0.013
Desempregado	11	-	-	11	1,82	
Reformado	919	391	89,89	528	87,42	
Diagnóstico de HTA						3.74
<10 Anos	223	151	34,71	172	28,48	0.053
≥10 Anos	593	238	54,71	355	58,77	

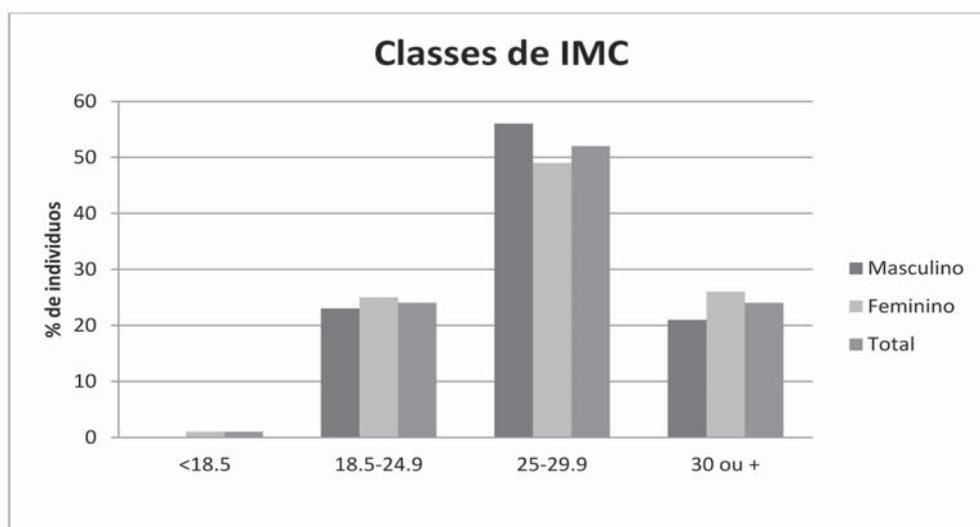


Figura I Classes de IMC



QUALIDADE DE VIDA E OS MEDICAMENTOS NOS IDOSOS HIPERTENSOS

Tabela 2 Correlação Idade vs PAS e PAD

	PAS	PAD
Idade		
r	0.014	-0.098**
p	0.669	0.003
PAS		
r	1	0.518**
p	-	<0.001

r-coeficiente de correlação de Pearson.

**Coeficiente de correlação significativamente diferente de 0 para um nível de significância de 0,01 (2-tailed).

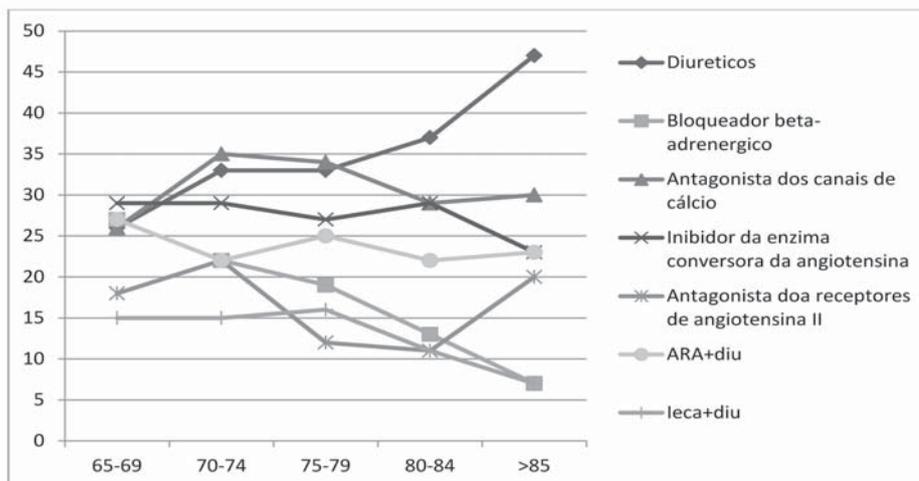


Figura II frequência de utilização das diferentes classes farmacológicas anti-hipertensoras em função do grupo etário

Tabela 3 Atitudes perante o tratamento instituído

Quando por vezes não toma o medicamento, qual é a razão?	n	(%)
Por vezes esquece de tomar	225	(34)
Não tem o medicamento em casa/ deixou acabar	111	(17)
Deixou o medicamento em casa/ estava arrumado e não se lembrou de o tomar	53	(8)
Por vezes experimenta não tomar um ou dois, só para ver no que dá	38	(6)

Tabela 4 Ansiedade e Depressão vs. características sociodemográficas

	BAI				BDI II			
	n	mdn	P25	P75	n	mdn	P25	P75
sexo								
Masculino	269	6.00	3.00	11.00	252	8.00	4.00	13.00
Feminino	377	9.00	6.00	17.00	323	12.00	7.00	19.00
<i>z/χ² p</i>		-5.997		<0.001§		-5.756		<0.001
Idade (em anos)								
[65. 69[	249	8.00	4.00	14.00	222	10.00	5.00	16.00
[70. 74[	166	7.00	4.00	15.00	155	10.00	6.00	15.00
[75. 79[	143	8.00	5.00	15.00	124	10.00	5.00	17.50
[80. 84[	72	8.50	4.00	17.00	58	12.00	6.00	19.00
>=85	16	10.00	6.00	13.00	16	14.00	7.50	18.50
<i>z/χ² p</i>		1.535		0.674E		1.750		0.626
Escolaridade								
Analfabeto	72	12.00	7.00	17.00	61	16.00	9.00	22.00
Primária	379	9.00	5.00	15.00	345	11.00	6.00	16.00
9º ano	84	6.00	3.00	12.50	76	9.00	4.00	16.50
12º ano	52	5.00	2.00	10.00	41	9.00	3.00	12.00
Superior	59	5.00	3.00	9.00	52	9.00	4.00	13.00
<i>z/χ² p</i>		44.711		<0.001E		22.569		<0.001
Estado Civil								
Solteiro	29	10.00	5.00	14.00	22	7.00	4.00	17.00
Casado	421	7.00	4.00	14.00	397	10.00	5.00	15.00
Divorciado	20	7.50	5.00	14.50	16	12.50	6.50	16.00
Viúvo	174	9.00	6.00	16.00	138	13.00	7.00	19.00
<i>z/χ² p</i>		8.850		0.031E		15.068		0.002



ENVEJECIMIENTO POSITIVO Y SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL

Situación profesional								
Trabajar	64	6.50	3.00	11.50	59	8.00	4.00	16.00
Desempleado	6	9.00	7.00	10.00	6	25.00	13.00	29.00
Reformado	571	8.00	4.00	15.00	505	10.00	6.00	16.00
z/χ^2		3.053		0.217£		7.863		0.020
p								
Diabetes								
Sim	132	9.00	4.50	18.50	124	12.00	5.00	18.00
Não	513	7.00	4.00	13.00	450	10.00	5.00	16.00
z/χ^2		-2.349		0.019§		-1.923		0.055
p								

mdn-mediana; P-Percentil; § Teste de Mann-Whitney (Z estatística do teste); £ - Teste de Kruskal-Wallis (X^2 estatística do teste).

Tabela 5 Correlação Ansiedade e Depressão vs Efeitos secundários

	Nº de Efeitos Secundários	
	r	p
BAI	0,659**	<0,001
BDI II	0,405**	<0,001

r-coeficiente de correlação de Pearson.

**Coeficiente de correlação significativamente diferente de 0 para um nível de significância de 0,01 (2-tailed).

Tabela 6 Correlação Ansiedade e Depressão vs Qualidade de vida

	Qol emocional	Qol diária	Qol física	Qol total
BAI	-0.602	-0.509	-0.428	-0.640
r p	-	<0.001	<0.001	<0.001
BDI II	-0.671	-0.441	-0.455	-0.665
r p	<0.001	-	<0.001	<0.001

r-coeficiente de correlação de Pearson.

**Coeficiente de correlação significativamente diferente de 0 para um nível de significância de 0,01 (2-tailed).

Tabela 7 Qualidade de vida vs pressão arterial

Pressão arterial	n	Hyper	Emocional	Física	Diária
		Media±DP	Media±DP	Media±DP	Mdn(P25-P75)
Não controlada	143	89.36±15.28	48.95±9.80	6.08±1.74	35 (30-39)
Controlada	529	94.66±14.79	51.69±9.92	6.76±1.91	38(34-40)
tF		-3.779	-2.933	-4.08	-3.468
p		<0.001	0.003	<0.001	0.001

BIBLIOGRAFIA

- Afonso, I. B. (2003). Benzodiazepinas: aplicação da guideline III 3653/91 num grupo particular de doentes idosos. *Boletim Farmacovigilância*, 7(1), p. 2.
- Alvarez, A., & Clara, J. G. (1994). Polifarmacoterapia no hipertenso idoso. *Revista Portuguesa Cardiologia*, 13(7/8), pp. 587-592.
- Bamfi, F., De Carli, G., Arpinelli, F., & al, e. (1998). Development of a new specific questionnaire for hypertensive patients. *J Hypertens*, 16(Suppl 9), pp. S35-S40.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1987). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Manual for the Beck anxiety inventory*. San Antonio TX: Psychological Corporation.
- Cabral, M. V., & Silva, P. A. (2009). Adesão à terapêutica em Portugal. Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas, os hábitos de saúde e o consumo de medicamentos (1ª ed.). Lisboa: ICS.
- Cadilhe, S. (2004). Benzodiazepinas: prevalência de prescrição e concordância com os motivos de consumo. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 20(2), pp. 193-202.
- Carmona, J. P. (2002). Terapêutica da hipertensão no idoso em 2001. *Geriatrics*, 15(143), pp. 44-51.
- Carvalho, L., Ramalinho, V., & Clara, J. G. (1992). Análise dos grandes ensaios sobre hipertensão arterial no idoso. *Revista Interno*, 3(3), pp. 145-150.



QUALIDADE DE VIDA E OS MEDICAMENTOS NOS IDOSOS HIPERTENSOS

- Castela, S., Silva, A. T., Jordão, A., & Clara, J. G. (2001). Causas de insuficiência cardíaca e factores precipitantes de descompensação no doente idoso. *Geriatria*, 14(135), pp. 9-15.
- Chobaniam, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., & al, e. (2003). The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. The JNC7 Report. *JAMA*, 289, pp. 1560-2572.
- Clara, J. G., Macedo, M. E., & Pego, M. (2007). Prevalencia de hipertensão sistólica isolada numa população de mais de 55 anos: resultados de um estudo nacional. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 26(1), pp. 11-17.
- DGS. (2001). Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- DGS. (2006). Actualização do programa nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares. Lisboa: Direcção Geral de Saude.
- Dias, C. (2000). Como usar AINEs no doente idoso polimedicado. *Arquivos Medicina*, 14(1), pp. 42-45.
- Dias, C. (2001). Iatrogenia no idoso. *Geriatria*, 14(138), pp. 35-40.
- Dias, C. (2002). Síndromes geriátricas. *Geriatria*, 15(145), pp. 15-20.
- do Carmo, I., dos Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., . . . Galvão-Teles, A. (2007). Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obesity reviews*, 9, pp. 11-19.
- Ebrahim, S. (2002). The medicalisation of old age, should be encouraged. *BMJ*, 324, pp. 861-863.
- Falcão, I. M., Monsanto, A., Nunes, B., Marau, J., & Falcão, J. M. (2007). Prescrição de psicofarmacos em medicina geral e familiar: um estudo na rede medicos sentinela. *Revista Portuguesa Clinica Geral*, 23(1), pp. 17-30.
- Falcão, L. M., Alcântara, P., & Clara, J. G. (1993). Hipertensão arterial no idoso e função renal. *Revista Portuguesa Cardiologia*, 12(1), pp. 57-61.
- Ferreira, M. R., & Alfaiate, T. (2000). Hipertensão arterial: particularidades do diagnóstico e terapêutica do idoso. *Geriatria*, 13(121), pp. 5-12.
- Fialová, D., Topinková, E., Gambassi, G., Finne-Soveri, H., Jónsson, P. V., Carpenter, I., . . . Group, f. t. (2005). Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in europe. *JAMA*, 293, pp. 1348-1358.
- Fonseca, T., & Clara, J. G. (2000). Polifarmacoterapia e adesão à terapêutica no idoso hipertenso. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 19(9), pp. 855-872.
- Galvão, C. (2006). O idoso polimedicado: estratégias para melhorar a prescrição. *Revista Portuguesa Clinica Geral*, 22(6), pp. 747-752.
- Gonçalves, F., Verissimo, M. T., Aragão, A., Barbosa, B., Sousa, A., Silva, R., . . . Saldanha, M. H. (2003). Efeito do exercício físico na pressão arterial dos idosos. *Geriatria*, 15(150), pp. 10-15.
- INE. (2011). Censos 2011 - Resultados Provisórios. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Macedo, M. E., Lima, M. J., Silva, A. O., Alcântara, P., Ramalinho, V., & Carmona, J. (2007). Prevalencia, conhecimento, tratamento e controlo da hipertensão em Portugal. Estudo PAP. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 26(1), pp. 21-39.
- Mancia, G., De Backer, G., Dominiczak, A., Cifkova, R., Fagard, R., Germano, G., & al, e. (2007). Guidelines for the management of arterial hypertension. The task force for the management of arterial hypertension of the european society of hypertension (ESH) and of european society of cardiology (ESC). *J Hypertens*, 25, pp. 1105-87.
- Mapi, I. (2012). Hypertension Health Status Inventory. France, Lyon: Mapi Research Trust, Quality of life Instruments Database <http://www.mapi-institute.com/links>.
- Miguel, S., & Iglésias, A. B. (2004). HTA e demência. *Revista Saúde Amato Lusitano*, 8(15), pp. 29-33.
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence. *Med Care*, 24(1), pp. 67-74.



ENVEJECIMIENTO POSITIVO Y SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL

- OMS. (2001). Relatorio sobre a saude no mundo 2001. Saude mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS.
- Pêgo, G. M., Carvalho, M. L., Araújo, J. M., Ramalhão, C., & Silva, P. M. (2000). Eficácia e segurança do diltiazem no tratamento da hipertensão arterial no idoso. *Acta Medica Portuguesa*, 13(1-2), pp. 7-12.
- Pinto, D., & Pisco, A. M. (2007). Adesão à terapêutica anti-hipertensiva em doentes diabéticos. *Revista Faculdade Medicina Lisboa*, 12- Série 3(3), pp. 171-179.
- Polónia, J., Amado, P., Barbosa, L., Nazaré, J., Silva, J. A., Bertoquini, S., . . . Carmona, J. (2005). Relação entre lesão órgãos-alvo cardiovasculares e elevação matinal da pressão arterial, valor da pressão arterial ao levantar e variabilidade diurna da pressão arterial: estudo transversal em 743 indivíduos. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 24(1), pp. 65-78.
- Polonia, J., Ramalhinho, V., Martins, L., & Saavedra, J. (2006). Normas sobre Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão . *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 25(6), pp. 649-60.
- Prisant, L. M., & Moser, M. (2000). Hypertension in the elderly: can we improve results of therapy? *Arch Intern Med*, 160, pp. 283-289.
- Rato, Q. (2006). Terapêutica da dislipidemia no idoso. *Revista Factores Risco*, 1(2), pp. 28-33.
- Rato, Q., & Cardoso, A. A. (2006). Revisão retrospectiva dos registos das consultas externas hospitalares de cardiologia para aa determinação das abordagens terapêuticas de doentes com hipertensão arterial e/ou dislipidemia. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 25(10), pp. 889-905.
- Shapiro, D., Hui, K. K., Oakley, M. E., Pasic, J., & Jamner, L. D. (1995). Effectiveness of a combined behavioural drug intervention for hypertension: drug, personality, and quality of life effects. In J. E. Dimsdale, & A. Baum, *Quality of life in behavioural medicine research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Silva, J. M. (2003). Justifica-se a intervenção terapêutica hipolipemiante no idoso? *Geriatrics*, 15(155), pp. 8-13.
- Soares, M. A., Fernandez-Llimos, F., Cabrita, J., & Morais, J. (2011). Critérios de avaliação de prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados. *Acta Medica Portuguesa*, 24, pp. 775-784.
- Sousa, J. C. (2007). Do peixe no prato à cana de pesca. Reflexões sobre empoderamento, capacitação e cuidados de saúde. *Revista Portuguesa Clinica Geral*, 23, pp. 353-358.
- Staessen, J. A., Gasowski, J., Wang, J. G., Thijs, L., Den Hond, E., Boissel, J. P., . . . Fagard, R. H. (11 de Mar de 2000). Risks of untread and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials. *Lancet*, 355(9207), pp. 865-872.
- Staessen, J. A., Wang, J. G., & Birkenhager, W. H. (Mar de 2003). Outcome beyond blood pressure control? *European Heart Journal*, 24(6), pp. 504-14.
- Trigo, M., Silva, D., & Rocha, E. (2005). Factores psicossociais de risco na doença coronária: para além do comportamento tipo A. *Revista Portuguesa Cardiologia*, 24(2), pp. 261-281.
- UEMO. (2006). Recomendações da UEMO para uma prática medicamentosa mais segura no idoso. *Revista Portuguesa Clinica Geral*, 22(1), pp. 111-112.
- Vagueiro, M. C. (1999). Algumas considerações sobre a doença cardiovascular na mulher. *Cardiologia Actual*, 9(78), pp. 2503-2511.
- Verissimo, M. T., Aragão, A., Sousa, A., Barbosa, B., Ribeiro, H., Costa, D., & Saldanha, M. H. (2002). Efeito do exercicio no metabolismo lipidico dos idosos. *Revista Portuguesa Cardiologia*, 21(10), pp. 1099-1112.
- Vieira, C., Ferreira, B., & Tomé, C. (2007). Dificuldade em estabilizar a litemia numa doente hipertensa. *Psilogos*, 3(2), pp. 33-40.
- Volpe, M., & Tocci, G. (Jun de 2009). 2007 ESH/ESC Guidelines for management of hypertension, from therapy to practice: global cardiovascular risk concept. *J Hypertens*, 27(3), pp. S3-11.

