

10

Doenças Crônicas Degenerativas – Hipertensão Arterial Sistêmica

*Gerson de Oliveira
Mestre em Educação Física
Faculdade de Educação Física – UNICAMP*

As doenças crônicas degenerativas (DCD) figuram como principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo. Cerca de 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais são os chamados agravos não transmissíveis que incluem doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, câncer e doenças respiratórias; são predominantes em países desenvolvidos, sendo os maiores fatores causadores o estresse e o sedentarismo (MACHADO, 2006).

Nos países em desenvolvimento, ocorre o padrão epidemiológico de transição, em que, além das doenças infecciosas, como dengue e febre amarela, surgem as DCD (MACHADO, 2006).

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A pressão arterial é aquela existente no interior das artérias e comunicada às suas paredes. Quando os ventrículos se contraem, o ventrículo esquerdo ejeta sangue para a artéria aorta. Essa contração recebe o nome de sístole. No momento dessa contração, a pressão nas artérias se torna máxima e elas se distendem um pouco. Esta é a pressão sistólica. Quando os ventrículos se relaxam, há a diástole. Nesse momento, o sangue que está na aorta tenta refluir, mas é contido pelo fechamento da válvula aórtica, que evita que ele retorne ao ventrículo, a pressão nas artérias cai a um valor mínimo, chamada pressão diastólica (GUSMÃO et al., 2005).

A Organização Mundial da Saúde definiu, em 1978, a hipertensão arterial como sendo “uma doença caracterizada por uma elevação crônica da pressão arterial sistólica e/ou pressão arterial diastólica”.

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) (2007), a hipertensão arterial sistêmica é uma das doenças de maior prevalência mundial. No Brasil, estima-se que cerca de 30% da população adulta seja hipertensa. Entre as pessoas com mais de 60 anos, este percentual chega a 60%.

A hipertensão arterial é o principal fator de risco de morte entre as doenças não-transmissíveis, existindo relação direta e positiva com o risco cardiovascular (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

Outro fato importante é a hipertensão infantil, que está associada ao crescimento da obesidade, causado pela popularização de maus hábitos alimentares e sedentarismo.

Cerca de 1,56 bilhões de pessoas podem sofrer de hipertensão arterial em 2025, 60% a mais do que atualmente, o que provocaria uma epidemia global de doenças cardiovasculares, segundo um relatório publicado em abril de 2007, em uma conferência sobre hipertensão arterial no mundo. O estudo foi realizado por uma equipe de especialistas da London School of Economics, do Instituto Karolinska (Suécia) e da Universidade do Estado de Nova York (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2007).

Os especialistas se preocupam especialmente com o alarmante crescimento do número de doentes em países em desenvolvimento, especialmente no Brasil, China, Índia, Rússia e Turquia, nos quais as taxas podem crescer 80% até 2025 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2007).

A hipertensão e as doenças relacionadas à pressão arterial são responsáveis por uma alta taxa de internações hospitalares. Ocorreram no Brasil, em 2005, 1.180.184 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de R\$ 1.323.755.008,28 (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

Estudos têm demonstrado que há correlação direta entre hipertensão arterial e doença coronariana, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca congestiva. Essas doenças são responsáveis por 40% dos óbitos ocorridos nos Estados Unidos, não se restringindo apenas aos idosos, mas constituindo a segunda causa de morte na faixa de 45 a 64 anos e a terceira entre 25 e 44 anos (GUSMÃO *et al.*, 2005).

No fim de 2002, houve a publicação de uma revisão conjunta de estudos de coorte em todas as áreas da Medicina, e que pode ser entendida como evidência definitiva sobre a associação entre pressão arterial e risco cardiovascular. Foram avaliados 61 grandes estudos de coorte, com um milhão de indivíduos sob risco (12,7 milhões de pessoas/ano), que apresentaram uma incidência de 56 mil mortes por evento cardiovascular. Por essa análise se confirma que a associação entre pressão arterial e risco cardiovascular é contínua e exponencial, e que começa em valores muito baixos de pressão arterial sistólica (115 mmHg) ou diastólica (75 mmHg) (MACHADO, 2006).

Por esta razão, foi criada uma nova diretriz nos EUA, Joint National Committee 7 - JNC 7, para prevenção e tratamento de hipertensão que foi divulgada pelo National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) (FECHS et al., 2003). A principal diferença do JNC 7, em comparação ao JNC 6, é a nova classificação de hipertensão. As categorias de pressão arterial foram reduzidas a três: normal, pré-hipertensão e hipertensão. A definição de “normal”, em JNC 7, é a mesma que previamente era considerada normal, ou seja PAS < 120 mm Hg e PAD < 80 mm Hg (FECHS et al., 2003).

Segundo Machado (2006), a nova categoria, pré-hipertensão, é a alteração mais significativa no esquema de classificação e representa PAS de 120 a 139 mm Hg ou PAD de 80 a 89 mm Hg.

Classificação Brasileira 2002, Européia 2003, JNC VI	Classificação Norte-Americana 2003 (JNC VII)	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	Normal	< 120	< 80
Normal	Pré-hipertensão	120 - 129	80 - 84
Limitrofe		130 - 139	85 - 89
Hipertensão Estágio 1 (leve)	Hipertensão Estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão Estágio 2 (moderada)	Hipertensão Estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão Estágio 3 (Grave)		≥ 180	≥ 110
Sistólica Isolada	Sistólica Isolada	≥ 140	< 90

Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão – www.sbh.org.br

As alterações morfológicas e fisiológicas são mais frequentemente observadas nas seguintes estruturas: coração (hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência cardíaca, doença coronária), encéfalo (doença cerebrovascular hemorrágica ou isquêmica, encefalopatia hipertensiva), rim (nefrosclerose, insuficiência renal crônica), retina (retinopatia hipertensiva), e vasos (aneurismas de aorta, dissecantes ou não; aneurismas de outros vasos; obstrução arterial crônica) (FECHS *et al.*, 2003).

Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006), são fatores de risco para a hipertensão:

- **Idade:** a pressão arterial aumenta linearmente com a idade;
- **Etnia:** a hipertensão é mais prevalente em mulheres afrodescendentes com excesso de risco de hipertensão de até 130% em relação às mulheres brancas;
- **Fatores Socioeconômicos:** nível socioeconômico mais baixo está associado à maior prevalência de hipertensão arterial e de fatores de risco para elevação da pressão arterial;
- **Sal:** o excesso de consumo de sódio contribui para a ocorrência de HAS;
- **Obesidade:** o excesso de massa corporal é responsável por 20% a 30% dos casos de HAS. A perda de peso acarreta a redução da pressão arterial;
- **Álcool:** o consumo elevado de bebidas alcoólicas como cerveja, vinho e destilados aumenta a pressão arterial. Verifica-se redução média de 3,3 mmHg na pressão sistólica e 2,0 mmHg na pressão diastólica com a redução no consumo de álcool;
- **Sedentarismo:** indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos.

Prevenção Primária da Hipertensão e dos Fatores de Risco Associados

Entre as medidas preventivas, destacam-se a adoção de hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física e o abandono do tabagismo.

Adoção de hábitos alimentares saudáveis

A adoção de hábitos saudáveis é um componente muito importante da prevenção primária da hipertensão arterial. As V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006) recomendam manter o peso adequado, reduzir o consumo de sal, moderar o consumo de bebidas alcoólicas, controlar o uso de gorduras e incluir alimentos ricos em potássio na alimentação diária.

A média diária de consumo de sal de hipertensos homens é de 17,6 gramas e entre mulheres é de 13,7 gramas. É recomendado pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006) o consumo máximo diário de 6 gramas, considerando que 02 gramas já são naturalmente encontrados nos alimentos.

Tabagismo

O fumo é o único fator de risco totalmente evitável de doenças e morte cardiovasculares.

Estresse

Há evidências de uma relação direta entre estresse emocional e aumento da pressão arterial e da reatividade cardiovascular, sendo que o estresse é um fator prognóstico ao desenvolvimento da hipertensão arterial.

O controle do estresse emocional é fundamental como prevenção da hipertensão arterial, resultando na redução da pressão arterial, sendo recomendado não apenas aos hipertensos, mas também a todos aqueles que possuam fatores de risco para hipertensão arterial (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

Atividade física

O programa de condicionamento físico tem sido frequentemente recomendado como conduta importante no tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial. Existe uma relação inversa entre a quantidade de atividade física e a manifestação de hipertensão arterial (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006), o tratamento da hipertensão arterial deve incluir medidas não medicamentosas de controle da pressão arterial, dentre as quais se destacam a realização regular de exercícios físicos aeróbios e o treinamento em relaxamento.

Os indivíduos hipertensos devem ser sistematicamente monitorados durante os exercícios físicos. Deverão ser aferidos antes, durante e depois da sessão de treinamento os níveis de pressão arterial sistêmica (PAS), frequência cardíaca (FC) e duplo produto (PAS x FC) (PITANGA, 2004).

Os exercícios físicos aeróbios são os mais recomendados para hipertensos, como por exemplo: caminhadas, corridas, natação e ciclismo; devem ser prescritos a uma intensidade entre 50-70% do consumo máximo de oxigênio ou frequência cardíaca entre 60-80%, com duração entre 30 a 60 min., realizados de 3 a 6 vezes por semana (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

Referências Bibliográficas

- FECHS, D.; GUS, M.; ZASLAUSKY, R. Pressão arterial e risco cardiovascular. *Rev Bras. Hipert.* v. 1, nº 1, 2003.
- GUSMÃO, J. L.; MION, D.; PIERIN, A. M. G. Avaliação da qualidade de vida do paciente hipertenso: proposta de um instrumento. *Rev Bras Hipert.*, v. 8, p. 22, nº 1; 2005.
- MACHADO, C. A. *Epidemiologia da hipertensão e classificação da pressão arterial*. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Brasil: 2006.
- PITANGA, F. J. G. *Epidemiologia da atividade física, exercício físico e saúde*. São Paulo: Phorte, 2004.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. *Portal de hipertensão*. Disponível em: <http://www.sbh.org.br>. Brasil: 2007. Acessado em maio de 2007.
- V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. *Sociedade Brasileira de Hipertensão*. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/documentos>. Brasil: 2006. Acessado em maio de 2008.