ISSN: 1646-8287

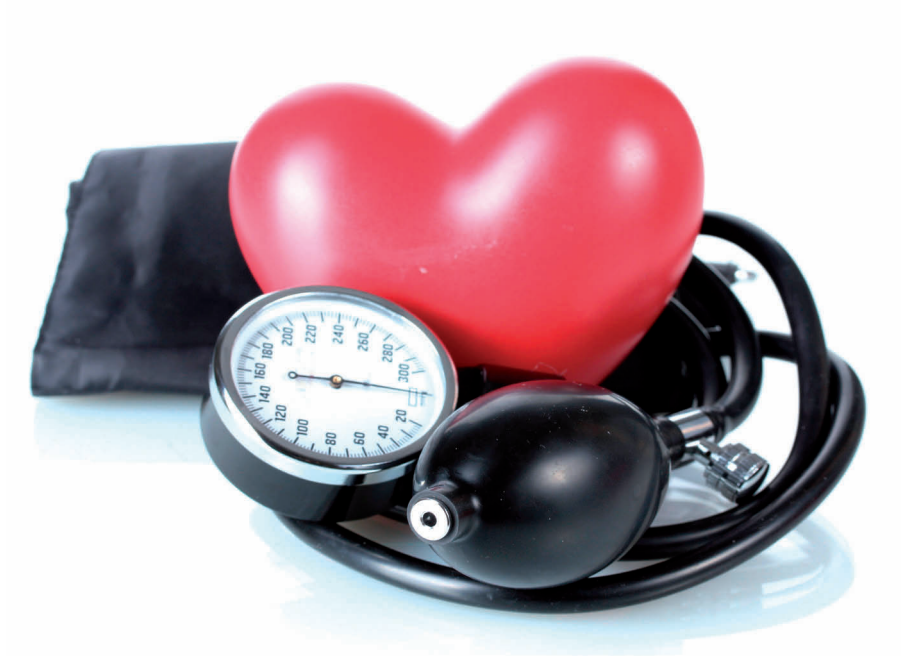
NÚMERO 52

ÓRGÃO OFICIAL DA

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

REVISTA PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO E RISCO CARDIOVASCULAR

- Perfil de evolução da Diabetes mellitus e o Índice de Massa Corporal no controlo da Hipertensão Arterial
- Prevalência da Disfunção Sexual em Doentes Hipertensos Seguidos numa Consulta Hospitalar de Referência
- Avaliação da Qualidade da Prescrição de Contracetivos Hormonais Combinados em Mulheres em Idade Fértil, Fumadoras ou Obesas
- Avaliação da Qualidade da Prescrição de Anti-Hipertensores - A Realidade de uma Unidade de Saúde Familiar
- Síndrome de Cushing - Quando a Hipertensão é Apenas um Sinal
- Hipertensão nas Pequenas Artérias
- Desmistificar Equívocos na Área da HTA
- Dieta Mediterrânica – A Alimentação Como «Medicamento»
- Repercussões Económicas na Saúde dos Doentes Hipertensos



MARÇO/ABRIL 2016

6
ARTIGO ORIGINAL

Perfil de Evolução da Diabetes Mellitus e o Índice de Massa Corporal no Controlo da Hipertensão Arterial
Diabetes Mellitus Evolutional Profile and Body Mass Index at Arterial Hypertension Control
Prevalência da Disfunção Sexual em Doentes Hipertensos Seguidos numa Consulta Hospitalar de Referência
Prevalence of Sexual Dysfunction in Hipertensive Patients Who Attend a Hypertension Clinic
Avaliação da Qualidade da Prescrição de Contracetivos Hormonais Combinados em Mulheres em Idade Fértil, Fumadoras ou Obesas
Quality Assessment of Combined Hormonal Contraceptives Prescription in Fertile Women, Smokers or Obese
Avaliação da Qualidade da Prescrição de Anti-Hipertensores - A Realidade de uma Unidade de Saúde Familiar
Assessment of Quality of Antihyperthensive Prescription - A Family Medicine Health Unit Reality

30
CASO CLÍNICO

Síndrome de Cushing - Quando a Hipertensão é Apenas um Sinal
Cushing Syndrome - When Hypertension is Just One Sign

36
10º CONGRESSO PORTUGUÊS DE HIPERTENSÃO E RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL - ARTIGOS DE OPINIÃO

Hipertensão nas Pequenas Artérias
Desmistificar Equívocos na Área da HTA
Dieta Mediterrânica – A Alimentação Como «Medicamento»
Repercussões Económicas na Saúde dos Doentes Hipertensos

ERRATA

A Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular, órgão oficial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão, na sua última edição (Janeiro / Fevereiro de 2016) publicou, por lapso, o regulamento da Bolsa de Investigação Menarini que já tinha sido cancelada. Por este facto, apresentamos as nossas desculpas.

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

ISNN 1646-8287

N.ºs avulsos: 10€
Assinatura anual: 35€
Tiragem: 5.000 exemplares
Depósito legal: 265384/07
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
Design gráfico:
Inês Almaça Tlm: 91 485 46 00
E-mail: inesalmaca@hotmail.com

Impressão:
CMYKGLOSS Impressores, Lda.
Estrada de Barros, Elospark, Pav. 6
2725-193 Algueirão - Mem Martins
Tel: 21 926 15 97/8
Fax: 21 926 15 99
E-mail: geral@cmyk.pt

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

EDITORIAL

Escrevo estas linhas no decorrer do nosso Congresso Português de Hipertensão. É com redobrada alegria que soubemos que se mantém a subida progressiva de inscrições, que se tem verificado ao longo dos congressos já realizados, e que as sessões têm tido elevada adesão, frequência e participação, denotando a necessidade de formação sentida pelos médicos nesta área, a que a Sociedade tem dado resposta adequada. Entendemos que o trabalho que aqui se desenvolve nomeadamente na divulgação pela revista das comunicações apresentadas e dalgumas das sessões efectuadas é um dos complementos nessa formação.

Pelo excelente nível dalguns trabalhos apresentados apelamos a que os autores os desenvolvam e passem a artigos que publicaremos com todo o prazer.

Como atrás deixámos expresso é na tarefa de formação e informação que estamos empenhados, abrangendo o maior leque de situações no domínio da hipertensão arterial e risco cardiovascular. Este número da Revista é disso espelho quer pela diversidade dos temas abordados, quer por serem de grupos de diferentes centros.

De Matosinhos vem um caso clínico que nos permite rever uma das formas mais importantes de hipertensão secundária. Apresentam os elementos que dificultaram o diagnóstico diferencial. Como referido, para diagnosticar teremos de estar atentos à pesquisa de possíveis causas na hipertensão.

Do Centro Hospitalar de Tondela-Viseu apresenta-se um estudo retrospectivo sobre uma das associações de risco cada vez mais prevalentes: a obesidade, a diabetes tipo 2 e a hipertensão. Estando esta controlada, o estudo debruça-se sobre o que influenciou, na amostra estudada, a maior necessidade de recurso à medicação e quais as diferentes classes de fármacos escolhidas.

Particularmente curioso o trabalho apresentado por colegas de Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho sobre a prevalência de disfunção sexual em doentes hipertensos. Sabe-se da prevalência de hipertensão arterial em Portugal e da necessidade de terapêuticas prolongadas, sabemos igualmente que este é um problema com que frequentemente nos confrontamos na nossa prática clínica (de maneira explícita ou de forma encapotada, como no artigo bem se demonstra): estranhamos não haver mais bibliografia publicada sobre este tema da nossa realidade. Esperamos que volte à ribalta nas nossas páginas, até porque neste estudo não se trata, ou os colegas não incluíram no inquérito uma pergunta que teria interesse: qual a prevalência de disfunção antes do início da terapêutica? Os estudos de prevalência de disfunção no nosso país abordam uma distribuição etária que não é a mais comum nos hipertensos e ela é um dos factores determinantes.

Dum grupo de colegas de Medicina Geral e Familiar da ACES do Alto Ave vem um trabalho sobre outro dos temas mais importantes na terapêutica anti-hipertensora na mulher. O uso de anticonceptivos orais, neste caso numa população com outros riscos acrescidos: um cada vez mais prevalente em Portugal, a obesidade, e outro que se mantém em níveis elevados, os hábitos tabágicos.

Finalmente uma colega da ACES Dão Lafões faz um trabalho de avaliação numa Unidade de Saúde Familiar de adequação da prescrição de anti-hipertensores às recomendações (Normas de actuação Clínica) nomeadamente no que se refere à frequência no uso concomitante de inibidores da enzima de conversão da angiotensina com antagonista dos receptores. Os que nos leva à questão das normas não poderem abranger todas as situações clínicas e por vezes aquele tipo de prática se poder justificar.

V. Ramalhinho

PERFIL DE EVOLUÇÃO DA DIABETES MELLITUS E O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL NO CONTROLO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

DIABETES MELLITUS EVOLUTIONAL PROFILE AND BODY MASS INDEX AT ARTERIAL HYPERTENSION CONTROL

Sara Brandão Machado, *interna de formação específica de Medicina Interna, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Avenida Rei Dom Duarte 3504-509 Viseu Portugal, sarabranmac@gmail.com.*
Rui Moreira Marques, *assistente hospitalar de Medicina Interna, Centro Hospitalar Tondela-Viseu.*
Edite Nascimento, *assistente hospitalar de Medicina Interna, Centro Hospitalar Tondela-Viseu.*
António Monteiro, *Diretor de Serviço, Centro Hospitalar Tondela-Viseu.*

Resumo
A Hipertensão arterial (HTA) na Diabetes mellitus (DM) é um fator de risco cardiovascular bem reconhecido, o que acarreta uma elevada morbimortalidade sobretudo se houver clustering com outros fatores de risco cardiovasculares como a obesidade. Como tal, analisou-se a influência do tempo de evolução da DM e o índice de massa corporal (IMC) no controlo da HTA e a escolha das classes de fármacos e associações utilizadas, através de um estudo retrospetivo dos doentes em consulta hospitalar de Diabetologia. Verificou-se uma associação positiva entre o IMC e o número de antihipertensores, o mesmo não acontecendo para o tempo de evolução da DM e, constatou-se que a maioria dos doentes necessita de mais do que um antihipertensor, sendo a associação mais frequente o uso de um antagonista dos canais de cálcio com um antagonista do recetor da angiotensina II. É fundamental que se inclua o tratamento da obesidade como parte do plano terapêutico aplicado de forma individualizada a cada doente. Quanto ao fármaco ideal para este grupo especial de doentes ainda não existe consenso, devendo a redução da pressão arterial per se ser mais importante do que as propriedades individuais das diferentes classes de fármacos disponíveis.

Abstract
Arterial hypertension (AHT) in Diabetes mellitus (DM) is a cardiovascular risk factor well recognized, which carries a high mortality especially if there is clustering with other cardiovascular risk factors such as obesity. As such, we analyzed the influence of chronological evolution of DM and body mass index (BMI) at AHT control as well as the classes of drugs chosen and their associations, through a retrospective study of patients followed in an outpatient hospital consultation. There was a positive association between BMI and the number of antihypertensive drugs, which was not true for the duration of DM. We found that most patients require more than one antihypertensive drug, the most frequent association being a calcium channel blocker with an angiotensin II receptor blocker. It is essential to include the treatment of obesity as part of the treatment plan applied individually for each patient. As for the optimal drug for this particular group of patients there is no consensus so reduction of blood pressure should be more important than the individual properties of the classes of drugs available.

Introdução
A Hipertensão arterial (HTA) na Diabetes mellitus (DM) é um fator de risco cardiovascular bem reconhecido, o que se deve ao impacto da HTA no atingimento de órgão alvo e eventos cardiovasculares, mas também devido ao *clustering* da HTA com outros fatores de risco cardiovasculares, como a obesidade, que aumentam a resistência à insulina (1-3).
O tratamento da HTA é uma das estratégias terapêuticas mais eficazes na redução das complicações micro e macrovasculares da DM e na morbimortalidade prematura associada a esta patologia (3-5).
A prevalência de HTA é, pelo menos, duas vezes maior nos doentes diabéticos, assim como nos doentes obesos (3). Sendo a DM um fator amplificador no risco cardiovascular, torna-se um grande desafio na consulta de Diabetologia hospitalar a abordagem destes doentes, tendo em mente uma estratégia agressiva no tratamento da HTA de forma a se reduzir a morbimortalidade desta população especial.

Objetivos
Analisar a influência do tempo de evolução da doença diabética e respetivo índice de massa corporal (IMC) nos doentes seguidos em consulta de Diabetologia com HTA controlada, assim como, analisar a escolha das classes de fármacos utilizadas e as suas associações nos doentes selecionados.

Métodos
Tratou-se de um estudo de coorte transversal retrospetivo dos

doentes observados na consulta de Diabetologia hospitalar durante 1 ano (2014). De um total de 140 doentes foram excluídos os doentes com HTA não controlada (n=44) ou não hipertensos (n=16), tendo-se incluído 80 doentes com HTA controlada à data da última consulta de 2014. Colheram-se dados demográficos, controlo HTA como definido pela Sociedade Europeia de Cardiologia, IMC obtido nos registos de enfermagem, tempo de evolução da DM e a terapêutica farmacológica antihipertensora em curso, através do sistema informático ALERT e SClínico. Foi feita uma análise estatística recorrendo ao programa SPSS.

Resultados

A população selecionada é constituída exclusivamente por doentes diabéticos tipo 2, com uma média de idade de 67 anos, 64% dos quais mulheres e 36% de homens, com uma moda de IMC de 32 Kg/m^2 (obesidade grau I) e um tempo médio de evolução da Diabetes de 14 anos.

O que influencia mais o recurso a diferentes classes de fármacos: o IMC ou o tempo de evolução da DM?

Na nossa amostra não houve nenhum doente com magreza e o intervalo de IMC calculado foi entre 20 a 47Kg/m^2. Com o objetivo de responder a esta questão, observou-se que o aumento na classe de IMC correspondeu a um aumento do tempo de evolução da doença (imagem 1), o mesmo não sendo tão evidente na relação entre o número de classes farmacológicas utilizadas e o tempo de evolução da doença (imagem 2). Verificou-se uma associação estatisticamente significativa ($p < 0.05$), calculada pela correlação de Pearson (tabela 1), entre o número de classes de fármacos utilizadas e o IMC, o mesmo não acontecendo com o tempo de evolução da DM, pelo que nos doentes observados em consulta de Diabetologia no ano de 2014, o que mais influenciou

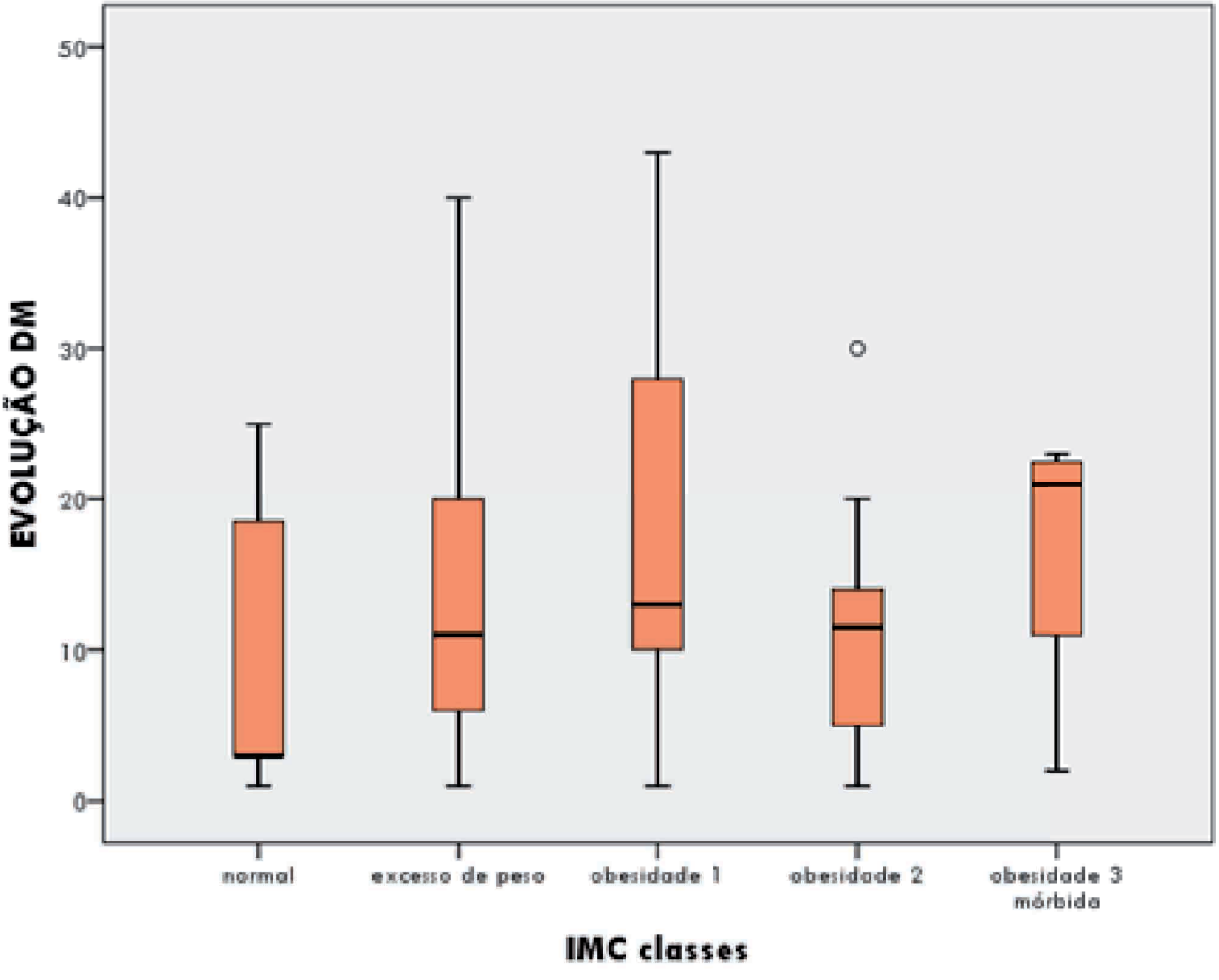


Imagem 1 – Distribuição do IMC com o tempo de evolução da DM.

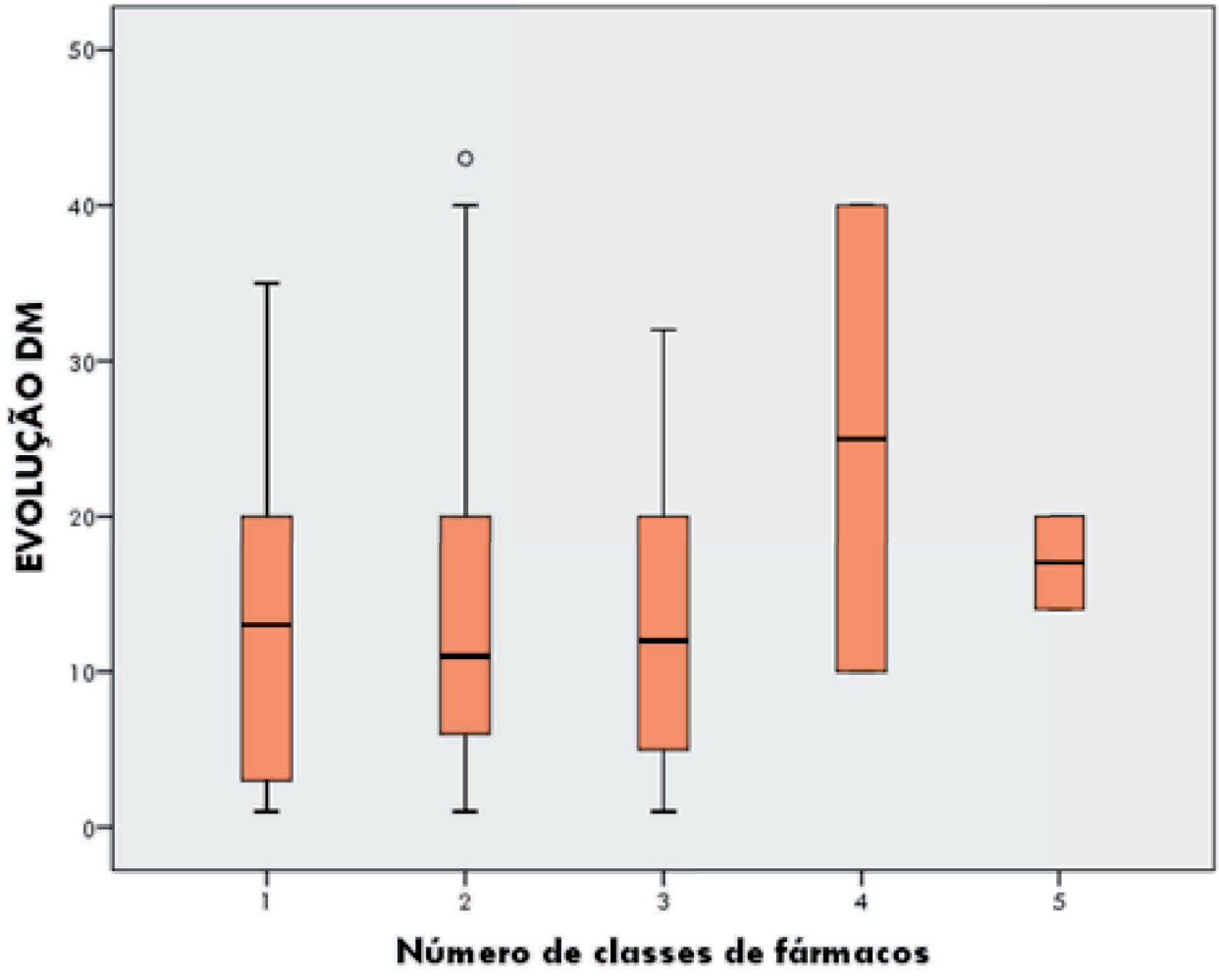


Imagem 2 – Distribuição do nº. de classes farmacológicas com o tempo de evolução da DM.

Tabela 1 - Correlação do nº. de classes de fármacos com o IMC e o tempo de evolução da DM.

Correlations

		N.º de classes de fármacos	EVOLUÇÃO DM	IMC
N.º de classes de fármacos	Pearson Correlation	1	.090	.187*
	Sig. (1-tailed)		.214	.049
	N	80	80	80

*. Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

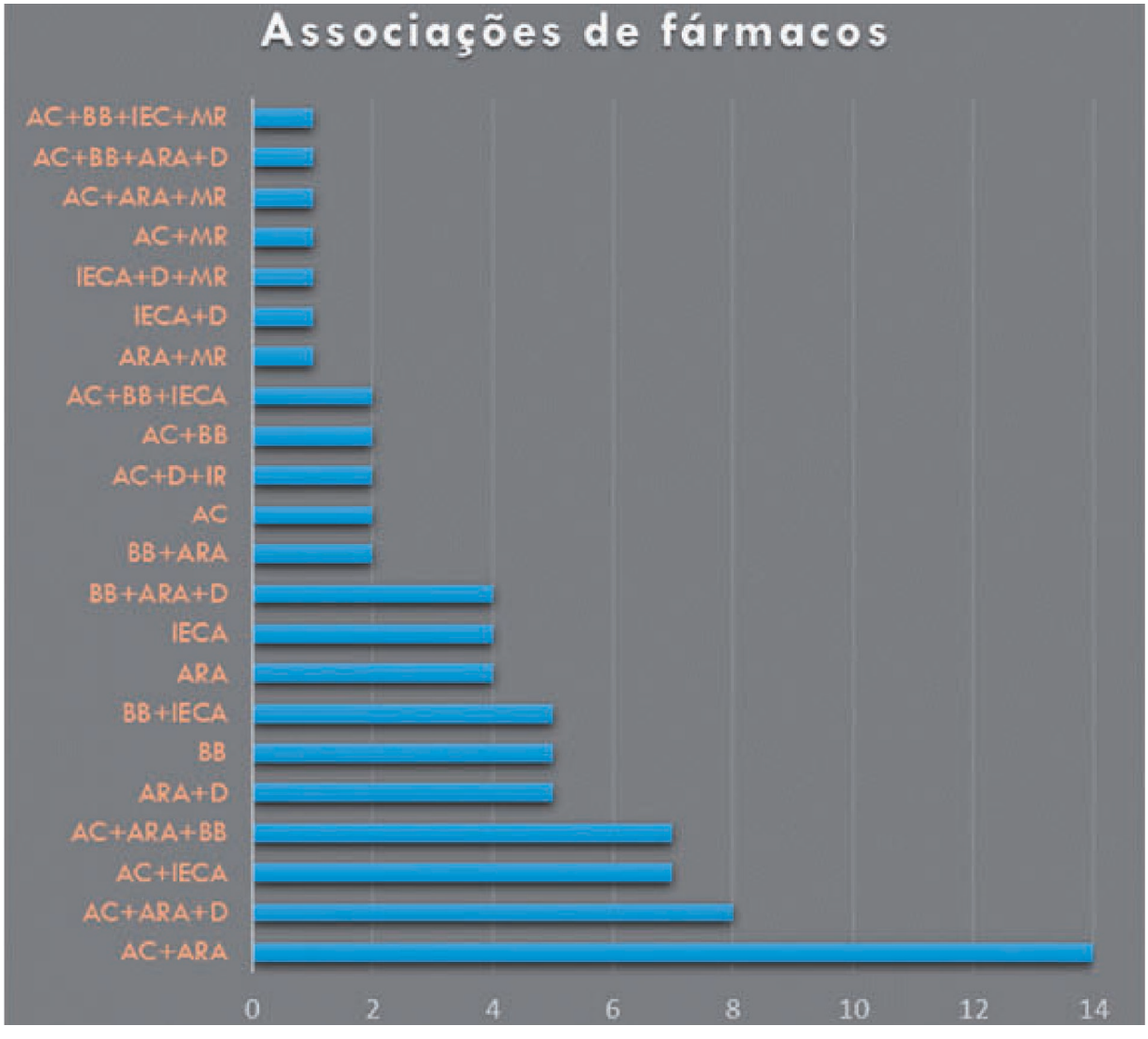


Imagem 3 - Distribuição quantitativa das associações de fármacos. **AC –** antagonista dos canais de cálcio, **ARA –** antagonista do recetor da angiotensina II, **BB –** bloqueador beta, **D –** diurético tiazida, **IECA –** inibidor da enzima de conversão da angiotensina, **MR –** antagonista do recetor mineralocorticóide, **IR –** inibidor da renina.

o recurso a diferentes classes de fármacos foi o IMC.

Quais as classes de fármacos mais usadas e as suas associações?
Nos doentes selecionados verificou-se que as associações de fármacos mais utilizadas em consulta foram a associação de antagonista dos canais de cálcio (AC) com antagonista do recetor da angiotensina II, destacando-se como a mais frequente (n=14), seguida da associação tripla de AC, ARA e diurético tiazida (n=8), seguida de AC com inibidor da enzima de conversão da angiotensina (IECA) (n=7), como explícito na imagem 3. Independentemente do tipo de associação fixa utilizada, a frequência por classe de fármaco pode ser vista na imagem 4, sendo que as classes farmacológicas mais escolhidas no tratamento destes doentes foi, por ordem decrescente, os AC, seguidos dos ARA e bloqueadores beta (BB).

Discussão
Dos doentes diabéticos seguidos em consulta de Diabetologia hospitalar durante um ano, 65% tinham a pressão arterial controlada, o que demonstra a exigência permanente no controlo desta população. Por comparação ao estudo PHYSA realizado em Portugal, este é um número que estará além do panorama nacional, que representava 55,7% de hipertensos controlados numa população constituída também por doentes não diabéticos (6).

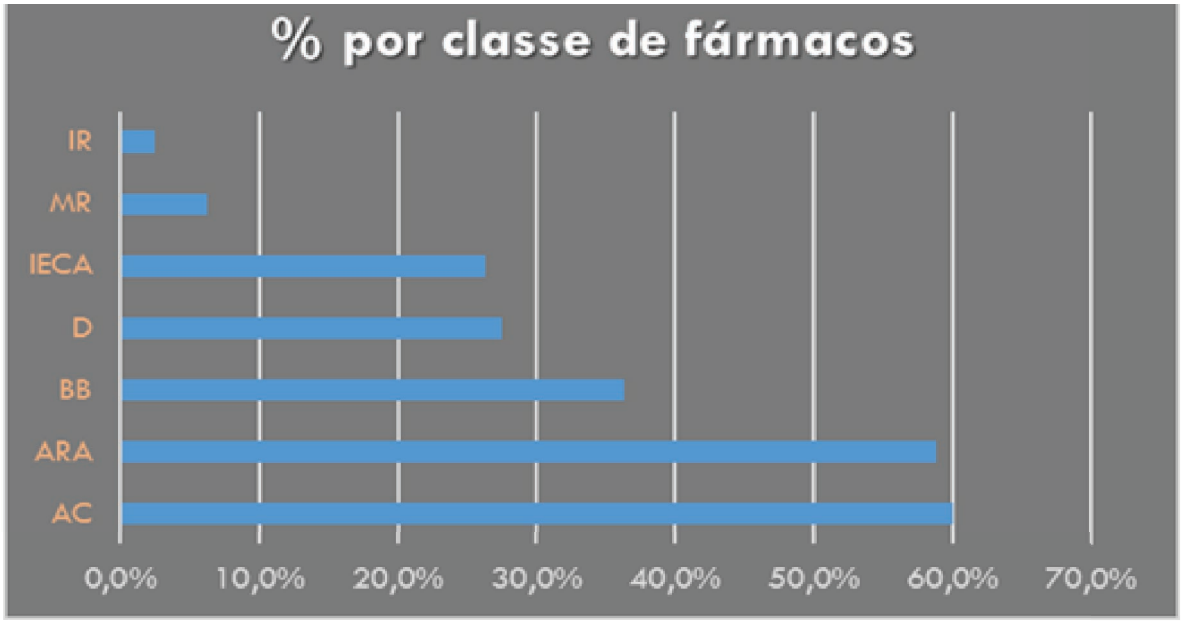


Imagem 4 - Distribuição quantitativa das classes de fármacos. **AC –** antagonista dos canais de cálcio, **ARA –** antagonista do recetor da angiotensina II, **BB –** bloqueador beta, **D –** diurético tiazida, **IECA –** inibidor da enzima de conversão da angiotensina, **MR –** antagonista do recetor mineralocorticóide, **IR –** inibidor da renina.

Verifica-se uma associação positiva, estatisticamente significativa entre o IMC e o número de antihipertensores, o mesmo não se podendo concluir para o tempo de evolução da DM. Portanto, mais importante que o tempo de evolução da doença é o controlo dos fatores de risco cardiovasculares modificáveis. Confirma-se uma tendência de aumento do IMC com o tempo de evolução da DM, reforçando a necessidade do tratamento da obesidade, cujas opções terapêuticas têm crescido nos últimos anos. É fundamental que se inclua o tratamento da obesidade como parte do plano terapêutico, através de medidas higieno-dietéticas aplicadas de forma individualizada a cada doente.

Constata-se também que a maioria dos doentes necessita de mais do que um antihipertensor, sendo a associação mais frequente o uso de um antagonista dos canais de cálcio com um antagonista do recetor da angiotensina II. Os doentes diabéticos com hipertensão devem ser agressivamente tratados para a HTA, necessitando no mínimo de dois fármacos para se atingir o alvo tensional (<140/85mmHg), devendo-se evitar a associação de duas classes que bloqueiem o sistema renina angiotensina aldosterona, tal como observado neste estudo. Apesar dos IECA serem cardioprotetores, tendo o ramipril mostrado eficácia na prevenção de eventos micro e macrovasculares nos diabéticos de alto risco com HTA controlada, e os ARA serem nefroprotetores, ainda não há consenso, neste grupo especial de doentes, quanto ao fármaco ideal para todos os doentes hipertensos com diabetes tipo 2. A maioria dos estudos suporta que a redução da pressão arterial *per se* é mais importante do que as propriedades individuais dos fármacos.

Bibliografia

1 – Williams, B., Blood pressure and diabetes: a fatal attraction, European Heart Journal (2013), 34.
2 – Landsberg, L., Louis, A., Obesity-Related Hypertension: Pathogenesis, Cardiovascular Risk, and Treatment – Position Paper of the The Obesity Society and the American Society of Hypertension, 2012.
3 – The Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology(ESC)and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD) (2013). ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. Europe, European Society of Cardiology.
4 – Nilsson, P., U-shaped Relationship of Blood Pressure to CVD Risk and Relevance to Treatment Goals in Diabetes, Current Cardiovascular Risk Reports, Published online: 9 January 2014, Springer Science+Business Media New York.
5 – The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the EuropeanSociety of Cardiology (ESC) (2013). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. Europe, European Society of Cardiology.
6 – Polonia J, Martins L, Pinto F, Nazare J., Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study, Journal of Hypertension, June 2014.

PREVALÊNCIA DA DISFUNÇÃO SEXUAL EM DOENTES HIPERTENSOS SEGUIDOS NUMA CONSULTA HOSPITALAR DE REFERÊNCIA

PREVALENCE OF SEXUAL DYSFUNCTION IN HIPERTENSIVE PATIENTS WHO ATTEND A HYPERTENSION CLINIC

Rosa Ferreira[1*], Mónica Brinquinho[1], Ana Margarida Fernandes[1], Manuela Sequeira[3], Ana Cristina Carneiro[3], Marta Barbedo[2], Nuno Pereira[2], Vítor Paixão-Dias[3,4].

[1] Interno formação específica de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila nova de Gaia, Portugal.
[2] Assistente de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila nova de Gaia, Portugal.
[3] Assistente Graduado de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila nova de Gaia, Portugal.
[4] Director De Serviço do Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Portugal
**1º autor – rosafcferreira@gmail.com*

Este artigo encontra-se escrito segundo o antigo Acordo Ortográfico

Resumo

Objetivos: *Caracterizar a prevalência de disfunção sexual em doentes hipertensos, relacionar a atividade sexual com a adesão terapêutica e avaliar o grau de comunicação com o médico assistente (MA).*

Métodos: *Estudo transversal de amostra de conveniência consecutiva dos doentes da consulta de Hipertensão Arterial (HTA), no período de Setembro de 2013 a Março de 2014 através de um questionário confidencial. A disfunção sexual feminina foi aferida através do Female Sexual Function Index e a masculina através do International Index of Erectile Function.*

Resultados: *Dos 116 questionários devolvidos, 58 foram considerados válidos. A média de idade foi 50,8 anos (± 13,6). A prevalência de disfunção sexual nas mulheres foi de 67,9%.A prevalência nos homens foi de 83%, e o subtipo mais frequente foi a disfunção eréctil (n=15). Nas mulheres, o baixo nível educacional está associado a maior prevalência de disfunção sexual (p=0,01). Nos homens, foram estabelecidos os seguintes factores de risco: baixo nível educacional (p=0,04) e uso de bloqueadores dos canais de cálcio (BCCs) (p=0,01) para disfunção eréctil; desejo sexual hipoactivo associado a uso BCCs (p=0,03) e tabagismo (p=0,04); disfunção do orgasmo com o uso de BCCs (p=0,02). Metade dos homens e 25% das mulheres associam a disfunção sexual com o início de antihipertensores, 9,7% dos homens admite abandono e nenhuma das mulheres o fez. Apesar de 75% das mulheres e 71% dos homens negarem qualquer constrangimento na discussão do tema com o MA, nenhum doente o abordou com o seu médico.*

Discussão: *Apesar do pequeno tamanho da amostra, e do facto de se tratar de doentes de alto ou muito alto risco vascular seguidos em consulta hospitalar, o que não permite extrapolar os resultados para a população geral, conclui-se que existe uma elevada prevalência de disfunção sexual neste grupo. A associação dos BCCs a risco aumentado de disfunção sexual poderá ser um viés relacionado com o pequeno tamanho da amostra. Nenhum procurou ajuda médica, podendo dever-se a uma subvalorização do problema ou a uma insegurança não reconhecida, tendo o MA um papel fundamental na sua abordagem.*

Palavras-chave:
hipertensão arterial; função sexual; anti-hipertensores; adesão terapêutica.

Abstract

Objective: *The authors aim to characterize the prevalence of sexual dysfunction in hypertensive patients, relate therapy compliance with sexual function and assess the degree of communication with the attending physician (AP).*

Methods: *Cross-sectional study in a consecutive convenience sample of hypertensive patients followed on a hypertension clinic. Data were collected from September 2013 to March 2014, by applying a confidential query to assess sexual function by using the Female Sexual Function Index in women and the International Index of Erectile Function in men.*

Results: *Of the 116 questionnaires applied, 58 were considered valid. Mean age was 50.8 years (± 13.6). The prevalence of sexual dysfunction in women was 67.9%. In men, the prevalence was 83% and the most frequent subtype was erectile dysfunction (ED) (n=15). In women, low educational level was associated with higher prevalence of the dysfunction (p= 0.01). For men, the following risk factors for ED were established: low educational level (p=0.04) and use of calcium channel blockers (CCB) (p= 0.01); for hypoactive sexual desire the following risk factors were use of CCB (p=0.03) and smoking (p=0.04); for orgasm dysfunction the use of CCB was found as risk factor (p=0.02). Half of men and 25% of women associated sexual dysfunction with the beginning of antihypertensive medication; because of this, 9.7% of men admitted abandoning the medication and none of the women did. Although 75% of women and 71% of men denied having a problem with discussing this subject with the AP, none did.*

Discussion: *Although the sample size and the fact that most of these patients are of high or very high cardiovascular risk does not allow extrapolating the findings to the general population, this study draws attention to the high prevalence of sexual dysfunction in this group of patients. The association between use of CCB and higher risk of sexual dysfunction may be due to the small size of the sample. None of the patients sought medical help, perhaps because patients do not value their sexual problems or are not entirely comfortable discussing this subject with their AP. The AP has a preponderant role in the management of this problem.*

Key words:
Hypertension; sexual function; antihypertensive agents; compliance.

Introdução

A disfunção sexual (DS) não é apenas uma co-morbilidade associada à hipertensão arterial (HTA), é também um sinal de alerta para uma doença cardiovascular incipiente ou para o atingimento de órgão alvo[1,2]. Pode ser interpretada como uma progressão natural da doença e/ou efeito lateral da terapêutica anti-hipertensora[3].

Em Portugal, a prevalência global de HTA é de 42,2%, com uma distribuição por género de 44,4% e 40,2% para os géneros masculino e feminino respectivamente, de acordo com o estudo PHYSA[4]. Os estudos em relação à prevalência de disfunção sexual no nosso país são escassos. De acordo com o estudo EpiSex, esta rondará os 56% para o género feminino e 27% para o masculino [5,6].

Pensa-se que as consequências da HTA no sistema vascular e neuronal dos órgãos genitais conduzem a uma diminuição do fluxo sanguíneo e da secreção mucosa genital resultando em DS[7,8].

Certos fármacos antihipertensores, nomeadamente, diuréticos tiazídicos, beta-bloqueantes e alfa-metildopa têm um impacto negativo na função sexual, comprometendo assim a adesão e sucesso terapêuticos[8,9].

Nas mulheres, a DS traduz-se pela diminuição da líbido, da lubrificação dos genitais e dificuldade em atingir o clímax. Nos homens, manifesta-se sobretudo por perturbação da função eréctil. Em ambos os géneros, afecta a autoestima e a confiança contribuindo para a má adesão à terapêutica, em particular no género masculino[7].

O controlo inadequado da HTA resulta frequentemente em intensificação do tratamento farmacológico para compensar a aparente ineficácia terapêutica o que contribui ainda mais para a incidência de efeitos adversos. O tratamento adequado da HTA pode, para além de prevenir a ocorrência de eventos vasculares, melhorar a incidência da DS e impedir o seu agravamento[9].

Com este trabalho os autores pretendem caracterizar a prevalência de disfunção sexual numa população de doentes hipertensos seguidos em consulta de Medicina Interna – HTA e risco vascular, analisar os factores relacionados com a disfunção sexual neste grupo de doentes, compreender o nível de comunicação com o parceiro sexual sobre as vivências sexuais, analisar a facilidade de abordar a disfunção sexual com o médico assistente e correlacionar a adesão à terapêutica com a actividade sexual.

Material e Métodos

Os autores apresentam um estudo observacional transversal com uma amostra de consecutiva de conveniência de doentes seguidos na consulta de Medicina Interna - HTA e risco vascular, num período de tempo entre Setembro de 2013 e Março de 2014 (6 meses).

Foram incluídos todos os doentes sexualmente activos com o diagnóstico de hipertensão arterial que frequentavam a consulta. Foram excluídos todos os doentes que não cumpriam os critérios de inclusão; doentes analfabetos ou incapazes de ler ou escrever Português; doentes acamados, institucionalizados, internados ou portadores de doença mental e mulheres grávidas ou a amamentar na altura da aplicação do questionário.

Considera-se como sendo portadores de HTA todos aqueles que apresentem valores de tensão arterial sistólica superiores ou iguais a 140 mmHg e / ou valores de tensão arterial diastólica superiores ou iguais a 90 mmHg, ou todos os doentes a realizarem terapêutica

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

	Mulheres (n)	Homens (n)	Total % (n)
	28	30	58
Estado civil			
Solteiro	1	1	4% (2)
Casado/ União de facto	17	18	60%(35)
Divorciado/Viúvo	10	11	36%(21)
Escolaridade			
1º ciclo	9	9	31%(18)
2º ciclo	3	1	7%(4)
3º ciclo	7	7	24%(14)
Ensino secundário	4	7	19%(11)
Ensino Superior	5	6	19%(11)
Profissão			
Activo	17	20	63%(37)
Inactivo	11	11	37%(22)

anti-hipertensiva, apesar de valores tensionais controlados.
A disfunção sexual caracteriza-se por alteração em qualquer uma das vertentes da função sexual. Esta foi avaliada pela aplicação de um questionário. Para a avaliação da função sexual no homem foi aplicado o *International Index of Erectile Function (IIEF)* – índice internacional da função eréctil. Para a avaliação da função sexual da mulher foi aplicado o *Female Sexual Function Index (FSFI)* – índice da função sexual feminina, índices devidamente validados previamente para a população portuguesa[10].
Após aprovação em Conselho de Ética, o questionário foi aplicado a todos os doentes que preenchiam os critérios de inclusão. Foi explicada a importância do tema a cada um dos participantes, pedido o consentimento informado e entregue o questionário de auto-preenchimento. Todos os questionários foram preenchidos de forma anónima e confidencial, entregues depois em envelope fechado.
Os dados foram codificados, registados e analisados através do programa Microsoft Office Excel® e SPSS (*statistical package for the social sciences*)® 20.0.

Resultados
Dos 116 questionários devolvidos, foram excluídos 58 por não estarem devidamente preenchidos nas questões sobre a avaliação da função sexual. Dos questionários válidos (n=58), 52% eram do género masculino (n=30) e 48% do género feminino (n=28). A idade média da amostra foi 50,8 anos (± 13,6 anos) com a idade médias das mulheres 48,6 anos (± 11,4 anos) e dos homens 52,8 anos (± 15,2 anos). Avaliando os restantes dados demográficos, o estado civil mais prevalente foi "casado/união de facto" (60% dos inquiridos); 81% dos participantes tinham a escolaridade obrigatória (até 12º ano), sendo que 31% tinha o 1º ciclo completo. Quanto à actividade laboral, 60% dos inquiridos era profissionalmente activos (tabela 1).
No que diz respeito à saúde reprodutiva, a idade de início da actividade sexual foi 18,1 anos (± 3,74 anos), com uma ligeira variação quando avaliados os diferentes sexos: 16,5 anos (± 1,91 anos) nos homens e 19,8 anos (± 4,32 anos) nas mulheres. A maioria das mulheres ainda se encontrava em idade fértil quando foram aplicados os questionários (61%). Das mulheres na menopausa, apenas três tinham usado terapia hormonal de substituição. Quando questionadas sobre antecedentes de cirurgia ginecológica, 46% (n=13) afirmavam já ter sido intervencionada, sendo a mais citada a laqueação tubar. O método contraceptivo mais utilizado foi "nenhum" (43%), seguido do uso contraceptivo oral (32%). Somente cinco mulheres eram nulíparas (18%). Em relação aos homens, 23% apresentava hiperplasia benigna da próstata (HBP), e destes mais de metade realizava terapêutica dirigida à patologia prostática (tabela 2).
Os factores de risco vascular mais frequentemente associados à HTA foram a dislipidemia (35%, n=20), a obesidade (33%, n=19) e a diabetes (26%, n=14) (gráfico 1). De realçar também a elevada prevalência de perturbações depressivas (26%, n=14) (gráfico 1).

Tabela 2 – Caracterização da saúde reprodutiva da amostra

	Mulheres (n)	Homens (n)	Total % (n)
Método contraceptivo			
Nenhum	12		43% (12)
Contraceptivo oral	9		32% (9)
Preservativo	2		7% (2)
Outros	5		18% (5)
Nº filhos			
Nenhum	5		18% (5)
1 a 2 filhos	18		64% (18)
≥ 3 filhos	5		18% (5)
Idade reprodutiva			
Sim	17		61% (17)
Não (menopausa)	11		39% (11)
Cirurgia ginecológica	13		46% (13)
Terapia Hormonal de Substituição	3		10% (3)
Hipertrofia Benigna Próstata		7	23% (7)

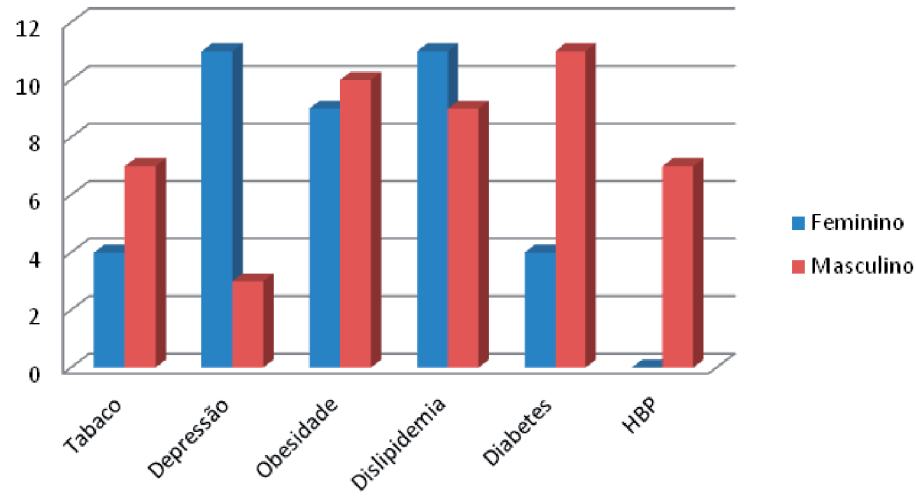


Gráfico 1 – Factores de risco vasculares associados a hipertensão arterial e outras co-morbilidades na amostra.

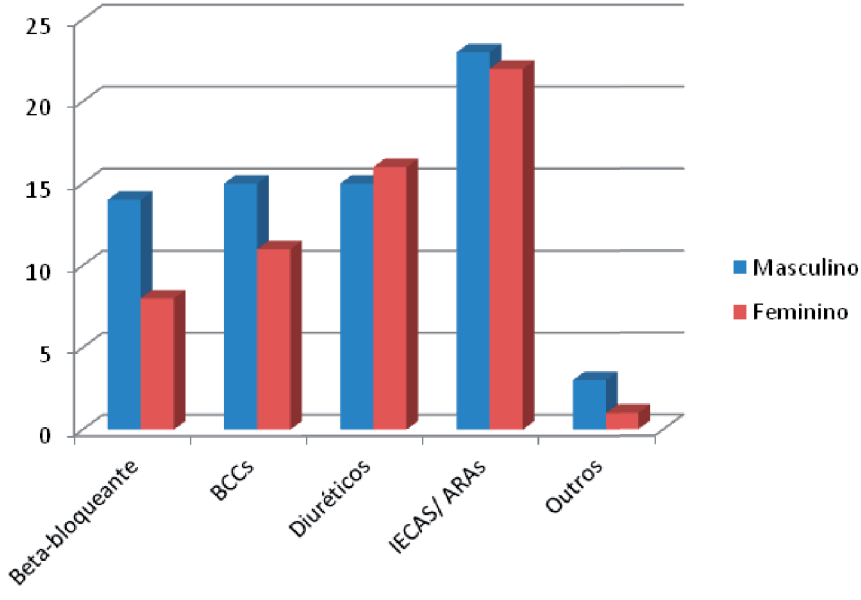


Gráfico 2 – Terapêutica anti-hipertensora utilizada na amostra

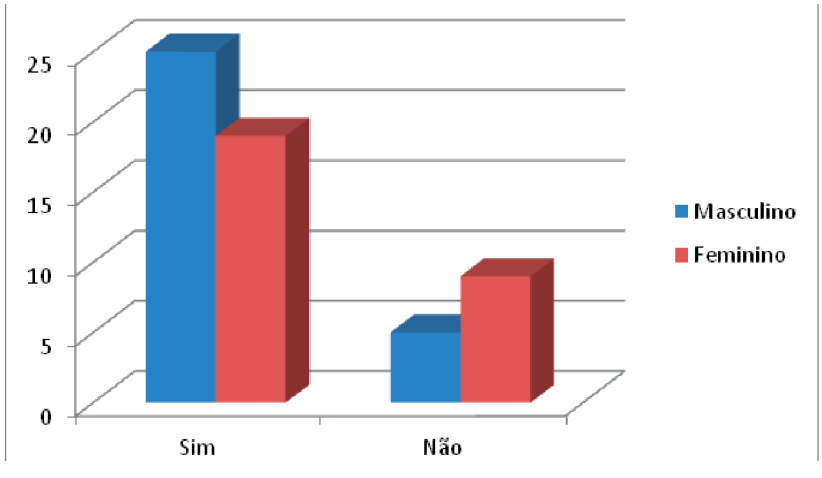


Gráfico 3 – Prevalência de disfunção sexual na amostra

Atendendo à terapêutica anti-hipertensora utilizada, os fármacos mais mencionados foram os bloqueadores do eixo renina-angiotensina, IECA's/ARA-II's, (76%, n=45) e os diuréticos (53%, n=31) (gráfico 2). Os beta-bloqueantes foram usados em 38% dos inquiridos (n=22) e os bloqueadores dos canais de cálcio (BCCs) em 44% (n=26) (gráfico 2).

Através da aplicação dos índices de avaliação da função sexual (**IIEF** e **FSFI**), foi possível concluir uma prevalência de disfunção sexual na amostra de 74%. Na amostra masculina a prevalência foi de 83% e na feminina foi de 68% (gráfico 3). Nas mulheres pela aplicação do FSFI e distribuindo posteriormente por "**sem disfunção sexual**", "**disfunção leve a moderada**" e "**disfunção severa**", constatou-se que 23% (n=9) não apresentava qualquer tipo de disfunção e que 46% (n=13) tinha disfunção severa. Nos homens através do IIEF foi possível subdividir pelos diferentes subtipos de disfunção sexual masculina: disfunção eréctil, perturbação do orgasmo, perturbação do desejo sexual, perturbação da satisfação global e da satisfação sexual. A **disfunção eréctil** foi a mais frequente na amostra, com quinze inquiridos a referi-la. Outras perturbações com prevalência significativa foram a perturbação da satisfação com a actividade sexual (n=14), a perturbação do orgasmo (n=14) e a perturbação com a satisfação global da vivência sexual (n=14) (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição de disfunção sexual masculina consoante os diferentes subtipos após a aplicação do IIEF

Disfunção na Função Sexual Masculina	% (n)
Disfunção Eréctil	50% (15)
Sem	50% (15)
Leve a moderada	23% (7)
Grave	27% (8)
Satisfação Global	47% (14)
Sem	53% (16)
Leve a moderada	40% (12)
Grave	7% (2)
Desejo Sexual	33 % (10)
Sem	66% (20)
Leve a moderada	23% (7)
Grave	1% (3)
Orgasmo	47% (14)
Sem	54% (16)
Leve a moderada	30% (9)
Grave	16% (5)
Satisfação Sexual	47% (14)
Sem	53% (16)
Leve a moderada	36% (11)
Grave	1% (3)
Disfunção Sexual	83%

Vários factores mostraram influenciar a função sexual nos homens e nas mulheres. O baixo grau educacional correlacionou-se com a disfunção sexual feminina, aumentando o seu risco (*p=0,001*). Nos homens como factores de risco associados a disfunção eréctil encontrou-se o baixo grau educacional (*p=0,042*), uso de BCCs (*p=0,010*) e a terapêutica para a HBP (*p=0,048*). A perturbação do orgasmo associou-se negativamente à terapêutica para a HBP (*p=0,001*), uso de BCCs (*p=0,021*) e depressão (*p=0,034*). Como prováveis factores de risco para desejo sexual hipoactivo encontra-se o uso de BCCs (*p=0,030*) e tabagismo (*p=0,046*). Por fim, a terapêutica para HBP associa-se a baixo grau de satisfação sexual (*p=0,003*).

Dos inquiridos, 38% (n=22) relaciona o início de uso de fármacos anti-hipertensores com as perturbações na função sexual: 50% dos homens e 25% das mulheres inquiridas. Apenas três homens (< 10%) admitiram abandonar a terapêutica anti-hipertensora instituída pelas perturbações na função sexual enquanto nenhuma das mulheres o fez. Quanto ao uso de fármacos potenciadores da função sexual, como os inibidores da 5-fosfodiasterase, 5% dos inquiridos (n=3) confirmaram o seu uso. Em relação ao parceiro(a) sexual, 18% das mulheres (n=5) e 23% dos homens (n=7) não se sente confortável a abordar a sexualidade com este(a). A prevalência de disfunção sexual no(a) parceiro(a) foi de 10% (n=6). Quando abordados sobre o à vontade para expor os problemas de índole sexual ao médico assistente, a maioria não tinha nenhum constrangimento (75% das mulheres e 71% dos homens). Porém, nenhum dos doentes procurou ajuda junto do médico assistente.

Discussão

O tamanho pequeno da amostra e o facto de ser uma amostra consecutiva não permite extrapolar os resultados para a população geral de doentes hipertensos, dado não se tratar de uma amostra suficientemente heterogénea e representativa da população em estudo. Algumas das limitações foram contornadas, mas devem ser destacadas. Os erros de medição foram minimizados pela aplicação de um questionário de resposta única e fechada, previamente validado para a população portuguesa. O viés de autosseleção deve também ser considerado na análise dos dados, dado o questionário ser de preenchimento voluntário. Assim, mais uma vez, apesar das conclusões relevantes, os resultados não podem extrapolados para a população de doentes hipertensos em Portugal.

A prevalência de disfunção sexual foi de 74% (83% no sexo masculino e 68% no sexo feminino), sendo um valor mais elevado que em outros estudos de prevalência em doentes hipertensos. Em Portugal desconhece-se a realidade da disfunção sexual em hipertensos e não hipertensos, sendo poucos os estudos encontrados[5,6,11,12]. Sabe-se porém que a disfunção sexual é mais

frequente nos doentes hipertensos, com uma prevalência duas vezes superior ao da população não hipertensa, explicando talvez os valores encontrados[13]. Nas mulheres, cerca de metade tinha disfunção severa, um valor preocupante, mas expectável face às co-morbilidades do grupo – doentes de alto e muito alto risco cardiometabólico, seguidos numa consulta de referência de hipertensão arterial. Em relação aos homens, a disfunção eréctil foi citada em metade dos doentes inquiridos, apontando para uma prevalência superior no nosso estudo (35% em homens hipertensos [13] e 13% na população geral portuguesa[5]).

Quando abordámos os factores relacionados com a função sexual de ambos os sexos, está descrito já na literatura a relação da baixa literacia, hiperplasia benigna da próstata e sua terapêutica, assim como a depressão e antidepressivos[13]. Não se encontra descrita a relação entre tabagismo e desejo sexual hipoactivo no homem. Em relação aos fármacos antihipertensores, a associação encontrada para os BCCs provavelmente deve-se a um viés da amostra, dado que entre os fármacos usados na hipertensão arterial não estão descritos efeitos laterais negativos na função sexual do homem e da mulher, ao contrário dos diuréticos tiazídicos e dos beta-bloqueantes não vasodilatadores[7].

A função sexual afeta negativamente a adesão ao plano terapêutico, devido às interacções já conhecidas dos fármacos. Uma pequena percentagem dos doentes – só do sexo masculino - admitiu abandonar a terapêutica instituída, o que vai de encontro aos dados prévios da literatura. Apesar da adesão à terapêutica não variar com o género do doente, a má função sexual neste grupo pode diminuir a adesão nos homens, facto não constatado nas mulheres. Um ensaio de 2005 mostrou que se a disfunção eréctil fosse tratada eficazmente com sildenafil, a adesão aos fármacos antihipertensores aumentava [14].

Quanto à procura de ajuda para o problema, apesar da maioria dos doentes admitir não considerar importante abordar o tema com o médico ou querer fazê-lo, nenhum doente procurou activamente ajuda médica para os problemas sexuais. No estudo Episex, 55% das mulheres e 42% dos homens com disfunção sexual consultou algum profissional de saúde devido aos problemas sexuais, havendo ainda uma enorme parcela de doentes afectados que não procurou ajuda[5,6]. Nesse mesmo estudo, os motivos mais citados para os que não procuraram ajuda foram "estou bem como estou", "não me sinto à vontade para falar" ou "acho que o meu médico não percebe disto", o que realça uma subvalorização do problema ou uma insegurança não reconhecida, tendo o médico assistente um papel fundamental na sua abordagem como gestor do problema [5,6].

No entanto, apesar dos resultados do nosso estudo serem reveladores de uma realidade desconhecida de muitos na prática clínica, estes dados devem ser interpretados à luz da amostra analisada. O diagnóstico de disfunção sexual, particularmente da disfunção eréctil, constitui uma oportunidade para identificar os doentes com risco vascular acrescido decorrente do envolvimento aterosclerótico das pequenas artérias dos órgãos genitais e para uma atitude mais agressiva na tentativa de redução do risco vascular global. Faltam contudo mais estudos, para melhor se conhecer a realidade dos doentes hipertensos com disfunção sexual e a pluralidade do seu seguimento e tratamento.

Bibliografia

1. Jackson G, Boon N, Eardley I, Kirby M, Dean J, Hackett G, Montorsi P, Montorsi F, Vlachopoulos C, Kloner R, Sharlip I, Miner M. Erectile dysfunction and coronary artery disease prediction: evidence-based guidance and consensus. Int J Clin Pract 2010; 64: 848 – 857.
2. Vlachopoulos C, Ioakeimidis N, Terentes-Printzios D, Stefanadis C. The triad: erectile dysfunction–endothelial dysfunction–cardiovascular disease. Curr Pharm Des 2008; 14: 3700 – 3714
3. Prisant LM et al. Sexual dysfunction and antihipertensive drugs. Arch Int Med 1994; 154: 730 - 736.
4. Polonia J, Martins L, Pinto F, Nazare J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. Journal of Hypertension 2014, 32: 1211 – 1221
5. Vendeira P, Pereira N, Tomada N, Carvalho J. Episex-PT: epidemiologia das disfunções sexuais masculinas em Portugal. ISex Cadernos de Sexologia, América do Norte, 0, Jun. 2011
6. Vendeira P, Pereira N, Serrano F, Carvalheira A. Episex-PT: Epidemiologia das disfunções sexuais femininas em Portugal. ISex Cadernos de Sexologia, América do Norte, 0, Jun. 2011.
7. Vlachopoulos C, Jackson G, Stefanadis C, Montorsi P. Erectile dysfunction in the cardiovascular patient. European Heart Journal (2013) 34: 2034 – 2046.
8. Latif, RA; et al. Duration of hypertension and antihypertensive agents in correlation with the phases of female sexual response cycle. Compr Psychiatry 2014; 55 Suppl 1:S7-12
9. Grimm Jr. RH et al. Long term effects on sexual function of five antihypertensive drugs and nutritional hygienic treatment in hypertensive men and women: treatment of mild hypertension study (TOMHS). Hypertension 1997; 29: 8-14.
10. Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, F. A. (2006). Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. Journal of Sex and Marital Therapy, 32, 173-182.
11. Duncan LE, et al. Sex, drugs and hypertension: a methodological approach for studying a sensitive subject. International Journal of Impotence research 2000;13: 31-40.
12. Cerejo, A. Disfunção sexual feminina: prevalência e factores relacionados. Rev Port Clin Geral 2006; 22: 701-20.
13. Manolis A, Doumas M. Sexual dysfunction: the 'prima ballerina' of hypertension-related quality-of-life complications. Journal of Hypertension. 2008 Nov;26(11):2074-84.
14. Holt E, Joyce C, Dornelles A, Donald M, Webber L, Muntner P, Krousel-Wood M. Sex Differences in Barriers to Antihypertensive Medication Adherence: Findings From the Cohort Study of Medication Adherence Among Older Adults (CoSMO). J Am Geriatr Soc. 2013 April; 61(4): 558–564.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA PRESCRIÇÃO DE CONTRACETIVOS HORMONAIS COMBINADOS EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL, FUMADORAS OU OBESAS

QUALITY ASSESSMENT OF COMBINED HORMONAL CONTRACEPTIVES PRESCRIPTION IN FERTILE WOMEN, SMOKERS OR OBESE

1. Sofia Vinhas
Grau académico: Mestrado Integrado em Medicina
Função: Interna de Medicina Geral e Familiar do 4º ano
Local de trabalho: USF Novo Cuidar, ACeS do Alto Ave
Morada: Avenida D. João IV, 1076 – Bloco E 7º direito, Urgezes. 4810-534 - Guimarães
Email: msofiavinhas@hotmail.com

2. Liliana Barbosa
Grau académico: Mestrado Integrado em Medicina
Função: Interna de Medicina Geral e Familiar do 4º ano
Local de trabalho: USF Vimaranes, ACeS do Alto Ave

3. Fátima Dinis
Grau académico: Mestrado Integrado em Medicina
Função: Interna de Medicina Geral e Familiar do 4º ano
Local de trabalho: USF de Ronfe, ACeS do Alto Ave

4. Paula Freitas
Grau académico: Mestrado Integrado em Medicina
Função: Interna de Medicina Geral e Familiar do 4º ano
Local de trabalho: USF Ara Trajano, ACeS do Alto Ave

Resumo

Introdução: *A anticonceção tem como finalidade impedir que o relacionamento sexual resulte em gravidez. Os critérios de elegibilidade de um método são definidos de acordo com os fatores de risco apresentados pelo individuo. Doenças como a obesidade e tabagismo podem atribuir uma categoria 3 ou 4 a um método contracetivo que em mulheres sem fatores de risco seriam categoria 1.*

Objetivo: *Avaliar e garantir a qualidade da prescrição de contracetivos orais combinados (CHC), em mulheres em idade fértil, fumadoras com idade ≥35 anos ou IMC≥35 Kg/m2, inscritas no programa de planeamento familiar (PF) de quatro Unidades de Saúde Familiar do ACeS do Alto Ave.*

Metodologia: *Dimensão estudada: qualidade técnico-científica. Unidade de estudo: utentes do sexo feminino, em idade fértil, inscritos no programa de PF, obesas e/ou fumadoras, com categoria de risco 3 ou 4 para utilização de CHC. Colheita de dados: Agosto de 2014. Amostra: não aleatória. Tratamento dos dados: Excel® 2010. Tipo de intervenção: educacional e interventiva. Reavaliação: setembro de 2016.*

Resultados: *Foram incluídas 1222 mulheres com IMC≥35 Kg/m2 e/ou fumadoras com idade ≥35 anos. A percentagem de prescrição de CHC foi de 41,6% nas mulheres fumadoras (n=383) e 46,9% nas obesas (n=161). Considerando apenas a categoria de risco 4, temos que 35,3% das utentes com tabagismo ativo e 48,1% das obesas utilizam este método anticoncecional.*

Discussão: *Embora o trabalho realizado tenha várias limitações, de entre as quais a não identificação da totalidade dos indivíduos por subcodificação, apresenta-nos dados muito alarmantes no que concerne à utilização de CHC em mulheres fumadoras ou obesas. Deste modo foi feito o alerta aos profissionais de saúde e à população e discutidos em cada USF os padrões de qualidade a alcançar na próxima reavaliação.*

Tipo de estudo: *avaliação e melhoria da qualidade*

Palavras-chave:
Anticoncepção;
Planeamento Familiar;
Melhoria da Qualidade;
Tabagismo;
Obesidade.

Abstract

Introduction: *Contraception is a term used for methods with the intent to prevent pregnancy. The eligibility criteria of a method are defined according to the risk factors presented by the individual. Diseases such as obesity and smoking can assign a category 3 or 4 to a contraceptive method that in women with no risk factors would be category 1.*

Objective: *Evaluate and ensure the quality of prescribing combined oral contraceptives (CHC) in women at childbearing age, smokers aged ≥35 years or BMI≥35kg/m2, registered in the family planning program (PF) of four Family Health Units of the Alto Ave ACeS.*

Methodology: *Study dimension: technical and scientific quality. Unit of study: Female users at childbearing age, enrolled in the family planning program, obese and / or smokers, with risk category 3 or 4 for use of HCC. Data collection: August 2014. Sample: not random. Data processing: Excel® 2010. Type of intervention: educational and interventional. Revaluation: September 2016.*

Results: *1222 women were included IMC≥35 kg / m2 and / or smokers aged ≥35 years. The percentage of CHC prescription was: 41.6% in women who smoke (n = 383) and 46.9% in obese women (n = 161). Considering only the risk category 4, we have 35.3% of users with active smoking and 48.1% of obese ones using this anticoncecional method.*

Discussion: *Although this study has several limitations, such as not identifying all individuals by sub coding, presents us very alarming data regarding the use of CHC in women who smoke or obese. Thus, a warning was made to health professionals and the public as were discussed at each Family Health Unit quality standards to be achieved in the next review.*

Type of study: *evaluation and quality improvement*

Key words:
Contraception;
Family Planning;
Quality Improvement;
Smoking;
Obesity

Introdução

Anticonceção é o uso de métodos e técnicas com a finalidade de impedir que o relacionamento sexual resulte em gravidez. É o recurso a um planeamento familiar para a constituição da prole desejada e programada, de forma consciente.[1]

Os critérios de elegibilidade de um método anticoncecional são definidos pelo conjunto de características apresentadas pelo/a candidato/a, e que indicam se aquela pessoa pode ou não utilizá-lo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) criou um grupo de trabalho que classificou essas condições em quatro categorias,[1] assim dispostas:

- Categoria 1: sem qualquer restrição ao uso;
- Categoria 2: risco habitualmente menor do que os benefícios decorrentes de seu uso;
- Categoria 3: risco habitualmente superior aos benefícios decorrentes de seu uso, no entanto, o método é classificado como não sendo o mais apropriado para aquela pessoa;
- Categoria 4: o método está contraindicado.

Os contracetivos hormonais combinados (CHC), que contêm tanto estrogénio como progesterona, são o método contracetivo mais usado, sendo responsáveis por cerca de 62% dos contracetivos prescritos[2,3]. A maior parte das mulheres podem utilizá-lo sem um grande aumento do risco para a saúde. Contudo, este método não é adequado para todas as mulheres[2,3]. Está associado com um aumento do risco de eventos cardiovasculares,[2,3] mesmo entre mulheres saudáveis e algumas características pessoais e condições médicas aportam um risco acrescido.[4,5,6,7,8,9]

O uso de CHC está associado a um risco de 2 a 3 vezes superior de enfarte agudo do miocárdio (EAM).[7] Se ao CHC acrescermos o uso de um ou mais fatores de risco, sobretudo o tabagismo, verifica-se um efeito sinérgico entre ambos, resultando num risco significativamente mais elevado de EAM em mulheres jovens.[10]

O risco de tromboembolismo venoso (TEV) é 2 a 6 vezes superior em mulheres que utilizam CHC, comparado com mulheres que não o utilizam, sendo este risco 30 vezes superior em mulheres com índice de massa corporal (IMC) elevado, relativamente às com peso normal.[11,12] Existe também um efeito potenciador deste risco se consumo concomitante de tabaco, com um risco estimado em 2 vezes superior às não fumadoras.[13]

Os fatores de risco para as utilizadoras de CHC classificados como categoria 3 e 4 incluem obesidade (IMC≥ 40kg/m2 para a categoria 4 e IMC≥ 35 kg/m2 para a categoria 3), hipertensão arterial, tabagismo em mulheres com mais de 35 anos (categoria 4 - ≥ 15 cigarros/ dia, categoria 3 - <15 cigarros/ dia ou que tenha suspendido o consumo tabágico há menos de 1 ano), enxaqueca e história familiar de TVP, história pessoal de trombose venosa profunda, antecedentes de EAM e de acidente vascular cerebral.[14,15]

A OMS publicou orientações relativas à segurança de utilização dos diferentes métodos contracetivos, nomeadamente no que se refere à contraceção hormonal combinada, baseada nas evidências científicas disponíveis que posteriormente foram revistas e adaptadas por outras entidades (critérios de elegibilidade 2009/2010).[1] Os CHC não devem ser utilizados na presença de qualquer uma das situações classificadas como categoria 4 e deve ser dada preferência a outros métodos contracetivos nas situações classificadas como categoria 3. Se uma destas situações surgir pela primeira vez durante o uso de CHC, a toma do medicamento deverá ser interrompida.[1]

Sendo o tabagismo e a obesidade extremamente prevalentes na nossa sociedade, e havendo a perceção por parte das autoras de que existem mulheres com categoria 3 e 4 a realizar CHC, o objetivo deste trabalho de qualidade é avaliar a qualidade da prescrição de CHC em mulheres em idade fértil, inscritas no programa de Planeamento Familiar (PF), com obesidade (IMC≥ 35 kg/m2), e/ou fumadoras com mais de 35 anos, tendo em vista a aplicação de medidas interventivas no sentido de diminuir a sua utilização nestes grupos de risco.

Metodologia

Foi efetuado um estudo de avaliação e garantia da qualidade técnico-científica da prescrição de CHC.

A população em estudo foram as utentes do sexo feminino em idade fértil, inscritas no programa de Planeamento Familiar a 31-12-2013, obesas e/ou fumadoras, com categoria de risco 3 ou 4 para utilização de CHC (IMC ≥ 35 Kg/m2 e mais de 35 anos de idade, respetivamente), das USF de Vimaranes, USF Novo Cuidar, USF de Ronfe e USF Ara Trajano, do ACeS do Alto Ave.

Os critérios avaliados na população foram: % de prescrição de CHC em mulheres obesas com IMC ≥ 35 Kg/m^2; % de prescrição de CHC em mulheres fumadoras com ≥ 35 anos de idade; número de utentes a quem foi proposta alternativa contracetiva e recusaram a sua utilização; % de prescrição de CHC em cada categoria de risco para a utilização dos CHC.

Os dados foram consultados no processo clínico eletrónico. As listagens dos indivíduos inscritos no Programa de PF, por USF e por Médico de Família (MF), a 31-12-2013, foram obtidas no MIM@UF; destas, foram selecionadas as mulheres que tinham na lista de problemas os códigos T82 (obesidade) e/ou código P17 (fumadoras) com idade igual ou superior a 35 anos de idade, identificadas também através do MIM@UF. O valor de IMC foi pesquisado no programa informático SAM na ficha individual ou outro programa de saúde ativo. A história de tabagismo ativo foi pesquisado no programa informático SAM na Ficha Individual ou outro programa de saúde ativo ou na lista de problemas (código P17) com data de diagnóstico igual ou anterior à última consulta presencial da utente com o seu MF. Foram consideradas as mulheres fumadoras, com idade igual ou superior a 35 anos de idade e com tabagismo ativo na data da última consulta presencial (isto é, mais de 0 cigarros/dia na Ficha Individual ou outro programa de saúde ativo). A prescrição de CHC foi pesquisado no programa informático SAM no módulo "receita" e na ficha "Planeamento Familiar". Foram consideradas como a fazer CHC as mulheres com método contracetivo validado nos últimos 3 anos (01-01-2011 a 31-12-2013), CHC prescrito no módulo receita nesse período ou

ainda por referência ao CHC em texto livre nas consultas efetuadas nesse período.
Foram excluídos: os indivíduos inscritos no programa de PF em fase de menopausa; aqueles sem consulta presencial no MF no período em análise; falecidos; com IMC < 35 Kg/m2; sem tabagismo ativo (registo de 0 cigarros/dia em 2 avaliações consecutivas num período superior a 1 ano); indivíduos obesos ou fumadores sem programa de PF aberto/ativo.
O estudo consistiu numa avaliação interna, retrospetiva. A colheita dos dados decorreu durante o mês de agosto e setembro de 2014. O tratamento dos dados foi efetuado em base de dados Excel® 2010.
Por não ser obtido na literatura um padrão de qualidade de referência, as autoras discutiram-no com as respetivas equipas após apresentação dos resultados da primeira fase.
A intervenção prevista será educacional e estrutural no período de setembro de 2014 a dezembro de 2015. A reavaliação será efetuada em setembro de 2016.
Foi solicitada autorização ao coordenador de cada USF para a sua realização, e autorização aos médicos de cada USF para aceder ao processo eletrónico dos seus utentes para a colheita dos dados.

Resultados
Foram incluídas 1222 mulheres inscritas no Programa de PF, com consulta presencial no MF de 01-01-2011 a 31-12-2013, com IMC ≥ 35 Kg/m2 e/ou com tabagismo ativo.
A distribuição das utentes incluídas pode ser observada no quadro 1. O maior número de utentes foi incluído nas USF Vimaranes e USF de Ronfe (33,4% e 31,5% respetivamente), sendo na USF Ara

USF	Fumadoras	Obesas (IMC≥ 35 Kg/m2)	Fumadoras e obesas	Total
Ara Trajano	131	0	6	**137**
Novo Cuidar	165	118	9	**292**
Ronfe	262	110	13	**385**
Vimaranes	321	74	13	**408**
TOTAL	**879**	**302**	**41**	**1222**

QUADRO 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS UTENTES INCLUÍDAS, POR USF E FATOR DE RISCO IDENTIFICADO

USF	Faixa etária						Total
	16-30 anos		31-45 anos		46-60 anos		
USF Ara Trajano	1	0,7%	96	70,1%	40	29,2%	**137**
USF Novo Cuidar	24	8,2%	199	68,1%	69	23,6%	**292**
USF Ronfe	15	3,9%	233	60,5%	137	35,4%	**385**
USF Vimaranes	14	3,4%	235	57,6%	159	39,0%	**408**
Total	**54**	**4,4%**	**763**	**62,4%**	**405**	**33,1%**	**1222**

QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS UTENTES INCLUÍDAS, POR FAIXA ETÁRIA E POR USF

	Fumadoras (n)			Com registo de CHC							
						SIM					
	Categoria 3 (<15 cigarros/dia)	Categoria 4 (≥ 15 cigarros/dia)	Total	Sem informação	NÃO	Categoria 3 (<15 cigarros/dia)		Categoria 4 (≥ 15 cigarros/dia)		Total (categoria 3 e 4)	
Ara Trajano	43	11	**137**	3	79	**18**	41,9%	**5**	45,5%	**55**	40,1%
Novo Cuidar	117	56	**174**	0	102	**54**	46,2%	**18**	32,1%	**72**	41,4%
Ronfe	191	61	**275**	2	148	**91**	47,6%	**26**	42,6%	**125**	45,5%
Vimaranes	175	90	**334**	0	203	**73**	41,7%	**28**	31,1%	**131**	39,2%
TOTAL	**526**	**218**	**920**	**5**	**532**	**236**	**44,9%**	**77**	**35,3%**	**383**	**41,6%**

QUADRO 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS UTENTES INCLUÍDAS COM TABAGISMO ATIVO, POR USF E POR GRUPO DE RISCO, COM E SEM REGISTO DE UTILIZAÇÃO DE CHC

	Utentes com IMC ≥ 35 Kg/m² (n)			Com registo de CHC							
						SIM					
	Categoria 3 (IMC < 40 Kg/m2)	Categoria 4 (IMC ≥ 40 Kg/m2)	Total	Sem informação	NÃO	Categoria 3 (IMC < 40 Kg/m2)		Categoria 4 (IMC ≥ 40 Kg/m2)		Total (categoria 3 e 4)	
Ara Trajano	2	4	**6**	0	3	**2**	100,0%	**1**	25,0%	**3**	50,0%
Novo Cuidar	43	84	**127**	0	66	**17**	39,5%	**44**	52,4%	**61**	48,0%
Ronfe	38	85	**123**	0	70	**17**	44,7%	**36**	42,4%	**53**	43,1%
Vimaranes	21	66	**87**	6	37	**10**	47,6%	**34**	51,5%	**44**	50,6%
TOTAL	**104**	**239**	**343**	**6**	**176**	**46**	44,2%	**115**	48,1%	**161**	46,9%

QUADRO 4 – DISTRIBUIÇÃO DAS UTENTES INCLUÍDAS COM IMC ≥ 35 KG/M2, POR USF E POR GRUPO DE RISCO, COM E SEM REGISTO DE UTILIZAÇÃO DE CHC

Trajano que se identificou o menor número de indivíduos (11,2%). Das 1222 mulheres incluídas, 71,9% eram fumadoras e 24,7% tinham um IMC≥ 35 Kg/m2. Apenas 43 utentes apresentavam os dois fatores de risco concomitantemente.
As utentes incluídas tinham, em média, 42,3 anos de idade (máximo de 57 anos, mínimo 16 anos), e encontravam-se maioritariamente na faixa etária dos 31 aos 45 anos de idade (62,4%, n=763), com a minoria entre os 16 e os 30 anos (4,4%, n=54). (tabela 4).

A) Prescrição de CHC nas mulheres com idade igual ou superior a 35 anos fumadoras (quadro 3)
Foram identificadas 920 utentes com tabagismo ativo. Destas, 41,6% (n=383) encontram-se a utilizar CHC como método contracetivo, não se tendo obtido informação de 0,5% das utentes (n=5).
Analisando apenas as utentes pertencentes à categoria 4 (n=218), nas quais o método é contraindicado, verificou-se que 35,3% (n=77) o utilizavam.
No que respeita às utentes pertencentes à categoria 3, encontravam-se 44,9% das utentes a realizar CHC (n=236).
Das utentes fumadoras a realizar CHC, apenas 17 (4,4%) tinham no processo clinico eletrónico referência à recusa em abandonar o método anticoncetivo utilizado (n = 9 na USF Novo Cuidar, n = 4 na USF de Ronfe e n = 4 na USF Vimaranes).

B) Prescrição de CHC nas mulheres com IMC ≥ 35 Kg/m2 (quadro 4)
Foram identificadas 343 utentes com IMC ≥ 35 Kg/m2. Destas, 46,9% (n=161) encontravam-se a utilizar CHC como método anticoncetivo, não se tendo obtido informação de 1,7% das utentes (n=6).
Das mulheres com IMC ≥ 35 Kg/m2, 69,7% (n=239) pertenciam à categoria 4 de risco para utilização de CHC, das quais 48,1% (n=115) se encontravam a realizar o método.
Das 104 mulheres do grupo de risco 3, 44,2% realizavam CHC (n=46).
Das utentes com IMC ≥ 35 Kg/m2 a realizar CHC, apenas duas (uma na USF Novo Cuidar e uma na USF Vimaranes) tinham registo, no processo clinico eletrónico, de recusa informada em

abandonar o método anticoncetivo utilizado.

Discussão

Após análise da primeira avaliação, verificou-se que 41,6% das mulheres fumadoras com 35 ou mais anos de idade se encontravam a utilizar CHC. O valor sobe para 46,9% se falarmos de mulheres com IMC ≥ 35 Kg/m2. Nestas últimas, a proporção de mulheres utilizadoras era ainda superior se pertencentes à categoria 4 do grupo de risco. Este valor foi entendido, em todas as equipas, como claramente exagerado, notando-se um grande potencial de melhoria.

Não obstante o risco de eventos cardiovasculares associados aos CHC, estes foram maciçamente utilizados pelas mulheres em idade fértil da nossa população, sendo que em situações de risco acrescido, como é o caso de hábitos tabágicos ativos ou de obesidade, poder implicar um grande potencial de risco futuro no que respeita à morbimortalidade associada ao seu uso.

Seria de esperar que, sendo o trabalho realizado em 4 USF do mesmo ACeS (mesma área geográfica), com número semelhante de médicos, o número de utentes incluídas fosse semelhante, o que não aconteceu, tendo-se verificado que a USF Ara Trajano teve um menor número de indivíduos (11,2% do total), tal mais evidente nas mulheres com IMC ≥ 35 Kg/m2 (1,7%, n=6), o que se pode dever à subcodificação da obesidade.

A faixa etária dos 16 aos 30 anos foi a que teve um menor número de indivíduos incluídos, não só pelo problema da subcodificação já mencionado, mas também porque ainda há poucos indivíduos com menos de 18 anos com o programa de PF aberto e também por terem sido incluídas apenas mulheres com idade igual ou superior a 35 anos na avaliação do tabagismo ativo.

O presente trabalho tem inúmeras limitações, das quais se destacam a não avaliação da prescrição de CHC hospitalar, por outros médicos; a utilização da listagem de mulheres inseridas no Planeamento Familiar e da codificação P17 e T82 para identificação da população fumadora e obesa, o que limitou o número de mulheres incluídas no estudo devido à não abertura da ficha de Planeamento Familiar e à subcodificação dos problemas em causa; a utilização de uma amostra de conveniência. Sabemos, também, que a utilização do método pode estar sobrevalorizada, já que se aceitou a presença de prescrição do CHC entre 2011 e 2013 como sendo o método em utilização, o que pode não ser verdade em todos os casos. Além disso, o fato dos CHC serem de venda livre implica que muitas mulheres em idade fértil e com fatores de risco possam estar a utilizá-los sem conhecimento dos profissionais de saúde.

Não obstante as limitações, foi realizada uma apresentação com os resultados da avaliação inicial, em reuniões de serviço das respetivas unidades de saúde. Cada USF de acordo com as suas definições de padrão de qualidade determinou em equipa, medidas no sentido de melhorar os resultados obtidos na primeira avaliação. Algumas destas medidas foram transversais às quatro USF e outras serão ajustadas a cada uma. Entre as medidas universais estão a divulgação das alternativas aos CHC nestas mulheres e a motivação das mesmas para a cessação tabágica e perda de peso, e a realização de informação de secretária para cada médico com as contraindicações absolutas e relativas de cada método anticoncetivo.

Será de esperar que, após a intervenção, se verifique uma melhoria substancial dos resultados. A meta proposta pelas equipas para o momento da reavaliação, em setembro de 2016, é de 30% na categoria 3 e 25% na categoria 4.

Conclusão

O ensino da população feminina sobre a importância da realização de consultas de Planeamento Familiar e do seguimento pelos profissionais de saúde é de grande importância para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população e diminuição do risco cardiovascular global da população.

Com este trabalho foi possível determinar que existe ainda um grande potencial de melhoria nesta área, que com o empenho e trabalho em equipa dos vários profissionais será com certeza alcançado.

Referências Bibliográficas

1 - Poli MEH. Manual de anticoncepção da Febrasco. Femina. 2009. vol37,nº9.

2 – Mann Jl, et al. Myocardial infarction in young women with special reference to oral contraceptive practice. Br Med J. 1975; 2:241-5.

3 – Jick H, et al. Myocardial infarction and other vascular disease in young women: role of estrogens and other factos. JAMA. 1978; 240:2548-52.

4 - Lidegaard O, et al. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. BMJ. 2009; 339:b2890.

5 - van Hylckama Vlieg A, et al. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. BMJ. 2009; 339:b2921.

6 - Dinger JC, et al. The safety of a drospirenone-containing oral contraceptive: final results from the European Active Surveillance study on oral contraceptives based on 142,475 women-years of observation. Contraception. 2007 ;75:344–354.

7 - Gillum LA, et al. Ischemic stroke risk with oral contraceptives. JAMA. 2000; 284:72–78.

8 - World Health Organization. Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Lancet. 1996; 348:498–505.

9 - Khader YS, et al. Oral contraceptives use and the risk of myocardial infarction: a meta-analysis. Contraception. 2003; 68:11–17.

10 – Mann Jl, et al. Oral contraceptive use in older women and fatal myocardial infarction. Br Med J.9(UKMEC 2005/2006). 2006. http://www.fsrh.org/pdfs/archive/ UKMEC2005_06.pdf [accessed 26 February 2012]

15 - Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (UKMEC 2009). 2009. http://www.fsrh.org/pdfs/UKMEC2009.pdf [accessed 26 February 2012].

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA PRESCRIÇÃO DE ANTI-HIPERTENSORES - A REALIDADE DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

ASSESSMENT OF QUALITY OF ANTIHYPERTHENSIVE PRESCRIPTION – A FAMILY MEDICINE HEALTH UNIT REALITY

Ângela Rita Teixeira[1]

[1]*Interna de Medicina Geral e Familiar - USF Infante D. Henrique (ACeS Dão Lafões)*
rita.teixeira389@gmail.com

Palavras-chave:
hipertensão arterial, tratamento anti-hipertensivo, otimização terapêutica.

Resumo

Introdução: *As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos países desenvolvidos. A hipertensão arterial (HTA), seu principal fator de risco, deve ser controlada de forma adequada. De acordo com as guidelines de 2013 da Sociedade Europeia de Hipertensão/ Sociedade Europeia de Cardiologia (ESH/ESC) para o tratamento da HTA, a associação de Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECA) e de Antagonista dos Recetores da Angiotensina (ARA) deve ser evitada em detrimento de outras associações mais benéficas. Com o objetivo de melhorar a adequação da terapêutica da HTA promoveu-se a introdução de um ciclo de qualidade nesta área.*
Objetivos: *Avaliar e garantir a qualidade do uso de anti-hipertensores.*
Material e métodos: *Estudo observacional, retrospetivo e descritivo. Procedeu-se, em Janeiro de 2014, à recolha e análise da informação sobre a terapêutica anti-hipertensora realizada pelos utentes hipertensos, vigiados em consulta de HTA na Unidade de Saúde Familiar (USF). Foram apresentados os resultados à equipa e propôs-se uma reavaliação em Outubro de 2014. Avaliaram-se as diferenças na prescrição nos dois tempos do estudo.*
Resultados: *No 1º Ciclo de avaliação, dos 1489 hipertensos identificados, 1431 (96,1%) preenchiam os critérios de inclusão. Destes, 89,5% faziam terapêutica anti-hipertensora. Verificou-se que 8,1% dos doentes estavam medicados simultaneamente com IECA e ARA.*
No 2º Ciclo, 4,2% encontravam-se medicados simultaneamente com IECA e ARA. Verificou-se uma taxa de melhoria de 55,8%.
Discussão: *Os Cuidados de Saúde Primários desempenham um papel crucial na abordagem e tratamento da HTA. Torna-se fundamental o constante estímulo pela atualização nesta área e pela melhoria da qualidade dos serviços prestados ao utente.*

Key words:
arterial hypertension, antihypertensive treatment, prescribing quality, therapeutics guidelines.

Abstract

Introduction: *Cardiovascular disease is the leading cause of death in developed countries. The arterial hypertension is the main risk factor of cardiovascular diseases and must be adequately controled. According to the 2013 guidelines on hypertension of the European Society of Hypertension and the European Society of Cardiology (ESH/ESC), the only combination that cannot be recommended on the basis of trial results is that between two different blockers of the Renin Angiotensin Sistem (RAS). In order to improve the adequacy of hypertension treatment it was promoted a quality cycle in this area.*
Objectives: *The main aims of this study were to evaluate and to ensure the quality of antihypertensive therapeutic utilization.*
Methods: *An observational cross-sectional study was carried out on January 2014 in order to assess and improve the quality of prescribing of antihypertensive drugs. All adult hypertensive patients that frequent the hipertensive consultation in the Family Medicine Health Unit (USF) were included in the study. The antihypertensive therapeutic of these patients were registered and the presence of two different blockers of the RAS were quantified. The results were presented to all health professionals in the USF and they were encouraged to improve them. The second evaluation was carried out on October 2014 and the results of the two evaluations were compared.*
Results: *Total 1431 (96,1%) hypertensive patients were included. 89,5% were taking antihypertensive drugs. In the first evaluation 8,1% of them were taking two different blockers of RAS. In the second evaluation, 4,2% og the hipertensive patients were taking two different blockers of RAS. There was a 48,15% improvement rate.*
Discussion: *The primary health care play a crucial role in the evaluation, management and treatment of arterial hypertension. It´s very importante to stimulate the updating in this area and improving the quality of the services provided to patients.*

Introdução

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos países desenvolvidos[1,2]. Torna-se, por isso, fundamental controlar e tratar, de forma adequada, os fatores de risco a elas subjacentes, de entre os quais a HTA que tem sido apontada como o principal deles[1,2].

A instituição de medidas de estilo de vida saudável deve ser o primeiro passo na abordagem do doente hipertenso[3], no entanto, com a evolução da doença, é quase invariável a necessidade de recorrer à terapêutica farmacológica e até mesmo à combinação de vários fármacos para o seu controlo[3].

De acordo com as *guidelines* de 2013 da ESH/ESC para o tratamento

da HTA, existem várias combinações de classes farmacológicas de anti-hipertensores possíveis - figura1. Apenas a associação de dois bloqueadores do sistema renina-angiotensina está contraindicada, sendo, dentro destes, a combinação mais frequente a de IECA´s e ARA's.

São vários os estudos que fundamentam esta contraindicação[5,6,7,8]. Segundo estes, apesar da combinação IECA's-ARA's melhorar os valores de tensão arterial e reduzir a microalbuminúria do doente hipertenso, a sua utilização não se traduziu numa redução efetiva da morbimortalidade. Por outro lado, esta opção terapêutica associou-se a mais sintomas de hipotensão e síncope, bem como a disfunção renal, hipercaliémia e necessidade de terapêutica susbstitutiva renal. Desta forma, é de consenso geral da comunidade científica que esta combinação de anti-hipertensores não só deve ser evitada em detrimento de outras associações mais benéficas, como deve ser desencorajada[3]. Com o objetivo de melhorar a adequação da terapêutica da HTA promoveu-se a introdução de um ciclo de qualidade nesta área.

Objetivos

Verificar quantos utentes hipertensos da USF se encontram medicados, simultaneamente, com IECAS e ARAS;

Promover a melhoria da qualidade da prescrição de anti-hipertensores nos utentes da USF.

Material e Métodos

Realizou-se um estudo observacional e retrospetivo na USF Infante D. Henrique / ACeS do Dão Lafões. A recolha dos dados foi efetuada em Janeiro de 2014, no 1º ciclo de avaliação, e em Outubro de 2014, no 2º ciclo.

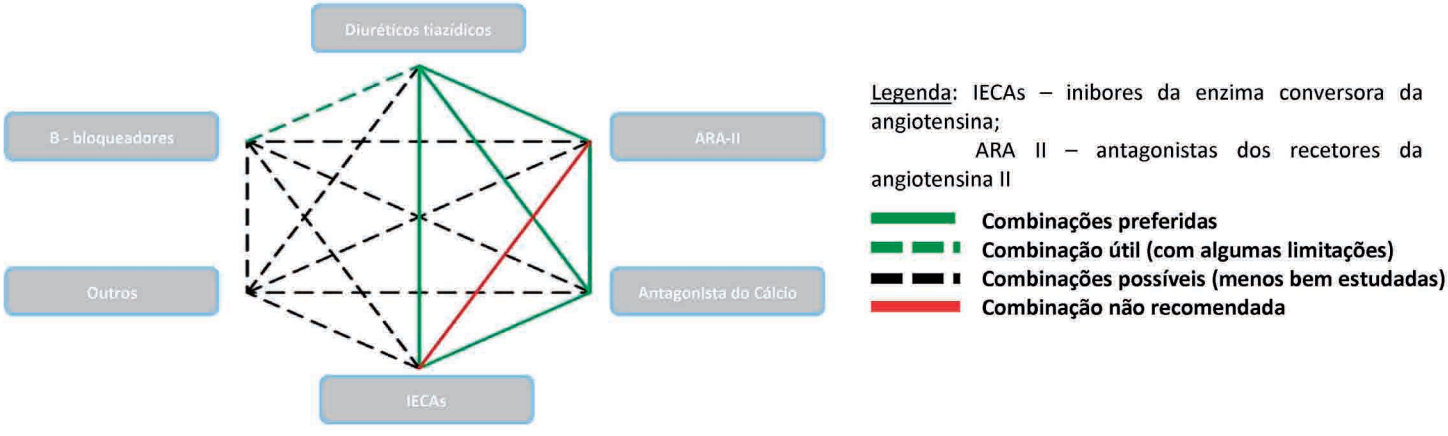


Figura 1. Combinações de classes de medicamentos anti-hipertensivos (adaptado de *guidelines* 2013 da ESH/ESC para tratamento da HTA)

Gráfico 1. Distribuição da amostra por idade e sexo

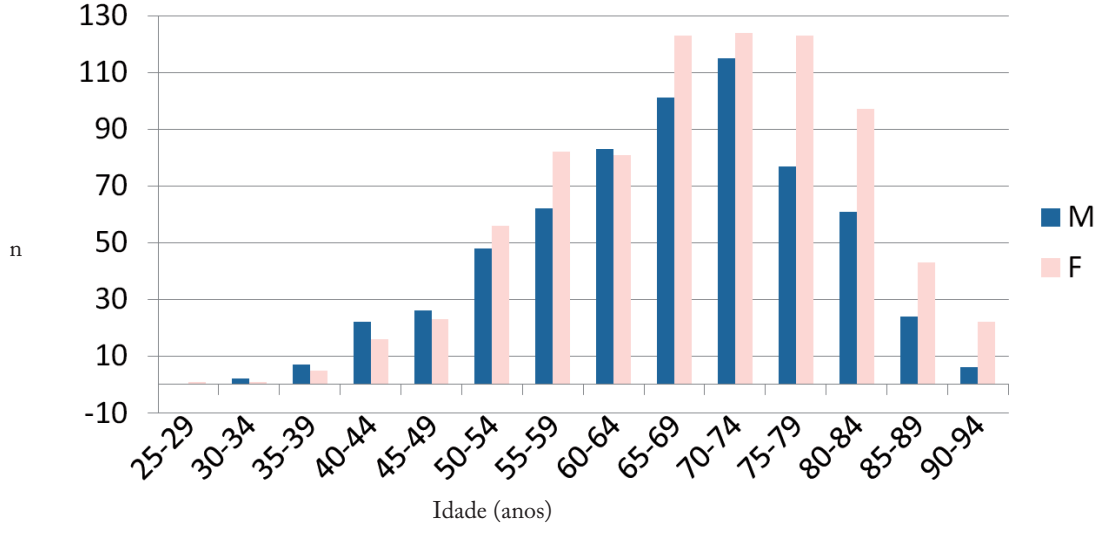


Gráfico 2. Terapêutica anti-hipertensora dos utentes na 1ª avaliação

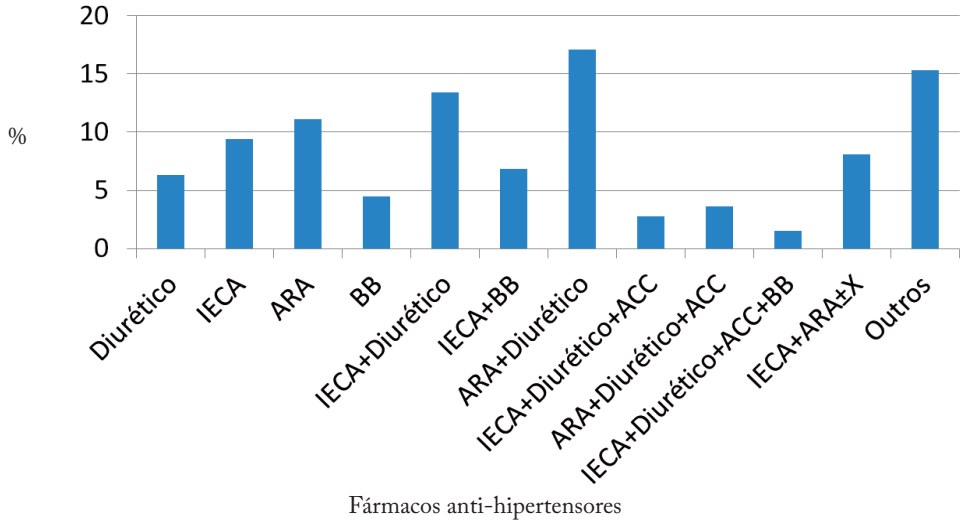
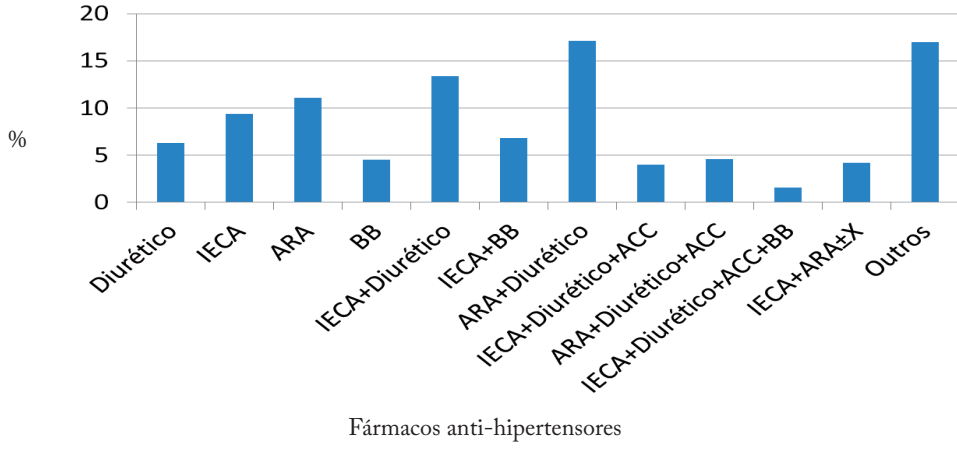


Gráfico 3. Terapêutica anti-hipertensora dos utentes na 2ª avaliação



População do estudo/Critérios de inclusão: Utentes hipertensos, inscritos na USF e seguidos em consulta de vigilância de HTA.
Método de recolha da informação: Foi consultado o processo clínico informatizado de cada utente e recolhida a informação relativa à terapêutica anti-hipertensora por eles realizada. Foi criada uma base de dados em Excel® e processada a informação de forma anónima e confidencial.
Tratamento de dados: Os dados recolhidos foram codificados, registados e analisados no programa informático Microsoft Excel 2007®. Foram determinados resultados referentes à estatística descritiva e inferencial.
Tipo de avaliação: interna e retrospetiva, base institucional.
Método de avaliação: critérios explícitos normativos (guidelines de 2013 da ESH/ESC para tratamento da HTA)
Horizonte temporal: Janeiro 2014 recolha dos dados relativos ao ano de 2013, Reavaliação – Outubro 2014
Tipo de intervenção: adesão/educacional - apresentação dos resultados na USF em Março 2014; divulgação das *guidelines* da ESH/ESC aos profissionais de saúde.

Resultados

Foram identificados, do total de utentes da USF, 1489 utentes hipertensos. Destes, 1431 (96,1%) preenchiam os critérios de inclusão. Notou-se um discreto predomínio do sexo feminino, com 55,63% da amostra, e uma média de idades próxima dos 68 anos (67,97 ± 11,99) – gráfico 1.

Nesta amostra, 89,5% hipertensos faziam terapêutica anti-hipertensora. O gráfico 2 mostra os diferentes esquemas terapêuticos realizados pelos utentes, na primeira avaliação.
Verificou-se que 8,1% dos doentes estavam medicados simultaneamente com IECA e ARA.
Na segunda avaliação, recorreu-se à mesma amostra e obteve-se um total de 4,2% hipertensos medicados simultaneamente com IECA e ARA – gráfico 3.
Verificou-se uma taxa de melhoria de 55,8% entre avaliações.

Discussão

Os resultados obtidos corresponderam a uma melhoria de 55,8% da primeira para a segunda avaliação. Para eles contribuiu a formação realizada na USF, em Março de 2014, onde foram apresentados os resultados obtidos na primeira avaliação, bem como as guidelines de 2013 da ESH/ESC para tratamento da HTA aos profissionais de saúde. Os profissionais de saúde da USF assumiram o compromisso de analisar os casos que se encontavam medicados simultaneamente com IECA e ARA do seu ficheiro e proceder à alteração da terapêutica anti-hipertensiva para outra mais adequada, se tal fosse possível.
Estes resultados deixaram a equipa da USF satisfeita com o seu trabalho, no entanto consideram que estes podem ainda ser melhorados. Nesse sentido, pretende-se realizar um terceiro ciclo de avaliação no final de 2015.
A principal limitação que pode ser apontada a este estudo é um eventual viés de informação, uma vez que este se baseou na consulta dos processos clínico dos doentes, onde podem estar subjacentes erros de registo.

Conclusão

Os Cuidados de Saúde Primários desempenham um papel crucial na abordagem e tratamento da HTA. Torna-se fundamental o constante estímulo pela atualização nesta área e pela melhoria da qualidade dos serviços prestados ao utente.

Referências Bibliográficas

1. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jr., et al. T e Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA. 2003 May 21;289(19):2560-72.
2. Polonia J, Ramalhinho V, Martins L, Saavedra J. [Portuguese Society of Cardiology recomendations, assessment and treatment of hypertension]. Rev Port Cardiol. 2006 Jun;25(6):649-60.
3. Tradução portuguesa das guidelines de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão arterial;
5. Mann JF et al. Renal outcomes with telmisartan, ramipril, or both, in people at high vascular risk (the ONTARGET study): a multicentre, randomised, double-blind, controlled trial. Lancet 2008;372:547–553;
6. Parving HH, Brenner BM, McMurray JJV, de Zeeuw D, Haf er SM, Solomon SD. Cardiorenal endpoints in a trial of aliskiren for type 2 diabetes. N Engl J Med 2012; 367:2204–2213;
7. ONTARGET Investigators. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. N Engl J Med 2008; 358:1547–1559.
8. Fried et al. Combined angiotensin inhibition for the treatment of diabetic nephopathy. N Engl J Med. 2013; 369 (20): 1892-903.

SÍNDROME DE CUSHING – QUANDO A HIPERTENSÃO É APENAS UM SINAL

CUSHING SYNDROME – WHEN HYPERTENSION IS JUST ONE SIGN

Carla Silva[1], Arminda Santos[2], Sofia Faria[1], Sílvia Martins[1]

[1]Internas de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Lagoa – ULS Matosinhos
[2]Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar, USF Lagoa – ULS Matosinhos
Informações do primeiro autor:
Carla Patrícia Silva
Morada (USF Lagoa): Rua da Lagoa, 4460-352 Senhora da Hora
Correio eletrónico: carlapbsilva@gmail.com

Resumo

Introdução: *Embora a grande maioria dos doentes com hipertensão arterial (HTA) apresente a forma essencial, formas secundárias estão presentes em 5-10% dos casos. A Síndrome de Cushing é uma causa rara de HTA e define-se por uma exposição prolongada a glucocorticoides endógenos ou exógenos.*

Descrição do caso: *Homem de 35 anos, caucasiano, fumador, com excesso de peso e síndrome depressivo. Em Janeiro de 2014, recorre à Médica de Família (MF) por dispneia para pequenos esforços e astenia marcada. É enviado ao Serviço de Urgência (SU) onde se constata uma policitemia, sendo realizada flebotomia. Recorre novamente à sua MF por manter os sintomas, associando-se a palpitações e aumento abrupto de peso. No exame físico, verifica-se a presença de HTA grave de novo, taquicardia e estrias violáceas abdominais. Encaminhado para o SU, realiza ecografia abdominal e reno-pélvica que mostrou um nódulo na suprarrenal esquerda. Analiticamente apresentava um aumento do cortisol na urina das 24 horas. No estudo pré-operatório, realizou ecocardiograma transtorácico que revelou uma hipertrofia ventricular esquerda concêntrica com disfunção diastólica. Foi submetido a adrenalectomia esquerda e o estudo histológico revelou Carcinoma Adrenocortical.*

Discussão: *Este caso ilustra a importância de ter em mente as possíveis causas secundárias de HTA, particularmente no caso de doentes jovens, com elevação grave e súbita da pressão arterial e perante sinais sugestivos de uma causa específica.*

Abstract

Introduction: *Although the majority of patients with hypertension have the essential form, secondary forms are present in 5-10% of cases. Cushing syndrome is a rare cause of hypertension and is defined by prolonged exposure to excessive endogenous or exogenous glucocorticoids.*

Case presentation: *A 35-year-old caucasian man, who is smoking, overweight and suffer from depression, presented to his family doctor (FD), in January 2014, with exertional dyspnea and asthenia. He was sent to hospital emergency where it was found polycythemia and a phlebotomy was performed. He came again to his FD because he kept the symptoms, which were associated with palpitations and sudden weight gain. His physical examination showed a new-onset and severe hypertension, tachycardia and abdominal purplish striae. He was referred again to emergency, where it was performed abdominal and reno-pelvic ultrasound that showed a tumor in the left adrenal. His laboratory analyses revealed an increase in 24-hour urine free cortisol. In the preoperative study, his transthoracic echocardiogram showed a concentric left ventricular hypertrophy with diastolic dysfunction. It was performed a left adrenalectomy and the histological study showed Adrenocortical Carcinoma.*

Discussion: *This case illustrates the importance of take into account possible secondary causes of hypertension, particularly in young patients, with severe and sudden increase in blood pressure and with signs suggestive of a specific cause.*

Introdução

A hipertensão arterial (HTA) é um fator de risco reconhecido de morbilidade e mortalidade cardiovascular e renal (1), sendo o fator de risco mais prevalente na população portuguesa (2).

Embora a grande maioria dos doentes apresente a forma essencial, formas secundárias estão presentes em 5-10% dos casos (3). No entanto, devido à elevada prevalência da hipertensão em geral, as formas secundárias podem afetar milhões de doentes em todo o mundo (4).

A HTA secundária é uma forma de hipertensão com uma causa específica subjacente e potencialmente reversível (3). As causas mais comumente associadas são a doença parenquimatosa renal, a estenose da artéria renal e o hiperaldosteronismo primário, sendo causas mais raras, o feocromocitoma, a coartação da aorta

e a síndrome de Cushing (4). A prevalência de HTA secundária, bem como a sua etiologia, variam com a idade (3).

A Síndrome de Cushing caracteriza-se por uma constelação de sinais e sintomas provocados por um excesso de glucocorticoides endógenos ou exógenos. A sua etiologia divide-se em dois grandes grupos: as causas ACTH-independentes, como a corticoterapia prolongada (iatrogenia) e o adenoma/carcinoma da suprarrenal; e as causas ACTH-dependentes, nomeadamente a produção excessiva de ACTH pela hipófise (Doença de Cushing) e a produção ectópica de ACTH (por neoplasias do pulmão, pâncreas, rim, tiroide e timo) (5, 6).

Clinicamente, os doentes podem manifestar uma variedade de sinais e sintomas, tais como um rápido ganho de peso, com obesidade central, cara em lua cheia e pescoço de búfalo; estrias vermelho-púrpura; hirsutismo; fragilidade cutânea; equimoses; acne; má cicatrização de feridas; perda de cabelo; pletora facial; irregularidades menstruais; fraqueza muscular e cansaço fácil; poliúria e polidipsia; bem como distúrbios psicológicos (3-7).

Apenas 20% dos doentes com síndrome de Cushing iatrogénica desenvolve HTA. Contudo, esta pode surgir em cerca de 80% dos doentes com síndrome de Cushing de causa neoplásica (3).

Descrição do caso

O caso reporta-se a um doente do sexo masculino, de 35 anos de idade, raça caucasiana, repositor numa grande superfície comercial. Relativamente à caracterização familiar, é divorciado, pertencendo a uma família unitária.

Tem como antecedentes pessoais de relevo, o tabagismo (cerca de 15 unidades maço ano); excesso de peso (índice de massa corporal de 29,4 kg/m2); e perturbação depressiva reativa a divórcio litigioso, desde 2012. Sem antecedentes familiares relevantes.

Em Janeiro de 2014, recorre à sua médica de família (MF) por dispneia para pequenos esforços e astenia marcada, após um quadro de traqueobronquite aguda, para o qual tinha sido medicado com levofloxacina. Ao exame objetivo, apresentava apenas saturação periférica de oxigénio de 94% e, à auscultação pulmonar, sibilância dispersa bilateralmente. O doente foi referenciado ao serviço de urgência (SU) onde foi constatada, analiticamente, a presença de policitemia, com hemoglobina de 18,1 g/dL. Neste contexto, foi submetido a flebotomia, apresentando melhoria sintomática, pelo que teve alta.

Cerca de um mês depois, recorre novamente à sua MF por manutenção da sintomatologia, referindo ainda sensação de edema generalizado, com aumento ponderal significativo (superior a 10% em 2 meses, passando de 92 kg para 106 kg) e palpitações. No exame objetivo constatou-se a presença de HTA grave de novo (com valores tensionais de 167/113mmHg), taquicardia (frequência cardíaca de 127 batimentos por minuto) e estrias violáceas na região abdominal.

Encaminhado para o SU, realiza ecografia abdominal e reno-

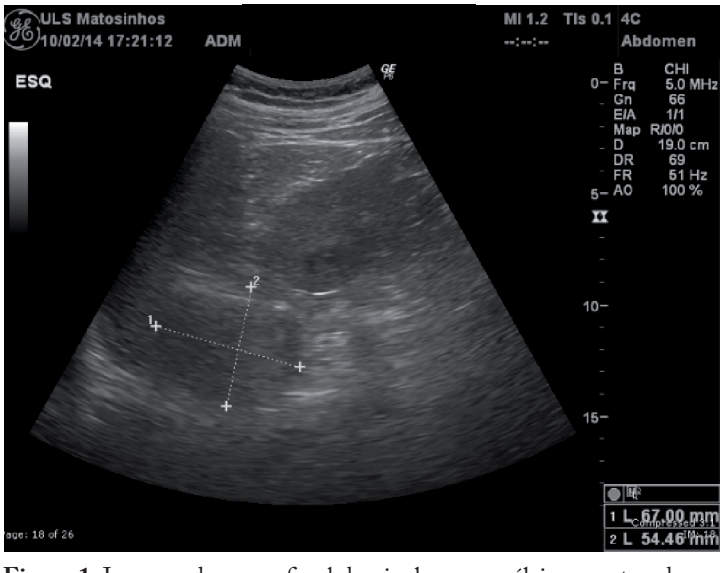


Figura 1: Imagem de ecografia abdominal e reno-pélvica, mostrando a lesão

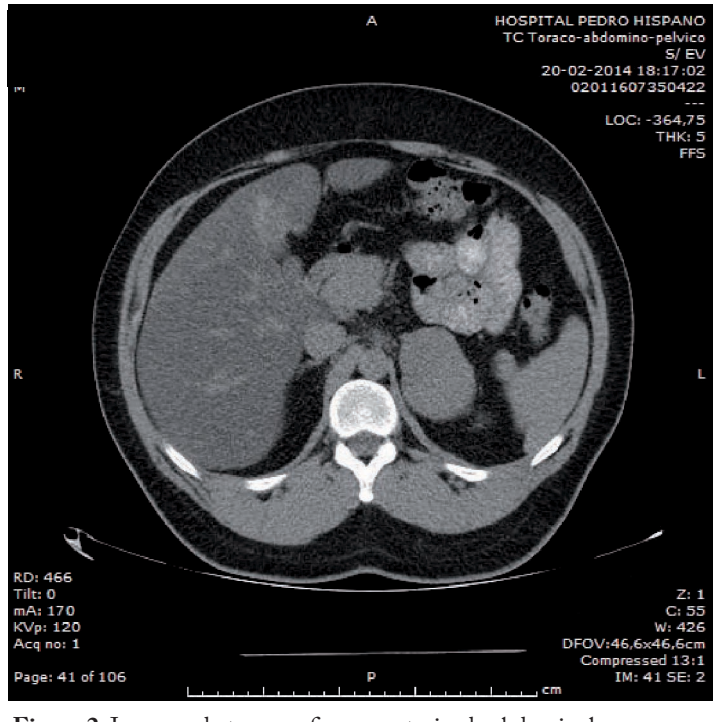


Figura 2: Imagem da tomografia computorizada abdominal

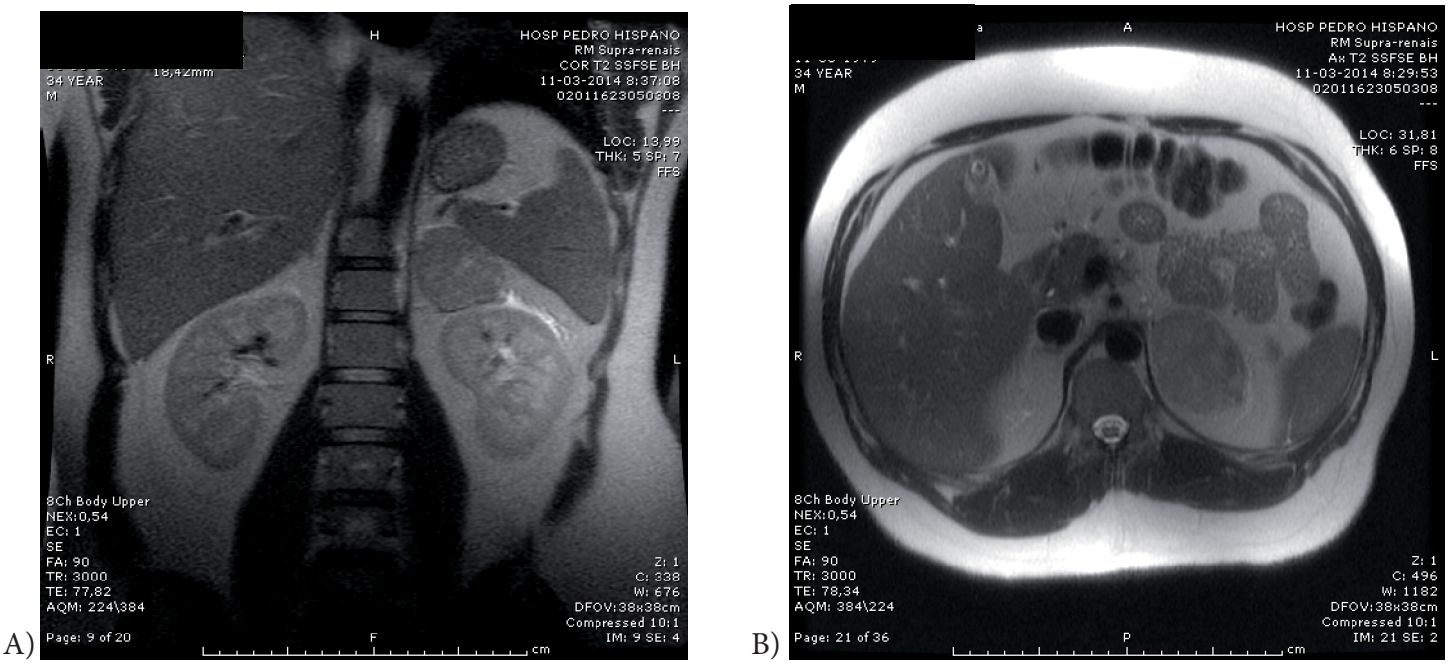


Figura 3: Imagens da RMN das suprarrenais. (A) Corte coronal. (B) Corte axial.

pélvica que revelou "uma formação nodular sólida, hipoecóica, medindo 67 mm x 54 mm" na loca da suprarrenal esquerda. Realizou tomografia computorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica que confirmou "a presença de lesão expansiva heterogénea com densidade de tecidos moles, medindo 6 cm de maior diâmetro" na glândula suprarrenal esquerda, sem outras alterações de relevo, particularmente sem lesões à distância.

Assim, foi internado e medicado com amlodipina 10 mg por dia. No internamento, prosseguiu o estudo diagnóstico: colheu estudo analítico dirigido e foi pedida ressonância magnética (RMN) das suprarrenais. Teve alta, encaminhado para a consulta externa de Cirurgia Geral. Nesta consulta, teve conhecimento dos resultados do estudo analítico, verificando-se um aumento do cortisol na urina das 24 horas (1005 ug/24h), enquanto que as catecolaminas urinárias e plasmáticas, o ácido vanilmandélico e metanefrinas urinárias se encontravam dentro da normalidade. Portanto, concluiu-se que se tratava de um doente com síndrome de Cushing na dependência de neoplasia da suprarrenal esquerda. Entretanto, realizou a RMN das suprarrenais para uma melhor caracterização da lesão e, também, um ecocardiograma transtorácico, que revelou hipertrofia ventricular esquerda concêntrica com disfunção diastólica.

Em Março de 2014, é internado eletivamente para a realização de adrenalectomia esquerda por via laparoscópica, que decorreu sem complicações.

O exame histológico da peça cirúrgica revelou Carcinoma Adrenocortical (estadio pT3NxMxR0). O caso foi discutido em consulta de grupo, onde se concluiu que haveria indicação para quimioterapia com mitotano.

Nas consultas seguintes, verificou-se uma melhoria clínica, nomeadamente com melhoria da astenia e dispneia, bem como diminuição do peso e normalização do perfil tensional (valores de 124/83mmHg, já sem medicação anti-hipertensora, em Maio).

Em Outubro de 2014, constatou-se novamente subida tensional (144/107mmHg), astenia, sensação de edema generalizado e aumento do volume abdominal. Analiticamente, apresentava novamente, aumento do cortisol na urina das 24 horas (397,65 ug/24h). Fez TC toraco-abdomino-pélvica que revelou "no mesentério, em relação com a fáscia pararrenal anterior esquerda e no espaço inferiormente ao hilo esplénico observam-se pelo menos cinco massas, a maior com 30 mm, sólidas relacionáveis com lesões tumorais". Na suspeita de eventual recidiva local, foi internado para excisão da lesão e o exame histológico confirmou a recidiva da neoplasia maligna.

Em Dezembro de 2014, encontrava-se clinicamente melhor, com normalização tensional (114/72mmHg), diminuição do peso e melhoria da astenia.

Mantém seguimento em consulta de oncologia e de endocrinologia, para além da sua médica de família.

Comentário

Este caso ilustra a importância de ter em mente as possíveis causas secundárias de HTA. Esta hipótese deve ser equacionada, especialmente, em indivíduos jovens (com menos de 40 anos de idade); perante uma elevação grave da pressão arterial, início súbito ou agravamento da HTA; perante uma resposta deficiente ou resistência ao tratamento anti-hipertensor; na presença de lesões de órgão-alvo desproporcionais à duração da HTA; e

perante sinais sugestivos de uma causa específica (1, 3, 4).

Olhando retrospetivamente para o caso clínico, constatam-se algumas das características mencionadas: trata-se de um doente jovem, com início súbito de HTA grave, com algumas manifestações clínicas de síndrome de Cushing e, verificou-se posteriormente, a presença de lesões de órgão-alvo (hipertrofia ventricular esquerda concêntrica com disfunção diastólica), apesar da HTA recente.

Os antecedentes pessoais do doente, nomeadamente o excesso de peso e síndrome depressivo, foram talvez fatores de confundimento na apresentação clínica inicial. Também o quadro clínico de dispneia e astenia não foi devidamente valorizado, pelo facto de se seguir a uma provável infeção respiratória, o que protelou o diagnóstico.

O diagnóstico de uma causa secundária de HTA pode ser difícil, sendo necessário um elevado nível de suspeição e, neste contexto, o MF assume uma posição privilegiada pois, ao conhecer os antecedentes do doente, consegue reconhecer mais facilmente os sintomas que surgem de novo. Para tal, é fundamental o acompanhamento regular dos utentes a nível dos cuidados de saúde primários.

No caso de se suspeitar de que o doente sofre de uma forma secundária de hipertensão, o MF deve referenciar o doente para os cuidados de saúde secundários, para a realização dos procedimentos diagnósticos necessários e, posteriormente, para a realização do tratamento mais apropriado (1, 3, 4).

Se a causa específica da HTA for diagnosticada e tratada de forma adequada e oportuna, os doentes podem ser curados ou, pelo menos, podem apresentar uma melhoria no controlo da pressão arterial, bem como uma redução do risco CV (4).

Referências bibliográficas

1. Macedo ME, Gonçalves C, Vaz CS, Alcântara P, Polónia J, Silva PM, et al. Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde; 2013.
2. Macedo MEd, Gonçalves C, Vaz CS, Canhota C, Rocha E, Costa LD, et al. Hipertensão Arterial: definição e classificação. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde; 2013.
3. Viera AJ, Neutze DM. Diagnosis of secondary hypertension: an age-based approach. Am Fam Physician. 2010;82(12):1471-8.
4. Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. 2013.
5. Ferri FF. Cushing's Disease and Syndrome Ferri's Clinical Advisor 2015. Philadelphia: Elsevier Inc.; 2015. p. 342-.e3.
6. Amodeo C, Nogueira AdR, Pereira AA, Cordeiro AC, Nogueira A, Pimenta E, et al. [Secondary systemic arterial hypertension]. J Bras Nefrol. 2010;32 Suppl 1:44-53.
7. Nieman LK, Biller BMK, Findling JW, Newell-Price J, Savage MO, Stewart PM, et al. T e diagnosis of Cushing's syndrome: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2008;93(5):1526-40.

Conflitos de interesse

As autoras declaram não ter conflitos de interesse.

HIPERTENSÃO NAS PEQUENAS ARTÉRIAS

Prof. Enrico Agabiti-Rosei

Presidente da Sociedade Europeia de Hipertensão; Diretor do Departamento de Ciências Clínicas e Experimentais da Universidade de Brescia, em Itália

O aumento da espessura da parede arterial associado à redução do lúmen tem um papel importante no aumento da resistência vascular, podendo também ser uma resposta adaptativa ao crescimento da carga hemodinâmica. Nos últimos anos, muitos estudos experimentais indicam que as mudanças de estrutura nas pequenas artérias com HTA são consequência de uma remodelagem eutrófica ou hipertrófica (rearranjo da mesma quantidade de material da parede em torno de um lúmen estreitado ou hipertrofia/hiperplasia das células do músculo liso, respetivamente).

Os mecanismos envolvidos no desenvolvimento da remodelagem microvascular ainda são pouco conhecidos. Contudo, recentemente, foi demonstrado um papel importante do sistema imunitário inato e adotivo. Alguns subtipos de linfócitos, tais como o TH1 ou o TH17, parecem exercer um papel promotor em termos de desenvolvimento das alterações estruturais microvasculares. Já os linfócitos T reguladores parecem ser capazes de proteger os vasos dos danos hipertensivos e até prevenir o desenvolvimento de HTA, pelo menos em modelos animais.

O interesse dos investigadores tem-se focado, também, nas propriedades anticontráteis da gordura perivascular. Estas, provavelmente mediadas pela produção local de adiponectina, parecem perder-se na obesidade e em outras situações clínicas devido ao aumento do stresse oxidativo/inflamação de baixo grau.

A demonstração da importância do prognóstico de alterações estruturais em artérias subcutâneas de baixa resistência foi estendida a doentes com HTA e risco cardiovascular de nível baixo-médio, bem como a doentes que sofreram eventos cardiovasculares. Em paralelo, a possível regressão das alterações vasculares é um *target* atraente no tratamento anti-hipertensor.

Uma normalização completa da estrutura arterial de baixa resistência foi verificada em doentes hipertensos, após uma prolongada e efetiva terapêutica com bloqueadores dos canais cálcio dihidropiridínicos, inibidores da enzima conversora da angiotensina e bloqueadores dos recetores da angiotensina. Não se observou qualquer efeito com os betabloqueantes ou com os

diuréticos, apesar de uma redução semelhante da pressão arterial. Porém, estudos prospetivos com abordagens menos invasivas são necessários para clarificar se estas alterações estruturais em artérias de pequena resistência podem ser consideradas biomarcadores na avaliação do tratamento anti-hipertensor.

Recentemente, foi proposta uma forma de avaliação não invasiva que contempla a morfologia arterial retiniana através da fluxometria por laser Doppler. As informações fornecidas parecem ser semelhantes às obtidas com métodos de avaliação invasivos, abrindo assim perspetivas clínicas interessantes no sentido da estratificação do risco em doentes hipertensos.

Texto gentilmente cedido pela Esfera das Ideias; retirado do Jornal "Notícias Prévias", referente ao 10º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global

DESMISTIFICAR EQUÍVOCOS NA ÁREA DA HTA

Prof. Franz Messerli

Docente no Departamento de Cardiologia da Icahn School of Medicine, no Mount Sinai Health Medical Center, em Nova Iorque

A prevalência da HTA é elevada e suscetível de aumentar com o envelhecimento e o crescimento da prevalência da obesidade e de outros fatores de risco cardiovascular. Apesar disso, os benefícios da terapêutica anti-hipertensora foram estabelecidos com base num conjunto robusto de evidência. As taxas de diagnóstico, tratamento e controlo da HTA têm vindo a melhorar nas últimas décadas, embora estejam ainda longe de ser as adequadas. No entanto, são várias as ideias erradas que persistem na prática clínica, principalmente nas áreas em que a evidência é escassa ou mal interpretada.

Ao longo da minha comunicação, vou comentar várias **conceções erradas que persistem**, nomeadamente: 1) A hidroclorotiazida é o diurético tiazídico mais útil e versátil; 2) As tiazidas não são eficazes no tratamento da HTA na doença renal avançada; 3) A atividade adrenérgica é um alvo *major* no tratamento primário da HTA; 4) Quanto mais completo for o bloqueio do sistema renina-angiotensina, maiores serão os benefícios; 5) O edema periférico, um efeito adverso frequente dos bloqueadores dos canais de cálcio, pode ser mitigado mais eficazmente com terapêutica diurética concomitante; 6) A terapêutica anti-hipertensora causa disfunção erétil; 7) Quanto mais baixo for o valor da pressão arterial, melhor.

Ideias a reter

- A hidroclorotiazida deve ser evitada, sobretudo como tratamento de primeira linha. Quando são utilizados diuréticos, é preferível optar pela clortalidona ou pela indapamida;
- Há pouca ou nenhuma evidência de que reduzir a pressão arterial por intermédio da diminuição da atividade simpática se traduz numa redução significativa dos *outcomes* clínicos na hipertensão sem complicações;
- A terapêutica combinada com inibidores da enzima conversora da angiotensina demonstrou reduzir o edema periférico induzido pelos bloqueadores dos canais de cálcio;
- As metas de pressão arterial ideais para um grupo amplo de doentes hipertensos continuam a ser debatidas.

Texto gentilmente cedido pela Esfera das Ideias; retirado do Jornal "Notícias Prévias", referente ao 10º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global

DIETA MEDITERRÂNICA – A ALIMENTAÇÃO COMO «MEDICAMENTO»

Prof. Roberto Ferrari

Diretor do Serviço de Cardiologia do Hospital Universitário de Ferrara, em Itália

Provavelmente, não há uma alimentação específica para doentes hipertensos, além da limitação óbvia e bem conhecida da ingestão de sal. Todavia, a hipertensão arterial (HTA) é um fator de risco para a doença arterial coronária, portanto, a dieta mediterrânica será, provavelmente, a sugestão mais lógica. Esta dieta teve origem com o *Seven Countries Study*, levado a cabo na década de 1950, e liderado por Ancel Keys, nutricionista em Salerno, que notou um desempenho cardiovascular muito melhor nos habitantes do sul de Itália e da ilha de Creta, na Grécia, do que nos do norte da Europa, atribuindo esse resultado ao maior consumo de azeite, pão, fruta, vegetais e cereais.

Atualmente, o conceito da dieta mediterrânica está bem definido e é representado pela pirâmide alimentar. As suas principais características são: abundância de alimentos vegetais (frutas, legumes, cereais integrais e leguminosas); o azeite como principal fonte de gordura; pão, peixe e aves consumidos em quantidades baixas a moderadas; consumo relativamente baixo de carne vermelha; e uma ingestão moderada de vinho durante a refeição.

Neste contexto, a palavra mediterrânica pode ser confusa, sendo que mais de 20 países são banhados pelo mar Mediterrâneo, cada um coma sua própria culinária. Isto porque a gastronomia corresponde à identidade de uma nação, de uma região, de uma família e até de um indivíduo. Assim, pizza e esparguete são alimentos associados a Itália, húmus a Magrebe, paella a Espanha, bacalhau a Portugal, e assim por diante. Então, qual é a dieta mediterrânica – pizza ou paella? Nenhuma delas e todas ao mesmo tempo. Isto porque a dieta mediterrânica se refere aos ingredientes e não ao prato final. E, entre todos eles, é o azeite que confere a verdadeira identidade da dieta mediterrânica.

Além disso, é importante não subestimar os positivos efeitos psicológicos da tradição mediterrânica, com beleza abundante, frescura, relaxamento e… *siestas*! Nos dias de hoje, contudo, enfrentamos uma antítese moderna na alimentação e no estilo de vida: rápido *versus* lento, preservação versus frescura; grandes quantidades versus equilíbrio saudável, etc. No entanto, na dieta mediterrânica, a ênfase é colocada nas pequenas porções, na frescura, no equilíbrio e no prazer de comer, talvez num jardim ou num local à beira-mar. E isto é que é tão bom neste regime – a comida transformada em "medicamento", cruzando os conceitos de beleza, harmonia e equilíbrio.

Texto gentilmente cedido pela Esfera das Ideias; retirado do Jornal "Notícias Prévias", referente ao 10º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global

REPERCUSSÕES ECONÓMICAS NA SAÚDE DOS DOENTES HIPERTENSOS

Prof. Luís Martins

Diretor do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga/Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira

A atitude mais custo-eficaz para a saúde pública do País é tratar os doentes hipertensos. Muitas vezes, o problema é perceber quais as repercussões económicas do tratamento de um modo estrito e qual o seu impacto, quando visto de uma forma mais global. Estas são questões diferentes. Por exemplo, uma diminuição de 10% na incidência da doença cardiovascular representaria 1% de acréscimo no produto interno bruto nacional.

De um modo geral, as pessoas não têm noção de que, atualmente, na maioria dos países desenvolvidos, o setor da saúde tem um maior peso económico do que o setor financeiro. Isto porque engloba hospitais, centros de saúde, milhões de profissionais, indústria farmacêutica e fornecedores, entre outros. Assim sendo, além das elevadas verbas envolvidas na saúde/doença, estamos a falar de um dos setores que mais postos de trabalho geram em Portugal.

Outro tópico que irei frisar no curso refere-se à seguinte questão: As crises económicas têm ou não reflexo no tratamento e no desfecho das doenças? Sim, claramente. Contudo, na maioria dos casos, os políticos não querem ouvir falar no assunto. Temos de colocar esta questão, cujo desenrolar já era previsível há muito, mais no centro das nossas preocupações.

Já existem indicadores de que a doença crónica está a ser afetada pela economia, uma situação particularmente preocupante em Portugal, pois, por norma, são atingidas as classes mais desfavorecidas e somos um dos países mais idosos da Europa.

Um dos problemas na gestão económica do setor da saúde tem a ver com a curta duração das etapas políticas. Na vida política, pensa-se em ciclos de quatro anos ou, no máximo, oito, enquanto os ciclos direcionados para prevenção e promoção da saúde são de 20, 30, 40 anos. Segundo a OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico), os países gastam 97% do orçamento com a doença e apenas 3% com a prevenção. O meu objetivo neste curso é realçar estas questões e tentar agitar as consciências.

Texto gentilmente cedido pela Esfera das Ideias; retirado do Jornal "Notícias Diárias" do dia 26 de Fevereiro de 2016, referente ao 10º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global

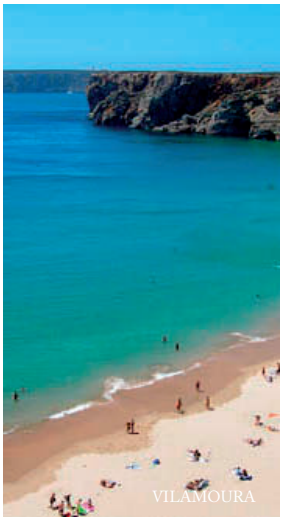
CONGRESSOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS

PORTO

NACIONAIS

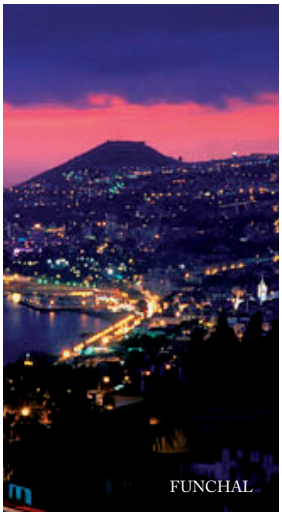
Congresso Português de Endocrinologia 2016/67ª Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo
28 a 30 de Janeiro de 2016
Hotel Vila Galé - Coimbra

10º Congresso Português do AVC
4 a 6 de Fevereiro de 2016
Hotel Sheraton - Porto


VILAMOURA

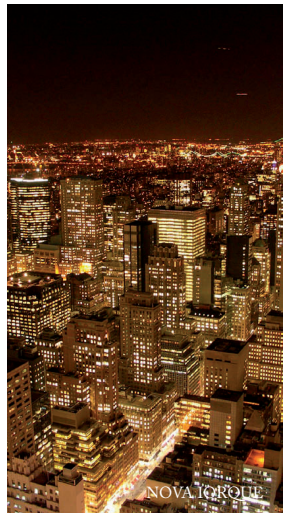
10º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global
25 a 28 de Fevereiro de 2016
Tivoli Marinotel - Vilamoura - Algarve

XXX Congresso Português de Nefrologia
13 a 16 de Abril de 2016
Tivoli Marinotel - Vilamoura - Algarve


FUNCHAL

XXXVII Congresso Português de Cardiologia
23 a 26 de Abril de 2016
Tivoli Marinotel - Vilamoura - Algarve

XXII Congresso Nacional de Medicina Interna 2016
27 a 29 de Maio de 2016
Viana do Castelo

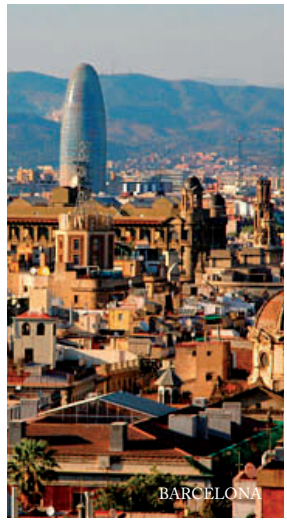

NOVA IORQUE

INTERNACIONAIS

ACC: American College of Cardiology Meeting
14 a 16 de Março de 2015
San Diego - USA

ACC: American College of Cardiology Meeting
2 a 4 de Abril de 2016
Chicago - USA

ASH: American Society of Hypertension Meeting
13 a 17 de Maio de 2016
Hilton Hotel New York - Nova Iorque - USA


BARCELONA

ESH: European Society of Hypertension Congress
10 a 13 de Junho de 2016
Paris - França

ESC: European Society of Cardiology Congress
27 a 31 de Agosto de 2016
Roma - Itália

ATENAS

EASD: European Association for the Study of Diabetes Meeting
12 a 16 de Setembro de 2016
Munique - Alemanha

AHA: American Heart Association Meeting
12 a 16 de Novembro de 2016
New Orleans - USA