

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

DEFINIÇÃO

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) trata-se de uma doença crônica não transmissível de origem multifatorial (depende de fatores genéticos, ambientais e sociais). Ela é caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva.

FATORES DE RISCO

- **Genética:** considera-se a HAS uma doença multifatorial, mas com forte componente genético. Estudos em famílias e em gêmeos demonstram uma herdabilidade de 30 a 50%.
- **Idade:** em torno de 65% dos indivíduos acima dos 60 anos apresentam hipertensão arterial.
- **Gênero:** em faixas etárias mais jovens, a PA é mais elevada entre homens, mas a elevação pressórica por década se apresenta maior nas mulheres. Assim, na sexta década de vida, a PA entre as mulheres costuma ser mais elevada e a prevalência de HAS, maior.
- **Sobrepeso / Obesidade:** parece haver uma relação direta, contínua e quase linear entre o excesso de peso (sobrepeso/obesidade) e os níveis de PA.
- **Ingestão de sódio:** a literatura científica mostra que a ingestão de sódio está associada a doenças cardiovasculares quando a ingestão média é superior a 2g de sódio, o equivalente a 5g de sal de cozinha.
- **Sedentarismo:** há uma associação direta entre sedentarismo e HAS. No Brasil, o inquérito telefônico Vigitel de 2019 identificou que 44,8% dos adultos não alcançaram um nível suficiente de prática de atividade física.
- **Ingestão de álcool:** há maior prevalência de elevação dos níveis pressóricos naqueles que ingeriam seis ou mais doses ao dia, o equivalente a 30 g de álcool/dia = 1 garrafa de cerveja (5% de álcool, 600 mL); = 2 taças de vinho (12% de álcool, 250 mL); = 1 dose (42% de álcool, 60 mL) de destilados (uísque, vodca, aguardente). Esse limite deve ser reduzido à metade para homens de baixo peso e mulheres.
- **Fatores socioeconômicos:** entre os fatores socioeconômicos, podemos destacar menor escolaridade e condições de habitação inadequadas, além da baixa renda familiar, como fatores de risco significativo para a HAS.

Além dos fatores clássicos mencionados, é importante destacar que algumas medicações, muitas vezes adquiridas sem prescrição médica, e drogas ilícitas têm potencial de promover elevação da pressão arterial ou dificultar seu controle.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

A abordagem adequada dos fatores de risco para o desenvolvimento da HAS deve ser o grande foco. As mudanças no estilo de vida (MEV) são de difícil implementação, e a sociedade como um todo deve participar deste esforço. São importantes os programas contínuos de educação em saúde no sentido de conscientizar a população da importância de medidas preventivas e adesão ao tratamento medicamentoso.

DIAGNÓSTICO

A HAS é uma condição habitualmente assintomática. Por isso, deve ser avaliada em todo atendimento médico e em programas estruturados de triagem populacional. Nestes últimos, mais de 50% dos portadores de HAS não sabiam que tinham a doença. Como a pressão arterial pode ter alta variabilidade, o diagnóstico não deve se basear exclusivamente na medida da PA em apenas uma consulta médica, a menos que esteja substancialmente elevada. As medidas repetidas da PA em visitas subsequentes no consultório devem ser utilizadas para confirmar uma elevação persistente, bem como para classificar o estágio da HAS.

É recomendado o uso de medidas de PA fora do consultório como uma estratégia alternativa às avaliações repetidas da PA dentro dele. A automedida da pressão arterial (AMPA) surge como uma possibilidade para contribuir no diagnóstico, no acompanhamento e no tratamento dos hipertensos. É realizada com equipamento automático do próprio paciente, e as medidas são realizadas aleatoriamente e feitas por decisão do próprio paciente ou até a pedido médico. Para isso, sugere-se a utilização de equipamentos oscilométricos de boa qualidade, ou seja, validados e preferencialmente de braço. Sugere-se um número mínimo de sete medidas realizadas no período de 16 a 72 horas

Quadro 3.4 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação*	PAS (mmHg)	e	PAD (mmHg)
PA ótima	< 120	e	< 80
PA normal	120-129	e/ou	80-84
Pré-hipertensão	130-139	e/ou	85-89
HA Estágio 1	140-159	e/ou	90-99
HA Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
HA Estágio 3	≥ 180	e/ou	≥ 110

HA: hipertensão arterial; PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica. *A classificação é definida de acordo com a PA no consultório e pelo nível mais elevado de PA, sistólica ou diastólica. **A HA sistólica isolada, caracterizada pela PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, é classificada em 1, 2 ou 3, de acordo com os valores de PAS nos intervalos indicados. ***A HA diastólica isolada, caracterizada pela PAS < 140 mmHg e PAD ≥ 90 mmHg, é classificada em 1, 2 ou 3, de acordo com os valores de PAD nos intervalos indicados.

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

Alimentação: A dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension – “abordagens dietéticas para parar hipertensão”) foi capaz de reduzir a PA, sendo o efeito atribuído ao maior consumo de frutas, hortaliças, laticínios com baixo teor de gordura e cereais integrais, além de consumo moderado de oleaginosas e redução no consumo de gorduras, doces e bebidas com açúcar e carnes vermelhas. A associação da dieta DASH com restrição de sódio resultou em redução na PA sistólica (PAS) de 11,5 mmHg nos indivíduos hipertensos e 7,1 mmHg nos normotensos, em comparação com a dieta com alto teor de sódio. Uma parte da estratégia para reduzir o sal é ler os rótulos nutricionais de todos os alimentos e escolher aqueles com baixo teor de sal (cloreto de sódio) e outras formas de sódio. Além de dieta com baixo teor de sódio, são recomendados alimentos ricos em potássio, tais como: damasco, abacate, melão, leite desnatado, iogurte desnatado, folhas verdes, peixes (linguado e atum), feijão, laranja, ervilha, ameixa, espinafre, tomate e uva-passa.

Quadro 8.1 – Exemplo de porções e quantidades de alimentos recomendados em dieta do tipo DASH a serem consumidas diariamente ou por semana por quem dispõe de cerca de 2.000 kcal/dia

Grupo de alimentos	Porções diárias	Tamanho das porções/unidade
Frutas	4-5	1 fruta média
		1/4 de xícara de frutas secas
		1/2 xícara de frutas frescas, congeladas ou enlatadas 177 ml, de suco de frutas
Vegetais	4-5	1 xícara de vegetais com folhas cruas
		1/2 xícara de vegetais cozidos
		177 ml, de suco de vegetais
Laticínios desnatados	2-3	237 ml, de leite
		1 xícara de iogurte 42 g de queijo
Grãos e derivados**	7-8	1 fatia de pão
		1 xícara de cereal pronto para comer** 1/2 xícara de arroz cozido, macarrão ou cereal
Carnes magras, aves e peixes	≤ 2	85 g de carne magra cozida, aves sem pele ou peixes
Nozes, sementes e leguminosas secas***	4-5 por semana	1/3 xícara ou 42 g de nozes
		1 colher de sopa ou 14 g de sementes 1/2 xícara de feijão seco cozido

* Os tamanhos das porções variam entre 1/2 xícara e 1 1/4 de xícara. ** Mito, aveia, grão-de-bico, arroz integral. *** Castanha-de-caju, castanha-do-pará, amêndoas, amendoim, feijão, lentilha. Adaptado de Fuchs, 2001:422

Perda de peso: Há uma relação praticamente linear entre pressão arterial e índices de obesidade, sendo observado que a perda ponderal reduz a PA mesmo sem alcançar o peso corporal desejável. Estudos prévios demonstraram que a perda ponderal de 5,1 kg reduziu, em média, a PAS em 4,4 mmHg e a PAD em 3,6 mmHg. O ideal é alcançar e manter um peso corporal saudável, representado pelo IMC (kg/m²) < 25 em adultos

Exercícios físicos regulares: Os hipertensos que alcançam as recomendações de prática de atividades físicas para a saúde apresentam uma redução de 27 a 50% no risco de mortalidade. No tratamento da HAS, benefícios adicionais podem ser obtidos com exercícios físicos estruturados, realizando-se o treinamento aeróbico complementado pelo resistido. Realizar, pelo menos, 150-300 minutos por semana de atividade física moderada. Deve ser estimulada ainda a redução do comportamento sedentário, levantando-se por 5 minutos a cada 30 minutos sentado.

Redução de consumo de bebidas alcoólicas: Há relação linear entre consumo de bebidas alcoólicas e PA, e o consumo abusivo está associado a maior prevalência de HAS. Estudos recentes evidenciaram que em indivíduos que bebiam mais do que dois drinques por dia, a redução no consumo de bebidas alcoólicas associou-se à maior redução da PA, cerca de 5,5mmHg na PAS e 3,97mmHg na PAD. Essa redução de PA foi ainda mais pronunciada naqueles que bebiam seis drinques ou mais por dia e reduziram a ingestão em cerca de 50%.

Cessar tabagismo: O tabagismo apresenta potencial considerável de causar dano, como elevação temporária da PA. O uso de tabaco eleva a PA cerca de 5 a 10mmHg, em média. Independentemente de sua relação com o controle da HAS, deve ser enfatizada a cessação do tabagismo devido ao aumento de risco cardiovascular estabelecido com essa prática.

Respiração lenta, controle de estresse, espiritualidade e religiosidade: Dados os aspectos multidimensionais, assim como as características das populações estudadas, estudos observacionais avaliando a associação a PA e/ou risco de HAS apresentam resultados heterogêneos, porém a maioria sugere efeitos benéficos com essas práticas.

PRODUZIDO POR: Mariana Leal Chaves - Cardiologista e Médica Perita (NASS/DQV/PROGEPE/UFPE)
Mariana Chaves Leal é Graduada em Medicina pela Universidade de Pernambuco (UPE). Fez residência em Clínica Médica pelo Hospital Getúlio Vargas (HGV), residência em Cardiologia pelo Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE) e residência em Ecocardiografia pelo Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE). Possui título de especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Atua como cardiologista concursada na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE/PROGEPE/DQV/NASS) e no Hospital Agamenon Magalhães (HAM).

Referências:

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial-2020 Barroso et al.