



ARTIGO ORIGINAL

Pacientes com hipertensão arterial em ambiente de medicina geral e familiar: análise comparativa entre controlados e não controlados



Luiz Miguel Santiago^{a,b,*}, Carolina Pereira^b, Philippe Botas^b, Ana Rita Simões^b, Rosa Carvalho^b, Gonçalo Pimenta^b, Glória Neto^b

^a Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

^b USF Topázio, ACES Baixo Mondego, ARS do Centro IP, Coimbra, Portugal

Recebido a 5 de setembro de 2013; aceite a 2 de dezembro de 2013

Disponível na Internet a 22 de julho de 2014

PALAVRAS-CHAVE

Hipertensão arterial;
Medicamentos;
Lesão em órgão-alvo;
Controlo;
Cronoterapia;
Anti-inflamatórios
não esteroides

Resumo

Objetivos: Determinar a prevalência e comparar diferenças entre pacientes hipertensos controlados e não controlados.

Metodologia: Estudo observacional, analítico, em junho de 2013, na população de três ficheiros clínicos de médicos de uma unidade de saúde familiar no concelho de Coimbra, com hipertensão arterial (HTA) diagnosticada e registada pela codificação ICPC-2 (com e sem complicações) até ao dia 13 de maio de 2013. Amostra calculada para um intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 6% em cada um dos ficheiros, após obtenção de listagens por ordem ascendente do número nacional de utente, assumindo uma frequência de controlo de 50%. Colheita dos dados pelos autores, por consulta de todos os processos aleatorizados, com reposição, no programa específico de HTA e no ambiente de prescrição do serviço de apoio ao médico (SAM), após parecer positivo da Comissão de Ética da Administração de Saúde Regional do Centro. Controlo de HTA se nas três últimas espaçadas leituras o valor era inferior a 140/90 mmHg.

Resultados: Estudou-se uma amostra de n = 201 indivíduos, sendo 104 homens (51,7%) e tendo menos de 65 anos 86 (42,8%) (p = 0,127 entre sexo e grupo etário). Para n = 130 (64,7%) da amostra há controlo da HTA. A lesão em órgão-alvo é significativamente mais frequente nos pacientes com HTA controlada (33,1 versus 19,7%, p = 0,031). Quando há toma de pelo menos um medicamento à noite há maior frequência de controlo (56,9 versus 29,6%, p < 0,001). A simultaneidade de prescrição de anti-inflamatórios não esteroides é mais frequente nos pacientes com HTA não controlada (11,3 versus 3,8%, p = 0,043).

Conclusão: São fatores significativamente mais frequentes no controlo da HTA o prévio acidente cardiovascular, a toma de pelo menos um anti-hipertensor à noite e a ausência de simultânea prescrição de anti-inflamatórios não esteroides.

© 2013 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: lmsantiago@netcabo.pt (L.M. Santiago).

KEYWORDS

Hypertension;
Medicines;
Target organ damage;
Control;
Chronotherapy;
Non-steroidal
anti-inflammatory
drugs

Hypertensive patients in a general practice setting: Comparative analysis between controlled and uncontrolled hypertension

Abstract

Objective: To study the differences between controlled and uncontrolled hypertensive patients. **Methods:** This was a cross-sectional observational study of the hypertensive population on the lists of three general practitioners in the district of Coimbra in central Portugal in 2013, with a margin of error of 6% and 95% confidence interval in each sample, organized in ascending order of health care user numbers. Data were gathered electronically by the investigators after approval by the Regional Health Authority's ethics committee.

Results: A sample of 201 individuals was studied, of whom 104 (51.7%) were male and 86 (42.8%) were aged under 65 ($p=0.127$ for gender and age-group). Hypertension was controlled in 130 (64.7%). We found significant differences in target organ damage, more frequent in those with controlled hypertension (33.1% vs. 19.7%, $p=0.031$), in hypertension control, better in those taking at least one anti-hypertensive drug at night (56.9% vs. 29.6%, $p<0.001$), and in prescription of non-steroidal anti-inflammatory drugs, more frequent in those with uncontrolled hypertension (11.3% vs. 3.8%, $p=0.043$).

Conclusion: Hypertension control is significantly associated with target organ damage, taking at least one anti-hypertensive drug at night and not taking non-steroidal anti-inflammatory drugs simultaneously.

© 2013 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introdução

A hipertensão arterial (HTA) é patologia muito frequente, de causalidade variada, com elevada morbidade e mortalidade, bem como custos terapêuticos farmacológicos importantes, tendo sido alvo de três circulares normativas da Direção Geral da Saúde¹⁻³. Em Portugal estima-se uma prevalência de HTA de 42,62% que aumenta com a idade. Segundo o estudo VALSIM, 47,62% dos pacientes com HTA (pHTA) estão tratados em monoterapia, 36,16% estão medicados com duas classes de medicamentos anti-hipertensores e 16,22% com três ou mais classes, estando globalmente os diuréticos prescritos em 47,40% dos pHTA⁴.

A abordagem terapêutica farmacológica inicial por diuréticos tem fundamentação vária²⁻⁸ e a cronoterapia, melhor alocação durante o dia para a toma de medicamentos revela que, quando pelo menos um dos medicamentos é tomado à noite, os resultados a prazo são melhores na redução dos acidentes devidos à HTA⁹.

É sabido que a HTA aumenta em prevalência com a idade^{4,7}. É também conhecido que alguns tipos de medicamentos podem levar a menor controlo da HTA, nomeadamente os anti-inflamatórios não esteroides (AINE)⁹.

Existe a necessidade de associar pelo menos dois medicamentos de classes distintas para a terapêutica, devendo ser a clorotalidona o medicamento de primeira escolha, mesmo que com todo o cortejo de pequenos problemas clínico-analíticos associados^{2,7,8}.

O contexto em que os indivíduos se encontram pode levar a um espírito diferente na aceitação e manutenção em terapêutica, nomeadamente pelo facto de já terem tido acidente vascular prévio, sofrerem de patologia ou terem fatores de risco associados, sendo certo que, para Portugal, será pequena a frequência dos pHTA que, tratados, estão controlados¹¹⁻¹³.

A adesão e a manutenção em terapêutica dos pHTA são fenómenos essenciais ao controlo da HTA e devem ser pensados não como um comportamento desleixado, mas como o resultado de uma experiência subjetiva da vivência com a HTA. Usualmente a HTA não dá sintomas ou sinais até ao aparecimento de complicações, o que dificulta a capacitação dos pHTA, pelo que o acidente ou a complicação podem ser fenómenos de não adesão e manutenção em terapêutica¹².

Há que ter em conta a necessidade de tratar, mas sem causar dano nem desperdício, em particular na HTA moderada, tal como veio demonstrar recente revisão de 2012¹⁴. Existe, em particular, a discussão sobre os valores definidores de HTA: se os presentes 140/90 mmHg se os anteriores 160/100 mmHg, numa tentativa de perceber se é justificado o investimento a ser realizado por indivíduos, famílias e sociedade^{15,16}. É que outros fatores podem estar associados, quer alimentares, quer medicamentosos, quer de conhecimento, que devem obrigar os médicos a pensar, para a melhor eficiência na terapêutica da HTA¹⁷.

Pelo acima exposto surge a necessidade de perceber as diferenças entre os pHTA controlados e não controlados.

Objetivos

Verificar as diferenças entre características de pacientes sofrendo de HTA controlada ou não controlada. Especificamente verificar se há diferenças quanto à idade, ao sexo, à existência de acidente cardiovascular prévio, à associação de outras patologias, ao número de medicamentos anti-hipertensores, ao tipo de medicamentos anti-hipertensores, à medicação com clorotalidona, à toma de, pelo menos, um anti-hipertensor à noite e ao consumo concomitante de AINE.

Tabela 1 Resultados encontrados entre pHTA controlados e não controlados

Variável	HTA controlada (n = 130)	HTA não controlada (n = 71)	p
<i>Idade (anos)</i>	64,9 ± 13,0	67,3 ± 11,4	0,204
<i>Número de DCI</i>	2,2 ± 0,8	2,2 ± 0,9	0,871
<i>Medicamentos</i>			0,559
Um só DCI	27 (21,6%)	15 (21,7%)	
Mais que um DCI	98 (78,4)	54 (78,3)	
	n (%)	n (%)	
<i>Sexo</i>			
Masculino	64 (49,2)	34 (56,3)	0,207
Feminino	66 (50,8)	31 (43,7)	
<i>Grupo etário</i>			
< 65 anos	58 (44,6)	28 (38,4)	0,288
≥ 65 anos	72 (55,4)	43 (60,6)	
<i>Com ou sem lesão em órgão-alvo</i>			
Sim	43 (33,1)	14 (19,7)	0,031
Não	87 (66,9)	57 (80,3)	
<i>Com outra patologia associada</i>			
Sim	26 (20,0)	16 (22,5)	0,401
Não	104 (80,09)	55 (77,5)	
<i>Com outra patologia</i>			
Sim	97 (74,6)	47 (66,2)	0,136
Não	33 (25,4)	24 (33,8)	
<i>Uso de diuréticos</i>			
Sim	81 (64,8)	48 (69,6)	0,305
Não	44 (35,2)	21 (30,4)	
<i>Uso de clorotalidona</i>			
Sim	22 (16,9)	9 (12,7)	0,280
Não	108 (83,1)	62 (87,3)	
<i>Com prescrição de, pelo menos, um medicamento à noite</i>			
Sim	74 (56,9)	21 (29,6)	< 0,001
Não	56 (43,1)	50 (70,4)	
<i>Toma conjunta de AINE</i>			
Sim	5 (3,8)	8 (11,3)	0,043
Não	125 (96,2)	63 (88,7)	

Metodologia

Estudo observacional, analítico, aleatório, com reposição, na população de três ficheiros clínicos de médicos de uma unidade de saúde familiar, no concelho de Coimbra, em junho de 2013, com HTA diagnosticada e registada pela codificação ICPC-2 (com ou sem complicações) até ao dia 13 de maio de 2013, data em que foram criados os ficheiros de casos a estudar. Amostra calculada para um intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 6% em cada um dos ficheiros, assumindo-se uma frequência de controlo de 50%. Após obtenção de listagens por ordem ascendente do número nacional de utente foi feita colheita dos dados, pelos autores, por consulta de todos os processos aleatorizados, no programa específico de HTA e no ambiente de prescrição do serviço de apoio ao médico (SAM). Em caso de ausência de dados de leitura de tensão arterial, nos últimos

nove meses, foi estudado o elemento imediatamente anterior da listagem, mantendo-se a anterior seriação. No caso de este também não ter dados foi estudado o elemento logo a seguir ao aleatorizado, mantendo-se a anterior seriação. Mantendo-se a ausência de dados seguiu-se o processo de aleatorização previamente definido, ou seja, o quinto elemento seguinte ao inicialmente aleatorizado. Foi obtida a concordância de todos os médicos detentores dos ficheiros clínicos, bem como o parecer positivo da Comissão de Ética da Administração de Saúde Regional do Centro.

O valor de tensão arterial considerado foi o da média das três últimas medições no ambiente de trabalho do programa de HTA do SAM, num período mínimo de nove meses de avaliações, sendo feitas três medições em cada consulta. A medicação foi estudada através do conhecimento do número de diferentes denominações comuns internacionais (DCI). Para conhecimento do medicamento tomado à noite

pesquisou-se a sua prescrição nas receitas eletrônicas de cada paciente, para o período dos últimos nove meses. Para conhecimento de simultaneidade de AINE foi também acedido o módulo de prescrição, considerando positiva a associação quando havia prescrição continuada de AINE nos últimos nove meses.

O estudo foi feito com base nas classificações de doença crônica que os médicos ao longo do tempo colocaram, como antecedentes pessoais, no processo eletrônico dos seus consulentes segundo as definições operacionais que são divulgadas. Assim e quando presentes no programa de HTA do SAM, usaram-se as seguintes definições, constantes do programa, para:

Lesão em órgão-alvo: Acidente Vascular Cerebral/Acidente Isquêmico Transitório, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Hipertrofia Ventricular Esquerda, Doença Renal, Ateromatose, Retinopatia;
Ter outra patologia associada: Nefropatia, Doença Coronária, Doença Vasculare, Enfarte Agudo do Miocárdio;
Outra patologia: Diabetes *Mellitus*, Doença Glomerular e Dislipidemia.

A definição da patologia constante de cada um dos capítulos acima é a consensualmente existente em função dos valores analíticos e dos exames auxiliares de diagnóstico realizados a cada paciente, sendo a sua colocação em base de dados da responsabilidade do médico.

Definiram-se as variáveis dicotômicas ter ou não ter e, quanto à idade, criou-se o grupo de idade igual ou superior a 65 anos e o grupo até aos 64 anos, inclusive.

Realizou-se estatística descritiva e inferencial paramétrica, após verificação da normalidade dos dados, com o t de student, para variáveis não emparelhadas e, para estudo entre variáveis nominais, o χ^2 .

Resultados

De uma população de n=972 (prevalência da HTA de 20,2%) estudou-se uma amostra, de n = 201 indivíduos, sendo 104 homens (51,7%), tendo n = 86 menos de 65 anos (42,8%) (p = 0,127 entre sexo e grupo etário).

Os resultados são mostrados na tabela, sendo de realçar que, para n = 130 (64,7%) da amostra, há controlo da HTA. Verifica-se que a LOA é significativamente mais frequente nos pHTA controlados (33,1 *versus* 19,7%, p = 0,031) que, quando há toma de, pelo menos, um medicamento à noite, também há maior frequência de controlo (56,9 *versus* 29,6%, p < 0,001) e que a toma conjunta de AINE's é mais frequente nos pHTA não controlados (3,8 *versus* 11,3%, p = 0,043).

Segunda a [Tabela 1](#), verifica-se que 66,5% dos pHTA estão medicados com diurético e que, destes, n = 31 (24,3%) são do DCI clorotalidona, sendo muito baixa a prescrição de anti-inflamatórios não esteroides (n = 13, 6,5%). Dos pHTA encontram-se, com dois medicamentos, n = 86 (42,8%) e, com três medicamentos, n = 57 (28,4%).

Para os pacientes da amostra em 28,4% havia registo de LOA, em 29,9% de patologia associada e em 28,4% de outra patologia, tal como mostra a [Tabela 2](#).

Na [Tabela 3](#) apresenta-se a distribuição dos vários tipos de classes terapêuticas, por controlo ou não de HTA, nos

Tabela 2 Patologia associada, constante da Folha de HTA do SAM

	n (%)
<i>Lesão em órgão-alvo</i>	
Acidente vascular cerebral / acidente isquémico transitório	15 (26,3%)
Insuficiência cardíaca congestiva	20 (35,1%)
Doença renal	8 (14,0%)
Ateromatose	18 (31,6%)
Retinopatia	2 (3,5%)
<i>Outra patologia associada</i>	
Nefropatia	8 (19,1%)
Doença coronária	24 (57,1%)
Doença vascular	19 (45,2%)
Enfarte agudo do miocárdio	5 (11,9%)
<i>Outra patologia</i>	
Diabetes <i>mellitus</i>	69 (47,9%)
Doença glomerular	13 (9,0%)
Dislipidemia	104 (72,2%)

194 pHTA medicados e que é significativamente diferente. Os diuréticos são a classe mais prescrita, seguindo-se os antagonistas dos recetores tipo 1 da angiotensina. É maior a frequência de diuréticos nos não controlados e maior a prescrição dos medicamentos que atuam no sistema renina-angiotensina-aldosterna, na situação de controlo de HTA. Em monoterapia a classe mais frequente é a dos inibidores da enzima de conversão da angiotensina, n = 17 (8,5%).

Discussão

O conhecimento dos determinantes de bons resultados, em patologias, que são aferíveis por valores decisórios, é importante, em particular quando estão envolvidos valores económicos e financeiros importantes, quer de encargos quer de custos, estruturais e processuais, bem como de resultado que, em termos individuais, familiares e sociais, podem ser pesados.

O conhecimento do ambiente que estudámos pode ser feito por vários tipos de estudo. Optámos por um estudo transversal e de base populacional, verificando o estado dos pHTA que aleatoriamente estudámos, assim se tendo reduzido o enviesamento. O tamanho da amostra considera-se ser suficiente para a demonstração de resultados.

Num estudo que incluiu n = 86 (42,8%) pacientes com mais de 65 anos foi feita opção pelo valor de corte de 140 mmHg e de 90 mmHg, de pressão sistólica e diastólica, mesmo que outros valores sejam discutidos^{1,15,16}.

Segundo literatura nacional e internacional continuará baixa a frequência de pHTA controlados o que, no presente caso, não se verifica, com 64,7% de frequência de controlo, havendo assim melhores resultados que os de anteriores estudos, em Portugal, que referiam 11,2% em 2011 e 42,6% em 2012^{10,11}.

Verificámos que, sem significado, o homem tem maior frequência de não controlo, fator que deve levar aqueles que trabalham com eles a desenvolver maior esforço terapêutico e, eventualmente, informativo¹².

Tabela 3 Distribuição dos vários tipos de classes terapêuticas por controlo ou não de HTA

Classe farmacoterapêutica	HTA controlada n (%) [*]	HTA não controlada n (%) [*]	Total n (%)
Diuréticos	75 (26,5)	48 (33,1)	123 (28,7)
Beta-bloqueadores	29 (10,2)	14 (9,7)	43 (10,1)
Bloqueadores dos canais de cálcio	44 (15,6)	30 (20,7)	74 (17,3)
Inibidores da enzima de conversão da angiotensina	70 (24,7)	22 (15,2)	92 (21,5)
Antagonistas dos recetores tipo 1 da angiotensina 2	65 (23,0)	30 (20,7)	95 (22,2)
Outros	0	1 (0,7)	1 (0,2)

^{*} p=0,023.

O facto de já ter havido acidente vascular tem impacto importante no controlo. Parece assim que quem já teve acidente passa a ter um muito maior cuidado consigo ou passa a ser alvo de maior cuidado terapêutico pela equipa que o trata, o que deverá vir a ser estudado. O trabalho de intervenção terapêutica e a explicação sobre o problema de saúde parece dever ser mais elaborado pelo médico e respetiva equipa de saúde, ficando assim o paciente mais conhecedor do seu problema, ao mesmo tempo que deve saber-se da capacitação que terá ocorrido na consulta acerca do problema de saúde^{12,13}.

Estes resultados contrastam com os encontrados em estudo igualmente populacional na região do grande Porto, mas no qual o enfoque está sobretudo no conhecimento que os pHTA detêm sobre a HTA¹⁴.

Os pHTA não controlados têm, sem significado, maior frequência de outra patologia associada e menor frequência de uso de clorotalidona. Será que, com o aumento do uso deste diurético tiazídico, haverá melhores resultados assim se reafirmando os resultados do ALLHATT^{2,8}?

Verifica-se o padrão de prescrição já descrito em outros estudos, em Portugal, com elevada frequência de prescrição de medicamentos atuando no sistema renina-angiotensina-aldosterona, sendo possível que este esquema de terapêutica farmacológica possa acarretar marcados benefícios futuros, controlando melhor a pressão arterial central¹⁸⁻²¹. No entanto, neste nosso estudo, é maior a proporção dos pHTA medicados com dois ou mais medicamentos, o que pode ajudar a perceber o melhor desempenho terapêutico medido pela frequência dos pHTA controlados^{18,19}. Ter prescrição de, pelo menos, um medicamento à noite tem resultados com diferença significativa no controlo da pressão arterial, ficando assim verificado o que o MAPEC Study já havia referido⁹. A cronoterapia deverá assim ser implementada. É muito baixa a frequência de simultânea prescrição de AINE nesta população, fruto, talvez, de estudos que foram feitos com os médicos prescritores²². Neste estudo verificámos o resultado prático da interface pHTA/equipa cuidadora/medicação através dos registos informáticos existentes. Há fatores que não foram estudados, como a adesão e manutenção em terapêutica e a capacitação efetuada na consulta, bem como o seu esbatemento ao longo do tempo, e que podem marcadamente interferir com o controlo e a que futuros trabalhos deverão responder²³⁻²⁸.

Em conclusão, num estudo populacional, aleatorizado e com amostra representativa, os pacientes com HTA que já tiveram acidente cardiovascular têm melhor controlo.

Com significado verifica-se que a toma de, pelo menos, um anti-hipertensor à noite é fator de melhor controlo de HTA, bem como a ausência de simultânea prescrição de anti-inflamatórios não esteroides. Sem significado verifica-se que os mais novos não estão mais controlados, a associação de outras patologias não piora o controlo, que maior número de medicamentos anti-hipertensores melhoraram o controlo, que a utilização de diuréticos não melhora o controlo e que a clorotalidona está associada a maior frequência de controlo de HTA. Para 64,7% da amostra há situação de controlo da HTA no último conjunto de três medições de pressão arterial no consultório médico.

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declaram que para esta investigação não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram ter seguido os protocolos de seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de pacientes e que todos os pacientes incluídos no estudo receberam informações suficientes e deram o seu consentimento informado por escrito para participar nesse estudo.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Bibliografia

1. Norma 20/12011 de 28/09/2011: Hipertensão Arterial definição e classificação. Acedida em 4/7/2013.
2. Norma 3/2010 de 31/12/2010: Terapêutica da Hipertensão Arterial: diuréticos da Direcção Geral da Saúde acedida em 4/7/2013.
3. Norma n° 26/2011 de 29/09/2011. Acedida em 4/7/2013.
4. Cortez-Dias N, Martins S, Belo A, et al. Prevalência e padrões de tratamento da hipertensão arterial nos cuidados de saúde primários em Portugal. Resultados do Estudo VALSIM. *Rev Port Cardiol.* 2009;28:499-523.

5. Wright GM, Musini VM, Abordagem terapêutica da hipertensão arterial. First-line drugs for hypertension. Cochrane Library. 2009:e1-59. CD001841.
6. Zanchetti A, Grassi G, Mancia G. When should antihypertensive drug treatment be initiated and to what levels should systolic blood pressure be lowered? A critical reappraisal. *J Hypertens*. 2009;27:923-34.
7. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension Disponível em: http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/guidelines_arterial_hypertension-2013.pdf *Eur Heart J* - doi:10.1093/eurheartj/eht151).
8. ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *JAMA*. 2002;288:2981-97.
9. Hermida RC, Ayala DE, Mojón A, et al. Influence of circadian time of hypertension treatment on cardiovascular risk: results of the MAPEC study. *Chronobiol Int*. 2010;27:1629-51, <http://dx.doi.org/10.3109/07420528.2010.510230>.
10. NORMA 13/2011 da Direcção Geral da Saúde actualizada em 13/2/2013 e acedida em 4/7/2013, acedida em 19 de Julho de 2013.
11. De Macedo ME, Lima MJ, Silva AO, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal. The PAP study. *Rev Port Cardiol*. 2007;26:21-39.
12. Marx G, Witte B, Himmel W, et al. Accepting the unacceptable: Medication adherence and different types of action patterns among patients with high blood pressure. *Patient Educ Couns*. 2011;85:468-74.
13. Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, et al. A comparison of a Patient Enablement Instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations. *Fam Pract*. 1998;15:165-71.
14. Pereira M, Azevedo A, Barros H. Determinantes do conhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial numa população portuguesa. *Rev Port Cardiol*. 2010;29:1779-92.
15. Diao D, Wright JM, Cundiff DK, et al. Pharmacotherapy for mild hypertension. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;8:CD006742.
16. Schwartz LM, Woloshin S. Changing disease definitions: implications for disease prevalence: analysis of the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Eff Clin Pract*. 1999;2:76-85.
17. Hart JT. Cochrane review finds no proved benefit in drug treatment for patients with mild hypertension. *BMJ*. 2012;345:e5511.
18. Santiago LM, Constantino L, Miranda P. O impacto da informação escrita na variação dos valores de Tensão Arterial a médio prazo em Medicina Geral e Familiar [consultado 27 Set 2011]. Disponível em: http://www.sphta.org.pt/pdf/SPHTA_16_2010_0304.pdf: 6-13
19. Martins AP, Nunes de Melo M, et al. Perfil Terapêutico da Hipertensão na Rede de Médicos Sentinela. *Rev Port Clin Geral*. 2001;17:359-72.
20. Disponível em: http://www.infarmed.pt/porta/page/porta/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/INTRODUCAO_DE_FICHEIROS/Estudo-HTA.pdf [consultado 10 Set 2013].
21. Santiago LM, Simões AR, Miranda PR, et al. Pressão arterial periférica por Dinamap e pressão arterial central por tonometria planar de absorção no ambulatório de Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Cardiol*. 2013;32:497-503.
22. Carvalho R, Santiago LM. Prescrição de AINEs em idosos nos Cuidados de saúde Primários. *Patient Care*. 2013;18:68-74 (versão portuguesa).
23. Santiago LM, Neves C, Constantino L. A relação dos pacientes com a receita médica: um estudo observacional em populações urbanas no centro de Portugal. *Acta Med Port*. 2010;23:755-60.
24. Santiago LM, Cardoso SM. Medicamentos e o corpo: consumidores de fármacos, o que pensam e o que sabem? O impacto de intervenção informativa. *Acta Med Port*. 2009;22:241-6.
25. McKinstry B, Colthart I, Walker J. Can doctors predict patients' satisfaction and enablement? A cross-sectional observational study. *Fam Pract*. 2006;23:240-5.
26. Lam CL, Yuen NY, Mercer SW, et al. A pilot study on the validity and reliability of the Patient Enablement Instrument (PEI) in a Chinese population. *Fam Pract*. 2010;27:395-403.
27. Pereira M, Azevedo A. Desafios para o controle da hipertensão arterial a nível populacional. *Arq Med*. 2008;22:147-53.
28. Amado P, Vasconcelos N, Santos I, et al. Hipertensão arterial de difícil controlo no doente idoso: importância do «efeito da bata branca». *Rev Port Cardiol*. 1999;18:897-906.