

A HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO A CONHECEMOS NOS DIAS DE HOJE

HYPERTENSION AS WE KNOW IT TODAY **EN**

—
LA HIPERTENSIÓN COMO LA CONOCEMOS HOY **ES**

ANDREA SILVA SANTOS PINTO

Mestre em Gestão de Unidades de Saúde, Mestre em Enfermagem Comunitária, Enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Teixoso, Portugal.

✉ andreass.enf@gmail.com

DORA MARIA RICARDO FONSECA SARAIVA

Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, Mestre em Gestão de Unidades de Saúde, Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, Covilhã, Portugal, Professora Adjunta no Instituto Politécnico da Guarda – Escola Superior de Saúde, Portugal, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

✉ dorasaraiva1@hotmail.com

ERMELINDA MARIA GONÇALVES BERNARDO MARQUES

PhD Educação, Mestre em Saúde Pública, Especialista em Enfermagem Comunitária, Professora Adjunta no Instituto Politécnico da Guarda – Escola Superior de Saúde, Portugal, Unidade de Investigação para o Desenvolvimento do Interior do Instituto Politécnico da Guarda (UDIHPG), Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS) da Universidade do Porto.

✉ emarques@ipg.pt



Pinto, A., Saraiva, D. & Marques, E. (2022). A Hipertensão Arterial como a conhecemos nos dias de hoje. *Egitania Scientia*, 31 (jun/dez), pp.21-36.

Submitted: 30th September 2021

Accepted: 22nd November 2022

RESUMO

A elevada prevalência da Hipertensão Arterial (HTA) determina a necessidade de investigar as evidências científicas mais atuais no domínio dos fatores de risco, diagnóstico e tratamento. Este estudo tem como principal objetivo compilar os conteúdos essenciais desta temática, dando a conhecer a HTA nos dias de hoje. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica exaustiva, onde são identificados vários fatores de risco que podem aumentar o desenvolvimento de HTA. Salientam-se os fatores de risco modificáveis e os emergentes, como atitudes, comportamentos e estilos de vida, que quando corrigidos e controlados desempenham um papel ativo na prevenção da doença. O diagnóstico precoce é essencial para a prevenção de complicações associadas à doença e para que o tratamento seja efetivo. Este envolve as alterações do estilo de vida em todos os doentes e terapêutica farmacológica para a maioria. Os estudos evidenciam que as alterações efetivas do estilo de vida podem ser suficientes para atrasar ou prevenir a necessidade de terapêutica farmacológica nos doentes com hipertensão grau I. As alterações no estilo de vida podem também aumentar os efeitos da terapêutica anti-hipertensora nos doentes tratados, o que traz implicações para a prática clínica.

Palavras-chave: Hipertensão; pressão sanguínea; estilo de vida.

ABSTRACT

The high prevalence of Arterial Hypertension (AH) determines the need to investigate the most current scientific evidence in the field of risk factors, diagnosis and treatment. The main objective of this study is to compile the essential contents of this subject to make AH known today. Extensive bibliographical research was carried out and several risk factors that can increase the development of AH are identified. Modifiable and emerging risk factors are highlighted, such as attitudes, behaviours and lifestyles, which, when corrected and controlled, play an active role in AH prevention. Early diagnosis is essential for the prevention of complications associated with this medical condition and for the treatment to be effective. This involves lifestyle changes in all patients and drug therapy for most. Studies show that effective lifestyle changes may be sufficient to delay or prevent the need for pharmacological therapy in patients with grade I hypertension. Lifestyle changes may also enhance the effects of anti-hypertensive therapy in patients undergoing treatment, which have implications for clinical practice.

Keywords: Hypertension; blood pressure; lifestyle.

RESUMEN

La alta prevalencia de Hipertensión Arterial (HTA) determina la necesidad de investigar la evidencia científica más actual en el campo de los factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento. El objetivo principal de este estudio es recopilar los contenidos esenciales de este tema, dando a conocer la HTA en la actualidad. Se realizó una exhaustiva investigación bibliográfica, donde se identifican varios factores de riesgo que pueden incrementar el desarrollo de HTA. Se destacan los factores de riesgo modificables y emergentes, tales como actitudes, comportamientos y estilos de vida, que al ser corregidos y controlados juegan un papel activo en la prevención de enfermedades. El diagnóstico precoz es fundamental para la prevención de complicaciones asociadas a la enfermedad y para que el tratamiento sea eficaz. Esto implica cambios en el estilo de vida de todos los pacientes y tratamiento farmacológico para la mayoría. Los estudios muestran que los cambios efectivos en el estilo de vida pueden ser suficientes para retrasar o prevenir la necesidad de terapia farmacológica en pacientes con hipertensión de grado I. Los cambios en el estilo de vida también pueden mejorar los efectos de la terapia antihipertensiva en pacientes tratados, lo que tiene implicaciones para la práctica clínica.

Palabras clave: Hipertensión; presión sanguínea; estilo de vida.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HTA) é uma patologia com elevada prevalência em todo o mundo, tendo aumentado principalmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (World Health Organization, 2013).

Na Europa estima-se que a HTA afete cerca de 35,0% a 40,0% da população e, em Portugal a prevalência na população adulta é cerca de 42,6%. Dos doentes com HTA, menos de metade estão medicados com fármacos anti hipertensores e só 11,2% estão controlados (Sistema Nacional de Saúde, 2021).

Os doentes com HTA têm um maior risco de morte ou desenvolvimento de determinadas patologias, como a insuficiência cardíaca, o acidente vascular cerebral (AVC), o enfarte do miocárdio, a insuficiência renal, a perda gradual da visão, aterosclerose, entre outros (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2022).

Para além do exposto, a hipertensão agrupa-se muitas vezes com outros fatores de risco cardiovasculares tais como a dislipidemia e a intolerância à glicose, que têm um efeito multiplicativo no risco de doenças cardiovasculares (DCV) (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2018). Trata-se de uma condição crónica de grande impacto na morbimortalidade cardiovascular (Silva *et al.*, 2022).

Apesar do avanço das medidas preventivas e de controlo disponíveis, a hipertensão continua a ser um dos maiores desafios em saúde, condicionando diminuição da qualidade e expectativa de vida para o próprio hipertenso e custos significativos para a sociedade (Godinho *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2022).

Nesse contexto, torna-se urgente conhecer as evidências científicas mais atuais no domínio da hipertensão. Recentemente a evidência foca a terapêutica não farmacológica, como uma medida que pode ser suficiente para atrasar ou prevenir a necessidade de terapêutica farmacológica nos doentes com hipertensão grau I.

Este estudo tem como objetivo compilar num documento único, os conteúdos essenciais desta temática, dando a conhecer a HTA nos dias de hoje, com vista a obter ganhos em saúde através da promoção para a saúde, da capacitação para intervenções favoráveis e da otimização do tratamento.

Em termos metodológicos foi feita numa pesquisa bibliográfica nas bases de dados da plataforma da Biblioteca do Conhecimento (B-On), com o horizonte temporal entre 2016 e 2018.

Como termos de pesquisa foram utilizados os descritores: “hipertensão”, “pressão sanguínea” e “estilo de vida”. A pesquisa bibliográfica teve por base artigos relevantes para o tema em estudo, integrando estudos de caráter qualitativo e quantitativo. As publicações foram pré-selecionadas pela análise do título e do resumo.

Com o objetivo de incorporar outros estudos relevantes para o objetivo do estudo, foi realizada uma pesquisa adicional em organismos internacionais e nacionais de referência, tais como: a World Health Organization, a European Society of Hypertension (ESH), a European Society of Cardiology, a American College of Cardiology, a Direção-Geral da Saúde, a Sociedade Portuguesa de Cardiologia e a Sociedade Portuguesa de Hipertensão, assim como outros documentos científicos publicados.

Assim, após a análise do título e do resumo selecionaram-se 33 estudos. Dos quais 11 resultaram da pesquisa primária e 22 artigos da pesquisa complementar.

1. DEFINIÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A HTA caracteriza-se pela presença de níveis de pressão arterial elevados, geralmente associados a alterações no metabolismo hormonal, no coração e na resistência vascular (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2019).

A World Health Organization menciona que a pressão arterial normal no adulto é definida com valores de 120/80 mmHg (World Health Organization, 2015). Por outro lado, a pressão arterial é considerada elevada, quando em consultório ocorre uma elevação persistente, após várias medições e em diferentes ocasiões, para valores da pressão arterial sistólica ou pressão arterial diastólica iguais ou superiores a 140/90 mmHg (Direção-Geral da Saúde, 2013a; World Health Organization, 2015, Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2019).

Porém, as guidelines da HTA grau I, publicadas em 2017, pela American College of Cardiology/ American Heart Association, nos Estados Unidos da América (EUA), determinam HTA na presença de valores de pressão arterial sistólica ou pressão arterial diastólica superiores ou iguais a 130/80 mmHg (Tsioufis *et al.*, 2018). Este limiar fez com que aumentasse a prevalência da HTA neste país. Calcula-se que cerca 50,0% dos adultos nos EUA e em outros países do mundo tenham HTA, enquanto os restantes 50,0% possuem valores elevados (isto é, uma pressão sistólica de 120 a 129 mmHg) ou na faixa normal da pressão arterial sistólica (ou seja, inferior a 120 mmHg) (Tsioufis *et al.*, 2018). Com estas guidelines, prevê-se que no futuro a taxa de incidência da HTA diminua e o seu diagnóstico seja feito em idades mais jovens.

A HTA pode ser denominada de: HTA sistémica (pode atingir órgãos e sistemas), HTA essencial ou primária e HTA secundária. É considerada HTA primária quando não é possível estabelecer uma causa, o que acontece em cerca de 90,0% dos casos. Nos restantes 10,0%, é possível encontrar uma doença/condição associada que é a verdadeira causa da HTA. São exemplos dessas doenças/condições: a apneia do sono, a doença renal crónica, a síndrome de Cushing, o feocromocitoma, o hiperaldosteronismo primário, a coartação da aorta, a doença tiroideia e paratiroideia, a hipertensão renovascular, o uso de contraceptivos orais e a gravidez. A hereditariedade e a idade também são dois fatores a ter em atenção (Dinis *et al.*, 2017; Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2022).

2. FATORES DE RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Os fatores de risco são condições cuja presença num dado indivíduo aumenta a possibilidade de aparecimento da doença e contribui para o seu desenvolvimento.

No contexto dos fatores de risco da HTA, existem os fatores de risco modificáveis e não modificáveis (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2022). Os primeiros são aqueles que, numa perspetiva de prevenção, podemos intervir e corrigir. Incluem

o tabagismo, a HTA, a dislipidemia, a diabetes, a obesidade, a inatividade física e o consumo excessivo de álcool. Já os fatores de risco não modificáveis, não são passíveis de intervenção e dizem respeito à idade, ao sexo e à história pessoal e familiar. É de realçar que estes fatores interagem e potenciam-se, tendo a sua associação um efeito sinérgico, aumentando de forma considerável a possibilidade de surgimento da doença (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2022).

Tendo em conta a pesquisa efetuada expõem-se em seguida as variáveis que integram os dois primeiros grupos de fatores de risco.

No âmbito dos fatores de risco modificáveis, salienta-se: i) o estilo de vida, como a alimentação, o consumo de álcool, o tabagismo e o sedentarismo; ii) as variáveis antropométricas [como o perímetro abdominal, o peso e o índice de massa corporal (IMC)]; iii) variáveis sociodemográficas (como o estado civil e a região onde reside); iv) variáveis socioprofissionais (como a profissão e a classe socioeconómica) e v) variáveis individuais (como o stress).

No que se refere às variáveis antropométricas, a literatura revela que o perímetro abdominal, o peso e o IMC podem influenciar a HTA. Relativamente ao perímetro abdominal, as investigações evidenciam que um terço das pessoas com HTA apresenta um perímetro abdominal elevado, com maior prevalência no sexo feminino (Ferreira *et al.*, 2016).

Em relação ao excesso de peso e obesidade, estes fatores predis põem a um maior risco de desenvolver HTA (Peixoto *et al.*, 2017; Pintassilgo *et al.*, 2018). Peixoto *et al.* (2017) ao caracterizarem as pessoas seguidas numa consulta de HTA, verificaram que uma percentagem elevada tem excesso de peso, afetando maioritariamente os homens (Peixoto *et al.*, 2017). Também as investigações de Ferreira *et al.* (2016) demonstram que a maioria dos hipertensos tem excesso de peso (46,3% dos homens e 38,6% das mulheres) ou obesidade grau I (29,9% das mulheres e 29,6% dos homens), todavia, 20,3% das mulheres e 15,4% dos homens apresentam peso normal.

Outros estudos revelam que o aumento do IMC está associado a uma maior probabilidade de HTA (Borah *et al.*, 2018; Rush *et al.*, 2018). Nas investigações de Ferreira *et al.* (2016) e Kimani *et al.* (2018) observa-se que a maioria dos indivíduos tem um IMC elevado, com maior prevalência no sexo feminino.

As investigações de Albuquerque *et al.* (2016) demonstram que 42,9% dos inquiridos com HTA têm pré-obesidade e 40,0% têm um IMC superior a 30,0 Kg/m², sendo 29,5% classificados com obesidade grau de I, 7,6% dos indivíduos são classificados com obesidade de grau II e 2,9% com obesidade mórbida.

No que se refere às variáveis sociodemográficas, o estado civil e a meio onde vive a pessoa, podem influenciar a HTA. Relativamente ao estado civil, a literatura demonstra que as pessoas com HTA são na sua maioria (55,0%) casadas, 10,0% são solteiras e 11,0% divorciadas ou separadas. Corroboram com estes resultados Rocha *et al.* (2017) pois a maioria das pessoas com HTA são casadas.

Também a região onde se reside pode influenciar a HTA. Um estudo realizado na Zâmbia revela que a prevalência da HTA é significativamente maior em meios rurais, comparativamente às pessoas que habitam em meios urbanos (Rush *et al.*, 2018). Em contrapartida, na Índia a prevalência da HTA é maior em meios urbanos relativamente aos meios rurais (Borah *et al.*, 2018).

Nas variáveis socioprofissionais, a profissão e a classe socioeconómica também podem influenciar a pressão arterial. Em relação à profissão, a maior incidência de indivíduos com HTA é entre os reformados (Silva *et al.*, 2017).

Ferreira *et al.* (2016) demonstram que a maioria dos indivíduos inquiridos com HTA pertence a uma classe socioeconómica média baixa (69,9%), com poucos recursos económicos, baixa escolaridade e baixo estatuto social.

Nas variáveis individuais, níveis elevados de stress podem aumentar temporariamente a pressão arterial, no entanto, não está provada uma relação causal entre o stress e a HTA. Segundo a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2022) as pessoas expostas a situações de maior stress, têm habitualmente comportamentos e um estilo de vida menos saudável, o que pode aumentar o risco de HTA. Neste contexto, Rocha *et al.* (2017) revelam que a maioria dos indivíduos com HTA tem dificuldades em controlar o stress.

No que se refere aos fatores de risco não modificáveis, destacam-se: i) variáveis sociodemográficas (como a idade, o sexo e a raça) e ii) variáveis individuais (como a hereditariedade). Quanto às variáveis sociodemográficas, à medida que aumenta a idade aumenta a pressão arterial (Borah *et al.*, 2018; Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2022), uma vez que os vasos sanguíneos ao longo dos anos vão perdendo a elasticidade (Kimani *et al.*, 2018). As investigações evidenciam que o aumento da idade está associado a um aumento da probabilidade de HTA, apenas para quem reside em meios rurais (Rush *et al.*, 2018).

Em relação ao sexo, a HTA é mais frequente nos homens antes dos 45 anos. No entanto, as mulheres têm risco mais elevado a partir dos 65 anos, após o início da menopausa (Rocha *et al.*, 2017; Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2022). Também Moura *et al.* (2016) referem que, a maioria das pessoas portadoras de HTA são mulheres com uma média de idade de 60 anos. Também nas investigações de Silva *et al.* (2017) houve uma maior prevalência do sexo feminino (65,0%) com uma média de idade de 59 anos. Almeida *et al.* (2017) mencionam que, a maioria dos doentes com HTA são mulheres na faixa etária dos 60 aos 69 anos. Em contrapartida Becho *et al.* (2017) referem que as mulheres com idade superior a 70 anos são na maioria portadoras de HTA. A prevalência do sexo feminino, nas várias investigações pode ser explicada pelo facto de as mulheres recorrerem mais aos serviços de saúde e terem uma maior sobrecarga de trabalho (atividades domésticas e profissionais).

No que concerne à raça, a HTA é mais comum, mais precoce e mais grave em indivíduos de raça negra, comparativamente aos de raça caucasiana (Rosado *et al.*, 2016; Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2022).

Silva *et al.* (2017) demonstram que a maioria das pessoas com HTA (53,0%) é de raça parda, 31,0% são de raça negra e 16,0% caucasiana.

No que concerne à raça, a HTA é mais comum, mais precoce e mais grave em indivíduos de raça negra, comparativamente aos de raça caucasiana (Rosado *et al.*, 2016; Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2022). Na primeira, a HTA inicia-se mais precocemente, é mais grave e está associada a uma maior incidência de lesões nos órgãos alvo (Rosado *et al.*, 2016). Outros autores (Almeida *et al.*, 2017) defendem que a maioria dos doentes (73,0%) com HTA pertence à raça caucasiana, 16,0% é raça parda e apenas 11,0% são de raça negra.

Em contrapartida Silva *et al.* (2017) demonstram que a maioria das pessoas com HTA (53,0%) é de raça parda, 31,0% são de raça negra e 16,0% caucasiana.

Nas variáveis individuais, a hereditariedade aumenta a probabilidade de desenvolver a doença. O risco é maior, quando além dos fatores genéticos predisponentes, é

partilhado um estilo de vida pouco saudável (Pintassilgo *et al.*, 2018; Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2022). Nos indivíduos de raça negra, os fatores genéticos têm sido relacionados com a suscetibilidade aumentada à HTA, cujo fenótipo, é de uma HTA de “sensibilidade aumentada ao sal” e com um maior risco de desenvolvimento de doença renal crónica (Rosado *et al.*, 2016). No mesmo contexto, Albuquerque *et al.* (2016) demonstram que os antecedentes familiares estão presentes em 64,2% dos doentes.

Para além destes fatores de risco “clássicos”, surgiram recentemente outros fatores igualmente importantes que devem ser integrados na avaliação do risco global, tendo em consideração a presença concomitante destas condições na atualidade.

Entre os fatores de risco emergentes, a Sociedade Portuguesa de Hipertensão refere a extensão e qualidade do sono, admitindo-se que, em termos de risco cardiovascular, dormir cerca de 7 horas por noite é o ideal.

Também os fatores de origem psicossocial, ressaltando as dificuldades económicas e fatores de origem individual ou outras variáveis como a solidão comum durante o período da pandemia COVID-19, devem ser considerados. Viver sozinho e ter poucas relações sociais é fonte de angústia e depressão. A ansiedade crónica, especialmente induzida por razões profissionais, ou familiares, relacionam-se negativamente com a hipertensão.

Finalmente, um outro fator de risco emergente é a poluição, que tem fortes potencialidades para causar doença, não ignorando a poluição sonora já que o ruído do ambiente tem um papel no agravamento do risco cardiovascular, nomeadamente da HTA (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2022).

O quadro 1 sintetiza os principais fatores de risco modificáveis e não modificáveis da HTA, bem como os fatores de risco emergentes.

TABELA 1 – PRINCIPAIS FATORES DE RISCO DA HTA.

	FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS		FATORES DE RISCO NÃO MODIFICÁVEIS	FATORES DE RISCO EMERGENTES
	Alimentação	Sal, Gorduras, Alimentos processados.		—
Estilo de vida		Ingestão de álcool, Hábitos tabágicos.		
	Atividade física	Sedentarismo		
Variáveis sociodemográficas	Estado civil Região onde reside		Idade, Sexo, Raça.	—
Variáveis socioprofissionais	Profissão, Classe socioeconómica.		—	—
Variáveis antropométricas	Perímetro abdominal, IMC, Peso.		—	—
Variáveis individuais	Stress.		Hereditariedade.	Qualidade do sono, Ansiedade crónica.

Variáveis psicossociais	_____	_____	Dificuldades económicas, solidão.
Outras variáveis	_____	_____	Poluição.

Fonte: Própria

É de realçar que estes fatores interagem e potenciam-se, tendo a sua associação um efeito sinérgico, aumentando de forma considerável a possibilidade de surgimento de doença cardiovascular.

3. CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A HTA define-se por graus, de acordo com os valores de pressão arterial encontrados, sendo que os graus são importantes para definir a gravidade da doença e orientar a sua abordagem.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2020), a hipertensão pode ser classificada conforme apresentado no quadro 2, designadamente: i) pressão arterial ótima, a que equivale um valor de pressão arterial sistólica inferior a 120 mmHg e um valor de pressão arterial diastólica menor que 80 mmHg; ii) pressão arterial normal, a que corresponde a um valor de pressão arterial sistólica entre 120 e 129 mmHg e/ ou um valor de pressão arterial diastólica entre 80 e 84 mmHg; iii) pressão arterial alta, corresponde a um valor de pressão arterial sistólica entre 130 e 139 mmHg e/ou um valor de pressão arterial diastólica entre 85 e 89 mmHg; iv) HTA grau I ou HTA ligeira, a que corresponde a um valor de pressão arterial sistólica entre 140 e 159 mmHg e/ ou um valor de pressão arterial diastólica entre 90 e 99 mmHg; v) HTA grau II ou HTA moderada, equivale a um valor de pressão arterial sistólica entre 160 e 179 mmHg e/ou um valor de pressão arterial diastólica entre 100 e 109 mmHg; vi) HTA grau III ou HTA grave, corresponde a um valor de pressão arterial sistólica superior ou igual a 180 mmHg e/ou um valor de pressão arterial diastólica superior ou igual a 110 mmHg e Vii) HTA sistólica isolada, a que equivale um valor de pressão arterial sistólica superior ou igual a 140 mmHg e um valor de pressão arterial diastólica menor que 90 mmHg.

TABELA 2 – CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL.

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO ARTERIAL SISTOLICA (MMHG)		PRESSÃO ARTERIAL DIASTOLICA (MMHG)
Pressão arterial ótima	< 120	e	< 80
Pressão arterial normal	120-129	e/ou	80-84
Pressão arterial alta	130-139	e/ou	85-89
HTA grau I ou ligeira	140-159	e/ou	90-99
HTA grau II ou moderada	160-179	e/ou	100-109
HTA grau III ou grave	≥ 180	e/ou	≥ 110
HTA sistólica isolada	≥ 140	e	< 90

Fonte: Adaptado de Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2020)

Uma avaliação global é importante para a estratificação do risco de doentes com hipertensão, que permita: estabelecer o diagnóstico e o grau de hipertensão, fazer

o rastreio de potenciais causas secundárias de hipertensão, identificar fatores que potencialmente contribuem para o desenvolvimento da hipertensão e identificar fatores de risco cardiovasculares concomitantes [incluindo o estilo de vida e a história familiar (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2018)].

De acordo com as orientações da Sociedade Europeia de Hipertensão (Stergiou, 2021), a base para o diagnóstico e gestão da hipertensão é a medição da pressão arterial, que é rotineiramente utilizada para iniciar ou excluir investigações dispendiosas e intervenções terapêuticas a longo prazo. Uma metodologia de medição inadequada ou a utilização de dispositivos de medição de pressão arterial imprecisos pode levar a um sobrediagnóstico e a um tratamento desnecessário, ou a um subdiagnóstico e à exposição a doenças cardiovasculares preveníveis.

O diagnóstico da HTA deve, portanto, obedecer a um processo rigoroso de avaliação e classificação (Amaral & Gonçalves, 2018). O documento de consenso da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (Stergiou *et al.*, 2021) refere que são geralmente necessárias pelo menos 2 a 3 consultas em intervalos de 1 a 4 semanas para a avaliação da pressão arterial. O diagnóstico não deve ser feito numa única visita ao consultório, a menos que a pressão arterial em consultório seja muito elevada (por exemplo, maior ou igual que 180/110 mmHg) e haja evidências de lesão nos órgãos-alvo ou DCV.

A medição da pressão arterial recorre a diferentes métodos: auscultatório, automatizado, sem vigilância, e utilizando a medição ambulatória de pressão arterial (MAPA), ou automedição ambulatória da pressão arterial domiciliária (AMPA), juntamente com medições em outros ambientes (farmácias, espaços públicos, etc.). Com os objetivos de se obter valores de pressão arterial mais baixos, atualmente recomendados pelas diretrizes de hipertensão, a precisão na medição de pressão arterial tornou-se ainda mais importante para alcançar um controlo ótimo.

As orientações atuais recomendam o uso generalizado da MAPA e AMPA na maioria dos casos, assim como para detetar a hipertensão de bata branca, hipertensão mascarada, hipertensão resistente e outras condições clinicamente importantes (Stergiou *et al.*, 2021).

A avaliação da pressão arterial fora do consultório possui vantagens, uma vez que a avaliação é mais fidedigna, os valores da pressão arterial são mais reais e permite identificar várias condições que não são passíveis de ser identificadas com a avaliação isolada da pressão arterial. A MAPA é o exame de eleição para avaliar o perfil tensional e a sua variação durante as 24h (Mancia *et al.*, 2013; Amaral & Gonçalves, 2018; Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2022). Também permite identificar alguns preditores de risco de eventos cardiovasculares (Pinho *et al.*, 2016).

A importância da MAPA é reforçada pela Food and Drug Administration (FDA), nos EUA, em que esta é exigida para determinar o fármaco anti-hipertensor mais adequado (Pinho *et al.*, 2016).

Dispositivos fiáveis são essenciais para uma medição adequada da pressão arterial. Se forem utilizados dispositivos imprecisos, as medições podem ser enganosas. Para a validação clínica de monitores eletrónicos, vários protocolos foram desenvolvidos por organizações científicas no passado. Em 2018 uma norma universal foi desenvolvida pela American Association for the Advancement of Medical Instrumentation, pela ESH

e pela International Organization for Standardization (AAMI/ESH/ISO) para uso global (Stergiou *et al.*, 2021).

Recentemente, a expansão impressionante de dispositivos móveis levou ao desenvolvimento de tecnologias de saúde móvel (mHealth), identificadas pela World Health Organization como um potencial promotor de melhores condições de saúde através de estratégias baseadas em aplicações móveis. A saúde digital é uma abordagem promissora e tem o potencial de melhorar significativamente a gestão de pessoas com hipertensão. Todavia, existe uma elevada heterogeneidade das intervenções propostas e são necessários ensaios randomizados controlados mais adequados para clarificar a viabilidade e custo-efetividade destas novas estratégias, antes de poderem ser recomendados para a prática clínica (Stergiou *et al.*, 2021).

4. TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

O tratamento da hipertensão envolve as alterações do estilo de vida em todos os doentes e terapêutica farmacológica para a maioria. O controlo do perfil tensional e a prevenção das complicações cardiovasculares só serão alcançados se houver comprometimento por parte dos doentes, através de mudanças de estilo de vida, adesão à terapêutica e vigilância regular (Godinho *et al.*, 2017).

4.1. TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Um estilo de vida saudável pode prevenir ou atrasar o início da HTA e pode reduzir o risco cardiovascular (Fonseca. & Cirne, 2017). As alterações efetivas do estilo de vida podem ser suficientes para atrasar ou prevenir a necessidade de terapêutica farmacológica nos doentes com hipertensão grau I e podem também aumentar os efeitos da terapêutica anti-hipertensora nos doentes medicados. No entanto, as intervenções do estilo de vida nunca devem atrasar a iniciação da terapêutica farmacológica nos doentes com lesão de órgão alvo ou com nível elevado de risco cardiovascular (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2018). As medidas do estilo de vida recomendadas que têm comprovado reduzir a pressão arterial são: i) restrição do sal para menos de 5 g por dia; restrição do consumo de álcool para menos de 14 unidades por semana para os homens e menos de 8 unidades por semana para as mulheres; ii) aumento do consumo de vegetais, fruta fresca, peixe, nozes, ácidos gordos insaturados (azeite), o baixo consumo de carne vermelha e o consumo de produtos de baixo teor de gordura; iii) controlo do peso para evitar a obesidade (IMC maior que 30 kg/m²) ou perímetro abdominal maior que 102 cm nos homens e maior que 88 cm nas mulheres), para atingir um IMC saudável (cerca de 20 a 25 kg/m²) e valores de perímetro abdominal adequados (menor que 94 cm nos homens e menor que 80 cm nas mulheres); iv) exercício físico regular (por exemplo pelo menos 30 minutos de atividade física dinâmica moderada em 5 a 7 dias por semana); v) cessação tabágica (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2018; Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2020 e 2022; World Health Organization, 2021).

4.2. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

A maioria dos doentes hipertensos requer terapêutica farmacológica como complemento das medidas do estilo de vida para alcançar um controlo ótimo da pressão arterial.

O controlo e tratamento da HTA tem benefícios para as pessoas com menos de 60 anos de idade (redução da pressão arterial sistólica em 10 mmHg e pressão arterial diastólica

em 6 mmHg), nomeadamente: diminuição de AVC's, em 42%, e redução de eventos coronários em 14%. Nos doentes com mais de 60 anos de idade (redução da pressão arterial sistólica em 15 mmHg e pressão arterial diastólica em 6 mmHg), diminui a mortalidade total em 15%, a mortalidade cardiovascular em 36%, a incidência de AVC em 35%, a doença coronária em 18% (Direção-Geral da Saúde, 2013b). O objetivo do tratamento da HTA é prevenir, regredir ou atrasar as lesões nos diferentes órgãos e/ou sistemas, e consequentes eventos de morbilidade e mortalidade (Sousa *et al.*, 2018).

O limiar da pressão arterial e o momento da iniciação da terapêutica farmacológica depende da idade e do risco do doente. Entre as recomendações divulgadas pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2018) e pela World Health Organization (2021) destacam-se:

- A iniciação de um tratamento anti-hipertensor com uma combinação de dois fármacos, de preferência uma associação de comprimido único. As exceções são os doentes idosos frágeis e os doentes de baixo risco com hipertensão grau I (em particular se a pressão arterial sistólica for menor que 150 mmHg).
- O primeiro objetivo do tratamento é a redução da pressão arterial para valores menores que 140/90 mmHg em todos os doentes e, se o tratamento for bem tolerado, os valores tratados da pressão arterial devem atingir 130/80 mmHg ou menos, na maioria dos doentes.
- Nos doentes com menos de 65 anos, recomenda-se que a pressão arterial sistólica seja reduzida para os parâmetros entre 120 a 129 mmHg na maioria dos doentes.
- Nos doentes com hipertensão grau I de risco baixo a moderado sem evidência de lesões de órgão alvo, recomenda-se o tratamento farmacológico anti-hipertensor se o doente permanecer hipertenso após um período de intervenções do estilo de vida.
- O tratamento farmacológico anti-hipertensor e a intervenção no estilo de vida nos idosos ativos (entre os 65 e 80 anos) quando a pressão arterial sistólica é grau I (140 a 159 mmHg), desde que o tratamento seja bem tolerado.
- A iniciação rápida da terapêutica anti-hipertensora nos doentes com hipertensão graus II ou III e com qualquer nível de risco cardiovascular, em simultâneo com a iniciação das alterações do estilo de vida
- A utilização de terapêuticas baseadas em dispositivos não é recomendada como rotina no tratamento da hipertensão, a não ser no contexto de estudos clínicos que surjam novas evidências relativas à sua segurança e eficiência.

São recomendadas cinco classes principais de fármacos para o tratamento de rotina da hipertensão: inibidores da enzima convertora de angiotensina (IECA), antagonistas do recetor de angiotensina (ARA), betabloqueantes, bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) e diuréticos (fiazidas e diuréticos tiazídicos).

Para adultos com hipertensão que necessitam de tratamento farmacológico a World Health Organization (2021) recomenda, quando indicado, a terapia combinada, de preferência com uma associação em comprimido único para melhorar a adesão à terapêutica.

CONCLUSÃO

Estima-se que 1,4 bilhões pessoas em todo o mundo tenham HTA, mas apenas 14% a têm sob controlo (World Health Organization, 2021). Esta é uma entidade clínica, considerada por alguns autores, como uma pandemia com contágio cultural, presente em cerca de 40% dos portugueses adultos e constitui fator de risco para as principais doenças cardiovasculares, como o AVC e o enfarte agudo do miocárdio

Os fatores de risco desta patologia interagem e potenciam-se, tendo a sua associação um efeito sinérgico e nefasto para a saúde da pessoa e repercussões significativas para a sociedade. A conjuntura atual tem contribuído para o surgimento de fatores de risco emergentes que necessitam ser considerados na avaliação global da pessoa com hipertensão, exigindo um movimento social e político muito para além da evidência científica disponível.

Este artigo reúne os conteúdos mais atuais e relevantes no âmbito desta problemática com implicações para a prática clínica. Para além de salientar o estado da arte no que refere à definição e classificação da hipertensão, destaca os fatores de risco modificáveis e não modificáveis expondo alguns estudos de investigação nesta área, e alerta para o surgimento de fatores emergentes que se tornaram relevantes nos últimos tempos. Aspetos como a extensão e qualidade do sono, alterações psicossociais evidenciadas pela pandemia por SARS COV2 e a poluição, deverão no futuro ser objeto de análise e investigação para melhor abordagem do seu impacto no surgimento e desenvolvimento da HTA.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, A., Branco, M., Rodrigues, M., Ribeiro, P., & Tjeng, R. (2016). Bioimpedância elétrica torácica - diferenças entre pacientes hipertensos com e sem diabetes mellitus tipo 2. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 50, 10-16.
- Almeida, A., Moura, J., Piantino, C., & Rossi, V. (2017). Lifestyle and socioeconomic profile of hypertensive patients. *Journal of Nursing UFPE on line*, 11(12), 4826-4837.
- Amaral, S., & Gonçalves, M. (2018). Diagnóstico e controlo da hipertensão arterial a importância da MAPA, dos fatores de risco e das comorbilidades. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 64, 20-27.
- Becho, A., Oliveira, J., & Almeida, G. (2017). Dificuldades de adesão ao tratamento por hipertensos de uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista APS*, 20(3), 349 - 359.
- Borah, P., Paine, S., Biswas, D., Hazarika, D., Bhattacharjee, C., & Mahanta, J. (2018). Prevalence and risk factors of hypertension among Mizo population: a population-based epidemiological study from North East India. *Current Science*, 115(10), 1947-1949.
- Dinis, P., Cachulo, M., Fernandes, A., Paiva, L., & Gonçalves, L. (2017). Hipertensão arterial sistémica secundária: incertezas do diagnóstico. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 30(6), 493-496.
- Direção-Geral da Saúde (2013a). *Norma 020/2011 - Hipertensão arterial: definição e classificação*. Atualizada a 19/3/2013. Lisboa, Portugal: Departamento da Qualidade na Saúde, p. 1-6. <https://>

www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013.aspx.

Direção-Geral da Saúde (2013b). *Norma 026/2011 - Abordagem terapêutica da hipertensão arterial*. Lisboa, Portugal: Departamento da Qualidade na Saúde, p. 1-14.

Ferreira, R., Graça, L., & Calvino, M. (2016). Adesão ao regime terapêutico de pessoas com hipertensão arterial em cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(8), 7-15.

Fonseca, D., & Cirne, J. (2017). Tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 59, 18-25.

Godinho, F., Andrade, C., & Silva, C. (2017). Acompanhamento dos doentes hipertensos nos cuidados de saúde primários - a nossa prática. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 60, 16-17.

Kimani, S., Mirie, W., Chege, M., Okube, O., & Muniu, S. (2018). Association of lifestyle modification and pharmacological adherence on blood pressure control among patients with hypertension at Kenyatta National Hospital, Kenya: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 9, 1-15.

Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Bohm, M., Christiaens, T., Cifkova, R., ...Wood, D. (2013). 2013 European Society of Hypertension / European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. *Journal of Hypertension*, 3, 1281-1357.

Moura, A., Godoy, S., Cesarino, C., & Mendes, I. (2016). Factores de no adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial. *Enfermería Global*, 43, 14-27.

Peixoto, J., Florova, E., Póvoa, J., & Ginja, M. (2017). Casuística de uma consulta hospitalar de hipertensão arterial e risco cardiovascular global. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 57, 6-18.

Pinho, A., Vasconcelos, P., Tavares, T., Rocha, M., Rodrigues, R., & Pinheiro, A. (2016). Monitorização em ambulatório da pressão arterial, qual a vantagem? *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 56, 20-24.

Pintassilgo, I., Abecasis, F., Beirão, P., & Cunha, V. (2018). O que sabem sobre hipertensão arterial, os nossos doentes e os outros. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 63, 16-21.

Rocha, M., Borges, J., & Martins, M. (2017). Adesão ao tratamento da hipertensão arterial entre usuários da estratégia saúde da família em um município do Piauí. *Revista APS*, 20(1), 6-20.

Rosado, C., Neves, C., & Mesquita, B. J. (2016). Hipertensão nos indivíduos de raça negra. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 55, 29-36.

Rush, K., Goma, F., Barker, J., Olliver, R., Ferrier, M., & Singini, D. (2018). Hypertension prevalence and risk factors in rural and urban Zambian adults in western province: a cross-sectional study. *Pan African Medical Journal*, 30(97), 1-9.

Silva, M., Lima, M., & Silva, M. L. (2022). Mortalidade por hipertensão essencial no Brasil entre 2015 e 2019 - uma análise de dados do datasuk. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 88, 8-12.

Silva, T., Almeida, E., Cabral, S., & Figueiredo, C. (2017). Dificuldades enfrentadas pelo portador de hipertensão arterial sistêmica à adesão ao tratamento na estratégia saúde da família. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, 7(1), 23-30.

Sistema Nacional de Saúde (2021). *Hipertensão arterial*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-do-coracao/hipertensao-arterial/>

Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2018). *Hipertensão recomendações da ESC/ESH para o tratamento da hipertensão arterial*. Comissão para as Recomendações Práticas, Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2019). *Campanha coração capaz*. <https://spc.pt/web/guest/campanha-coracao-capaz>.

Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2020). *Guidelines de 2018 da ESH/ESC para o tratamento de HTA*. https://www.sphta.org.pt/files/revista_76_2020_0304_supl.pdf.

Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2022). *Conheça melhor a hipertensão arterial*. https://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/24/91~

Sousa, R., Lucena, A., Nascimento, W., Maynard, T., Ferreira, C., Lima, C., Ferreira, J., Matos, S., & Costa, M. (2018). Particularities of hypertensive elderly people to medicinal treatment adherence. *Journal of Nursing UFPE*, 12(1), 216-223.

Stergiou, G., Palatini P., Parati, G., Eoin, O., Andrzej, J., Empar, L., Alexandre, P., Giuseppe, M.,... Reinhold, K. (2021). 2021 Orientações da Sociedade Europeia de Hipertensão para a medição da pressão arterial no consultório e fora do consultório. *Revista de Hipertensão*, 39 (7), 1293-1302.

Tsioufis C.; Thomopoulos, C., & Kreutz, R. (2018). Treatment thresholds and targets in hypertension different readings of the same evidence? *Hypertension*, 71, 966-968.

World Health Organization (2013). *Global action plan for the prevention and control of non communicable diseases 2013–2020*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1.

World Health Organization (2015). *Q & As on hypertension*. <http://www.who.int/features/qa/82/en/>.

World Health Organization (2021). *Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults*. https://www.sphta.org.pt/files/who_hypertension_guidelines_2021.pdf.