ISSN: 1646-8287

ÓRGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

REVISTA PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO E RISCO CARDIOVASCULAR

- Editorial
- Relação entre ansiedade, depressão e *stress* com a reactividade da pressão arterial no consultório e a ingestão salina em indivíduos hipertensos
- A estratégia ganhadora para a saúde e bem-estar ao longo da vida
- A história clínica do hipertenso - Reflexões pessoais
- 4.º Congresso Português de Hipertensão
- Congressos Nacionais e Internacionais 2009

Novembro | Dezembro 2009 - Número 14

ÓRGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

ÍNDICE

07
ARTIGO ORIGINAL/*ORIGINAL ARTICLE*
Relação entre ansiedade, depressão e *stress* com a reactividade da pressão arterial no consultório e a ingestão salina em indivíduos hipertensos
Relationship between anxiety, depression and stress with salt consumption and office blood pressure reactivity in hypertensive subjects

16
ARTIGO DE OPINIÃO/*OPINION ARTICLE*
A estratégia ganhadora para a saúde e bem-estar ao longo da vida
The winning strategy for health and well-being during life

22
ARTIGO DE OPINIÃO/*OPINION ARTICLE*
A História Clínica do Hipertenso - Reflexões pessoais
The health record of the hypertense - Personal Thoughts

35
4.º CONGRESSO PORTUGUÊS DE HIPERTENSÃO/
4TH PORTUGUESE CONGRESS OF HYPERTENSION
International Meeting on Hypertension

42
CONGRESSOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS 2009
2009 NATIONAL AND INTERNATIONAL CONGRESSES

EDITORIAL

Editor Chefe / *Editor-in-Chief*
Prof. J. Braz Nogueira

Editor Adjunto / *Deputy Editor*
Dr. Vitor Ramalhinho

Conselho Científico Nacional e Internacional / *National and International Scientific Board*
Prof. Manuel Carrageta
Prof. Ricardo Seabra Gomes
Prof. Luís Martins
Prof. Fernando Pádua
Prof. Gorjão Clara
Prof. Pereira Miguel
Prof. Martins Prata
Prof. José Barbas
Prof. Rocha Gonçalves
Prof. Victor Gil
Prof. Luciano Ravara
Prof. Salgado Borges
Prof. Rui Carrapato
Prof. Jose Juanatey
Prof Josep Redon
Prof. Fernando Nobre
Prof. Pinto Carmona
Prof. Agostinho Monteiro
Prof. Massano Cardoso
Prof. Luz Rodrigues
Prof. Jorge Polónia
Prof. Manuel Bicho
Prof. José Luís Medina
Prof. Davide Carvalho
Prof. Luís Sobrinho
Dr. Alcindo Maciel Barbosa
Dr. João Saavedra
Dr. Oliveira Soares
Dr. Soares Franco
Dr. Vital Morgado
Dr. Mariano Pego
Dr. Rasiklal Ranchhod
Dr. Lacerda Nobre
Dr. Pastor Santos Silva
Dr. António Jara

Conselho Redactorial / *Editorial Board*
Prof. Pinto Carmona
Prof. Agostinho Monteiro
Prof. Massano Cardoso
Prof. Jorge Polónia
Prof. Manuel Bicho
Prof. José Luís Medina
Prof. Davide Carvalho
Dr. Luís Calçada Correia
Dr. José Nazaré
Dr. Jorge Cotter
Dra. Teresa Fonseca
Dr. João Maldonado
Dr. Carlos Moreira
Dr. Mesquita Bastos
Dr. José Alberto Silva
Dra. Paula Amado
Dra. Paula Alcântara
Dra. Teresa Rodrigues
Dr. Pedro Marques da Silva
Dr. Fernando Pinto
Dr. Pedro Guimarães Cunha

FICHA TÉCNICA
Revista Médica Bimestral, excluída de registo no ICS de acordo com a alínea a) do art. 12 do D.R. n.º 8/99 de Junho de 1999.

Propriedade: Grande Mensagem, Edições e Publicidade Lda.
Av. Bombeiros Voluntários, n.º 52 Loja 8 Sala G,
1495-022 Algés
Tel: 91 439 81 85 | Fax: 21 357 90 21
e-mail: revphip@gmail.com

Paginação: Nazaré Costa Guimarães
Rua Sousa Martins, N.º 14 - 1.º Esq
1050-218 Lisboa
Tel:21 314 41 95 | Tlm: 91 453 84 56
e-mail: nazareguimaraes@gmail.com

Impressão: Offsetmais, Artes Gráficas, S.A.
R. Latino Coelho, 6 - Venda Nova - 2700-516 Amadora
Tel: 21 499 87 00 | Fax: 21 499 87 17
e-mail: dc.offsetmais@netcabo.pt

ISSN 1646-8287
N.ºs avulsos: 10€
Assinatura anual: 35€
Tiragem: 5.000 exemplares
Depósito legal: 265384/07

Neste número da nossa Revista publica-se um artigo original da Dra. Susana Bertoquini e colabs., extremamente interessante, em que se analisa a relação entre a ingestão de sal, o efeito de bata branca e os níveis de depressão, ansiedade e stress. Os resultados obtidos em 73 hipertensos estabilizados sugerem que os indivíduos com maior ingestão salina apresentam níveis mais elevados de depressão, mas não de ansiedade ou stress, e que a maior reactividade tensional se relaciona com o grau de stress não tendo a ingestão salina relação com o efeito de bata branca. Estes resultados levantam diversas hipóteses patogénicas e poderão contribuir para uma melhor compreensão da influência de factores psicológicos em determinados comportamentos alimentares e na elevação tensional.

As considerações do Prof. Massano Cardoso sobre "Estratégia Ganhadora para a Saúde e Bem-Estar" merecem referência mais detalhada. Neste artigo chama-se a atenção para o importante papel dos factores culturais e socio-económicos no controlo dos factores de risco ou de doenças muito prevalentes como é o caso da diabetes e da hipertensão arterial. Recorda o autor que Virchow referia há mais de 150 anos que a saúde das pessoas era um problema social, e que as condições socioeconómicas tinham um papel importante na saúde e na doença. Apesar de existirem actualmente os meios de diagnóstico e de prevenção e a informação devidos sobre factores de risco e doenças cardiovasculares, falta a conversão da informação em conhecimento o que, segundo o autor, está relacionado com o fenómeno designado "transição epidemiológica". Chama igualmente a atenção para a "Síndrome do Status" que tem por base as desigualdades sociais, com um pior controlo dos factores de risco nas comunidades mais pobres, e recorda que existem dois milhões de portugueses com um rendimento inferior a 350€/mês. Termina reforçando a ideia de que o combate à obesidade, à hipertensão, à diabetes, à hipercolesteralemia é, mais do que um problema médico, um problema fundamentalmente político.

Finalmente uma referência muito especial ao artigo do Dr. Oliveira Soares sobre História Clínica da Hipertensão em que com a clareza, conhecimentos e experiência clínica que o caracterizam põe em destaque a importância duma anamnese e exame objectivo cuidadosamente efectuados que irão condicionar a selecção dos exames complementares e a sua interpretação competente, a terapêutica a instituir e o adequado acompanhamento da sua evolução.

Este texto, mais do que reflexões pessoais, traduz, no meu entender, ensinamentos que deverão estar sempre presentes, transmitidos por um clínico de competência ímpar.

Publica-se, ainda, o programa do 4º. Congresso Português de Hipertensão que decorrerá em Vilamoura de 4 a 7 de Fevereiro do próximo ano, e que tem como Presidente da Comissão Organizadora o Dr. Rasiklal Ranchhod, esperando-se a habitual participação de todos os que se interessam por esta importante patologia e a sua contribuição para o êxito desta reunião.

J. Braz Nogueira

ÓRGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS COM A REACTIVIDADE DA PRESSÃO ARTERIAL NO CONSULTÓRIO E A INGESTÃO SALINA EM INDIVÍDUOS HIPERTENSOS

RELATIONSHIP BETWEEN ANXIETY, DEPRESSION AND STRESS WITH SALT CONSUMPTION AND OFFICE BLOOD PRESSURE REACTIVITY IN HYPERTENSIVE SUBJECTS

ÓRGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS COM A REACTIVIDADE DA PRESSÃO ARTERIAL NO CONSULTÓRIO E A INGESTÃO SALINA EM INDIVÍDUOS HIPERTENSOS

RELATIONSHIP BETWEEN ANXIETY, DEPRESSION AND STRESS WITH SALT CONSUMPTION AND OFFICE BLOOD PRESSURE REACTIVITY IN HYPERTENSIVE SUBJECTS

Susana Bertoquini[1], José Pais-Ribeiro[2], José A. Silva[3], Jorge Polónia[3,4]

[1]Faculdade Psicologia e Ciências da Educação, Porto, Bolseira FCT; [2]Faculdade Psicologia e Ciências da Educação, Porto; [3]Unidade Hipertensão e Risco CV, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos; [4]Faculdade Medicina, Porto

INTRODUÇÃO: Portugal é um dos países com maiores taxas de ingestão de sal tendo esta sido associada a um elevado risco de incidência de AVC. Estudos sugerem que variações na pressão arterial (PA) estão relacionadas com os níveis de sódio ingeridos havendo também evidência de que o *stress* pode induzir o consumo de sal.

MATERIAIS E MÉTODOS: O objectivo do estudo consistiu em averiguar se indivíduos com maior ingestão salina exibem uma maior reactividade da PA no consultório e maiores níveis de ansiedade, depressão e *stress*. Em todos os sujeitos foi administrado a Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* de 21 itens (EADS-21). Os níveis de sal ingeridos foram obtidos através de uma análise de sódio urinário de 24 horas, com controlo da creatinina urinária. A PA foi medida no decurso da Consulta de Hipertensão Arterial do Hospital de Pedro Hispano, estando o doente em repouso, sendo efectuados 3 registos com um intervalo de 5 minutos entre cada medição e a reactividade da PA foi calculada através da diferença da PA sistólica entre os 3 registos.

RESULTADOS: Foram avaliados 73 hipertensos sob medicação estabilizada com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos (M=47±12 anos) sendo 52% mulheres e a média do IMC de 28.4 ± 5.1 Kgm^2. A média do sódio urinário de 24 horas foi de 209 ± 86 mmol/24h. Verificou-se que o sódio urinário se correlaciona positivamente com os níveis de depressão ($r=0.26$, $p<0.05$) e que a resposta de alerta da PA sistólica apresenta uma correlação positiva com os níveis de *stress* ($r=0.25$, $p<0.05$) mas não com os níveis de depressão ($r=0.14$, $p=0.24$) e de ansiedade ($r=0.17$, $p=0.16$). Sujeitos

com resposta de alerta da PA sistólica acima da mediana (> 11 mm Hg) quando comparados com os abaixo da mediana, apresentam maiores níveis de *stress* (8.2 ± 4.8 vs 5.5 ± 4.4, p<0.05).

CONCLUSÃO: Estes resultados sugerem que os sujeitos com maior ingestão salina apresentam níveis mais elevados de depressão e a reactividade da PA sistólica, no consultório, parece ser mais intensa nos sujeitos que identificam a sua vida como mais *stressante*.

ABSTRACT: *Our country has an abnormally level of high salt intake which has been associated with higher incidence of stroke. We investigated whether subjects with higher salt intake also exhibited higher alert blood pressure response in office and greater levels of anxiety, depression and stress.*

We evaluate 73 hypertensive patients under stabilized antihypertensive treatment ageing 47±12 years, 52% female. In all subjects, stress, anxiety and depression were evaluated by standardized questionnaires of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). Urinary (24h) sodium excretion (UNa+) controlled for creatininuria was used to measure daily salt intake (mean 209 ± 86 mmol/24h). BP reactivity was evaluated by the difference between systolic BP at the beginning of doctor visit and the third BP measurement taken 10 min after (mean 11.9 ± 10.2 mm Hg). UNa+ positively correlated with depression (r=0,26, p<0.05). Alert response of SBP positively correlated with stress (r=0,25, p<0.05) but not with depression (r=0,14, p=0.24) and anxiety (r=0,17, p=0.16) levels. Patients with BP alert response above median (11 mmHg) compared with those below median showed significantly greater stress levels (8.2 ± 4.8 vs 5.5. ± 4.4, p<0.05) and greater combined level of anxiety, stress and depression (18.5 ± 13.7 vs 11.9 ± 11.1, p<0.05).

Our results suggest that subjects with higher depressive feelings are more prone to have a higher salt intake. The blood pressure alert response in office appears to be more intense in patients that recognize to have a more stressful life and who have a greater tendency for stressful, anxious and depressive behaviour.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HTA) é um factor de risco de doença cardiovascular e uma das principais causas de morte e incapacidade[1,2]. A elevação da pressão arterial (PA) que ocorre no momento de uma visita clínica e que posteriormente se dissipa foi durante décadas designada como resposta tensional de alerta ou efeito da bata branca. Este fenómeno ocorre quer em indivíduos normais quer em hipertensos, medicados ou não. Atenua-se ou dissipa-se em muitos indivíduos com a repetição das visitas e dos registos tensionais, enquanto noutros persiste ao longo das sucessivas visitas ao médico podendo, em alguns casos, conduzir a diagnóstico errado de HTA[3,4]. Os mecanismos que servem de base ao efeito de bata branca não são ainda bem conhecidos mas podem incluir a ansiedade, uma resposta de alerta hiperactiva ou uma resposta condicionada[5]. Um conceito diferente do efeito de bata branca é o de hipertensão da bata branca (HBB) ou hipertensão isolada de consultório. A HBB é entendida como um estado de elevação reiterada da PA casual (igual ou superior a 140 ou a 90 mm Hg), quando avaliada na altura da consulta médica, que é acompanhado por uma pressão ambulatória diurna persistentemente nor-

mal (valores tensionais diurnos menores que 135/85 mm Hg)[1,4,6]. A monitorização ambulatória da PA de 24 horas (MAPA) é um importante instrumento para diagnosticar o fenómeno da HBB uma vez que permite uma avaliação precisa e repetida dos valores da PA fora do contexto médico[7,8].

Este estudo procurou investigar a eventual presença de alterações dos níveis de *stress*, ansiedade e depressão nas pessoas com variação tensional mais acentuada entre os primeiros registos na consulta e os registos efectuados no final da mesma. Há estudos epidemiológicos que sugerem que variações da PA estão relacionadas com os níveis de sódio ingeridos. O abuso de sal na alimentação pode exercer efeitos perigosos na saúde, elevando a PA e as suas consequências cardiovasculares. O sal é um factor de risco, em particular para os sujeitos mais velhos e para os que têm doenças crónicas como hipertensão arterial, doenças renais e obesidade[9]. Há evidência de que o *stress* pode induzir o aumento de consumo de sal (cloreto de sódio)[10,11]. Pensa-se que sensibilidade ao sal e factores psicológicos se associam com um maior risco de desenvolvimento de hipertensão mas são escassos os estudos da relação entre o aumento de PA relacionado com a sensibilidade ao sal ou com os factores psicológicos. Hans-Christian e colaboradores[11] sugerem que a ansiedade e a irritabilidade são prognosticadores importantes do aumento de PA ao longo do tempo em homens saudáveis sensíveis ao sal. Haythornthwaite, Pratley & Anderson[12] mostraram evidência de que o aumento do consumo de sal e o *stress* psicossocial têm um efeito sinergético na PA. Sydney e colaboradores[10] sugerem que os indivíduos com maiores níveis de hostilidade, para além de terem uma resposta cardiovascular aumentada ao *stress* interpessoal, consomem mais sódio do que os indivíduos com menores níveis de hostilidade.

O objectivo do presente estudo consistiu em averiguar se indivíduos com maior ingestão salina exibem uma maior reactividade da PA no consultório e maiores níveis de ansiedade, depressão e *stress*.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo corresponde a um estudo transversal e exploratório. A amostra foi constituída por 73 hipertensos de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos recrutados da Consulta de Hipertensão Arterial do Hospital de Pedro Hispano (Matosinhos). Todos se encontravam sob medicação anti-hipertensora estabilizada há pelo menos 3 meses.

Para avaliação das variáveis psicológicas foi administrado a todos os sujeitos a Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* de 21 itens (EADS-21)[13].

Os níveis de sal ingeridos foram obtidos através de uma análise de sódio urinário de 24 horas, com controlo da creatinina urinária.

A PA foi medida no decurso da Consulta de Hipertensão Arterial do Hospital de Pedro Hispano, estando o doente em repouso, sendo efectuados 3 registos com um intervalo de 5 minutos entre cada medição e a reactividade da PA foi calculada através da diferença da PA sistólica entre os 3 registos.

Foi utilizada a versão 12.0 do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) para efectuar a análise estatística. Os dados paramétricos serão apresentados em média ± desvio padrão. Utilizou-se a correlação r de Pearson para a relação entre variáveis quantitativas e as diferenças entre os grupos foram determinadas pela estatística paramétrica utilizando o teste *t* de *Student* para grupos independentes. Todos os testes foram considerados estatisticamente significativos para o nível de significância $p < 0.05$.

RESULTADOS

Foram avaliados 73 hipertensos com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, sendo 52% mulheres com

média de idade de 45 anos e 48% de homens com médias de idade de 50 anos (figura1). A média do IMC foi de 28.4 ± 5.1 Kgm^2 (27.7 ± 6.0 em mulheres e 29.2 ± 3.9 em homens). A média e o desvio padrão do sódio urinário de 24 horas foi de 209 ± 86 mmol/24h.

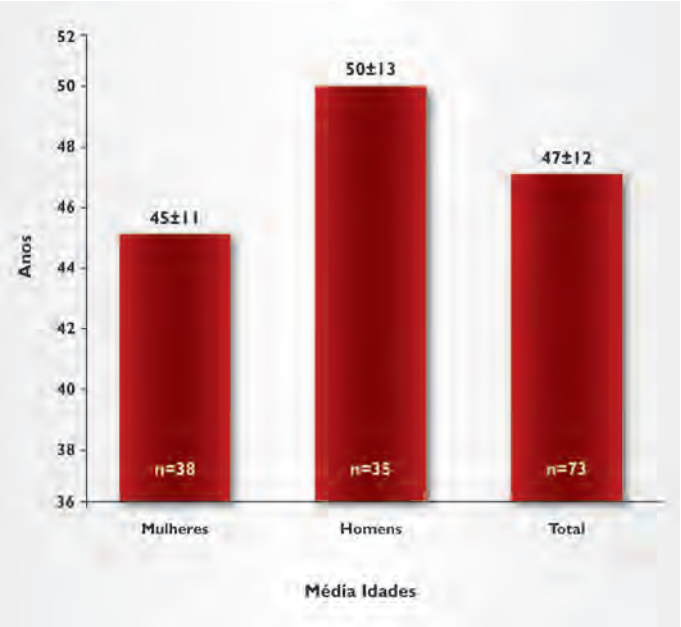

Figura 1
Média de idades relativamente ao género e total de sujeitos.

Como se pode observar na figura 2, das três medições da PA efectuadas, o primeiro registo foi o que apresentou valores mais altos (M=154 mm Hg). A média da diferença entre a PA sistólica no início da visita médica (PAS1) e o 3° registo (PAS3) foi de 11.9 ± 10.2 mm Hg.

Após a divisão da amostra em sujeitos com valores inferiores e superiores à mediana da resposta tensional de alerta medida entre a 1ª medição e a 3ª (PAS3-PAS1), pode-se observar na figura 3, que os sujeitos com resposta de alerta da PA sistólica acima da mediana (>11 mm Hg) quando comparados com os abaixo da mediana, apresentam maiores níveis de *stress* (8.2 ± 4.8 vs 5.5 ± 4.4, $p<0.05$).

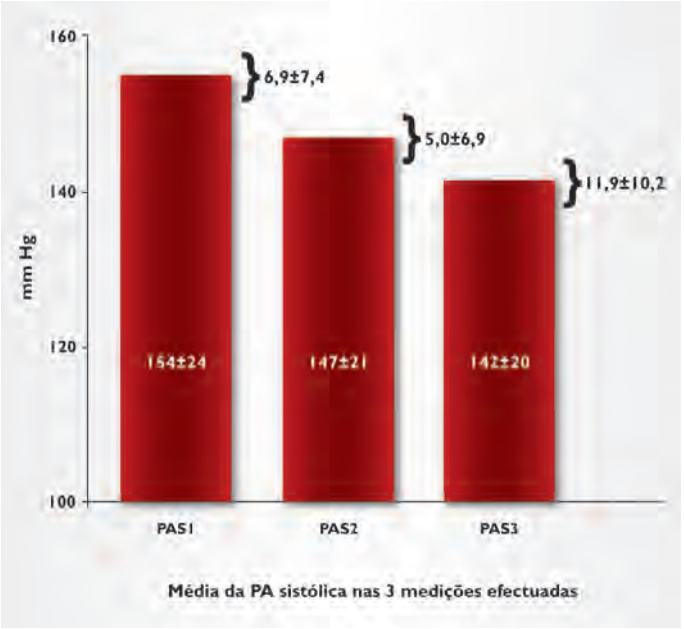

Figura 2
PA sistólica média nos 3 registos e média das diferenças observadas.
PAS1 – 1° registo da pressão arterial sistólica; PAS2 – 2° registo da pressão arterial sistólica; PAS3 – 3° registo da pressão arterial sistólica.

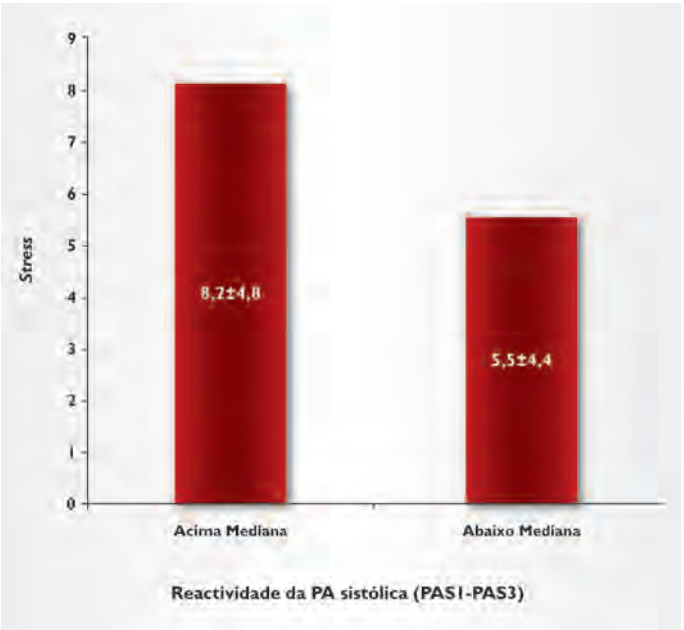

Figura 3
Comparação dos hipertensos com reactividade da PA sistólica (PAS3-PAS1) acima da mediana (>11 mm Hg) com os abaixo da mediana, relativamente aos níveis de *stress* ($t=2,6$; $p<0,05$)

Verificou-se que o sódio urinário se correlaciona positivamente com os níveis de depressão ($r=0.260$, $p<0.05$) (figura 4) mas não com os níveis de *stress* ($r=0.133$, $p=0.32$) ou de ansiedade ($r=0.014$, $p=0.92$). Por sua vez a resposta de alerta da PA sistólica apresenta uma correlação positiva com os níveis de *stress* ($r=0.25$, $p<0.05$) (figura 5) mas não com os níveis de depressão ($r=0.14$, $p=0.24$) nem de ansiedade ($r=0.17$, $p=0.16$).

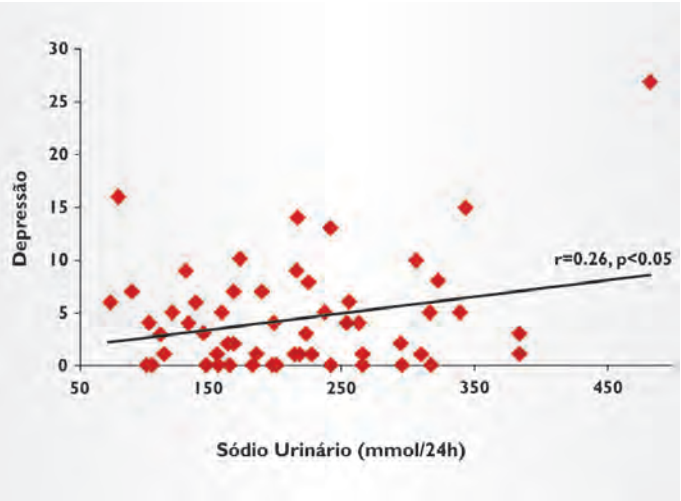

Figura 4
Correlação linear entre os níveis de depressão e o sódio urinário.

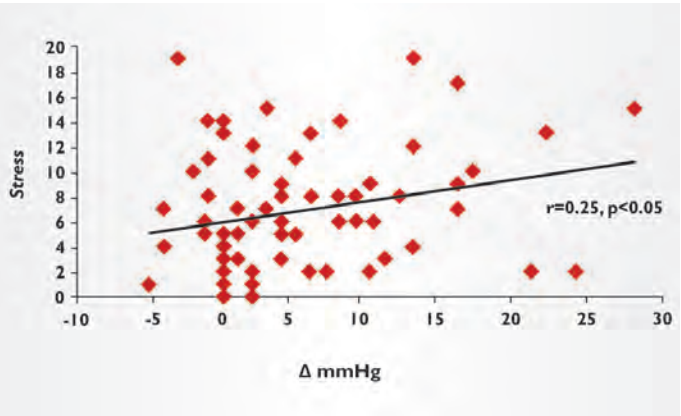

Figura 5
Correlação linear entre os níveis de *stress* e a resposta de alerta da PA sistólica (Δ mm Hg – PAS3-PAS2)

CONCLUSÃO

Vários estudos[14-16] documentam que estímulos capazes de gerar ansiedade podem provocar elevações agudas da PA. Este facto pode explicar a frequente reacção tensional de alerta despertada no acto de medição da PA no consultório médico. A elevação da PA na presença do profissional de saúde foi designada como resposta tensional de alerta ou efeito da bata branca. Este fenómeno ocorre tanto em indivíduos normais como em hipertensos[3,4]. A HTA é o principal factor de risco cardiovascular e apresenta uma elevada prevalência (cerca de 40% na população adulta). Embora não se conheçam os mecanismos (genéticos, ambientais) que causam HTA, uma das certezas já confirmadas está relacionada com o consumo de sal. O abuso de sal permanece o agente causal de muitas situações de doença principalmente de HTA[9]. O consumo mínimo de sódio é ainda discutível mas a ingestão média diária em países desenvolvidos excede largamente o que é necessário para a sobrevivência. A ingestão de sal média a nível mundial por indivíduo é aproximadamente 10 gramas por dia sendo superior ao recomendado pela *Food and Drug Administration*[17]. De acordo com um estudo recente[18] os portugueses consomem mais sal do que os valores recomendados e do que os valores médios ingeridos noutros países europeus (Portugal consome uma média de 12 gramas de sal por dia, para um valor que a Organização Mundial de Saúde recomenda de 6 gramas). Embora alguns estudos[19] tenham argumentado que a sociedade actual está habituada ao sódio, uma redução voluntária da ingestão diária de sódio necessita de um considerável esforço. Os alimentos processados são ricos em sódio e há poucos estímulos por parte da indústria alimentar para minimizar a quantidade de sódio que este tipo de alimentos possui uma vez que o sal facilita procedimentos de produção e de preservação. Aproximadamente 77% da ingestão de sal provém de alimentos processados e comida de restaurante.

Pensa-se que sensibilidade de sal e os factores psicológicos associam-se com um maior risco de desenvolvimento de hipertensão. Deter e colaboradores[20] concluíram

que a ansiedade e a irritabilidade são prognosticadores importantes do aumento da PA em homens saudáveis. O presente trabalho pretendeu averiguar se as alterações da PA medida no consultório têm alguma relação com o consumo de sal e com os níveis de ansiedade, *stress* ou depressão apresentados pelos indivíduos com variação tensional acentuada entre os primeiros registos na consulta e os registos efectuados no final da mesma. Os resultados obtidos sugerem que os sujeitos com maior ingestão salina apresentam níveis mais elevados de depressão e que a reactividade da PA sistólica, no consultório, parece ser mais intensa nos sujeitos que identificam a sua vida como mais *stressante*. Não encontramos qualquer correlação entre consumo de sal e *stress* ou ansiedade, nem entre consumo de sal e maior resposta tensional de alerta. A relação encontrada entre consumo de sal e depressão poderá ser explicada numa visão mecanicista quer como se tendências depressivas pudessem propiciar um maior consumo de sal, quer o inverso, i.e., como se o excesso de consumo de sal pudesse facilitar comportamentos depressivos. A segunda hipótese poderia ser testada caso se demonstrasse que a redução de consumo se associa a melhoria dos padrões depressivos. Por outro lado, os nossos resultados sugerem que a resposta tensional de alerta observada na consulta está particularmente relacionada com padrões psicológicos de *stress* e não com padrões depressivos ou de ansiedade. Em todo o caso, os resultados do nosso estudo poderão contribuir para uma melhor compreensão da complexa relação entre factores fisiológicos e psicológicos na influência da PA. Para a regulação psicofisiológica não é claro se um estado psicológico (ou traço) aparece primeiro e é seguido por modificações fisiológicas, ou se as características psicológicas são somente um epifenómeno. A resposta mais provável a esta questão é de que existem mútuas interacções, ou seja, com base numa predisposição genética a regulação somática (por exemplo, a pressão arterial) pode ser influenciada por mecanismos psicológicos (no nosso estudo encontramos o *stress* e a depressão).

REFERÊNCIAS

[1]Chobanian A. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 Report. JAMA 2003; 289: 2560-72.

[2]European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. Journal of Hypertension 2007; 25: 1105-87.

[3]Mansoor GA & White WB. Is white-coat hypertension innocent or detrimental? Blood Pressure Monitoring 1999; 4: 241-247.

[4]Pickering TG, Coats A, Mallion JM, Mancia G & Verdecchia P. Task force V: White-coat hypertension. Blood Pressure Monitoring 1999; 4: 333-341.

[5]Pickering T, Gerin W & Schwartz A. What is the white-coat effect and how should it be measured? Blood Pressure Monitoring 2002; 7: 293-300.

[6]Silva PM. Efeito de bata branca: Uma nova reavaliação ou uma variação de um tema que persiste sem resposta. Revista Portuguesa de Cardiologia 2002; 21: 533-538.

[7]Palú CD & Pessina AC. Clinical utility of ambulatory blood pressure monitoring. Blood Pressure Monitoring 1999; 4: 223-226.

[8]Pereira LS. MAPA na hipertensão essencial. In LS Pereira & R Henriques (Ed.), Monitorização ambulatória da pressão arterial (pp. 53-62), 2000, Rio de Janeiro: Revinter.

[9] Uzan A & Delaveau P. The salt content of food: A public health problem. Annales Pharmaceutiques Francaises 2009; 67 (4): 291-4.

[10] Sydney M et al. Hostility, Sodium Consumption, and Cardiovascular Response to Interpersonal Stress. Psychosomatic Medicine 1998; 60: 71-77.

[11] Hans-Christian D, Clemens M, Miriam W, Arya S & Konrad, B. Salt sensitivity, anxiety, and irritability predict blood pressure increase over five years in healthy males. Clinical and Experimental Hypertension 2006; 28 (1): 17-27.

[12] Haythornthwaite JA, Pratley RE, Anderson DE. Behavioral stress potentiates the blood pressure effects of a high sodium intake. Psychosomatic Medicine 1992; 54: 231-239.

[13] Pais-Ribeiro JL, Honrado A & Leal I. Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 Itens de Lovibond e Lovibond. Psicologia, Saúde & Doenças 2004; 5 (2): 229-239.

[14] Hollenberg NK. Stress and blood pressure. In JL Izzo & HP Black (Eds.), Hypertension Primer (pp. 294-296), 2003, Dallas: American Heart Association.

[15] Izzo L. Stress responses and blood pressure reactivity. In JL Izzo & HP Black (Eds.), Hypertension Primer (pp. 126-129), 2003, Dallas: American Heart Association.

[16] Nazzaro P. Stress response and high blood pressure. Notes of psychophysiology and clinical experiences, 1996, London: Mosby-Wolfe.

[17] Morris M, Na E & Johnson A. Salt craving: The psychobiology of pathogenic sodium intake. Physiology & Behavior 2008; 94: 709–721.

[18] Polónia J et al. Estimation of salt intake by urinary sodium excretion in a Portuguese adult population and its relationship to arterial stiffness. Revista Portuguesa Cardiologia 2006; 25 (9): 801-17.

[19] Tekol Y. Salt Addiction: a different kind of drug addiction. Medicine Hypotheses 2006; 67: 1233–4.

[20] Deter HC et al. Salt sensitivity, anxiety, and irritability predict blood pressure increase over five years in healthy males. Clinical and Experimental Hypertension 2006; 28: 17-27.

ÓRGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

A ESTRATÉGIA GANHADORA PARA A SAÚDE E BEM-ESTAR AO LONGO DA VIDA[1]

THE WINNING STRATEGY FOR HEALTH AND WELL-BEING DURING LIFE

Salvador Massano Cardoso*

*Professor Catedrático de Epidemiologia e Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e Provedor do Ambiente e Qualidade de Vida Urbana em Coimbra.

[1]Conferência proferida no SEMINÁRIO SAÚDE & BEM-ESTAR organizado pela Câmara de Comércio e Indústria Luso-Francesa Lisboa, 2 de Junho de 2009 - Hotel SOFITEL.

A ESTRATÉGIA GANHADORA PARA A SAÚDE E BEM-ESTAR AO LONGO DA VIDA

THE WINNING STRATEGY FOR HEALTH AND WELL-BEING DURING LIFE

Salvador Massano Cardoso
Professor Catedrático de Epidemiologia e Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e Provedor do Ambiente e Qualidade de Vida Urbana em Coimbra

De todas as dúvidas e males que nos afligem a doença é o denominador comum aos seres humanos. Haverá alguma sociedade que tenha posto em causa o valor supremo da saúde? Presumo que não. Acredito mesmo que nos primórdios da nossa existência como espécie a morte e as doenças associadas constituíram os nossos maiores dramas. A preocupação em as tratar, e até prevenir, datam dessa altura. Mas adoecer é uma fatalidade a que só escapam os que morrem subitamente ou por qualquer tipo de violência. Mesmo assim, serão poucos os que morrem sem terem apreciado os seus efeitos. E há uma razão, quase que diria um fatalismo. A evolução e a manutenção da vida fez-se e continua a fazer-se à custa da doença, a qual é simplesmente a outra face da moeda, já que é impossível separar a saúde da doença. A história da humanidade está repleta de episódios, de doutrinas e correntes que giram ao redor da doença. Seria relativamente fácil saltar até à escola hipocrática para ilustrar estas preocupações, recolher informação primordial quanto aos benefícios em termos de saúde dos comportamentos e estilos de vida, como é o caso da célebre obra medieval de Alvise ou Luigi Cornaro, "*Tratado da vida sóbria*", ou da interessantíssima, e porque não dizer, ainda atual, obra de Ramazzini, "*Arte de conservar a saúde dos príncipes e das pessoas da primeira qualidade*", como também das nossas religiosas, ou ainda, para sermos meio patriotas as obras do mineiro Francisco de Mello Franco, entre as quais destaco os "*Elementos de hygiene, ou dictames theoreticos, e práticos para conservar a saúde, e prolongar a vida*". Ou seja, as medidas e regras para desfrutar uma vida saudável foram superiormente definidas há muitos séculos e nada de novo resta para inventar. Esta curta introdução tem como objetivo realçar a importância da prevenção como fonte de saúde e de bem-estar. Seria uma pura perda de tempo argumentar as razões da sua importância que não se esgotam no indivíduo, atingindo a sociedade, a qual, sendo mais saudável, acabará por dar mais saúde aos seus membros, despender menos recursos e enriquecer-se a vários níveis. Mas há problemas. E muitos. Gostaria de destacar que apesar de sabermos muito sobre a génese da doença e os meios para a prevenir, mesmo assim não conseguimos alcançar o desiderato de fazermos parte de uma população muito mais saudável. Não são razões de natureza científica que estão na sua génese, mas sim problemas de natureza política e sociocultural. Ou seja, não conseguimos, nem de perto nem de longe, aproveitar os conhecimentos e recursos existentes. A base da doença assenta na biologia que, por enquanto, está muito longe de vir a ser modificada, e nem sei se será vantajoso para a preservação da espécie, mas isso seria um outro tema de discussão; no comportamento, no meio ambiente e na organização dos cuidados de saúde. O que é certo é que sempre que se fala de saúde há uma tendência "patológica" para focarmos a atenção na organização dos cuidados de saúde, como se aí residisse as soluções dos problemas. Claro que passa em grande parte por ela mas não tanto como as pessoas, de um modo geral, creem. Os comportamentos, esses sim, são fatores determinantes para explicar o aparecimento das doenças, assim como as agressões ambientais que não se esgotam no mundo físico, químico ou microbiológico, estendendo-se ao ambiente social pro-

duzido e desenvolvido por nós e do qual dependemos tanto como do oxigénio do ar. Quem, dentro de nós conseguiria sobreviver fora do ambiente social? Muito poucos. Socorrendo-nos de exemplos concretos torna-se muito mais fácil abordar estas questões. Porque é que há tantas doenças degenerativas, entra as quais se destacam as principais causas de morte, cancro e maleitas cardiovasculares? A resposta salta de imediato à nossa mente, porque vivemos cada vez mais. Realmente passamos a maior parte da existência num estado de exceção que é a velhice. Violámos, em consequência do tal ambiente social, uma regra da natureza, passar a viver depois de atingirmos a idade e a obrigatoriedade da reprodução, já que a vontade da espécie se sobrepõe à vontade do indivíduo. No fundo é um sinal de conquista na esfera da saúde. Mas, mesmo assim, queremos viver cada vez mais e com mais saúde. Desejo perfeitamente natural para quem pensa e ambiciona outros voos. E é possível, disso não tenho dúvidas. Socorrendo-me de muitos estudos que já fiz e coordenei no âmbito da epidemiologia e medicina preventiva, verifico que as mudanças de comportamentos e de estilos de vida são difíceis e lentos de alcançar. Os fenómenos sociológicos subjacentes são complexos e não podemos ter a veleidade de os ver a entrar numa fase de aceleração. Tenho verificado que, entre nós, as prevalências de certos fatores de risco atingem valores muito preocupantes. A hipertensão é muito prevalente? É. A obesidade é muito prevalente? É. A diabetes é muito prevalente? Uma verdadeira epidemia. A hipercolesterolemia é muito prevalente? Segue o mesmo padrão dos anteriores. Então, porque não ocorrem modificações sensíveis? Não é por falta de meios de diagnóstico ou de técnicas de prevenção, mas sim devido a fenómenos sociológicos entre os quais se destacam aquilo a que chamamos fenómeno de transição epidemiológica. Entende-se por este fenómeno o facto de que as mudanças de comportamento serem difíceis numa sociedade pouco letrada, pouco culta. A informação existe e até abunda, basta ver as sessões produzidas, a utilização dos meios de comunicação social, os interessantes e bem construídos programas para tudo e mais qualquer coisa, mas na prática não se observam os resultados esperados. O difícil está na conversão da informação em conhecimento. E como é que se pode esperar essa interiorização se o nível sociocultural é baixo? Se classificarmos os cidadãos com base no seu nível de literacia, é fácil de verificar que os que têm menos escolaridade são os que sofrem mais de hipertensão, de obesidade, de diabetes, de hipercolesterolemia, de enfarte do miocárdio, de alcoolismo, de doenças infecciosas, e até de muitas formas de cancro, para não falar de outras doenças de cariz degenerativo, materializadas em outras tantas doenças crónicas. A par destes achados, queria alertar para o facto de que a um baixo nível cultural se associa um baixo nível socioeconómico com todas as desvantagens, agora de natureza de cuidados terapêuticos e assistenciais que, na conjetura atual, "privilegia" os mais abonados. Estas diferenças entre as condições socioeconómicas e saúde não são de hoje e foram primorosamente analisadas há mais de 150 anos por Rudolf Virchow (1821-1902), que podemos classificar como o "Pai" da Medicina Social, ao estabelecer a necessidade de reformar a medicina com base nos seguintes princípios: a saúde das pessoas é um problema social; as condições socioeconómicas têm um papel importante na saúde e na doença e as relações entre elas deverão ser sujeitas a investigação científica e as medidas destinadas a promover e a combater as doenças deverão ser tanto sociais como médicas. As desigualdades socioeconómicas são fonte de vários tipos de patologia. Em Portugal a situação é verdadeiramente desconfortável a nível dos países da União Europeia. Infelizmente, é do conhecimento geral que o fosso entre ricos e pobres se alarga de ano para ano, facto consumado na existência de cerca de dois milhões de portugueses com um rendimento inferior a 350 euros/mês. As comunidades mais ricas são mais saudáveis, ao contrário das mais pobres, devido a diferentes comportamentos e estilos de vida. As últimas bebem mais, fumam mais, adoecem mais e, naturalmente, morrem mais cedo. Os mais favorecidos conseguem controlar melhor os fatores de risco e promover os fatores de proteção, enquanto nos pobres é precisamente o contrário. Pretende-se resolver muitos dos problemas de saúde graças a uma melhoria de acesso aos cuidados e à realização de exames mais sofisticados, mas a verdade é que não se consegue resolver desta maneira grande parte

da patologia além de contribuírem para o agravamento do financiamento na área da saúde. Quando o gradiente socioeconómico é curto a produção da riqueza alcança todos os membros dessa comunidade desde os mais ricos aos menos ricos. À medida que o gradiente vai aumentando corre-se o risco de os mais pobres ficarem excluídos da distribuição da riqueza. Em termos sociais, o investimento público, do qual resulte bem-estar para todos, mas sobretudo para os mais desfavorecidos, permite que estes obtenham mais rendimentos e aquisição de comportamentos mais saudáveis. O investimento público tem tendência a diminuir, de forma acelerada, à medida que os mais favorecidos se afastam dos mais pobres. Neste caso, os mais favorecidos, "cansados", acabam por "desviar" grande parte dos seus rendimentos (depois de cumprirem com as suas obrigações fiscais!) para o seu próprio bem-estar. Como? Através dos seguros de saúde, de condomínios fechados, opção por escolas privadas, "deliciarem-se" com águas engarrafadas, enfim, todo um conjunto de conforto virado para o seu próprio bem-estar deixando de "investir no bem comum". O que é que esta atitude pode originar? Maior distanciamento entre os mais ricos e os mais pobres e, consequentemente, mais doenças. Esta última análise é de natureza política, obviamente. Mas a seguinte frase, da autoria de Virchow, encerra em si muito do potencial para a resolução dos problemas de saúde: "A medicina é uma ciência social e a política não é mais do que a medicina em grande escala". Sendo assim, estamos perante problemas essencialmente de natureza política, na sua expressão mais nobre. Temos muitos diabéticos, hipertensos e obesos? Temos, claro. É um problema médico? Não! É, basicamente, um problema de saúde de natureza essencialmente político. Cabe aos decisores encontrar as soluções. Poderão afirmar: - mas os políticos já sabem disso, até elaboram projetos e programas para os combater. Mas na prática não vejo muitos resultados. Não esquecer que as mudanças de estilos de vida são geracionais e tem que haver uma consciencialização para que funcionem durante décadas e não em horizontes temporais ultracurtos. A diabetes atinge neste preciso momento 11,7% dos portugueses adultos e não vai ficar por aqui, basta ver o número de pré-diabéticos. No cômputo geral podemos afirmar que, em Portugal, cerca de 35% dos nossos compatriotas sofrem desta doença ou estão numa fase precursora. Quanto custa à sociedade manter, tratar e cuidar destes doentes? Muito, demasiado. É preciso inverter todo este processo com medidas a vários níveis que se devem iniciar nas idades mais bisonhas. É preciso investir na organização social e do trabalho, é preciso desenvolver as atividades físicas e o desporto, mudar hábitos alimentares, pôr à disposição mecanismos mais eficientes de controlo, tornar as pessoas mais ricas, não só em termos económicos, mas também culturais, combatendo o abandono escolar e fomentando o acesso ao ensino superior. Estas duas últimas medidas acompanhar-se-ão de outcomes, de pontos finais, verdadeiramente espetaculares; menos doenças, mais anos de vida saudáveis, mais felicidade e mais produtividade. Não esquecer que o recente designado síndroma de status ilustra, e de que maneira, estes fenómenos. Permitam-me para concluir falar um pouco mais deste síndroma. O "síndroma do status" é ao fim ao cabo sinónimo de desigualdades sociais. Acontece que esta síndroma não se verifica somente entre os países mais ricos e os mais pobres. Também, dentro do mesmo país, é possível encontrá-la. Há mais de 25 anos, no famoso estudo Whitehall, o epidemiologista britânico, Professor Michael Marmot, tinha chegado à conclusão de que o risco de morrer era quatro vezes superior nas camadas sociais mais baixas face às das classes mais elevadas. Adoecer e morrer prematuramente têm a ver com as condições socioeconómicas, as quais estão associadas à pobreza, às más condições alimentares, às deficientes condições das habitações, às atitudes e comportamentos face aos diferentes tipos de fatores de risco. Durante muito tempo chamou-me a atenção o facto de muitos, mas mesmo muitos, filósofos e "homens do pensamento" viverem muitos anos, apesar das épocas em que se notabilizaram não serem profícuas em elevadas esperanças de vida! O contraste era tão flagrante, que acabei por admitir que a melhor maneira de atingir idades provectas era dedicar a vida ao "pensamento e à reflexão". Quase que me apeteceu chamar de "efeito do filósofo" a este fenómeno de longevidade. Mas tem que haver razões para isto tudo. De facto, passar a

vida a fazer o que se quer não é para qualquer um, infelizmente. É preciso "empoderamento"! O "empoderamento" "é utilizado para designar um processo contínuo que fortalece a autoconfiança dos grupos populacionais desfavorecidos, os capacita para a articulação de seus interesses e para a participação na comunidade e que lhes facilita o acesso aos recursos disponíveis e o controle sobre estes". Há vários tipos de "empoderamento". Um deles tem a ver com as necessidades materiais, permitindo, por exemplo, adquirir alimentos ou roupa para as crianças. Se não conseguirem não têm capacitação. A par deste tipo, outro, de origem psicossocial, permite o controlo das suas vidas e, por fim, destacamos ainda um terceiro tipo, o empoderamento político, ou seja ter "voz ativa". Um país como o nosso, em que dois milhões de pessoas vivem na pobreza, logo desprovidas de "empoderamento económico", a que podemos associar ausência de "controlo das suas vidas" (neste caso serão muito mais dos que os dois milhões), e a dificuldade em usar a "voz" por motivos variados, "explica" muito da patologia que infelizmente grassa por aí. Os responsáveis governamentais "esquecem-se" das chamadas terapêuticas políticas. O enfoque dado às medidas curativas, embora úteis, sem sombra de dúvida, não consegue ir ao cerne da questão. As desigualdades sociais que estão na base do "síndroma do status" têm que ser tomadas em consideração, de outro modo continuaremos a adoecer e a morrer de forma desigual impedindo o desfrutar de algo semelhante ao "efeito do filósofo", mas com saúde, logo é tempo dos políticos e dos cidadãos mais empenhados nestas áreas darem os seus contributos para construírem uma verdadeira estratégia ganhadora para a Saúde e Bem-Estar ao longo da Vida.

Está perfeitamente ao nosso alcance, mas ultrapassa a mera capacidade interventiva dos dife-rentes profissionais de saúde. Estamos prontos para diagnosticar e propôr as medidas mais adequadas, mas não temos capacidade na sua implementação. É altura de invertemos a situação, ou seja, pôr os políticos no terreno a trabalhar em prol da sociedade.

ÓRGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

A HISTÓRIA CLÍNICA DO HIPERTENSO

REFLEXÕES PESSOAIS

THE HEALTH RECORD OF THE HYPERTENSE

PERSONAL THOUGHTS

A. de Oliveira Soares
Chefe de Serviço, aposentado do Hospital de Santa Maria, Lisboa

A HISTÓRIA CLÍNICA DO HIPERTENSO

Reflexões Pessoais

THE HEALTH RECORD OF THE HYPERTENSE

Personal Thoughts

A. de Oliveira Soares
Chefe de Serviço, aposentado do Hospital de Santa Maria, Lisboa

Considero que o primeiro e primordial recurso do médico para chegar ao diagnóstico e para escolher a melhor estratégia terapêutica continua, no nosso tempo de grandes avanços tecnológicos, a ser a colheita da história clínica. Creio que esta afirmação vale para a imensa maioria dos doentes, sejam quais forem as patologias em causa, os órgãos e sistemas afectados.

A hipertensão arterial não constitui excepção ao primado da história mas reveste-se de algumas particularidades que, desde o princípio da relação médico-doente preocupam o clínico e se traduzem em interrogações:

A. Qual o significado dos valores tensionais altos do doente em causa? Doença hipertensiva estabelecida, hipertensão em fase lábil ou elevação circunstancial, integrável na variabilidade fisiológica?

B. Sendo uma verdadeira hipertensão, tratar-se-á da doença primária, essencial ou será antes um epifenómeno doutra enfermidade?

C. Haverá lesões secundárias à manutenção de pressões arteriais elevadas?

Qual o inventário das repercussões da doença hipertensiva nos órgãos e sistemas-alvo?

As respostas a estas e outras relevantes questões devem começar a ser procuradas através duma história clínica exaustiva e sagaz.
O primeiro passo é saber ouvir o doente. Esta afirmação parece um truísmo mas justifica-se porque cada vez ouvimos menos, na prática médica como na vida quotidiana, mesmo nos mais comezinhos contactos humanos. Temos todos pressa, temos muitas ocupações, vivemos intensamente a realidade individual, com frequência distanciados dos outros, até dos familiares que connosco coabitam. A maciça oferta televisiva e a internet reduzem o contacto pela palavra viva, a conversação dos tempos de lazer. Fala-se pouco, ouve-se ainda menos.

Isso é globalmente mau mas, em Medicina, também é um grave erro técnico. A falta de disponibilidade para ouvir os doentes, pecado cuja culpa não cabe só ao médico, também é do sistema e das instituições, aliada a uma empolada confiança em exames que só deveriam ser complementares, tende para a desumanização do acto clínico.

Por tão fortes razões, justifica-se reflectir sobre a recolha da história do hipertenso, registando pontos de vista e trocando impressões. Contribuo com as seguintes notas da minha experiência, necessariamente eivadas de subjectividade.

A ENTREVISTA CLÍNICA

A entrevista clínica, abrangente da anamnese e do exame objectivo, constitui a chave da maior parte das presunções diagnósticas.

Na colheita da anamnese, a regra fundamental já a disse mas repito-a, é ouvir o doente. Isso implica disponibilidade psíquica do médico, tempo e também um local que propicie um mínimo de intimidade. Ainda hoje se dá consulta em instituições cuja escassez de espaço obriga à partilha dum gabinete por dois, até por três médicos em simultâneo. Óbvio que está mal, viola mesmo as garantias da Constituição porque as pessoas têm direito a privacidade.

Parece-me ainda mais grave que o médico que dá consulta pantenteie o seu pouco tempo. Há quem chegue a pressionar o doente para que diga rápido ao que vem, para que se "despache". Os pacientes não são actores profissionais que levam na ponta da língua as suas rábulas. É comum precisarem de pensar e repensar as queixas, de dizer, desdizer ou rectificar, até por o impacte do acto de consultar o médico provocar algum atordoamento...
- *Cheguei à consulta e parecia que já não tinha nada, não fui capaz de contar o que me tem acontecido* – ouve-se muitas vezes um desabafo deste género.

Os doentes emudecem mais perante clínicos obviamente apressados, desatentos desejosos de já estarem noutro sítio. Em tais circunstâncias será muito natural que o consulente esqueça que teve febre, que anda com dificuldade em iniciar a micção, ou que toma varfarina. Às vezes até substitui os factos esquecidos por vagas afirmações de mal estar:
- *Nem sei bem o que sinto…Ando esquisito…Olhe! Se a minha mulher puder entrar, ela sabe dizer melhor que eu!*

É fortemente provável que a sugestão de anamnese por interposta pessoa assuste o médico que tem pressa, ouvir dois pode ser mais lento do que ouvir só um…

Compreendo perfeitamente as motivações dos médicos que vivem na angústia duma falta de tempo crónica. Surgem dilemas como: "Se o ouço vou chegar tarde à consulta na empresa" ou "Se lhe dou corda os que estão à espera na sala são capazes de fazer escândalo".

Não obstante, entendo que não deve transigir-se com a falsa solução duma substituição da anamnese omitida por requisição de exames complementares. Eles não podem dar resposta às perguntas que a clínica não fez.

No caso do doente hipertenso há particularidades anamnésticas e algumas pequenas subtilezas que podem ter implicações diagnósticas e terapêuticas.

É diferente o significado de valores tensionais sempre altos, em numerosas medições por diversificados observadores e, opostamente, uma leitura muito elevada que surge entre medições normais. Pode não ser igual o substrato clínico de pressões marginalmente altas num branco idoso e num jovem negro. A hipertensão duma rapariga magrinha e fumadora poderá ter uma explicação etiológica que muito a diferencia do caso da senhora de meia-idade, gorducha e rosada. É

vantajoso partir para as nossas perguntas tendo bem presentes elementos dessa ordem da equação individual.

Mal será deixar em branco a história pregressa, nas componentes individual e familiar. São muitos os antecedentes de potencial relevância. Importará esclarecer se há conhecimento de casos de hipertensão e outras afecções que implicam risco acrescido de doenças cardiovasculares na família do paciente. Importa também despistar ocorrências mórbidas passadas, como uma afecção dos rins e hábitos medicamentosos, nunca esquecendo a contracepção hormonal.

Estando a anamnese em vias de conclusão, será muitas vezes o momento oportuno para medir a pressão arterial, pois nesta fase estará o doente aclimatado à consulta e descontraído pela conversa.

A medição da pressão arterial tem muitas condicionantes e alguns segredos.

Acima de tudo será com probabilidade alteado um valor obtido quando o paciente está obviamente ansioso, fatigado ou se fumou há menos de meia hora.

Uns momentos de repouso e de conversa amistosa favorecem a recolha duma leitura confiável, liberta dessas circunstâncias propensas a gerar elevações fugazes mas que podem induzir um juízo sobrevalorizante.

Depois há todas aquelas pequenas regras escritas em muitas fontes: verificar se existe arritmia que torna sempre menos exacta e mais difícil a medição, não garrotar o braço com roupas arregaçadas, posicionar bem a braçadeira, etc.

Infelizmente, a despeito da fácil disponibilidade das normas de bem medir, ainda recentemente soube dum homem a quem a braçadeira foi aplicada sobre a manga do casaco!

Seria oportuno comentar aqui a necessidade de educação médica continuada, já que as boas normas tendem a ser abandonadas com o tempo.

Educar os médicos, sobre a hipertensão e sobre tudo o mais é tanto ou ainda mais importante que a educação do público leigo. Era a tese do grande pioneiro dos estudos médicos que foi Nogueira da Costa, cada vez lhe reconheço maior valor.

Além dos erros técnicos da medição há que contar com a pura e simples demissão de medir a pressão arterial. Acontece com frequência crescente. São clínicos muito ocupados, em particular nas instituições, são médicos que se encarregam primordialmente de técnicas, são especialistas de pequenos âmbitos orgânicos…

- *Não, a tensão não lhe meço, isso é com as enfermeiras* – uma queixa que ouvi várias vezes a doentes, vexados e cheios de razão, a meu ver.

Também me aconteceu receber um telefonema dum estomatologista aflito porque um paciente tinha perdido a consciência, sentado na cadeira de dentisteria e não existia esfigmomanómetro naquele gabinete! Eu estava perto, fui lá salvar a situação que poderia ter sido má, uma vez que o doente tinha conhecimento de sofrer duma forma severa de disautonomia mas ninguém lhe perguntara se tinha algum problema de saúde.

Depois, a cadeira tinha uma avaria que a impedia de rebater até aos 180°, o consultório não estava equipado com material de injecção endovenosa… Por sorte, resultaram o decúbito no chão e a elevação dos membros inferiores. Tudo se

teria evitado com uma sucinta anamnese e duas medições tensionais, a segunda em ortostatismo.

Sintetizo o fundamental sobre a colheita da anamnese :

1.º fazê-la mesmo!
2.º medir a pressão arterial segundo as boas regras.

O EXAME OBJECTIVO

O exame objectivo do doente com hipertensão arterial é muitas vezes considerado como geralmente decepcionante. Eu penso que decepcionante é um exame mal feito, incompleto ou, pior ainda, omitido.

Tal como fiz para a anamnese vou cingir-me a algumas notas sobre o exame objectivo, meros recordatórios de particularidades e pormenores.

A atitude geral e o contacto humano do hipertenso na consulta devem ser observados e registados, em particular os indicadores de ansiedade e depressão.

Sobre a medição da pressão arterial já escrevi o que me pareceu de realçar mas faço uma breve referência aos aparelhos de medição. A retirada do mercado dos esfigmomanómetros de coluna de mercúrio privou-nos do instrumento mais confiável para medir pressões arteriais. Os aparelhos electrónicos correntemente utilizados podem prestar bons serviços quando a visão do observador é crítica mas têm muito mais factores de erro e uma aferição pouco exequível. È preciso estar em guarda, face a valores insólitos. Uma leitura de 160/150 mm Hg significa, quase sempre, compressão anormal da braçadeira por o paciente ter flectido um pouco o braço, o que a sensibilidade "digital" da electrónica acusa logo, na forma dum valor falsamente elevado.

A MAPA (medição ambulatória da pressão arterial) é um bom método de avaliar o comportamento tensional ao longo dum tempo prolongado e com o indivíduo em actividade ou a dormir. Contudo, introduz algum artifício, pelo incómodo, ainda que ligeiro que o equipamento causa e por as medições sucessivas serem percebidas, originando reacções de alerta que, em pessoas ansiosas, alteiam significativamente a pressão arterial. É verdade que o balanço final é a favor da MAPA quando a leitura dos registos é apreciada sob a óptica crítica do conhecimento clínico do indivíduo estudado.

Será bom que se faça observação da superfície cutânea, pelo menos na primeira consulta. Lesões como angiomas, neurofibromas e estrias dérmicas podem indiciar uma afecção coexistente que cursa com hipertensão. Um exemplo clássico é a associação de neurofibromatose e feocromocitoma.

O exame dos fundos oculares, único processo clínico e incruento de ver as artérias, dá preciosas indicações sobre o estado vascular e, desde 1939 fundamenta uma classificação que correlaciona os aspectos patológicos da retina com a gravidade da doença hipertensiva (Keith-Wagener-Barker). Como nem todos os clínicos têm treino de fundoscopia que lhes confira à-vontade para interpretar pequenas alterações retinianas, a colaboração dum oftalmologista é alternativa aceitável.

Palpar a glândula tiroideia poderá denunciar uma doença de Graves, causa pouco comum e muito esquecida de hiper-

tensão. Também a palpação dos trajectos vasculares do pescoço poderá revelar sinais de lesões de vasos suspeitas de vasculopatia polifocal. Um pulso carotídeo impalpável ou débil ocorrerá as mais das vezes em idosos com avançadas lesões de ateromatose. Em crianças e jovens, o despiste de pulsos radiais assimétricos ou o atraso dos pulsos femorais relativamente aos dos membros superiores tem forte probabilidade de corresponder a estenose de grande artéria sistémica, nomeadamente à coarctação aórtica.

Quanto ao exame torácico, a detecção de desvio do choque da ponta do coração, visível nos magros, palpável em quase todos, sugere de imediato a existência de hipertrofia do ventrículo esquerdo. A palpação dum impulso apical "sustido" (o que significa que a resolução da sensação elevatória é demorada) reforçará a presunção de haver repercussão cardíaca hipertensiva.

Dos dados auscultatórios, o que parece guardar mais estreita relação com valores tensionais elevados é o reforço do 2.º som à direita do esterno ("área aórtica") mas estão descritas outras alterações de incerta correspondência com a hemodinâmica alterada da hipertensão.

O exame abdominal não será muito expressivo na maioria dos pacientes hipertensos. A literatura menciona sopros reveladores de estenose de artérias renais mas, em boa verdade, a maior parte dos sopros abdominais tem origem em lesões aórticas com restrição do lume, muitas delas sem grandes consequências funcionais. Em raros doentes palpar-se-à uma massa de características retroperitonais, as mais das vezes volumosa, única e mediana ou múltipla e bilateral, correspondendo a rim poliquístico, doença de base genética que amiúde cursa com pressão arterial alta e tende para progressiva falência renal.

OS EXAMES COMPLEMENTARES

Os exames complementares do diagnóstico não substituem nem dispensam o método clínico, seja qual for a patologia, seja o doente hipertenso ou normotenso. Esta é uma verdade de carácter geral. A finalidade dos exames complementares é fundamentar ou consubstanciar as hipóteses levantadas pela anamnese e exame objectivo.

Pedir exames abrangentes sem uma razão clínica é, as mais das vezes, fonte de falsas pistas, de detecção de particularidades morfológicas ou funcionais irrelevantes, desperdício de recursos técnicos, de tempo dos profissionais envolvidos e de dinheiro. Na semiologia, como na terapêutica há que ter em mente os custos para tirar o melhor partido daquilo que se gasta. É frívolo, não faz sentido fazer rastreios de afecções para as quais não se pode dar sequência de tratamento, ou estabelecer uma unidade de cirurgia estética num país onde a maior parte da população morre de fome, de malária e das explosões de minas perdidas na guerra recente. Mais avisado será comprar arroz e leite, quinino e insecticidas, iniciar uma campanha de desminagem.

O vício relativamente recente de ordenar extensas pautas de exames em pessoas assintomáticas, sem factores de risco familiar ou individual tem sido um veneno que desvia o médico da orientação clínica e o desprestigia. Pior ainda, o prejuízo resultante para as pessoas individuais e para a colectividade. Não é inútil recordar a carga ansiosa a que muitos pacientes são submetidos com a repetição de exames de escassa ou nula justificação. Os urologistas conhecem bem os "doentes de PSA" como os cardiologistas se familiarizaram há muito com os "doentes do ECG". Pequenas flutuações do valor do antigénio específico da próstata e alterações insignificantes da repolarização ventricular têm gerado hordas de ansiedade e hipocondria em pessoas que, na sua maioria, nem sequer têm doença física.

Claro que é aceitável investigar funções e órgãos múltiplos perante quadros clínicos preocupantes mas muito indeterminados. O que considero injustificado é submeter a profunda investigação diagnóstica pessoas sem indícios de patologia.

No caso do hipertenso, a avaliação inicial deve ser complementada por um conjunto de exames subsidiários que terão o duplo propósito de avaliação dos órgãos-alvo e de investigação de algumas entidades causais duma minoria de hipertensões.

Essa primeira investigação poderá incluir a função tiroideia (bastará o doseamento de TSH) a renina plasmática, a aldosterona e ionograma séricos, e as catecolaminas urinárias. Este restrito protocolo é passível de indiciar disfunção tiroideia, doença hiper-reninémica, hiperaldosteronismo primário e feocromocitoma.

Havendo uma hipótese plausível de hipertensão reno-vascular, pelos dados anamnésticos, sinais físicos e indicador laboratorial (renina e aldosterona aumentadas) o passo seguinte será a consideração dum estudo das artérias renais, afigurando-se sensato começar pelos métodos menos invasivos como a eco-angiografia e guardando para último recurso a angiografia clássica.

É sempre preocupação do clínico não deixar sem diagnóstico uma causalidade detectável, operável e virtualmente curável de hipertensão, nomeadamente um feocromocitoma, um aldosteronoma ou uma estenose arterial renal. Contudo, deve ter-se em mente que há tumores endócrinos indolentes, não secretores, que há estenoses arteriais funcionalmente neutras, que há concomitâncias dessas noxas com a hipertensão primária, que as intervenções de ressecção ou de revascularização têm riscos e que a hipertensão secundária nem sempre resulta curada por uma invasiva cirurgia que tudo sugeria ser o ideal. Há que avaliar o caso concreto, ponderar maduramente benefícios e perigos previsíveis, decidir pelo que se perspectiva como o melhor para o doente, nunca pela vantagem curricular do médico. Um indivíduo octogenário com uma demência incipiente e uma hipertensão moderada em quem se detecta importante estenose duma artéria renal é, à partida, mau candidato para revascularização cirúrgica do rim isquemiado. Será muito provável que venha a ter mais tempo de vida com os comprimidos anti-hipertensivos e a dieta restrita de sódio, não se afigurando sensato embarcar numa grande aventura cirúrgica em contexto geral tão desfavorável. São os riscos anestésico e operatório, a perturbação psíquica induzida pela hospitalização, o perigo infeccioso e tudo o mais que é previsível operando um idoso, afastado das suas referências e confinado à cama num ambiente estranho e alienante.

Consequentemente, se a ecografia vascular revela uma artéria obstruída, ou se a tomografia computadorizada mostra um nódulo supra-renal e a informação parece tecnicamente confiável (nem sempre o é) será sensato pensar muito bem antes de formular uma proposta operatória. Eu costumo fazer a mim mesmo duas perguntas em casos de decisão melindrosa sobre um acto intervencionista :
- *O que arrisca <u>este doente</u> a ser operado?*
- *O que poderá perder <u>este doente</u> se não for operado?*

Note-se que o sublinhado das palavras "este doente" é intencional, para lembrar que todas as nossas decisões devem ser tomadas em função duma pessoa concreta cuja equação de problemas estudámos. A individualização do caso é a grande regra da prática clínica. As normas ou "guidelines" devem ser entendidas como orientações genéricas, muito úteis como recordatório rápido duma metodologia geral, nunca podendo definir a melhor actuação em cada caso. Trata-se de médias estatísticas e muitos dos doentes têm grande desvios em relação à norma.

Recordo-me de chamar a atenção dum jovem intensivista para os sinais de atropinização excessiva num doente intoxi-

cado com pesticida organofosforado e do colega me ter respondido que a atropina estava a ser dada "exactamente como prescrita nas guidelines". Umas semanas mais tarde veio a descobrir-se que tinha havido um erro farmacêutico na preparação do soluto de atropina que ficara com o quádruplo da concentração do fármaco indicada na rotulagem. Resultaram vários casos de excesso de atropinização, em diversos hospitais que recebiam o soluto da origem em causa. E aconteceu que o colega que me remetera para as "guidelines" quando eu estranhara o nível de atropinização do tal doente me veio falar da ocorrência, lamentando não me ter dado ouvidos. Não resisti a comentar:

- Não se lamente, você cumpriu as "guidelines". No entanto, acho que, tal como eu, podia ter visto que o doente estava agitado, febril, seco, vermelhíssimo e em grande taquicardia sinusal.

Apesar de reconhecer a vantagem de dispor de orientação escrita que ajuda a memória e colmata lacunas de conhecimento, não posso recomendar uma cega confiança nas normas, recomendações ou "guidelines". Não podemos dispensar o nosso crítico juízo clínico no momento das decisões graves. Pode sempre haver um doente que reage de forma muito diferente da média, podemos ter na enfermaria uma garrafa de oxigénio que, por erro de embalagem, contem, afinal, protóxido de azoto, pode ter-nos chegado da farmácia um soluto que por engano ficou com uma concentração tóxica dum fármaco de estreita margem terapêutica.

O INVENTÁRIO DAS LESÕES ORGÂNICAS

A hipertensão arterial causa danos mais frequentes e mais precoces na retina, no rim, no cérebro, no coração e nas artérias dos membros inferiores. A verificação de lesões desses órgãos-alvo define, por si só, uma hipertensão grave e/ou muito evoluída.

Consequentemente, o estudo dos órgãos electivamente susceptíveis às lesões resultantes de altos e mantidos valores tensionais deve ser preocupação do clínico quando da primeira consulta e, na sequência do acompanhamento com periodicidade a definir para cada doente.

Do "inventário" da repercussão orgânica fazem parte: observação da retina por oftalmoscopia, feita pelo clínico ou por oftalmologista em quem delegue esse exame; avaliação laboratorial da função dos rins; observação cardíaca complementada por electrocardiograma e estudo ecográfico; despiste de sinais de sofrimento cerebral que se iniciará por simples exame clínico, psico-neurológico, virtualmente executado por neurologista se o médico-assistente não se sentir tecnicamente à-vontade com o exame neurológico; inspecção dos membros inferiores e palpação dos pulsos femorais, pediosos e tíbiais posteriores não se insistindo nos popliteus por serem muito frequentemente difíceis de definir, mesmo em pessoas com circulação periférica normal.

Outros exames de avaliação orgânica serão decididos depois de cumprido este protocolo clínico basilar.

ANAMNESE E EXAME OBJECTIVO CONTINUADOS

No decurso do acompanhamento do hipertenso, missão que idealmente será para muitos anos, é preciso ter sempre presente que as doenças são evolutivas e há que prosseguir com repetitivas anamneses e actualizações do exame físico.

Assim, é muito relevante interrogar o doente em todas as consultas e focar alguns pontos especialmente relevantes na doença hipertensiva. Em particular, medicamentos que estão a ser tomados e os que foram abandonados, produtos extra-medicamentosos mas que podem ser importantes, os "chás", as cápsulas da ervanária, as prescrições de especialistas (lato-sensu). Uma menção especial aos estabelecimentos ditos dietéticos e de adelgaçamento onde, quase sistematicamente, além das recomendações alimentares, os clientes recebem fármacos laxativos e diuréticos (furosemida, quase sempre) com riscos metabólicos que não passam pela cabeça dos donos dessas casas mas que o médico tem de ter bem presentes. Acidose grave por diarreia induzida, desidratação e hipocaliemia por diurético (às vezes o doente associa-o a outro que o médico lhe prescrevera) tudo isso e muito mais pode ocorrer e o clínico tem de instar o doente para que lhe diga o que de facto toma, tudo o que toma, mesmo as tais ervinhas que passam por inocentes. A recomendação de levar para a consulta todas as embalagens de medicamentos e produtos em utilização é melhor que o pedido de recordar os nomes e marcas.

CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS E CONCLUSÃO

Seja-me permitido insistir um pouco mais na magna questão da escolha dos exames, já que alguns terão de ser requeridos por uma ou por várias vezes, ao longo da sequência de "segundas consultas".

Há que escolher, seleccionar o mais simples e menos dispendioso.

Ninguém peça a um método que ele dê uma informação que não pode dar, por sua intrínseca natureza e própria limitação.

Um electrocardiograma, excelente exame para estudo de arritmias é praticamente inoperante no que respeita a esclarecer a eficiência funcional cardíaca. Para avaliar a função será óptimo o estudo ultrassonográfico (ECO) que, em contrapartida, não proporcionará informação relevante sobre natureza de alterações de ritmo.

A escolha do método implica, assim, conhecer-lhe as indicações e as debilidades. Também será muito vantajosa uma certa capacidade de leitura dos resultados dos exames mais comuns. Nem sempre o relatório diz tudo, nem sempre está certo. Vejamos dois exemplos reais:

1.º Homem que consulta por dor precordial no 3.º dia de evolução e já traz ECG com o seguinte relatório :

"ECG dentro dos limites da normalidade"
Apreciação do traçado: enfarte lateral alto em fase aguda (corrente de lesão confinada à derivação aVL)

2.º Mulher com insuficiência cardíaca evoluída, digitalizada que recorre por mal-estar precordial e sensação subjectiva de taquicardia, sendo portadora de ECG da véspera com relatório:

"Ritmo sinusial regular, 84 ppm;sem alterações valorizáveis".
Apreciação do traçado: taquicardia juncional (sem ondas P); sinais sugestivos de impregnação digitálica (alterações ST-T).

Os exames mais recentes não tornam necessariamente inúteis certos métodos mais antigos que continuam a prestar

bons serviços. Já afirmei atrás que a ecografia cardíaca não substitui as boas indicações do ECG, nomeadamente o estudo das arritmias e há muitos outros exemplos, como este:

A radiografia simples dos ossos é muito mais confiável no despiste de lesões líticas do que a tomografia de emissão de positrões (PET). Este último método identifica bem áreas de perturbação do metabolismo ósseo mas não distingue uma metástase dum foco fracturário em consolidação. Por outras palavras, a PET é muito sensível para lesões osteoblásticas mas muito insensível para lesões líticas (Longo, DL e Anderson, KC in Harrisson's Principles of Internal Medicine, 16.ª Edição – Plasma Cell Disorders).

Para além do perfil de sensibilidade e especificidade duma técnica há que contar com a sua disponibilidade de execução e com os custos. Não é só o dinheiro que é muito importante, é também a ocupação e esgotamento de recursos, técnicos e humanos. Tudo isso tem "tectos baixos" como bem se sabe mas nem sempre ocorre.

Radiografar o esqueleto é bastante barato, não é invasivo e faz-se rapidamente em centenas de instituições. Uma PET é cara, mais incómoda para o paciente, relativamente morosa e difícil de obtenção rápida, poucos centros a executam.
Tal como a radiografia simples, também a velha análise completa de urina (tipo II) é barata e dá muita informação. Permite colher indicadores infecciosos (presença de nitritos, sedimento com pus ou bactérias) parasitários (desde leveduras a ovos de Schistosoma) sinais de insuficiência renal, de afecções metabólicas e hematológicas, etc. Há indícios directos e outros um pouco mais nebulosos : a existência de muitos espermatozóides na urina dum homem é a favor de diabetes já evoluída mesmo que a amostra analisada não contenha casualmente glicose.

Tudo isto e muito mais firma a minha convicção de ser importante escolher cuidadosamente os exames complementares a pedir e estar à altura de interpretar com sagacidade os resultados.

Não obstante, seja-me permitido concluir estas notas informais e subjectivas com uma síntese do que considero ser essencial:

No doente hipertenso, como em qualquer outro doente, o método indispensável para chegar ao diagnóstico, escolher o tratamento, aferir os seus resultados e acompanhar competentemente a evolução é o método clínico, fundado em cuidada anamnese e exame objectivo perspicaz.

4º Congresso Português de Hipertensão

International Meeting on Hypertension

Tivoli Marina Vilamoura

4 a 7 Fevereiro 2010

www.sphta.org.pt

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

Sede

Sociedade Portuguesa de Hipertensão
Av. Visconde de Valmor, Nº 12, R/C Dto. A
1000-291 Lisboa
Tel.: +351 21 796 00 97
Fax: +351 21 796 00 98
geral@sphta.org.pt

Secretariado Executivo

Veranatura – Conference Organizers
R. Augusto Macedo, 12-D Escrit. 2
1600-503 Lisboa
Tels. +351 21 7120778
Fax +351 21 7120204
cidaliasemedo@veranatura.pt

Agência Oficial

Viagens Abreu, SA
Av. dos Aliados, 207
4000-067 Porto
Telf.: +351 22 2043570
Fax: +351 22 2043693
congresses.porto@viagensabreu.pt

Patrocínios Científicos

Ordem dos Médicos

European Society of Hypertension

World Hypertension League

Evento relevante

Sociedad Iberoamericana de Información Científica

Corpos Sociais da SPH

ASSEMBLEIA GERAL

Presidente
Paula Amado

Vice-Presidente
Pedro Guimarães Cunha

Secretário
Madalena Barata

DIRECÇÃO

Presidente
José Alberto Silva

Presidente Eleito
José Nazaré

Secretário-Geral
Paula Alcântara

Secretários-Adjuntos
Jorge Cotter
Mesquita Bastos
Cristina Alcântara

Tesoureiro
Fernando Pinto

CONSELHO FISCAL

Presidente
João Maldonado

Vice-Presidente
Luísa Moreira

Secretário
Isabel Seixas

Presidente do Congresso
José Alberto Silva

Comissão Organizadora

Presidente
Rasiklal Ranchhod

Tesoureiro
Fernando Pinto

Vogais
Paula Alcântara
Cristina Alcântara
Pedro Guimarães Cunha
Clarinda Neves
Bruno Piçarra

Comissão Científica
Agostinho Monteiro
António Jorge Jara
Fernando Pinto
João Saavedra
Jorge Polónia
José Alberto Silva
José Braz Nogueira
José Carmona
José Nazaré
Luís Martins
Mariano Pego
Mário Espiga de Macedo
Mesquita Bastos
Paula Alcântara
Rasiklal Ranchhod
Vítor Ramalhinho

4º Congresso Português de Hipertensão
International Meeting on Hypertension

4º Congresso Português de Hipertensão
Tivoli Marina Vilamoura , 4-7 Fevereiro 2010

Caros Colegas:

28 de Setembro de 2009

O 4.º **Congresso Português de Hipertensão** vai realizar-se de **04 a 07 de Fevereiro de 2010**, em Vilamoura. Esperamos que este continue a ser o maior evento no país para debater os problemas especialmente ligados ao conhecimento e ao tratamento da **Hipertensão Arterial** e outros factores ou doenças associadas.

O sucesso do Congresso passa, indiscutivelmente, pela participação activa dos Congressistas. Contamos com a presença de **Médicos de Família, Internistas, Cardiologistas, Nefrologistas, Endocrinologistas, Neurologistas, Epidemiologistas, Obstetras, Ginecologistas, Pediatras** bem como de **outros Profissionais de Saúde** que proporcionam cuidados relevantes para um controlo integral do hipertenso.

Tivemos um número crescente de Comunicações e *Posters* desde o primeiro Congresso, o que demonstra bem a vitalidade dos que se dedicam a investigar sobre doenças hipertensivas. Voltem, pois, com mais trabalhos e tragam os vossos colegas. A experiência e o trabalho de cada um pode ser partilhado e divulgado através de várias formas de apresentação. Pela primeira vez, a exposição de *Posters* vai ser em formato electrónico e estará patente durante todos os dias do Congresso. A eliminação do suporte de papel permitirá reduzir drasticamente o custo de produção de Cartazes.

Os tópicos sugeridos para conferências e mesas redondas abrangem temas variados mas, subjacentes à sua escolha, estão sempre a importância e a aplicabilidade na prática clínica. Haverá ainda espaços dedicados à formação contínua em colaboração com o Núcleo de Internos da SPH (*NISPH*).

Estamos a desenvolver formas inovadoras de participação e um programa social aliciante, esperando que venham a ser do agrado de todos.

Aqui deixamos o nosso convite de participação. Venha com entusiasmo, traga um ou mais trabalho(s) e leve também consigo um ou mais colega(s).

Cordiais saudações,

José Alberto Silva
Presidente do Congresso

Rasiklal Ranchhod
Presidente da Comissão Organizadora

APOIOS

Sócios Colectivos Grandes Benfeitores
Merck Sharp & Dohme
Boehringer Ingelheim
BMS/Sanofi-Aventis
Servier Portugal
Novartis
Laboratórios Delta
AstraZeneca

Sócios Colectivos Benfeitores
Menarini Portugal
Bayer Portugal

PATROCÍNIOS CIENTÍFICOS

Ordem dos Médicos
European Society of Hypertension
World Hypertension League
Sociedad Iberoamericana de Información Científica

TEMAS GERAIS DO CONGRESSO

CONFERÊNCIAS

- Associações de fármacos e tratamento inicial da Hipertensão
- Avaliação funcional na Hipertensão
- Genética e Genómica da Hipertensão
- Factores Psicosociais e Diferenças Étnicas no controlo da Hipertensão
- Hipertensão, Diabetes e Obesidade
- Mecanismos e abordagem terapêutica na Hipertensão Renovascular
- Saúde vascular e pré-doença
- Novos estudos e provas referenciadas a 2008/2009
- Actualizações das recomendações da ESH/ESC 2007

MESAS REDONDAS

- Risco Cardiovascular: novas técnicas de detecção e avaliação
- Hipertensão de difícil controlo/resistente
- Diagnóstico e terapêutica da Hipertensão: bases para as boas práticas
- HTA e Sistema Nervoso Central
- Repercussões Orgânicas da HTA
- Medidas não farmacológicas na Hipertensão
- Seguimento clínico dos hipertensos
- Problemas por resolver ou questões em aberto na Hipertensão

DEBATE INTER-DISCIPLINAR:

- HTA em Portugal: será um problema da Medicina Clínica ou da Medicina Comunitária?

SIMPÓSIO SPH/ESH

- Reflexões sobre futuras recomendações para a Hipertensão

SESSÃO PLENÁRIA SPH/APMCG

- Casos Clínicos seguidos ou referenciados em Centros de Saúde/USFs e Consultas Hospitalares

PEQUENOS ALMOÇOS DE TRABALHO/ NISPH

SIMPÓSIOS DA INDÚSTRIA

CONVIDADOS

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

- Presidente da Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral
- Presidente da Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular
- Presidente da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose
- Presidente da Sociedade Portuguesa de Cardiologia
- Presidente da Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardiotorácica e Vascular
- Presidente da Sociedade Portuguesa de Diabetologia
- Presidente da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo
- Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna
- Presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia
- Presidente da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade
- Presidente do Núcleo Português de Estudo da Hipertensão na Grávida

SOCIEDADES ESTRANGEIRAS

- Presidente da European Society of Hypertension
- Presidente da World Hypertension League
- Presidente da American Society of Hypertension
- Presidente da Bristish Hypertension Society
- Presidente da Sociedade Brasileira de Hipertensão
- Presidente da Sociedade Espânola de Hypertensión
- Presidente da Sociedade Française d' Hypertension Arterielle
- Presidente da Societá Italiana d' Ipertensione

ASSOCIAÇÕES SÓCIO PROFISSIONAIS

- Presidente da Associação dos Médicos Portugueses da Indústria Farmacêutica
- Presidente da Associação Nacional das Farmácias (ANF)
- Presidente da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares (APAH)
- Presidente da Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (APIFARMA)
- Presidente da Associação Portuguesa dos Nutricionistas (APN)
- Presidente da Federação Nacional dos Médicos (FNAM)
- Presidente do Sindicato Independente dos Médicos (SIM)

ASSOCIAÇÕES DE DOENTES

- Presidente da Associação dos Hipertensos de Portugal

COMISSÃO DE HONRA

- Sua Excelência o Senhor Presidente da República
- Ministro da Saúde
- Presidente da Comissão Parlamentar da Saúde
- Alto Comissário da Saúde
- Governador Civil de Faro
- Presidente da Grande Área Metropolitana do Algarve
- Presidente da Câmara Municipal de Loulé
- Presidente da Região de Turismo do Algarve
- Bastonário da Ordem dos Médicos
- Bastonário da Ordem dos Enfermeiros
- Bastonário da Ordem dos Farmacêuticos
- Presidente da Fundação para a Ciência e Tecnologia
- Presidente da Fundação Calouste Gulbenkian
- Presidente da Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento
- Presidente do Instituto Nacional de Emergência Médica
- Presidente da Fundação Portuguesa de Cardiologia
- Presidente da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral
- Presidente da Associação Portuguesa dos Médicos da Carreira Hospitalar
- Presidente da Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública

CONVIDADOS INSTITUCIONAIS

- Secretário de Estado da Saúde
- Secretário de Estado Adjunto e da Saúde
- Director-Geral da Saúde
- Presidente do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento
- Presidente do Conselho de Administração da Região da Saúde do Algarve
- Presidente do Conselho de Administração da Região da Saúde do Alentejo
- Presidente do Conselho de Administração da Região da Saúde do Centro
- Presidente do Conselho de Administração da Região da Saúde de Lx e V.Tejo
- Presidente do Conselho de Administração da Região da Saúde do Norte
- Coordenador Nacional para as Doenças Cardiovasculares
- Presidente do Conselho Nacional do Internato Médico
- Presidente do Conselho Nacional do Médico Interno

CONFERENCISTAS ESTRANGEIROS

António Coca, Espanha

Csaba Farsang, Hungria

Luis M. Ruilope, Espanha

Peter Nilsson, Suécia

Stephane Laurent, França

4 FEVEREIRO QUARTA-FEIRA

PROGRAMA CIENTÍFICO

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO

12.00h **Abertura do Secretariado**

13.00h Almoço

14.30h **Comunicações Orais/Posters** — SALA NEPTUNO

16.00h **Comunicações Orais/Posters** — SALA NEPTUNO

17.00h **Comunicações Orais/Posters** — SALA NEPTUNO

18.00h **SESSÃO SOLENE DE ABERTURA** — SALA NEPTUNO

18.30h **CONFERÊNCIA INAUGURAL**
Presidente: Paula Alcântara, Lisboa

"Management of cardiovascular risk in type 2 diabetes – an update 2010"
Peter Nilsson ,Suécia

19.00h Inauguração das Exposições

20.00h **Jantar do Congresso** — SALÕES FÉNIX
Hotel Tivoli Marina Vilamoura

5 FEVEREIRO SEXTA-FEIRA

07.30h **PEQUENO ALMOÇO DE TRABALHO** — SALA PÉGASO
NISPH – Núcleo de Internos da SPH

NOVAS E VELHAS TÉCNICAS DE ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO VASCULAR EM HIPERTENSOS
Presidente: Agostinho Monteiro, Porto

VOP, Pressão Central e Rigidez Arterial
Fernando Pinto, Feira

MAPA
Mesquita Bastos, Aveiro

08.30h **MESAS REDONDAS**

HTA E RISCO CARDIOVASCULAR — SALA FÉNIX 3
Moderadores: Manuel Carrageta, Lisboa e Amílcar Aleixo, Lisboa

Recomendações sobre tabelas de Cálculo e Ajudas Visuais
António Jara, Évora

Novos Factores de Risco
Pedro Guimarães Cunha, Guimarães

Risco Residual do hipertenso tratado
Fernando Pinto, Feira

TÉCNICAS DE DETECÇÃO DE RISCO — SALA NEPTUNO
Moderadores: José Carmona, Lisboa e Carlos Moreira, Lisboa

Papel da MAPA e da AMPA
Paula Amado, Lisboa

VOP vs tonometria de aplanação vs índice braço/tornozelo
João Maldonado, Coimbra

Como detectar a lesão cerebral de pequenos vasos?
Leonor Carvalho, Lisboa

10.00h Pausa/Visita à Exposição Técnica

5 FEVEREIRO SEXTA-FEIRA

10.30h **SESSÃO PLENÁRIA, SIMPÓSIO ESH/SPH** — AUDITÓRIO DAS FÉNIX 1 e 2

SPECIAL PROBLEMS IN HYPERTENSION MANAGEMENT
Moderadores: José Alberto Silva, Matosinhos e Luís Martins, Feira

Diagnosis/control rates of hypertension in Europe
Csaba Farsang, Budapeste

Fix-dose combinations of antihypertensives: advantages and inconveniences
António Coca, Barcelona

Destiffening of large arteries and management of hypertension
Stéphane Laurent, Paris

Tema a indicar pelo autor
Luis M Ruilope, Madrid

12.00h **SIMPÓSIO NOVARTIS** — SALA FÉNIX 3

13.00h Almoço

14.30h **CONFERÊNCIAS**

Presidente: Fernado Lacerda Nobre, Lisboa
Serão precisos novos fármacos para o tratamento da HTA? — SALA FÉNIX 3
José Alberto Silva, Matosinhos

Presidente: Manuel Bicho, Lisboa
Genética e genómica da hipertensão: perspectivas para a prática clínica — SALA NEPTUNO
J. Braz Nogueira, Lisboa

Presidente: Pedro Marques da Silva, Lisboa
Factores Preditores da resposta à terapêutica anti-hipertensiva: Será relevante a determinação basal da ARP? — SALA PÉGASO
Jorge Polónia, Matosinhos

5 FEVEREIRO SEXTA-FEIRA

15.00h **SESSÃO PLENÁRIA, DEBATE INTER-DISCIPLINAR**

HTA EM PORTUGAL: SERÁ UM PROBLEMA DA MEDICINA CLÍNICA OU DA MEDICINA COMUNITÁRIA? — AUDITÓRIO DAS FÉNIX 1 e 2
Moderador: Especialista em Comunicação

José Alberto Silva
Medicina Hospitalar, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

José Luís Biscaia
Medicina Geral e Familiar, Centro de Saúde da Figueira da Foz

Laurentina Santa
Enfermagem Comunitária, Agrupamento de Centros de Saúde, Chaves

Salvador Massano Cardoso
Epidemiologia e Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Coimbra

Mário Espiga de Macedo
Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares

João Breda
Nutricionista, Plataforma Contra a Obesidade, Direcção Geral da Saúde

Painel de Convidados

16.30h Pausa/Visita à Exposição Técnica

17,00h **SIMPÓSIO MENARINI** — SALA NEPTUNO

18.10h **SIMPÓSIO JABA RECORDATI** — SALA FÉNIX 3

6 FEVEREIRO SÁBADO

07.30h **PEQUENO ALMOÇO DE TRABALHO** — SALA PÉGASO
NISPH – Núcleo de Internos da SPH

TÓPICOS ESPECIAIS SOBRE HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA E/OU RESISTENTE
Presidente: João Saavedra, Lisboa

Hiperaldosteronismo primário
Agostinho Monteiro, Porto

HTA de difícil controlo/resistente
Maria João Lima, Porto

08.30h **MESAS REDONDAS**

HTA EM GRUPOS ESPECIAIS — SALA FÉNIX 3
Moderadores: Mário Espiga de Macedo, Porto e Mesquita Bastos, Aveiro

HTA na criança e no adolescente
Maria João Lima, Porto

HTA no idoso e muito idoso
J. Gorjão Clara, Lisboa

HTA no climatério e menopausa
Luísa Moreira, Feira

SAÚDE VASCULAR E PRÉ-DOENÇA — SALA NEPTUNO
Moderadores: J Braz Nogueira, Lisboa e L Calçada Correia, Lisboa

Pré-hipertensão
Rasiklal Ranchhod, Lisboa

Pré-diabetes
Rui Duarte, Lisboa

Pré-obesidade/Excesso de peso
João Sequeira Duarte, Lisboa

10.00h Pausa/Visita à Exposição Técnica

6 FEVEREIRO SÁBADO

10.30h **SESSÃO PLENÁRIA SPH/APMCG** — AUDITÓRIO DAS FÉNIX 1 e 2
Presidentes: José Alberto Silva e João Sequeira Carlos
Moderadores: Vítor Ramalhinho, Lisboa e Alexandra Fernandes, Lisboa

CASOS CLÍNICOS SEGUIDOS OU REFERENCIADOS EM CENTROS DE SAÚDE/USF's

CASOS CLÍNICOS SEGUIDOS OU REFERENCIADOS EM CONSULTAS HOSPITALARES

12.00h **SIMPÓSIO SERVIER** — SALA FÉNIX 3

13.00h Almoço

14.30h **MESAS REDONDAS**

QUESTÕES EM ABERTO NA HTA — SALA FÉNIX 3
Moderadores: José Nazaré, Lisboa e Fernando Pinto, Feira

Quais as consequências da inibição crónica do sistema RAA
Agostinho Monteiro, Porto

O sono do hipertenso
José Carmona, Lisboa

Prevenção da demência pós-AVC
Jorge Cotter, Guimarães

HTA E DISFUNÇÃO DE ÓRGÃO — SALA NEPTUNO
Moderadores: A Mello e Silva, Lisboa e L Menezes Falcão, Lisboa

Disfunção cardíaca
Mariano Pego, Coimbra

Disfunção renal
José Barbas, Lisboa

Disfunção cognitiva
Teresa Cardoso, Porto

6 FEVEREIRO SÁBADO

QUESTÕES PRÁTICAS NO TRATAMENTO DA HTA — SALA PÉGASO
Moderadores: João Maldonado, Coimbra e nome a designar

HTA sistólica isolada
Teresa Rodrigues, Santarém

HTA de difícil controlo
Crisitina Alcântara, Lisboa

HTA e proteinúria
Edgar Almeida, Lisboa

16.00h **CONFERÊNCIAS**

Presidente: António Jara, Évora
Actualização das recomendações (guidelines) ESH/ESC 2007 — SALA FÉNIX 3
José Nazaré, Lisboa

Presidente: Paula Amado, Lisboa
Síndrome metabólica como estado pré-hipertensivo — SALA NEPTUNO
Manuela Carvalheiro, Coimbra

Presidente: Jorge Polónia, Matosinhos
Factores Psicosociais e Diferenças Étnicas na baixa nocturna da pressão arterial — SALA PÉGASO
Albertino Damasceno, Maputo, Moçambique

16.30h Pausa/Visita à Exposição Técnica

17.00h **SIMPÓSIO MEDICAMENTA** — SALA NEPTUNO

18.10h **SIMPÓSIO (A DESIGNAR)** — SALA FÉNIX 3

7 FEVEREIRO DOMINGO

09.00h **CONFERÊNCIA** — SALA FÉNIX 3

Presidente: José Barbas, Lisboa
Diagnóstico e Abordagens Terapêuticas opcionais da Hipertensão Renovascular
Paula Alcântara, Lisboa

09.30h **MESA REDONDA** — SALA FÉNIX 3

A HIPERTENSÃO ARTERIAL PARA ALÉM DOS FÁRMACOS
Moderadores: Fernando Pádua, Lisboa e Carlos Marzagão, Portimão

Factores psicosociais e hipertensão
Susana Bertoquini, Porto

Exercício, desporto e hipertensão
Jorge Ruivo, Lisboa

A dieta para além do sal
Ana Tornada, Lisboa

11.00h Pausa/Visita à Exposição Técnica

11.30h **CONFERÊNCIA DE ENCERRAMENTO** — SALA FÉNIX 3
Presidente: João Saavedra, Lisboa

HTA e Sal
Luís Martins, Feira

12.00h **CONFERÊNCIA CULTURAL** — SALA FÉNIX 3
Presidente: Rasiklal Ranchhod

Vale do Côa - 25.000 anos de arte moderna
António Martinho Baptista, Pré-historiador de Arte, Parque Arqueológico do Vale do Côa

12.30h **ASSEMBLEIA GERAL DA SPH** — SALA FÉNIX 3

13.00h Almoço

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

NORMAS PARA RESUMOS

Também disponíveis no site www.sphta.org.pt

1. Os resumos só devem ser submetidos via e-mail para: resumos@sphta.org.pt
2. O resumo deve ser enviado como ficheiro *word* anexo.
3. Na mensagem de e-mail deve constar o título do trabalho, nome e morada do autor responsável pela correspondência e endereço de e-mail.
4. O resumo deve conter no máximo **500 palavras ou 3000 caracteres** (com espaços), não incluindo o título, autores e filiação.
5. O autor apresentador deve estar inscrito no Congresso.
6. Todo o documento deve ser escrito em letra tipo **Arial, tamanho 10**.

TÍTULO

O título deve ser conciso e explícito devendo ser escrito em **MAIÚSCULAS PEQUENAS E A CHEIO**

AUTORES

Deve ser assinalado o autor apresentador (ou considerar-se-á o primeiro autor)

Após a listagem dos autores deve constar a filiação do trabalho (e/ou autores)

Por último é necessário mencionar o endereço de e-mail do responsável pela correspondência referente ao trabalho.

RESUMO

O resumo deve ser estruturado em Introdução, Material e Métodos, Resultados e Conclusões. Cada um dos itens deve ser iniciado num novo parágrafo, não havendo necessidade de o enunciar especificamente.

O texto deve ser escrito a 1,5 espaços e em formato justificado.

No caso de se usar tabelas, estas devem ser a um espaço, com o mesmo formato de letra (Arial) e nesse caso a contabilização do resumo deve ser realizada em caracteres (3000 caracteres com espaços).

Não devem ser utilizados gráficos ou figuras no resumo.

Comunicações livres:
resumos@sphta.org.pt

Data limite:
15 de Dezembro de 2009

Até ao dia
31 de Dezembro de 2009,
os autores serão informados
da aceitação do trabalho.

Todo o documento não deve exceder uma página A4 com as margens de 2,54 cm no topo e em baixo e 3,17 cm dos lados.

O resumo será publicado tal como submetido e apenas a 1ª página será publicada (caso o resumo exceda uma página segundo a formatação acima indicada).

4º Congresso Português de Hipertensão
International Meeting on Hypertension

BOLETIM DE INSCRIÇÃO

Por favor preencha o Boletim de inscrição e envie-o através do Fax nº +351 21 7120204 ou para o e-mail: cidaliasemedo@veranatura.pt.
Poderá também inscrever-se online através do formulário da página da Sociedade, em www.sphta.org.pt

DADOS PESSOAIS

(Por favor preencha os campos com letras maiúsculas) Título: ☐ Prof. ☐ Dr. ☐ Enf. ☐ Tec. ☐ Sr.

N.º Cédula Profissional: _____

Nome: _____

Morada: _____

Cód. Postal: _____ - _____

Cidade: _____ País: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____

Fax: _____ e-mail: _____

Local de Trabalho: _____

INSCRIÇÃO

Até 10 de Janeiro de 2010		A partir de 11 de Janeiro de 2010	
Sócios SPH ☐	275 €	Sócios SPH ☐	325 €
Não Sócios ☐	325 €	Não Sócios ☐	375 €

PAGAMENTOS

O Cheque deverá ser passado à ordem da Sociedade Portuguesa de Hipertensão e enviado para o Secretariado Executivo.

O recibo do pagamento deverá ser emitido de acordo com os seguintes dados:

Nome:

Contribuinte Nº:

Morada:

Código postal:

SECRETARIADO EXECUTIVO

Veranatura – Conference Organizers
Rua Augusto Macedo, 12-D Escritório 2 - 1600-503 Lisboa - Portugal
Tels. +351 21 7120778 - Fax: +351 21 7120204 - e-mail: cidaliasemedo@veranatura.pt

CONGRESSOS NACIONAIS

NOVEMBRO

19 e 21 de Novembro

13.º Congresso Português de Obesidade
Hotel Tivoli - Marina de Vilamoura

20 e 21 de Novembro

X Jornadas de Hipertensão e Risco Cardiovascular do Hospital Pedro Hispano
Hotel Sheraton - Porto

21 de Novembro

11th Annual Symposium of the Portuguese Hearth Foundation
Hotel Altis - Lisboa

CONGRESSOS INTERNACIONAIS

NOVEMBRO

14 a 18 de Novembro

AHA - American Heart Association Congress
Orlando - EUA

DEZEMBRO

11 a 13 de Dezembro

42nd Annual New York Cardiovascular Symposium major topics in Cardiology Today
Hilton - New York

ERRATA

Por lapso, no artigo "Estimativa da prevalência, conhecimento e controlo da pressão arterial em utentes dos Centros de Saúde em Portugal", da autoria de Jorge Polónia, José A. Silva, Luís Martins, José Nazaré, publicado na Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular, Nº 13, Setembro /Outubro, páginas 6 a 20, as figuras 5 e 14 foram publicadas com incorrecções. Republicamos abaixo a versão correcta.

Figura 5

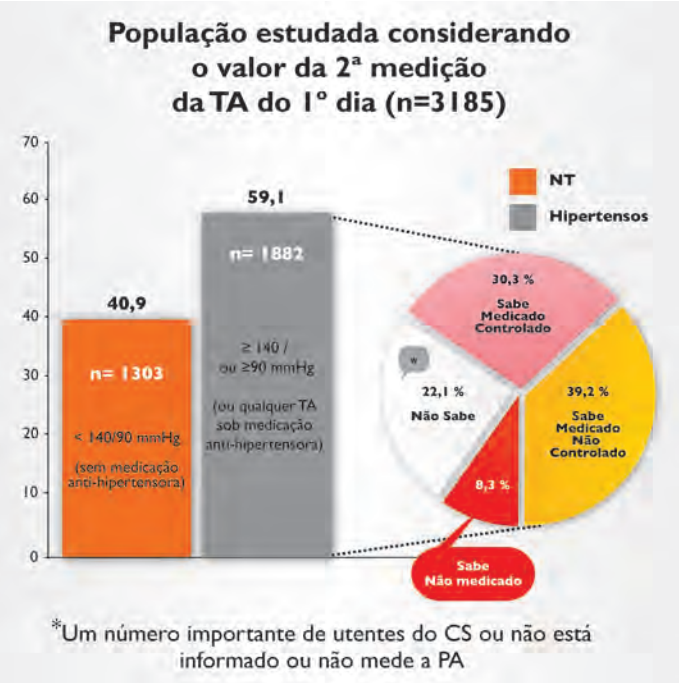
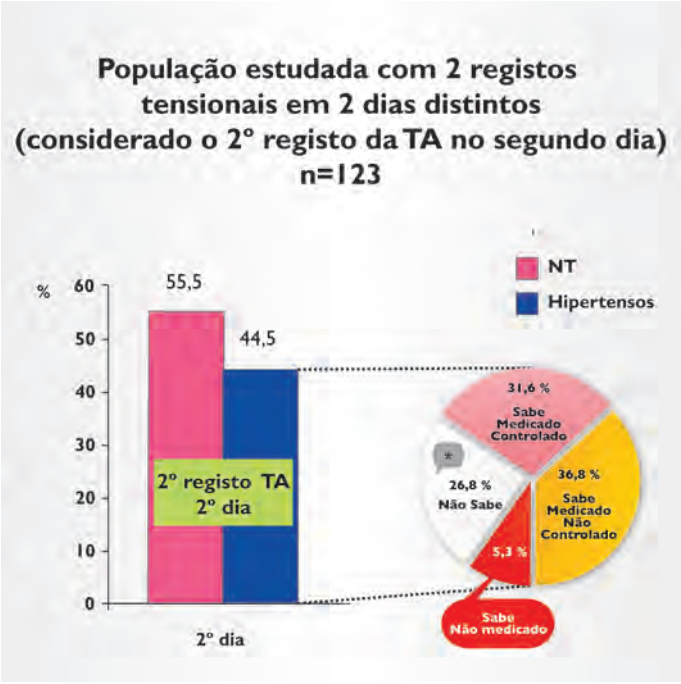
Figura 14