

HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA DOENÇA SILENCIOSA

Eliana Alvarenga de Brito¹

Vanessa Regiane Elias Halasi¹

Tatiane Ferreira Petroni¹

Deigilam Cestari Esteves¹

RESUMO

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica, considerada um grave problema de saúde pública em todas as classes socioeconômicas, tendo conseqüências devastadoras, geralmente permanecendo assintomática até uma fase tardia de sua elevação.

A prevalência mundial estimada é da ordem de 1 bilhão de indivíduos hipertensos, sendo que aproximadamente 7,1 milhões de óbitos por ano podem ser atribuídos à hipertensão arterial. Cerca de 22 a 44% da população brasileira apresenta hipertensão arterial sendo que, aproximadamente 35% da população atingida esteja na faixa etária igual ou superior a 40 anos. Além disso, o aparecimento de hipertensão arterial está cada vez mais precoce, estima-se que cerca de 4% das crianças e dos adolescentes também sejam portadores dessa doença e das suas complicações. A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica altamente prevalente no mundo todo. Seu estudo e conhecimento são fundamentais para uma abordagem efetiva dos pacientes hipertensos, principalmente em relação a prevenção de suas complicações, as quais acarretam elevado custo econômico e principalmente redução da qualidade de vida da população acometida.

PALAVRAS-CHAVE

Hipertensão arterial, doença crônica

INTRODUÇÃO:

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica, considerada um grave problema de saúde pública em todas as classes socioeconômicas (WHO, 2003), tendo conseqüências devastadoras, geralmente permanecendo assintomática até uma fase tardia de sua elevação (Robbins e Cotran, 2005). A hipertensão é considerada um dos fatores de risco mais importante para a doença coronariana quanto para acidentes vasculares cerebrais; além disso, a hiperten-

AUTORES

1 Docentes das Faculdades Integradas de Três Lagoas – AEMS

são também pode estar envolvida na hipertrofia cardíaca, insuficiência cardíaca potencial, dissecção aórtica e na insuficiência renal (Robbins e Cotran, 2005), sendo uma das mais importantes causas de morbidade e mortalidade universais, “A hipertensão está entre as dez causas de morte no mundo” (OMS, 2002).

A prevalência mundial estimada é da ordem de 1 bilhão de indivíduos hipertensos, sendo que aproximadamente 7,1 milhões de óbitos por ano podem ser atribuídos à hipertensão arterial (Chobanian et al., 2003).

No Brasil, os estudos que analisam a prevalência da hipertensão arterial são poucos, entretanto, estudos isolados em regiões diferentes do País apontam para uma prevalência estimada da hipertensão arterial na ordem de 22 a 44% da população brasileira (Mion et al., 2004), sendo que, aproximadamente 35% da população atingida esteja na faixa etária igual ou superior a 40 anos. No entanto, o aparecimento de hipertensão arterial está cada vez mais precoce, estima-se que cerca de 4% das crianças e dos adolescentes também sejam portadores. A carga de doenças representada pela morbidade e mortalidade devida à hipertensão é muito alta e por tudo isso é considerada um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo.

Em mais de 80% das pessoas com hipertensão, a causa não é conhecida, sendo ela, por isso, denominada hipertensão primária ou de causa desconhecida. Em 10% dos indivíduos, a hipertensão pode estar associada a determinadas enfermidades, como doenças renais ou endócrinas, toxemia da gravidez ou ao uso não controlado de determinadas substâncias e medicamentos, como os descongestionantes nasais, os de controle de enxaqueca, cortisona e os anovulatórios (Santello, 1998).

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é freqüentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HA aos níveis considerados normais em todo o mundo.

Embora na maioria dos casos de hipertensão arterial, desconhece-se a causa, diversos fatores podem estar associados com a elevação da pressão arterial como o sedentarismo, o álcool, o estresse, o tabagismo, o envelhecimento, a história familiar, a raça, o gênero, o peso, o excesso de consumo de sódio, a alimentação inadequada, os fatores dietéticos e outros (Molina et al., 2003).

Apesar destas evidências, fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da in-

cidência e prevalência da HA, assim como do seu controle inadequado. A respeito da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial.

Mudar o estilo de vida é de suma importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão arterial.

A hipertensão arterial primária ou essencial representa aproximadamente 95% dos casos de hipertensão e se caracteriza por não possuir etiologia definida, mesmo quando exaustivamente investigada, possuindo importante componente genético e ambiental. A hipertensão arterial secundária, que corresponde a cerca de 5% dos indivíduos hipertensos, apresenta etiologia definida e possibilidade de cura com tratamento da doença primária, conforme pode ser visualizado na Tabela 1.

Principais causas identificáveis de hipertensão arterial secundária
Doenças do parênquima renal
Coarctação de aorta
Síndrome de Cushing e corticoterapia prolongada
Induzida por drogas
Uropatia obstrutiva
Feocromocitoma
Hipertensão renovascular
Hiperaldosteronismo primário
Apnéia do sono
Etilismo
Doenças das glândulas tireóide e paratireóide

Tabela 1. Principais causas identificáveis de hipertensão arterial secundária (Corrêa et al., 2005)

Na maioria das vezes, a hipertensão arterial é diagnosticada ao se constatar valor pressórico elevado em uma consulta médica casual. O diagnóstico é baseado, no mínimo, em duas medidas adequadas em pelo menos duas visitas em dias distintos. Deve-se excluir a possibilidade de hipertensão arterial secundária em todos os pacientes hipertensos, seja através da anamnese, do exame

físico e/ou de exames subsidiários. Na tabela 2, encontram-se dados sugestivos de hipertensão secundária.

Dados sugestivos de hipertensão arterial secundária
Idades limítrofes (< 25 anos ou > 55 anos)
Refratariedade ao tratamento
Desenvolvimento muito rápido
Hipertensão arterial grave (> 180x110)
Presença de sopro abdominal (estenose de artéria renal)
Redução ou ausência de pulso femoral (coarctação de aorta)
Palpitações, sudorese e cefaléia em crises (triade do feocromocitoma)
Sinais de endocrinopatia como fácies e biotipo
Insuficiência renal (Creatina > 1,5 mg/dL) (estenose bilateral de artéria renal, doenças parenquimatosas renais)
Proteinúria persistente inexplicada (doenças do parênquima renal)
Hipocalcemia não relacionada a diuréticos (estenose de artéria renal, hiperaldosteronismo primário)
Piora da função renal com uso de inibidores da enzima conversora da angiotensina (estenose bilateral de artéria renal)

Tabela 2. Dados de hipertensão arterial secundária (Corrêa et al., 2005)

A avaliação inicial do paciente hipertenso tem como objetivo confirmar a elevação persistente da pressão arterial, avaliar o estilo de vida, averiguar a presença de lesões em órgãos-alvo e identificar fatores de risco cardiovascular (Tabela 3), diagnosticar doenças associadas e determinar a etiologia da hipertensão.

Componentes para a estratificação do risco individual dos pacientes em função da presença de fatores de risco e de lesão em órgãos-alvo
Fatores de risco maiores
Hipertensão arterial
Idade acima de 55 anos para homens e 65 anos para mulheres
Diabetes Melito

Colesterol total e/ou LDL elevado ou HDL baixo
História familiar de doença cardiovascular em: <ul style="list-style-type: none"> ·Mulheres com menos de 65 anos ·Homens com menos de 55 anos
Obesidade (IMC \geq 30 kg/m ²)
Sedentarismo
Tabagismo
Microalbuminúria
<i>Clearance de creatina</i> < 60 mL/min
Lesões em órgãos-alvo e doenças cardiovasculares
Doenças cardíacas: <ul style="list-style-type: none"> ·Hipertrofia do ventrículo esquerdo ·Angina do peito ou infarto do miocárdio prévio ·Revascularização miocárdica prévia ·Insuficiência cardíaca
Episódio isquêmico ou acidente vascular cerebral
Nefropatia
Doença vascular arterial periférica
Retinopatia hipertensiva

Tabela 3. Componentes para a estratificação do risco individual dos pacientes em função da presença de fatores de risco e de lesão em órgão-alvo (Corrêa et al., 2005)

O objetivo final da terapia anti-hipertensiva é reduzir a morbidade e a mortalidade de pacientes que apresentam elevado risco cardiovascular, como pacientes diabéticos em especial com microalbuminúria, com insuficiência cardíaca, com nefropatia e com vasculopatias periféricas secundárias a hipertensão arterial crônica, além da prevenção primária e secundária de acidente vascular cerebral.

A adoção de hábitos de vida saudáveis por todas as pessoas é essencial para a prevenção do desenvolvimento de hipertensão arterial, sendo indispensável como parte do tratamento (Chobanian et al., 20003; Mion et al., 2004; Whelton et al., 2002). Essas medidas reduzem a pressão arterial, aumentam a eficácia da terapia medicamentosa, além de diminuir o risco cardiovascular. A combinação de dois ou mais itens no estilo de vida descritos a seguir estão associados a melhores resultados (Appel et al., 2005). A redução do peso corporal e a

manutenção do peso ideal, mantendo-se o índice de massa corporal (IMC) entre 20 e 25 kg/m² reduz significativamente a pressão arterial e previne o desenvolvimento da hipertensão arterial a uma grande porcentagem de indivíduos com sobrepeso (Sacks et al., 2001). A adoção de hábitos alimentares saudáveis, com uma dieta rica em vegetais, frutas e alimentos pobres em colesterol e em gorduras saturadas também é benéfica para esses pacientes. Reduzir a quantidade de sal numa dieta habitual, diminuir a ingestão de bebidas alcoólicas e fazer exercícios físicos aeróbicos regulares, como 30 min de caminhada na maioria dos dias da semana, devem ser realizados por todos pacientes que apresentam condições físicas adequadas (Sacks et al., 2001; Vollmer et al., 2001; Whelton et al., 2002). O abandono do tabagismo deve ser recomendado devido a sua associação a maior incidência e mortalidade cardiovascular e aumento da pressão arterial medida ambulatorialmente (Appel et al., 2003). Entretanto a interrupção deve ser acompanhada de restrição calórica e aumento da atividade física para evitar ganho de peso que eventualmente possa ocorrer.

O tratamento da hipertensão arterial se inicia com as mudanças no estilo de vida. Se com essas medidas não forem atingidos níveis pressóricos adequados, institui-se a terapia medicamentosa (Corrêa et al., 2005).

Considerações finais:

A hipertensão arterial é uma doença crônica que tem alta frequência em toda a população mundial. O seu estudo e o seu conhecimento são de suma importância para uma abordagem e esclarecimento aos indivíduos portadores desta doença, principalmente em relação à prevenção e uma melhora na qualidade de vida da população acometida.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

World Health Organization. Diet, nutrition and prevention of chronic diseases. Report FAO/WHO Expert Consultation. Geneva: WHO; 2003. (WHO Technical Report Series 916).

COTRAN & ROBBINS. Patologia estrutural de funcional. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório da Saúde. 2002.

Brandão AP, Brandão AA, Magalhães MEC, Pozzan R. Epidemiologia da hipertensão arterial. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2003; 13 (1): 7-19.

Molina MCB, Cunha RS, Herkenhoff FL, Mill JG. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. Rev Saúde Pública 2003;37(6):743-50.

Chobanian AV, Bakris GL, Black HR et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure Hypertension 2003;42(6):1206-52.

Mion D Jr, Gomes MA, Fernando N e col. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2004;82(supl 4):1-14.

Whelton PK, He J, Appel LJ et al. Primary prevention of hypertension: Clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program JAMA 2002;288(15):1882-8.

Appel LJ, Champagne CM, Harsha DW et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group. JAMA 2003;289(16):2083-93.

Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH Sodium Collaborative Research Group. N Engl J Med 2001;344(1):3-10.

Vollmer WM, Sacks FM, Ard J et al. Effects of alcohol reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. Hypertension 2001;38:1112-7.

Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. Ann Intern Med 2002;136(7):493-503.

Corrêa TD, Namura JJ, Camila Silva CAP, Castro MG, Meneghini A, Ferreira C. Hi-

pressão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. Arq Med ABC. 2005;31(2):91-101.

SANTELLLO, J.L. et. al. Diagnóstico da Hipertensão Arterial. Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial. 1.(3):123-124 .1998.