

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS): UMA REVISÃO ABRANGENTE

AUTORES

Amanda Caroline Ferres CORRÊA

Giovana Zaia Terrenque MARTINS

Janielle de Carvalho Benfatti CATISSI

Jéssica Ferreira Mendonça da MATA

Discentes da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

Silvia Messias BUENO

Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição crônica caracterizada pela elevação persistente da pressão arterial (geralmente acima de 140/90 mmHg). Sua fisiopatologia envolve disfunção endotelial e aumento da resistência vascular, sendo influenciada por fatores genéticos, ambientais (sedentarismo, dieta rica em sódio) e comorbidades como diabetes e dislipidemia. Com uma prevalência global de cerca de 1 bilhão de pessoas, a HAS é uma das principais causas de doenças cardiovasculares e morte prematura. O diagnóstico é feito por medições repetidas da pressão arterial, e o tratamento inclui mudanças no estilo de vida e medicações antihipertensivas. Complicações graves incluem doenças cardiovasculares, insuficiência renal e problemas oftalmológicos. A prevenção envolve educação e rastreamento regular, com diretrizes clínicas enfatizando a necessidade de um tratamento individualizado.

PALAVRAS CHAVE

HAS, Tratamento, Medidas não farmacológicas, Medicações, Prevenção.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a chronic condition characterized by the persistent elevation of blood pressure (typically above 140/90 mmHg). Its pathophysiology involves endothelial dysfunction and increased vascular resistance, influenced by genetic, environmental factors (sedentary lifestyle, high sodium diet), and comorbidities such as diabetes and dyslipidemia. With a global prevalence of about 1 billion people, SAH is one of the leading causes of cardiovascular diseases and premature death. Diagnosis is made through repeated blood pressure measurements, and treatment includes lifestyle changes and antihypertensive medications. Serious complications include cardiovascular diseases, renal failure, and ophthalmic problems. Prevention involves education and regular screening, with clinical guidelines emphasizing the need for individualized treatment.

Keywords: HAS, Treatment, Non-pharmacological measures, Medications, Prevention.

1 . INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), uma das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) mais prevalentes, é considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e outras complicações graves, como acidente vascular cerebral (AVC), infarto do miocárdio e insuficiência renal crônica. Com a crescente carga dessas condições em nível global, a HAS representa um desafio significativo para os sistemas de saúde pública, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 600 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de hipertensão, e essa prevalência deve aumentar em 60% até 2025, refletindo a magnitude desse problema de saúde pública (MALTA et al., 2018).

No Brasil, cerca de 30 milhões de pessoas são diagnosticadas com hipertensão, o que representa 36% da população masculina adulta e 30% das mulheres adulta. A hipertensão é particularmente prevalente entre os idosos, afetando mais de 60% da população acima de 60 anos (MOURA et al., 2016).

Esse cenário está diretamente associado ao aumento da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares, que representam uma das principais causas de óbitos no país. A condição, muitas vezes assintomática, é chamada de "doença silenciosa", pois os pacientes podem não perceber seus sintomas até que ocorram complicações graves (FERREIRA, BODEVAN, OLIVEIRA, 2019).

A hipertensão pode ser classificada como primária ou secundária. A hipertensão primária, também conhecida como hipertensão essencial, não possui uma causa identificável e representa a grande maioria dos casos. Já a hipertensão secundária resulta de outra condição médica subjacente, como doenças renais, endócrinas (como hipertireoidismo ou feocromocitoma) ou uso de medicamentos. As complicações decorrentes da hipertensão incluem o desenvolvimento de acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, insuficiência renal crônica, e insuficiência cardíaca. Essas complicações ocorrem quando a pressão arterial permanece elevada por longos períodos, causando danos progressivos aos vasos sanguíneos e órgãos vitais (FERREIRA, BODEVAN, OLIVEIRA, 2019).

O diagnóstico da hipertensão é geralmente realizado por meio da medição regular da pressão arterial, sendo a definição clássica da condição estabelecida quando a pressão arterial sistólica é igual ou superior a 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica é igual ou superior a 90 mmHg, em pelo menos duas medições realizadas em diferentes dias. Para um diagnóstico preciso, é fundamental realizar a aferição da pressão arterial

em condições adequadas, que incluam o repouso do paciente antes da medição, além de evitar fatores que possam alterar temporariamente os valores, como estresse ou consumo de cafeína (GUS et al., 2004).

O tratamento da hipertensão visa reduzir os níveis de pressão arterial e prevenir suas complicações. Ele envolve mudanças no estilo de vida e, quando necessário, o uso de medicamentos. As modificações no estilo de vida, que incluem a prática regular de atividade física, a adoção de uma dieta balanceada, redução do consumo de sal e álcool, controle do peso corporal e cessação do tabagismo, têm papel fundamental no controle da pressão arterial. Além disso, o uso de medicamentos anti-hipertensivos é frequentemente necessário para alcançar as metas de pressão arterial estabelecidas pelas diretrizes médicas. Os medicamentos mais utilizados incluem diuréticos, inibidores da ECA, bloqueadores dos canais de cálcio e betabloqueadores. A adesão ao tratamento, no entanto, é um desafio contínuo, uma vez que muitos pacientes abandonam o uso dos medicamentos devido à falta de sintomas evidentes, efeitos colaterais ou dificuldades econômicas (MOURA et al., 2016; GUSMÃO et al., 2009).

Estudos demonstram que a adesão ao tratamento para hipertensão continua a ser um desafio global, com estimativas indicando que cerca de 80% dos hipertensos não alcançam as metas terapêuticas recomendadas (GUS et al., 2004). No Brasil, a taxa de controle da pressão arterial é preocupante, refletindo a necessidade de estratégias de saúde pública que promovam a conscientização sobre a importância do diagnóstico precoce, do tratamento regular e da prevenção das complicações associadas à hipertensão. Além disso, fatores socioeconômicos, como o nível educacional e a renda, têm um impacto significativo na prevalência e no controle da doença, com indivíduos de menor status socioeconômico enfrentando maiores dificuldades no acesso ao tratamento e à informação (LOBO et al., 2017).

Esta revisão visa fornecer uma análise abrangente da hipertensão arterial sistêmica, abordando suas causas, classificações, fatores de risco, diagnóstico, tratamento e as principais complicações associadas. Serão discutidos também os principais achados da literatura sobre a evolução da doença ao longo do tempo, as estratégias de prevenção e as políticas públicas necessárias para melhorar o controle e a qualidade de vida dos indivíduos hipertensos.

2. METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma revisão bibliográfica retrospectiva sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), abordando seus principais aspectos, como fatores de risco, diagnóstico, tratamento, complicações e o impacto das desigualdades sociais no controle da doença. A pesquisa será realizada a partir da análise de artigos científicos indexados, publicados em revistas médicas e científicas de renome, com foco nas fontes mais relevantes e atualizadas sobre a hipertensão arterial.

A coleta de dados foi iniciada em outubro de 2023 e encerrada em outubro de 2024. A revisão será baseada em artigos disponíveis nas seguintes bases de dados: Scielo, PubMed, Google Scholar, Science Direct e American Association for Anatomy. A busca será conduzida em dois idiomas: inglês e português, com o objetivo de capturar uma ampla gama de artigos relevantes, produzidos em diferentes contextos geográficos e culturais.

A metodologia adotada visa fornecer uma revisão abrangente e bem fundamentada da hipertensão arterial sistêmica, com ênfase nas estratégias de tratamento e prevenção que podem ser aplicadas para o controle da doença.

3. REVISÃO DA LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição crônica caracterizada por níveis elevados de pressão arterial, sendo um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, como insuficiência cardíaca e infarto agudo do miocárdio. É definida por uma pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg e diastólica superior a 90 mmHg, sendo frequentemente assintomática, o que leva a uma baixa procura por tratamento, agravando a condição. Fatores genéticos e comportamentais, como sedentarismo, dieta inadequada, obesidade e estresse, estão fortemente associados ao seu desenvolvimento (BERNARDI et al., 2023; CORRÊA et al., 2005).

A hipertensão é responsável por grande parte das doenças crônicas na população adulta, e sua prevalência mundial é de 26,4%, com índices ainda mais altos em países da América Latina e entre a população idosa. No Brasil, a condição afeta 32,5% da população, sendo mais prevalente entre homens idosos. Essa patologia é uma das principais causas de morbimortalidade, aumentando significativamente o risco de aterosclerose e complicações cardiovasculares (SOUSA FALCÃO et al., 2018).

A detecção e tratamento adequados da hipertensão, mesmo em estágios iniciais, têm mostrado benefícios importantes para a saúde. No entanto, o diagnóstico da hipertensão é frequentemente desafiador devido à variabilidade nas medições de pressão arterial. Muitos protocolos normativos ainda não chegaram a um consenso sobre os parâmetros ideais para a intervenção terapêutica, o que pode resultar em tratamentos inadequados e implicações emocionais e físicas para os pacientes. A aferição correta da pressão arterial é essencial para evitar erros de diagnóstico, sendo que o padrão ouro é a medição intra-arterial, enquanto a monitorização ambulatorial e autodeterminação são mais próximas da realidade, mas ainda inviáveis em nível populacional (FUCHS et al., 1997).

A hipertensão pode ser classificada em primária, que representa 95% dos casos, e secundária, que ocorre em apenas 5% dos casos e possui uma causa definida. Recentemente, novas diretrizes incluíram uma categoria para pré-hipertensão e a combinação dos estágios dois e três, a fim de enfatizar a importância do controle precoce da pressão arterial (CORRÊA et al., 2005).

Em relação à distribuição da pressão arterial, estudos indicam que homens e mulheres negros não hispânicos apresentaram as maiores médias de pressão sistólica (PAS) e diastólica (PAD), enquanto os brancos não hispânicos apresentaram os menores valores. A pressão arterial sistólica média entre os hipertensos não tratados foi 27 mmHg superior à dos normotensos, e a pressão diastólica foi 17 mmHg maior. Entre os indivíduos tratados, os valores foram mais baixos, com variações dependendo do grupo racial/étnico (BURT et al., 1995).

Apesar dos esforços para controlar a hipertensão, a prevalência mundial dessa condição continua elevada. Estima-se que aproximadamente 7,1 milhões de mortes anuais estejam relacionadas à hipertensão. Nos Estados Unidos, cerca de 50 milhões de indivíduos são hipertensos, mas apenas 34% mantêm a pressão arterial controlada. No Brasil, a prevalência da hipertensão varia entre 22% e 44% da população, sendo uma condição de grande impacto para a saúde pública (CORRÊA et al., 2005).

A longevidade e o envelhecimento da população trazem à tona a necessidade de manutenção da saúde e da autonomia, especialmente entre os idosos, que têm maior risco de desenvolver doenças crônicas (Carvalho et al., 2013). A avaliação da qualidade de vida (QV) tornou-se um aspecto essencial em ensaios clínicos, mas ainda há escassez de dados sobre a qualidade de vida de pacientes hipertensos em estudos nacionais. Este aspecto é importante, pois a hipertensão frequentemente impacta negativamente a qualidade de vida dos pacientes, com

estudos utilizando o instrumento SF-36 mostrando que os hipertensos apresentam escores mais baixos em quase todos os domínios (CARVALHO et al., 2013).

No Brasil, pesquisas sobre medidas aferidas da pressão arterial são limitadas, dificultando a comparação de dados devido à variabilidade nos critérios adotados. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a hipertensão a partir de 140 mmHg de pressão sistólica ou 90 mmHg diastólica, embora outros critérios também sejam utilizados, o que complica a estimativa precisa da prevalência da condição (Malta et al., 2018). O Ministério da Saúde realiza o monitoramento da prevalência de doenças crônicas por meio da pesquisa VIGITEL, realizada nas capitais brasileiras, mas ainda há lacunas em termos de dados populacionais representativos em nível nacional (MENDES et al., 2014).

Uma questão importante no tratamento da hipertensão é a adesão à terapêutica, um aspecto subjetivo que reflete a conformidade entre o comportamento do paciente e as orientações médicas para o controle da pressão arterial, redução de complicações e melhoria da qualidade de vida. A baixa adesão ao tratamento continua sendo um dos maiores desafios para o controle da hipertensão. Estudos indicam que entre 40% e 60% dos pacientes não seguem corretamente as prescrições médicas, o que contribui para o controle inadequado da pressão arterial (BORGES et al., 2012).

Embora a eficácia dos tratamentos disponíveis seja bem documentada, a adesão ao tratamento anti-hipertensivo ainda é insuficiente em muitos países, como Estados Unidos e Espanha, onde uma grande parte da população hipertensa não controla adequadamente a pressão arterial. A adesão a medicamentos, dieta e mudanças no estilo de vida são essenciais para o controle da hipertensão. Este estudo bibliográfico focou na adesão ao tratamento anti-hipertensivo, especialmente na atenção primária, analisando aspectos como a medicação, dieta e atividade física. Além disso, propôs a utilização de tecnologias da informação como ferramentas para melhorar a adesão ao tratamento, além de sugerir a utilização de índices para distinguir a baixa adesão da hipertensão resistente (SANTOS et al., 2013).

Outro aspecto importante é a hipertensão sistólica isolada, comum em indivíduos mais velhos, que apresenta desafios adicionais no seguimento e controle da pressão arterial. Estudos mostram que a adesão ao tratamento é um fator essencial para o controle adequado da hipertensão, e a boa adesão ao tratamento está associada a um risco reduzido de complicações (GUSMÃO et al., 2009).

Além disso, o estresse emocional e psicológico também desempenham um papel importante, dificultando ainda mais a adesão ao tratamento. A falta de conhecimento sobre a natureza assintomática da doença é outra causa que contribui para o abandono do tratamento, uma vez que muitos pacientes não percebem a necessidade de acompanhamento contínuo (MOURA et al., 2016).

A hipertensão arterial (HA) é considerada um grave problema de saúde pública em nível global. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 600 milhões de pessoas em todo o mundo sejam afetadas pela condição, com a previsão de um aumento de 60% até 2025. A hipertensão é o principal fator de risco para Doenças Cardiovasculares (DCV), sendo responsável por uma significativa mortalidade e sobrecarga para os sistemas de saúde, o que evidencia a urgência de medidas preventivas mais eficazes (MALTA et al., 2018).

A hipertensão é uma das principais causas de complicações cardiovasculares e pode causar sérios danos aos órgãos, como coração, cérebro e rins. No Brasil, aproximadamente 17,6% das internações hospitalares estão relacionadas à hipertensão, o que representa 5,9% dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), gerando uma carga significativa para o sistema de saúde do país. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão incluem hereditariedade, idade, raça, obesidade, estresse e uma dieta rica em sódio. Fatores sociais,

como baixo nível educacional e a presença de diabetes mellitus, também estão frequentemente associados à hipertensão. Esses fatores indicam que hábitos de vida saudáveis desempenham um papel fundamental tanto na prevenção quanto no controle da condição (CARVALHO et al., 2013).

A pressão arterial deve ser monitorada a partir dos 3 anos de idade, uma vez que a hipertensão em crianças e adolescentes frequentemente tem causas secundárias, sendo as renais as mais comuns, mulheres que utilizam anticoncepcionais orais também têm um risco aumentado de desenvolver hipertensão, especialmente aquelas com mais de 35 anos ou com sobrepeso. A hipertensão é comum em pacientes diabéticos e aumenta significativamente o risco cardiovascular e outro fator de risco para o desenvolvimento da hipertensão e de doenças cardiovasculares é o tabagismo. Entre as medidas preventivas mais importantes para o controle da hipertensão, destacam-se os hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de exercícios físicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2023).

A monitorização ambulatorial da pressão arterial por 24 horas (MAPA) permite avaliar a pressão durante o dia e à noite, levando em conta que os níveis pressóricos variam ao longo do dia. A monitorização residencial também é uma ferramenta valiosa para diferenciar a hipertensão arterial da síndrome do jaleco branco. Na avaliação inicial do paciente hipertenso, busca-se confirmar a elevação persistente da pressão arterial, avaliar o estilo de vida e identificar fatores de risco cardiovascular. A história clínica detalhada e o exame físico focado nas lesões de órgãos-alvo são fundamentais. Exames laboratoriais de rotina devem ser realizados antes de iniciar o tratamento, incluindo eletrocardiograma, hemograma e dosagens bioquímicas. A identificação de hipertensão secundária ou de doenças associadas requer exames complementares (CORRÊA et al., 2005).

Diversos pesquisadores têm investigado a variabilidade da pressão arterial e suas implicações no diagnóstico da hipertensão. Estudos apontam que a pressão sistólica tende a se estabilizar entre a segunda e a terceira consulta, enquanto a pressão diastólica se estabiliza entre a primeira e a segunda. No entanto, esses aspectos ainda são parcialmente considerados nas diretrizes diagnósticas atuais, que permanecem controversas. Os dados desses estudos mostram que a hipertensão arterial continua a ser uma condição comum, e que novos critérios diagnósticos mais práticos e consensuais são necessários. Até que esses critérios sejam estabelecidos, é recomendável não rotular como hipertensos indivíduos assintomáticos com valores elevados em um único dia (FUCHS et al., 1997).

A medição da pressão arterial em idosos deve levar em conta peculiaridades como a pseudo-hipertensão e a hipertensão do avental branco. A monitorização ambulatorial e residencial é essencial para um diagnóstico preciso e para avaliar a eficácia do tratamento. A manobra de Osler é útil para identificar a pseudo-hipertensão em idosos, e a MAPA e MRPA são importantes para reconhecer e gerenciar os riscos associados à hipertensão nessa faixa etária (MIRANDA et al., 2002).

A avaliação da pressão arterial (PA) é um aspecto fundamental para o diagnóstico da hipertensão e para monitorar a eficácia dos tratamentos. A medição deve ser realizada por profissionais capacitados, que utilizem técnicas padronizadas e equipamentos calibrados. O método indireto, que utiliza esfigmomanômetro de mercúrio ou aneróide, é o mais comum, mas aparelhos eletrônicos também são válidos quando devidamente calibrados. A pressão arterial deve ser medida em posição sentada, após um repouso de 5 minutos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2023).

Os componentes da investigação diagnóstica inclui, história clínica que deve incluir informações sobre o paciente (sexo, idade), a duração e os níveis da hipertensão, sintomas associados a doenças cardiovasculares, fatores de risco modificáveis (como tabagismo e obesidade), além de uma avaliação dietética e do uso de medicamentos; o exame físico envolve a medição da pressão arterial, a avaliação da frequência cardíaca, o

cálculo da relação cintura/quadril e do índice de massa corporal (IMC), além da identificação de sinais de hipertensão secundária e de condições associadas, como doenças renais; e por fim a avaliação laboratorial inicial, deve incluir exames de sangue e urina, como creatinina e eletrólitos, além de um eletrocardiograma. A decisão terapêutica deve ser baseada na confirmação do diagnóstico de hipertensão e na estratificação do risco cardiovascular. Esse processo considera a pressão arterial, os fatores de risco e as lesões em órgãos-alvo. A estratégia terapêutica deve ser individualizada, levando em conta as metas de pressão arterial estabelecidas para cada paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2023).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição crônica prevalente que requer um manejo multifatorial para controle e prevenção de complicações cardiovasculares. O tratamento farmacológico da HAS deve ser baseado em estudos de longa duração, com a utilização de diferentes classes de medicamentos disponíveis no Brasil, como diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), antagonistas da angiotensina II, e outros. No entanto, mais de dois terços dos pacientes hipertensos não conseguem controlar a pressão arterial com uma única medicação, sendo necessário o uso de terapias combinadas (CORRÊA et al., 2005).

A escolha da terapia deve considerar fatores individuais, como idade, etnia e nível socioeconômico. Estudos demonstram que o envelhecimento vascular e a maior prevalência de hipertensão entre indivíduos de etnia parda são determinantes importantes no desenvolvimento da doença. Além disso, o controle da pressão arterial está diretamente relacionado a condições socioeconômicas, como a renda. A maior parte da população hipertensa no Brasil pertence a classes econômicas com rendimentos baixos, o que dificulta o acesso ao tratamento adequado e ao monitoramento contínuo (SOUSA FALCÃO et al., 2018).

A pesquisa de Malta et al. (2018) reforça a importância do diagnóstico precoce da hipertensão para a redução de eventos cardiovasculares e complicações associadas. A detecção antecipada está associada a menores taxas de abandono do tratamento, o que é um indicador importante de controle adequado da doença (SOUSA FALCÃO et al., 2018). Além disso, o apoio familiar desempenha um papel fundamental na adesão ao tratamento. O tratamento eficaz da HAS não depende apenas da medicação, mas também de fatores como suporte social, mudanças no estilo de vida e a educação em saúde, envolvendo médicos, enfermeiros, pacientes e suas famílias (SANTOS et al., 2013). A falta de apoio familiar tem sido identificada como um obstáculo significativo para o controle da doença. Pacientes sem uma rede de apoio enfrentam dificuldades em manter uma alimentação saudável, aderir ao tratamento medicamentoso e monitorar a pressão arterial, aumentando o risco de complicações (BARRETO & MARCON, 2014).

Nesse contexto, a educação em saúde desempenha um papel crucial ao promover mudanças comportamentais, melhorar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, otimizar o controle da pressão arterial. O incentivo a comportamentos saudáveis e o acompanhamento contínuo das condições de saúde devem ser parte de uma abordagem integrada para que o controle da hipertensão seja bem-sucedido (SANTOS et al., 2013).

A redução do consumo de álcool está diretamente relacionada à diminuição da pressão arterial. A pesquisa de Xin et al. (2001) destaca que essa relação é influenciada pelo tipo de intervenção e pela duração dos estudos. Os dados indicam que a redução no consumo de álcool está associada à diminuição significativa da PA, tanto sistólica quanto diastólica. A média da PA pré-tratamento também impacta a eficácia da intervenção, sugerindo que tanto a redução do consumo de álcool quanto a PA inicial explicam a maior parte da variação observada. Não foram encontrados indícios de viés de publicação, o que sugere a robustez e a confiabilidade dos resultados. A relação dose-resposta entre a redução do consumo de álcool e a diminuição da PA reforça as recomendações para moderação como estratégia preventiva e terapêutica para a hipertensão.

Estudos, como o INTERSALT, indicam que homens que consumiam entre 300 a 499 mL de álcool por semana apresentavam níveis mais altos de PA. A redução média de 67% no consumo de álcool também esteve associada à expectativa de diminuição da PA. A relação entre consumo de álcool e PA é similar em ambos os sexos. Embora evidências sugiram que a ingestão moderada de álcool possa estar associada a riscos cardiovasculares mais baixos, o impacto na PA ainda não está completamente esclarecido. Os efeitos da redução do consumo de álcool na PA foram comparáveis aos de intervenções dietéticas, como o aumento da ingestão de potássio ou a redução de sódio (XIN et al., 2001).

A abordagem dietética para parar a hipertensão (DASH) é amplamente recomendada para controle da PA, priorizando alimentos ricos em fibras e potássio e reduzindo o consumo de sódio e gorduras saturadas. Estudos indicam que participantes com hipertensão que seguiram a dieta DASH apresentaram uma redução média de 11,5 mm Hg na PA sistólica (SACKS et al., 2001). A redução do consumo de sódio, com a meta de limitar a ingestão a no máximo 6 g/dia, é essencial para o controle da hipertensão, trazendo benefícios significativos na redução da prevalência de complicações cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2023).

A prática regular de exercícios físicos é uma estratégia importante no controle da hipertensão. A recomendação é de pelo menos 30 minutos de atividade física moderada, cinco vezes por semana. Exercícios aeróbicos e resistidos são especialmente benéficos para os pacientes hipertensos. Além disso, a eliminação do tabagismo e o controle do estresse são fundamentais. Técnicas de gerenciamento de estresse, como treinamento para controle emocional, podem auxiliar na manutenção da pressão arterial sob controle. Adotar um estilo de vida saudável é essencial no tratamento não medicamentoso da hipertensão, principalmente em casos de síndrome metabólica. Fatores como dieta inadequada, sedentarismo, obesidade e consumo excessivo de álcool são fatores de risco que, quando controlados, podem resultar em uma redução significativa da pressão arterial e do risco cardiovascular. Essas mudanças devem ser priorizadas no tratamento da hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2023).

Além disso, o Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly (TONE) demonstrou que intervenções como a restrição de sódio e a perda de peso resultaram em uma redução significativa da pressão arterial em muitos pacientes. Estratégias como a moderação no consumo de sódio e álcool, aumento de alimentos ricos em potássio, magnésio e cálcio, e a prática regular de atividade física não só reduzem a necessidade de medicamentos, mas também promovem uma melhoria na qualidade de vida (MIRANDA et al., 2002).

Nos ensaios clínicos, o tratamento medicamentoso da hipertensão foi indicado para idosos com pressão arterial sistólica (PAS) > 160 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) > 105 mmHg, visando uma redução para PAS < 150-160 mmHg. Para os pacientes mais idosos, os diuréticos tiazídicos são frequentemente a primeira escolha de monoterapia, especialmente em pacientes sem comorbidades. Contudo, em situações clínicas específicas, como em casos de insuficiência cardíaca, o uso de antagonistas do cálcio e inibidores da ECA pode ser indicado. A escolha do medicamento deve ser feita levando em consideração os efeitos colaterais potenciais e a presença de comorbidades, com destaque para o uso criterioso de betabloqueadores (MIRANDA et al., 2002).

O tratamento farmacológico da hipertensão arterial deve ser baseado em evidências de estudos de longa duração, com sete classes de medicamentos disponíveis no Brasil. Vale destacar que mais de dois terços dos pacientes hipertensos não conseguem controlar a pressão arterial com uma única medicação, o que torna necessário o uso de combinações. O tratamento inicial deve começar com mudanças no estilo de vida, e a medicação é introduzida apenas se essas medidas não forem suficientes. O diurético tiazídico é geralmente a

primeira opção de tratamento, sendo frequentemente associado a outras classes de medicamentos quando necessário (CORRÊA et al., 2005).

A escolha dos medicamentos anti-hipertensivos deve considerar sua eficácia, tolerabilidade, a frequência de administração e o tempo necessário para o efeito pleno dos mesmos. É fundamental que os pacientes sejam informados sobre os possíveis efeitos adversos e a necessidade de ajustes na terapia. As metas de pressão arterial variam de acordo com o risco cardiovascular do paciente. Para hipertensos de risco baixo, a meta deve ser inferior a 140/90 mmHg, enquanto para aqueles com risco muito alto, o objetivo é manter os níveis abaixo de 130/80 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2023).

Os diuréticos atuam reduzindo o volume extracelular e a resistência vascular, sendo os diuréticos tiazídicos em doses baixas preferidos. Seus efeitos adversos incluem hipopotassemia e hiperglicemia. A classe dos diuréticos é dividida em tiazídicos, de alça e poupadores de potássio. Os Inibidores Adrenérgicos dividem-se em ação central e alfa-1 bloqueadores. Os Betabloqueadores reduzem a frequência cardíaca e a secreção de renina, mostrando-se eficazes em pacientes jovens e com condições específicas. Entre os efeitos adversos, destacam-se bradicardia e disfunção sexual. Os Bloqueadores dos Canais de Cálcio são eficazes na redução da resistência vascular, com preferência para os de ação prolongada. Os efeitos adversos mais comuns incluem cefaleia e edema. Os Inibidores da ECA são eficazes na redução da mortalidade em diversas condições cardiovasculares, com efeitos adversos como tosse e hiperpotassemia (CORRÊA et al., 2005).

O principal objetivo do tratamento medicamentoso da hipertensão arterial é reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovascular. Os medicamentos anti-hipertensivos devem não apenas controlar a pressão arterial, mas também prevenir eventos cardiovasculares, como infartos e acidentes vasculares cerebrais. Estudos demonstram que diuréticos, betabloqueadores, inibidores da ECA, bloqueadores do receptor AT1 e bloqueadores dos canais de cálcio são eficazes na redução desses eventos. A escolha do medicamento deve levar em consideração vários fatores, como a eficácia, tolerabilidade, a frequência de administração e o tempo necessário para alcançar o efeito pleno. Além disso, é fundamental que os pacientes estejam cientes dos possíveis efeitos adversos e da necessidade de ajustes na terapia. As metas de pressão arterial variam conforme o risco cardiovascular do paciente: para hipertensos de risco baixo, a meta é inferior a 140/90 mmHg, enquanto para aqueles com risco muito alto, o objetivo é manter os níveis abaixo de 130/80 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2023).

Nos estágios 2 e 3 da hipertensão, a monoterapia pode ser insuficiente, sendo necessária a combinação de dois ou mais medicamentos para melhorar o controle da pressão arterial. Para pacientes com hipertensão de estágio 2, o tratamento geralmente envolve a combinação de duas medicações, como um diurético tiazídico associado a betabloqueadores, inibidores da ECA, bloqueadores dos canais de cálcio ou antagonistas da angiotensina II. A escolha dos medicamentos deve ser ajustada conforme as características clínicas do paciente e as comorbidades presentes, como diabetes, insuficiência renal ou risco cardiovascular elevado. O controle da pressão arterial é essencial, especialmente para prevenir complicações graves, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (AVC) (CORRÊA et al., 2005).

As diferentes classes de medicamentos anti-hipertensivos apresentam perfis variados de eficácia e efeitos colaterais em idosos. Diuréticos tiazídicos são preferidos em casos de insuficiência cardíaca congestiva (ICC), enquanto betabloqueadores devem ser evitados em pacientes com bradiarritmias. A escolha do tratamento deve ser cuidadosa, considerando a saúde geral do paciente e as comorbidades associadas. Além disso, recentes ensaios clínicos reforçam a importância do controle da pressão arterial na redução do risco cardiovascular em

idosos, seja para hipertensão sisto-diastólica ou isolada. Nesses casos, a avaliação de lesões em órgãos-alvo torna-se essencial, visto que essas condições são mais prevalentes na população idosa (MIRANDA et al., 2002).

Consultas periódicas de acompanhamento são cruciais para avaliar a eficácia do tratamento e realizar ajustes quando necessário, garantindo que o controle da hipertensão seja mantido ao longo do tempo. Cada paciente deve receber um plano de tratamento personalizado, levando em consideração seu perfil de risco e suas necessidades específicas, o que é essencial para otimizar os resultados do tratamento. A abordagem multiprofissional é indispensável, já que a hipertensão arterial é uma condição multifatorial que exige intervenções de várias frentes. Embora cada profissional de saúde tenha sua formação específica, a colaboração entre diferentes especialidades é essencial para otimizar o tratamento e a prevenção da hipertensão. A equipe multiprofissional deve incluir médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, fisioterapeutas, entre outros profissionais. Cada membro desempenha um papel específico, respeitando suas competências, mas sempre integrando-se aos demais membros da equipe para oferecer um cuidado holístico ao paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2023).

As complicações hipertensivas agudas podem ser classificadas em urgências e emergências hipertensivas. As urgências hipertensivas são caracterizadas por uma pressão diastólica superior a 120 mmHg, mas sem comprometimento dos órgãos-alvo. Nessas situações, a redução da pressão arterial deve ser gradual, idealmente ao longo de 24 horas, com o uso de medicamentos orais. O uso de nifedipina sublingual deve ser evitado devido aos potenciais efeitos adversos graves, como a redução abrupta da pressão arterial, que pode causar complicações adicionais. As emergências hipertensivas podem resultar em lesões em órgãos vitais, como acidente vascular cerebral (AVC), edema pulmonar agudo, síndromes isquêmicas miocárdicas e dissecção aguda da aorta. O tratamento inicial consiste na redução da pressão arterial com medicamentos intravenosos, seguido por uma terapia de manutenção e eventual descontinuação da medicação intravenosa. Deve-se evitar o uso de hidralazina em síndromes isquêmicas miocárdicas e dissecção da aorta, pois pode induzir ativação simpática. Em casos específicos, o uso de betabloqueadores e nitroglicerina pode ser mais indicado. No contexto do AVC, a redução da pressão arterial deve ser gradual para evitar quedas bruscas que possam agravar a condição (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2023).

A adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) mostrou-se variável entre os participantes dos estudos, com 47,2% dos pacientes declarando que interrompiam a medicação ao menos uma vez por ano e 32,7% não seguindo os horários estabelecidos ao menos uma vez por mês. Apesar da prática irregular de exercícios físicos, a maioria adotava hábitos alimentares saudáveis, como o consumo de alimentos grelhados (93,3%) e frutas (92,9%). No entanto, o consumo de carnes vermelhas ou gordas ainda era elevado (74,7%). Foi observada uma relação significativa entre a adesão ao tratamento e a ausência de tabagismo, além do consumo regular de frutas, verduras e legumes, que funcionaram como fatores de proteção. Por outro lado, o consumo de alimentos não recomendados, como frituras e doces, prejudicou a adesão ao tratamento. Alimentos saudáveis, como carnes brancas e magras, foram associados a uma maior adesão ao tratamento (SOUSA FALCÃO et al., 2018).

No que diz respeito à adesão ao tratamento, 45,4% dos participantes relataram nunca ter deixado de tomar os medicamentos para controle da HAS, e 87,9% usavam a medicação regularmente. No entanto, 53,2% não praticavam exercícios físicos, indicando que, apesar da boa adesão à medicação, a prática de atividades físicas, essencial para o controle da hipertensão, ainda precisa ser estimulada. A análise revelou uma média de respostas indicando baixa adesão, com mulheres apresentando uma média de 2,26 e homens 3,27. Embora tenha ocorrido

uma redução no consumo de sal e lipídios, muitos participantes não seguiram as recomendações dietéticas e de exercícios físicos, demonstrando a necessidade de intervenções mais eficazes (BERNARDI et al., 2023).

O apoio familiar foi identificado como um fator importante para a adesão ao tratamento da HAS, com relatos de pacientes que mencionaram como os filhos os incentivavam a realizar exames médicos e a seguir o tratamento. No entanto, nem todos os entrevistados consideraram a família como facilitadora, com alguns acreditando que o autocuidado e a autonomia eram suficientes para manter o controle da HAS. A educação dos familiares sobre a doença é fundamental para aumentar a adesão ao tratamento, e o envolvimento familiar pode prevenir complicações (BARRETO & MARCON, 2014).

A educação dos pacientes é um dos pilares para o sucesso do tratamento. Informações claras sobre a importância da adesão e o desenvolvimento de planos de tratamento que minimizem a complexidade são essenciais. A monitorização domiciliar da pressão arterial tem se mostrado eficaz em aumentar a conscientização do paciente sobre sua condição e, assim, melhorar a adesão. Além disso, algumas associações fixas de anti-hipertensivos estão disponíveis no Brasil, o que facilita o tratamento e contribui para a adesão dos pacientes, principalmente entre os mais idosos e os mais frágeis, que necessitam de abordagens terapêuticas personalizadas. Diversos fatores influenciam a adesão ao tratamento, incluindo o conhecimento do paciente sobre a doença, a complexidade do regime terapêutico, e aspectos sociais e econômicos. A relação médico-paciente é determinante, e o envolvimento da equipe de saúde no acompanhamento e orientação contínua contribui para melhorar a adesão (GUSMÃO et al., 2009).

Por fim, a promoção de atividades comunitárias e a formação de associações de pacientes hipertensos pode aumentar significativamente a adesão ao tratamento, ao criar uma rede social de apoio entre os pacientes, facilitando o acompanhamento e a manutenção de hábitos saudáveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2023).

4. CONCLUSÃO

A revisão destacou a importância de um diagnóstico rigoroso e um tratamento individualizado, considerando as especificidades de cada paciente. O acompanhamento contínuo da pressão arterial, a utilização de tecnologias para monitoramento e a implementação de políticas públicas que promovam a educação em saúde são essenciais para reduzir a carga da hipertensão no Brasil e no mundo.

Em termos de políticas de saúde pública, é imperativo que o foco esteja na promoção de intervenções que integrem prevenção, diagnóstico precoce e tratamento eficaz. A conscientização sobre a hipertensão, aliada à melhoria do acesso à saúde e à adoção de hábitos saudáveis, pode ser uma estratégia promissora para reduzir a prevalência e os impactos da doença.

Essa revisão também revelou a necessidade de mais estudos longitudinais e pesquisas que analisem o impacto das intervenções em diferentes contextos sociais e econômicos, principalmente em regiões de alta prevalência e com barreiras significativas no acesso a tratamentos de saúde. A continuidade do monitoramento epidemiológico, a implementação de campanhas educativas e a formulação de políticas públicas inclusivas e equitativas são ações essenciais para enfrentar o desafio crescente da hipertensão arterial sistêmica e suas complicações.

Portanto, para que o controle da HAS se torne mais eficaz, é necessário um esforço conjunto entre o setor público e privado, incluindo profissionais da saúde, pesquisadores, gestores e a sociedade, visando a construção de um sistema de saúde mais acessível e eficiente, e a promoção de um estilo de vida saudável.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, M. DA S.; MARCON, S. S. Patient perspectives on family participation in the treatment of hypertension. **Texto & contexto enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 38–46, 2014.

BERNARDI, N. R. et al. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: fatores associados. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 43, p. e11842, 2023.

BORGES, J. W. P. et al. Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 46, n. 2, p. 487–494, 2012.

BURT, V. L. et al. Prevalence of hypertension in the US adult population: Results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. **Hypertension**, v. 25, n. 3, p. 305–313, 1995.

CARVALHO, M. V. DE et al. The influence of hypertension on quality of life. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 100, n. 2, p. 164–174, 2013.

CORRÊA, T. et al. Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 86, n. 1, 2005.

FERREIRA, P. A. A.; BODEVAN, E. C.; OLIVEIRA, L. C. DE. Características sociodemográficas associadas à prevalência de hipertensão arterial sistêmica. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 17, n. 1, 2019.

FUCHS, F. D. et al. Diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica: evidências de que os critérios contemporâneos devem ser revistos. **Revista da Associação Médica Brasileira (1992)**, v. 43, n. 3, p. 223–227, 1997.

GUS, I. et al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 83, n. 5, p. 424–428, 2004.

GUSMÃO, J. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Brasileira de Hipertensão**, p. 38–43, 2009.

LOBO, L. A. C. et al. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 33, n. 6, p. e00035316, 2017.

MALTA, D. C. et al. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista brasileira de epidemiologia [Brazilian journal of epidemiology]**, v. 21, n. suppl 1, p. e180021, 2018.

MENDES, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 273–278, 2014.

MIRANDA, R. D. et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. 2002.

MOURA, A. A. et al. Fatores da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Enfermería global**, v. 15, n. 3, p. 1, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA V **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**, 2023. Disponível em: <https://www.portal.cardiol.br/br/diretrizes>. Acesso em Maio de 2024.

SACKS, F. M. et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. **The New England journal of medicine**, v. 344, n. 1, p. 3–10, 2001.

SANTOS, M. et al. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. Revista Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo; Recife, PE, 2013.

SOUSA FALCÃO, A. et al. Estilo de vida e adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica em homens idosos. **Revista brasileira em promoção da saúde**, v. 31, n. 2, p. 1–10, 2018.

XIN, X. et al. Effects of alcohol reduction on blood pressure: A meta-analysis of randomized controlled trials. **Hypertension**, v. 38, n. 5, p. 1112–1117, 2001.