# Notícias Diárias

Publicação de distribuição gratuita


16.º CONGRESSO PORTUGUÊS DE HIPERTENSÃO E RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL

International Meeting on Hypertension and Global Cardiovascular Risk

4 5 6 Março March 2022

Hotel Tivoli Marina Vilamoura

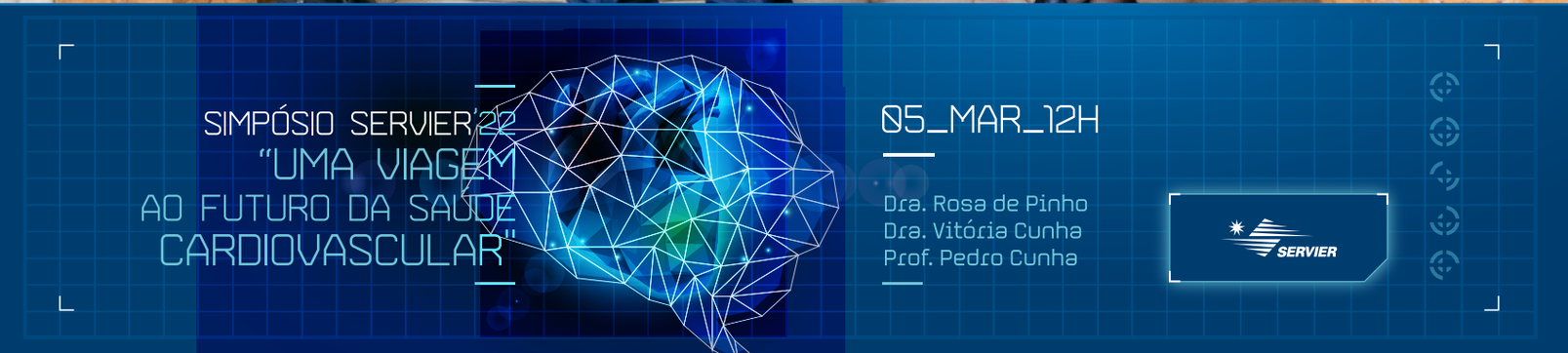
ACEDA À VERSÃO DIGITAL

## REENCONTRO TÃO AGUARDADO COM A "NORMALIDADE"

**O 16.º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global, que assinala o regresso da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH) aos eventos presenciais, traz algumas novidades. Desde logo, as novas sessões de *hot topics*, nas quais os temas abordados são o que há de novo no tratamento da dislipidemia** (P.6), **os fatores de risco ambientais e psicossociais, a anticoagulação no doente hipertenso** (P.8) **e a abordagem da diabetes e do risco cardiovascular global em 2022** (P.10). **Já nas mesas-redondas serão discutidos temas atuais como as novas tecnologias de medição da pressão arterial** (P.9) **e as lições da pandemia COVID-19 para a área da HTA** (P.20). **Por outro lado, permanece a forte aposta na vertente formativa, com a realização de quatro sessões do Curso de HTA e RCVG, sobre vigilância da hipertensão na criança e no adolescente** (P.4), **no grande idoso** (P.19) **e na mulher grávida** (P.22), **bem como o papel crucial da *hypertension team*** (P.26). **Já o curso organizado pelo Núcleo de Internos da SPH incide sobre as lesões de órgãos-alvo causadas pela HTA** (P.4, 6, 26 e 28). **As colaborações internacionais e com sociedades congéneres continuam em destaque, através dos Simpósios Luso-Brasileiro** (P.14) **e Luso-Húngaro** (P.24), **bem como as sessões conjuntas da SPH com a Sociedade Europeia de Hipertensão** (P.21), **a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar** (P.15) **e a Sociedade Portuguesa de Aterosclerose** (P.5).

MEMBROS DA DIREÇÃO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO (da esq. para a dta.): Dr.ª Vitória Cunha (secretária-geral), Dr.ª Andreia Mamede, Dr.ª Heloísa Ribeiro (secretárias-adjuntas), Prof. Luís Bronze (presidente), Dr. Pedro Damião (secretário-adjunto), Dr. Alípio Araújo (secretário do Conselho Fiscal), Dr. Fernando Martos Gonçalves (tesoureiro) e Dr.ª Rosa de Pinho (presidente-eleita).


PUB.



# De regresso ao lugar de emoções que é o Congresso da SPH

Há lugares que são especiais na nossa alma. Alguns levam-nos à casa da nossa avó; outros a uma viagem que não esquecemos; outros ainda a um tempo de convívio difícil de reproduzir, mas registado na nossa íntima memória. Assim é o Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global, já reconhecido pela rica experiência científica em que, repetidamente, se constitui, deixando memórias na nossa alma, que perduram muito para lá do evento em si.

Este Congresso permite rever amigos, enquanto sentimos a ciência nacional e internacional revista e comentada. Trata-se, estou certo, de um lugar onde as diferenças entre especialidades, idades e experiências tendem a esbater-se numa conjugação rara no vasto panorama português de encontros científicos.

Neste retorno à normalidade, quisemos voltar a organizar um congresso presencial. Do ponto de vista científico, a 16.ª edição não será especialmente diferente. Os temas em análise são abrangentes e interessam a todos os apaixonados por esta entidade pandémica que é a hipertensão arterial – uma síndrome complexa, com muitos ângulos fisiopatológicos, clínicos e terapêuticos ainda por desvendar. Na vertente do risco cardiovascular global, a dislipidemia, a diabetes *mellitus*, a obesidade, a fibrilhação auricular, o acidente vascular cerebral, o enfarte do miocárdio, entre outros, estão contemplados em várias sessões.

Naturalmente, também se espera uma frutífera partilha dos trabalhos de investigação desenvolvidos em diferentes pontos do país, que serão apresentados sob a forma de comunicações orais ou pósteres comentados – todos igualmente importantes. Apelamos à participação ativa dos congressistas para que a experiência emocional seja muito mais intensa. Ninguém que queira participar ativamente será deixado para trás, ninguém – palavra de militar da Marinha Portuguesa.

O 16.º Congresso da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH) será um lugar de presenças, um lugar de paixões, que, queremos acreditar, será lembrado como um dos congressos mais participados para além da pandemia. A vida é convívio e também paixão, pelo que, na definição do programa científico, tudo fizemos para encontrar fontes de interesse abrangentes e, simultaneamente, preencher um lugar de emoções no coração de cada um.

Sejam bem-vindos a esta vossa casa! Não fiquem pelo *"hall* de entrada", usufruam da atualização de conhecimento nas salas – garantimos que o vosso precioso tempo não será dado como perdido.

**Luís Bronze**

**Presidente do 16.º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global e da Sociedade Portuguesa de Hipertensão**

# Reencontro orientado por novos paradigmas

Este ano, encontramo-nos em março, o mês da primavera, do renascer das flores e do nosso reencontro após dois longos e difíceis anos. O 16.º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global retoma ao formato presencial, com diferentes momentos de aprendizagem em conferências, mesas-redondas, cursos e simpósios, permitindo uma enriquecedora partilha de conhecimentos e experiências entre colegas de várias especialidades, sociedades, nacionalidades e faixas etárias.

Em 2021, verificou-se um grande desvio dos recursos humanos de saúde para a pandemia de COVID-19 e o apoio aos centros de vacinação. Ao mesmo tempo, tentámos retomar alguns cuidados que, em 2020, passaram para segundo plano, levando ao agravamento de uma outra pandemia – a doença cérebro-cardiovascular.

O ano de 2022 continua a ser desafiante para as atividades presenciais, mas vivemos agora um novo paradigma de inclusão das plataformas digitais na realização de eventos formativos e na prestação de cuidados de saúde. O conceito de telessaúde, já existente antes da pandemia, e um maior recurso às tecnologias de informação e comunicação passaram a fazer parte do nosso quotidiano. É por isso que, no congresso, vamos analisar temas atuais como a telemonitorização dos doentes, as novas tecnologias de medição da pressão arterial e o agravamento da problemática da adesão à terapêutica com a pandemia de COVID-19.

A vertente formativa continua forte no nosso congresso, com a realização de dois cursos, cada um com quatro sessões. O Curso de Hipertensão Arterial (HTA) e Risco Cardiovascular Global (RCVG) abordará a vigilância da hipertensão na criança, no grande idoso e na mulher grávida, bem como a referenciação dos doentes para a *hypertension team* (consulta médico/enfermeiro para hipertensos). Já o curso organizado pelo Núcleo de Internos da SPH (NISPH) incidirá sobre as várias lesões de órgãos-alvo causadas pela HTA.

Este ano, introduzimos sessões mais curtas e dinâmicas, que denominamos de *HOT TOPICS*, nas quais abordaremos temas já muito debatidos, mas que continuam a ter grande importância no RCVG do hipertenso, como a dislipidemia, a diabetes, a fibrilhação auricular e a anticoagulação. Faremos também referência aos novos fatores de risco CV, como a poluição e a depressão.

Também realçamos a submissão de um elevado número de trabalhos para apresentação no nosso congresso, sendo a sua discussão um momento alto para todos. Deixo-vos votos de boas leituras e excelentes aprendizagens.

**Rosa de Pinho**

**Presidente da Comissão Organizadora do 16.º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global e presidente-eleita da Sociedade Portuguesa de Hipertensão**

PUBLICIDADE

OPINIÃO

8h30 – 9h30, Sala 1

# HTA na criança e no adolescente

**Dr.ª Carla Simão**
**Responsável pela área de HTA no Departamento de Pediatria do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria** | Preletora da Sessão 1 do Curso de Formação em HTA e RCVG

A hipertensão arterial (HTA) não escolhe idades e representa um fator de risco modificável muito importante para a doença cardiovascular – a principal causa de morbilidade e mortalidade a nível mundial. Na sessão, vamos abordar como diagnosticar, quando e como tratar e quando referenciar a criança com HTA, de acordo com recomendações internacionais.

Na Europa, a prevalência estimada da HTA é de 3 a 5% no grupo etário dos 3 aos 18 anos. Segundo um estudo desenvolvido pela Sociedade Portuguesa de Pediatria, cuja publicação dos resultados esperamos para breve, entre os 6 e os 18 anos, a prevalência de HTA é de 6% e a prevalência de pressão arterial (PA) elevada é de 14%. Trata-se de uma prevalência significativa, se compararmos com outros problemas de saúde que até preocupam mais a população em geral. Se pudermos diagnosticar e tratar adequadamente esta condição em idade jovem, seguramente estaremos a contribuir para a diminuição da morbilidade e da mortalidade a médio e a longo prazos.

Relativamente à abordagem terapêutica da HTA na criança e no adolescente, existem dois grandes pilares. Por um lado, as medidas não farmacológicas, que são tão importantes na população adulta como na população pediátrica, envolvendo a intervenção sobre os estilos de vida, o que é um desafio, uma vez que as rotinas da criança dependem da família em que está integrada. Por outro lado, numa percentagem significativa de casos, a terapêutica farmacológica tem de ser associada às medidas de alteração do estilo de vida. Existem muitas classes de fármacos que podem ser utilizados no controlo da PA, mas a população pediátrica tem certas características e especificidades, com uma maturação renal progressiva, pelo que temos de ter cuidado na escolha dos medicamentos. Com a individualização do tratamento temos maior probabilidade de conseguir resultados mais efetivos no controlo da PA, com mais adesão dos doentes e menos falência terapêutica. Outro aspeto essencial é a necessidade de agir cedo para prevenir as sequelas de uma doença crónica e sistémica.

***Marta Carreiro e Pedro Bastos Reis***

A preletora do curso discorre sobre as particularidades da HTA na idade pediátrica



OPINIÃO

9h30-10h00, Sala 2 Sessão NISPH I

# Avaliação das lesões da HTA no coração e nos vasos

**Prof. Pedro Guimarães Cunha**
**Internista e coordenador do Centro para a Investigação e Tratamento da HTA do Hospital da Senhora da Oliveira, em Guimarães** | **Secretário-geral da Artery Society e docente na Escola de Medicina da Universidade do Minho**

Há três aspetos que considero essencial abordar na sessão. Em primeiro lugar, os exames que devemos utilizar (e em que circunstâncias) para avaliação das lesões mediadas pela hipertensão arterial (HTA) nestes dois grandes órgãos-alvo – coração e vasos. O segundo aspeto é definir os objetivos do pedido destes exames – além da avaliação das lesões de órgãos-alvo, há um conjunto de informação acessória que podemos recolher para rentabilizar a nossa escolha. Esses dados podem ser importantes para estratificar o risco cardiovascular do doente, definir as comorbilidades, estabelecer fatores de prognóstico, personalizar o tratamento e até ter implicações no *follow-up* do doente. O terceiro aspeto passa por compreender a informação que retiramos dos exames, a evidência subjacente e o grau de segurança para a intervenção clínica.

Estamos habituados a considerar que é necessário realizar vários exames, porque entendemos que essa é uma perspetiva importante da prática clínica moderna. No entanto, com um número mais limitado de exames, podemos tirar informação igualmente fundamental para a resolução da maioria dos casos. Por isso, o mais importante é sermos sistematizados e compreendermos a importância da análise e da avaliação dos resultados dos exames que temos à disposição.

Em suma, o mais importante é definirmos um plano estratégico para cada doente, identificando os exames que devem ser realizados e com que objetivos. Depois, tendo em conta a informação obtida, devemos analisar a sua repercussão na estratégia a adotar para atingirmos os alvos terapêuticos, através de fármacos e medidas não farmacológicas. Ou seja, não devemos pedir os exames apenas porque estão numa lista, mas porque nos fornecem uma perspetiva de intervenção e definição da nossa estratégia terapêutica. Em conclusão, devemos aproveitar os resultados dos exames de avaliação das lesões mediadas pela HTA ao nível do coração e dos vasos para personalizar o tratamento e prevenir o desenvolvimento de doenças cardiovasculares no futuro.

Destaques da entrevista em vídeo com o Prof. Pedro Guimarães Cunha

9h30 – 10h30, Sala 1

# HTA e aterosclerose em contextos especiais

A prevenção primária em contexto oncológico, o impacto da depressão sobre a prevenção da aterosclerose e a componente inflamatória dos processos ateroscleróticos são os temas em discussão na mesa-redonda conjunta da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH) com a Sociedade Portuguesa de Aterosclerose (SPA). Fique a conhecer algumas das ideias que serão partilhadas pelos três preletores.

*Marta Carreiro*

A mesa-redonda começará com a apresentação do **Dr. Alípio Araújo** sobre os pontos em comum entre a prevenção primária de doenças oncológicas e a prevenção primária de eventos cardiovasculares. A este respeito, o internista e responsável pelo Internamento do Centro Clínico da Fundação Champalimaud, em Lisboa, afirma que "apenas 5% dos cancros são de etiologia hereditária, ou seja, todos os outros devem-se à influência de fatores ambientais". Por conseguinte, a prevenção primária das doenças oncológicas assemelha-se em muito à prevenção primária das doenças (DCV). "Com a adotação de estilos de vida mais saudáveis, podemos prevenir estas duas grandes pandemias que afetam a nossa população", reitera.

Entre os fatores de risco comuns às DCV e oncológicas, Alípio Araújo refere que o tabagismo é um dos mais clássicos. Em estudo está o papel da obesidade nas doenças oncológicas, acreditando-se que o seu processo inflamatório "possa contribuir para o desenvolvimento de carcinomas do esófago, cólon ou mama", exemplifica. O tipo de dieta é outro aspeto importante a ter em consideração, principalmente o consumo de sal. "Há cancros do estômago cujo principal fator de risco é a *helicobacter pylori*, mas sabe-se que o consumo elevado de sal é um fator determinante no desenvolvimento de doença oncológica ao nível do estômago." Também não é novidade que um estilo de vida ativo, em detrimento do sedentarismo, traz benefícios para a saúde, estimando-se que "contribui para uma redução de 30% na incidência de doenças oncológicas".

## Relação da depressão com as DCV

Em seguida, o **Dr. Francisco Araújo** abordará a relação entre a depressão e as DCV, destacando o que pode ser feito no âmbito da prevenção da aterosclerose. Segundo o coordenador do Departamento de Medicina Interna do Hospital Lusíadas Lisboa, "a depressão tem elevada prevalência na população portuguesa, em particular nas pessoas de meia-idade e nos idosos". Concomitantemente, a prevalência das DCV aumenta com a idade. "Se, por um lado, as DCV aumentam o risco de depressão, pelo impacto na vida dos indivíduos; por outro, a depressão também aumenta o risco de DCV, pelo menos no dobro, assim como as suas complicações", salienta o internista.

Para explicar as razões desta relação, Francisco Araújo refere que, em estado depressivo, as pessoas tendem a adotar uma alimentação mais desregrada, por exemplo consumindo muito mais açúcar, o que "contribui para o aumento da incidência da diabetes". Além disso, "alguns medicamentos antidepressivos, principalmente os antipsicóticos, têm efeitos secundários que aumentam os níveis de fatores de risco CV como o peso, a pressão arterial e outros que interferem com o perfil lipídico do doente.

Por isso, Francisco Araújo defende a importância do controlo da depressão, principalmente nos doentes que apresentam vários fatores de risco CV. Nesse sentido, "a abordagem multidisciplinar é fundamental", sempre com foco na promoção de estilos de vida saudáveis. "O bem-estar físico contribui para o bem-estar psicológico, que, geralmente, leva a maior motivação e facilidade de adesão ao tratamento", conclui o internista.

## Doença inflamatória e aterosclerose

Na última preleção, o **Prof. Luís Bronze**, presidente da SPH, analisará a relação entre a doença inflamatória de origem não vascular e a inflamação vascular. Contextualizando o tema, o assistente graduado de Cardiologia na Marinha Portuguesa explica que "existe muita evidência de que as pessoas com doença inflamatória de base, seja lúpus, artrite reumatoide ou outras, têm maior propensão para desenvolver síndromes ateroscleróticas mais graves, pelo facto de a aterosclerose já ser inflamatória na sua génese". Por outro lado, também a hipertensão arterial tem a inflamação na sua génese, pelo que "combater a doença inflamatória não vascular é muito importante para controlar a doença inflamatória vascular".

Nesse sentido, Luís Bronze aponta o exemplo de uma das doenças inflamatórias mais comuns em Portugal: a periodontite. "Ao passo que, nos países em desenvolvimento, as doenças das gengivas não são uma preocupação, porque a população consome muitos alimentos rijos, o que contribui para a saúde oral; nos países mais desenvolvidos, como o nosso, as doenças da gengiva são bastante comuns. E é sabido que uma periodontite pode facilitar processos inflamatórios ao nível vascular, que levam ao desenvolvimento de aterosclerose, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares", remata o cardiologista.

Ideias-chave em vídeo dos três preletores

10h00 – 10h30, Sala 2

# Ajuste terapêutico em doentes com insuficiência renal

De acordo com o **Dr. Pedro Marques**, internista no Centro Hospitalar Universitário de São João, no seguimento do doente hipertenso "é fundamental perceber qual o risco cardiovascular global e avaliar a repercussão que a hipertensão arterial [HTA] já teve sobre os órgãos considerados nobres". "O rim é um desses órgãos, pelo que temos de perceber o atingimento renal decorrente não só da HTA, mas também de outros fatores de risco, nomeadamente a diabetes", vinca o preletor da sessão II organizada pelo Núcleo de Internos da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (NISPH).

Na sua apresentação, Pedro Marques dará especial atenção às novidades terapêuticas que permitem retardar a perda da função renal. "Até há bem pouco tempo, a história natural de um doente hipertenso com doença ou lesão renal era a evolução inexorável para perda de função renal até chegar ao estádio final e terminal de insuficiência renal, em que os doentes precisam de técnicas de substituição da função renal, como a hemodiálise", contextualiza o internista, acrescentando que o tratamento do doente hipertenso com doença renal passava, essencialmente, pelo "controlo agressivo dos fatores de risco".

Esse paradigma começou a mudar, sobretudo nos doentes com doença renal crónica (DRC) e evidência de albuminúria. A acrescentar ao tratamento com os inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona, os inibidores do cotransportador de sódio e glicose 2 (iSGLT2) são agora uma das principais armas terapêuticas ao nosso dispor. Trata-se de "fármacos com um bom perfil de segurança e excelentes *outcomes*, que demonstraram eficácia na redução da taxa de deterioração da função renal".

Quanto a outras novidades nesta área, Pedro Marques remete para o ensaio clínico FIGARO[1], com a finerenona, que demonstrou um perfil de segurança "muito superior" ao da espironolactona e da eplerenona. "Nos doentes com disfunção renal, estes dois fármacos eram muito mal tolerados e com risco de hipercaliemia. A finerenona, ao ter uma atuação mais específica sobre o recetor mineralocorticoide, tem sido menos associada a esses efeitos, mantendo os ganhos terapêuticos que os outros fármacos já tinham demonstrado", destaca o preletor.

Segundo Pedro Marques, a confirmarem-se os bons resultados da finerenona associados a outras armas terapêuticas e ao controlo apertado dos fatores de risco, "poderão ser muito menos os doentes a necessitar de terapêuticas substitutivas da função renal e até de transplante de rim, porque o tratamento farmacológico conseguirá atrasar a evolução da doença". ***Pedro Bastos Reis***

**1.** Pitt B. *et al. Cardiovascular Events with Finerenone in Kidney Disease and Type 2 Diabetes.* N Engl J Med. 2021;385(24):2252-2263.

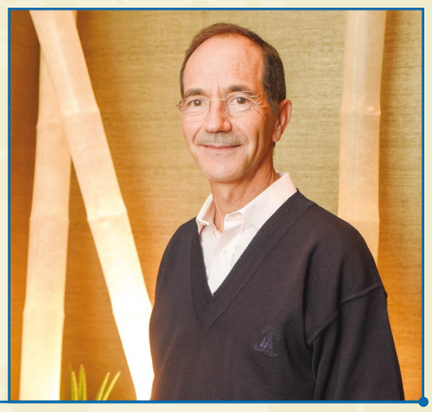
**O Dr. Pedro Marques reflete sobre as novidades terapêuticas com impacto no controlo da HTA e na redução da detioração da função renal**

OPINIÃO 6

11h45 – 12h15, Sala 1 *HOT TOPICS*

# Novidades a caminho para o tratamento da dislipidemia

**Dr. João Sequeira Duarte**
**Presidente da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose** | Diretor do Serviço de Endocrinologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Egas Moniz



Dividida em dois momentos, a minha apresentação visa destacar algumas novidades que poderão reduzir o *gap* existente entre as *guidelines* e a prática clínica no tratamento da dislipidemia. Na primeira parte, falarei sobre as novidades para combater os níveis elevados do colesterol das lipoproteínas de baixa densidade (C-LDL). Uma delas é a inibição da proteína PCSK9 por anticorpos monoclonais, que têm demonstrado eficácia e segurança na redução de eventos cardiovasculares (CV) e, segundo evidências mais recentes, também em doentes que iniciam esta terapêutica após um evento coronário agudo.

Outra novidade que também poderá estar disponível em breve é a inibição da proteína PCSK9 com recurso a silenciadores do seu ácido ribonucleico (RNA de interferência).

**Mais pormenores sobre as novidades que se perfilam para o tratamento da dislipidemia**

Esperamos que opções como estas nos ajudem a combater a problemática da falta de adesão à terapêutica, uma vez que são administradas por via parentérica, em contexto hospitalar, garantindo-nos que o doente não falha o tratamento. É claro que as terapêuticas combinadas (estatina de alta potência com ezetimiba) continuarão a ser úteis, permitindo-nos reduzir, de forma eficaz e segura, até 65% do C-LDL, conforme preconizado nas *guidelines* para os doentes de risco mais elevado.

Ainda tendo o C-LDL como alvo terapêutico, também abordarei a possível utilidade do ácido bempedóico, que inibe a via de síntese de colesterol antes da HMG-CoA-r; dos anticorpos monoclonais contra a proteína 3 angiopoietina-*like*, que inibem a LPL com redução das partículas ricas em triglicéridos e que também podem ser interessantes sobre o C-LDL, com reduções na ordem dos 50%. Também serão apresentadas as novas estratégias com moléculas de RNA de interferência que atuam ao nível da lipoproteína (a).

Na segunda parte da palestra, dedicada à redução dos triglicéridos, falarei sobre a possível disponibilização do pemafibrato, um novo modulador seletivo dos recetores PPAR alfa. Quanto aos ácidos gordos ómega-3, é relevante referir a controvérsia que surgiu após a publicação do estudo STRENGTH[1], pois colocou em causa os resultados do estudo REDUCE-IT[2], que havia demonstrado redução de eventos CV com a utilização de 4 gramas de eicosapenta de etilo (EPA). Com 4g/dia, mas de EPA+DHA, e também com um placebo diferente, o estudo STRENGTH[1] apresentou resultados neutros.

Finalmente, em doentes com síndrome da quilomicronemia familiar, em média, o volanesorsen reduziu os níveis de apoC-III em 84% e dos triglicéridos em 77%, permitindo, após três meses, que 77% dos doentes atingissem níveis de triglicéridos ≤750 mg/dL.

**1.** Nicholls SJ, *et al.* JAMA. 2020;324(22):2268-80. **2.** Bhatt DL, *et al.* N Engl J Med. 2019;380:11-22.

10h45 – 11h15, Sala 1 | Conferência Inaugural

# Realidades díspares da HTA em África e nos países desenvolvidos

Em entrevista, o **Prof. Albertino Damasceno**, ex-diretor do Serviço de Cardiologia do Hospital Central de Maputo, em Moçambique, começa por afirmar que a hipertensão arterial (HTA) "é o principal fator de risco da morbimortalidade a nível mundial". Apesar disso, o preletor da conferência inaugural defende que "é muito mais aquilo que separa do que aquilo que une as realidades do continente africano e do continente europeu no âmbito da HTA".

Durante a sua apresentação, o também professor catedrático na Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, em Maputo, traçará a evolução epidemiológica da HTA no mundo, nas últimas décadas, debruçando-se sobre o que aconteceu nos países mais desenvolvidos e na África subsariana. "As diferenças são cada vez maiores – nos países desenvolvidos, o controlo e o tratamento da HTA estão a melhorar, ao contrário do que se passa nos países em vias de desenvolvimento", sublinha.

As afirmações de Albertino Damasceno sustentam-se, por exemplo, num estudo em que participou e que foi publicado na revista *Lancet*[1], no ano passado, que analisou as tendências a nível mundial na prevalência da HTA e nos progressos no tratamento e controlo desta patologia entre 1990 e 2019. Das conclusões, o conferencista destaca que, "nos países desenvolvidos, 43% das mulheres têm a PA controlada, *versus* apenas 13% na África subsariana". Nos homens, as percentagens são de 37% e 9%, respetivamente.

Um dos motivos que explicam estas "diferenças abismais", realça Albertino Damasceno, é a "falta de dinheiro para encarar o problema", mas também a "falta de força e vontade política". Na África subsariana, "são os doadores que definem as prioridades, que, neste momento, são o vírus da imunodeficiência humana [VIH], a malária e a tuberculose". No que diz respeito ao controlo da HTA, o conferencista nota que em Moçambique, por exemplo, "muitos centros de saúde não têm sequer esfigmomanómetros ou medicamentos para reduzir a pressão arterial".

Durante a conferência, Albertino Damasceno vai ainda refletir sobre fatores como o crescimento populacional, a incidência da HTA e o envelhecimento. A esse respeito, o preletor evidencia que, entre 1975 e 2015, houve uma diminuição no número de doentes hipertensos nos países mais ricos, ao passo que, em África, o número triplicou. "O fosso entre ambas as realidades é cada vez maior, mas, se olharmos só para a prevalência da HTA, não temos essa noção. O grau de natalidade e de crescimento populacional é muitíssimo mais elevado em África e, havendo mais pessoas, há mais doentes hipertensos.

***Pedro Bastos Reis e Marta Carreiro***

**1.** *Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants*. Lancet. 2021;398(10304):957-80.

**O Prof. Albertino Damasceno comenta as clivagens no controlo da PA entre países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento**



11h15 – 11h45, Sala 1 | Cerimónia de Abertura

# Regresso à normalidade dos congressos presenciais

O 16.º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global assinala o tão aguardado regresso à "normalidade" das atividades da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH). Nesse âmbito, o **Prof. Luís Bronze** afirma que uma das principais mensagens que pretende transmitir na cerimónia de abertura é a de resiliência. "A direção da SPH e a comissão organizadora deste congresso abraçaram prontamente o desafio de organizar o evento em formato presencial. Foi por esse motivo, e pelo facto de muitos médicos de Medicina Geral e Familiar estarem envolvidos nos esforços antipandemia, que optámos por adiar a data do congresso", explica.

Por outro lado, foram também unidos esforços para desenhar um programa científico "abrangente", que aborda não só as novidades no âmbito da hipertensão arterial, mas também da aterosclerose, das lesões de órgão-alvo, da diabetes, da anticoagulação, da dislipidemia, enfim, uma vasta miríade de fatores de risco relevantes para a atualização dos congressistas. "Contamos com convidados nacionais e internacionais que trazem ao evento a sua experiência e os seus conhecimentos sempre atuais", sublinha o presidente da SPH.

O Presidente da República, Prof. Marcelo Rebelo de Sousa, vai participar na cerimónia de abertura através de uma mensagem pré-gravada, que Luís Bronze descreve como "calorosa e abrangente". Presencialmente, intervirão ainda a Dr.ª Rosa de Pinho, presidente da comissão organizadora do 16.º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global e presidente-eleita da SPH, bem como representantes das entidades locais.

***Marta Carreiro***

**Algumas mensagens que o presidente da SPH pretende transmitir na cerimónia de abertura**

12h15 – 12h45, Sala 1 HOT TOPICS

# Novos fatores de risco ambientais e psicossociais

**Prof. Luís Bronze**
**Presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão** | Cardiologista na Marinha Portuguesa e professor auxiliar na Universidade da Beira Interior

Há alguns anos, eram os fatores de risco clássicos da hipertensão arterial (HTA), como o consumo excessivo de sal e a obesidade, que mais nos preocupavam. Hoje em dia, sabe-se que existem outros fatores de risco, nomeadamente ambientais e psicossociais, que também contribuem significativamente para o desenvolvimento desta doença. A poluição, por exemplo, está diretamente relacionada com o risco cardiovascular (RCV) – ao respirarmos ar contaminado com um certo número de partículas nocivas, estamos a potenciar a inflamação vascular.

Já na esfera psicossocial, alguns fatores relacionados com o estilo de vida, como o stresse, a insónia ou a depressão, podem levar ao aumento do RCV. Por outro lado, existem estudos muito relevantes que demonstram que a solidão também é um importante fator de risco para a HTA, assim como a poluição sonora.

Para conseguirmos combater os fatores de risco ambientais e psicossociais, é necessário apostar na chamada "saúde preventiva". Para isso, não podemos depender apenas dos agentes de saúde; aliás, a pandemia de COVID-19 provou-nos que a esfera política tem um papel essencial na saúde preventiva. É necessário que os decisores políticos intervenham no sentido de mitigar, tanto quanto possível, os novos fatores de risco da HTA, através de medidas como a criação de espaços verdes nas cidades, a implementação de incentivos à diminuição da poluição ou o lançamento de iniciativas que combatam a solidão.

A saúde depende cada vez menos dos médicos e cada vez mais da esfera política. Há que ter sempre em conta que a maior causa de mortalidade no mundo, atingindo uma dimensão pandémica, é a cardiovascular, da qual o fator de risco mais importante é a HTA. Portanto, se não houver empenho político na prevenção, nunca vamos conseguir controlar esta doença que atinge cerca de 40% dos adultos. É que, tendo em conta os modos de vida da sociedade atual e os novos fatores de risco, a problemática da HTA tende a agravar.

**O Prof. Luís Bronze comenta o papel das entidades políticas na saúde preventiva**



12h15 – 12h45, Sala 2 HOT TOPICS

# Anticoagulação no doente hipertenso

A anticoagulação nos doentes hipertensos é a temática abordada pela **Dr.ª Andreia Mamede** numa das sessões de *hot topics* deste congresso. Segundo adianta a preletora, o seu principal objetivo é alertar que "a existência de uma ampla variedade de anticoagulantes orais em diversas doses exige um conhecimento adequado das indicações e contraindicações específicas de cada um", de modo a facilitar o manejo destes fármacos no dia-a-dia da prática clínica. Por outro lado, a diretora do Serviço de Cardiologia do Hospital das Forças Armadas explicará como os doentes hipertensos podem beneficiar desta terapêutica.

Salvo raras exceções, como é o caso de hipertensos com situações de hemorragia ativa ou recente, a hipertensão arterial (HTA) não contraindica o tratamento com anticoagulantes, mas o seu controlo deve ser alvo de especial atenção.

**A Dr.ª Andreia Mamede resume os benefícios da anticoagulação em doentes com HTA**

De acordo com Andreia Mamede, "a anticoagulação é particularmente útil na prevenção do acidente vascular cerebral em determinados doentes com fibrilhação auricular, como os hipertensos". Além disso, "é importante para prevenção e tratamento de doentes com tromboembolismo ou trombose venosa profunda, bem como nos doentes portadores de próteses valvulares mecânicas". A oradora também refere que, "no pós-enfarte agudo do miocárdio, quando os doentes ficam com trombos intracardíacos, a hipocoagulação é essencial ".

Segundo Andreia Mamede, a grande vantagem de utilizar anticoagulantes nos doentes hipertensos é a possibilidade de "prevenira ocorrência de trombos, quando clinicamente indicado". Não obstante, importa ressalvar que a anticoagulação também se associa alguns riscos, como qualquer outra medicação, nomeadamente o risco de hemorragia. "Às vezes, devido ao receio dos eventos hemorrágicos, há a tentação de anticoagular com doses mais baixas. Contudo, verificando-se que existe mais-valia em recorrer aos anticoagulantes, desde que o acompanhamento médico tenha em conta as especificidades do doente e as caracterís-

ticas do fármaco, não há motivos para recear esta terapêutica nas doses recomendadas, que são as que efetivamente protegem o doente", conclui a cardiologista. ***Marta Carreiro***

14h00 – 15h00, Sala 1

# Novidades tecnológicas para medição da pressão arterial

O papel das novas tecnologias na medição da pressão arterial (PA) estará em discussão na mesa-redonda que vai abordar as vantagens, mas também os desafios das inovações. Dos novos sistemas de medição da PA sem recurso a insuflação até às tecnologias de apoio à telemedicina, as duas preleções focam o que já existe e o que se projeta para o futuro.

*Marta Carreiro e Pedro Bastos Reis*

O Prof. Michel Burnier, diretor da Divisão de Nefrologia e Hipertensão do Hospital Universitário de Lausanne, na Suíça, começa por referir que "o mais importante é medir a PA com precisão". Contudo, "os sistemas de medição são à base do mesmo há já cerca 100 anos", com necessidade de insuflação da bolsa de borracha no braço, o que é problemático para alguns doentes.

"Quando insuflamos a braçadeira no braço, muitos doentes têm uma reação que aumenta mais a PA", indica Michel Burnier, acrescentando que este método pode causar dor em algumas pessoas, sobretudo as que têm excesso de peso ou obesidade. Nesse sentido, "é necessário encontrar soluções para medir a PA com dispositivos que não causem dor". Para tal, o primeiro objetivo passa por "desenvolver uma tecnologia que não implique insuflar o braço"; o segundo objetivo é "conseguir várias medições ao longo do dia, eventualmente contínuas".

Já existem centenas de novos dispositivos para medir a PA que utilizam um sistema de fotopletismografia para avaliar a pulsação, mas "ainda são considerados como *gadgets* e não há *guidelines* nem recomendações para validar esses aparelhos", lamenta Michel Burnier. No entanto, o preletor está otimista quanto ao futuro dos dispositivos que não necessitam de insuflação da braçadeira, pelo que vai apresentar alguns sistemas entretanto desenvolvidos. Um deles é o sistema Aktiia, desenvolvido na Suíça, que consiste numa pulseira interligada a uma aplicação de *smartphone*, permitindo monitorizar a frequência cardíaca.

Uma das limitações é que o dispositivo precisa de ser calibrado periodicamente, mas Michel Burnier considera que as vantagens suplantam os constrangimentos. "Estes sistemas são relativamente baratos, podem colher muitos dados durante o dia e a noite, não causam dor e são muito fáceis de utilizar. Podemos obter uma espécie de medição ambulatória da PA [MAPA], mas contínua, sem incómodos para o doente, mesmo que utilize o dispositivo durante semanas, pois, quanto mais dados tivermos, melhor", destaca o orador.

No entanto, Michel Burnier admite que os novos dispositivos trazem desafios para médicos e doentes, que se terão de adaptar à mudança, mas acredita que as novas tecnologias terão um papel determinante na medição da PA. "Penso que, com o tempo, poderão substituir a automedição da PA [AMPA] e até a MAPA, especialmente nos doentes que não toleram bem a braçadeira insuflável, por causar dor", remata.

Prof. Michel Burnier

Prof. Luís Martins

## Inovação tecnológica é essencial em Medicina

Para o Prof. Luís Martins, diretor do Serviço de Cardiologia do Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa, em Gondomar, não há dúvidas: "A tecnologia ocupou a nossa vida a todos os níveis. Na Medicina, também será cada vez mais decisiva, particularmente na área da hipertensão arterial [HTA] e do risco cardiovascular global [RCVG]." Entre as principais vantagens das inovações tecnológicas, o segundo preletor da mesa-redonda destaca a adesão do doente e o seu envolvimento no controlo da doença.

"O que precisamos no âmbito da HTA e do RCVG é de proximidade do doente com o profissional de saúde, fomentando a transmissão de dados, o que é relativamente fácil de conseguir com as novas tecnologias de telemonitorização. Os médicos podem sentir-se algo ameaçados pela tecnologia e oferecer alguma resistência à sua implementação, mas não tenho a mínima dúvida de que é o caminho que vamos percorrer", afirma Luís Martins.

O ex-presidente da SPH realça, aliás, o "importante papel da telemedicina" nos últimos dois anos de pandemia COVID-19. "A entrada de novas tecnologias na área da Medicina proporcionou o acesso a cuidados de saúde que não podiam ser prestados em modo presencial", salienta o cardiologista, advertindo, no entanto, que telemedicina é muito mais do que realizar consultas por telefone. "A comunicação não é só verbal. Para convencer, motivar e esclarecer o doente, é essencial estabelecer uma boa comunicação com ele, incluindo o contacto visual, para perceber comportamentos, reações e criar empatia", sublinha.

Tecnologias inovadoras como os sistemas que permitem a medição da PA sem insuflação da bolsa de borracha no braço podem mudar o paradigma do seguimento dos doentes hipertensos. "Acredito que a tecnologia é aliada de uma medicina mais eficaz e personalizada, permitindo o contacto sistemático entre médico e doente. A pandemia veio facilitar muito esse processo, porque abriu a mentalidade das pessoas para as inovações", conclui Luís Martins.

**Os Profs. Michel Burnier e Luís Martins refletem sobre como poderá ser o futuro da medição da PA**

15h00 – 15h30, Sala 1 *HOT TOPICS*

# Tratamento da diabetes em 2022

Segundo a **Dr.ª Fátima Pinto**, internista no Hospital da Horta, nos Açores, um dos principais desafios na abordagem atual da diabetes *mellitus* tipo 2 (DMT2) prende-se com a pandemia de COVID-19, nomeadamente com a incerteza do número de doentes não diagnosticados nos últimos dois anos. "Receamos que possa existir um elevado número de pessoas que deveriam estar diagnosticadas com DMT2 e não estão", alerta a preletora.

Além da necessidade de investir no diagnóstico, Fátima Pinto chama a atenção para os desafios no tratamento da DMT2, "concretamente a implementação de estilos de vida saudáveis, e no combate à obesidade, pela estreita relação com a diabetes".

No que diz respeito à terapêutica farmacológica, na sessão, a preletora pretende incidir sobre "as certezas e as incertezas" atuais. Referindo que "a metformina continua a ser a primeira linha no tratamento da DMT2", Fátima Pinto destaca o papel dos agonistas do recetor de GLP-1 (peptídeo-1 semelhante ao glucagon) e dos inibidores do SGLT2 (cotransportador de sódio e glicose 2), que se têm revelado "efetivos no tratamento da DMT2 e das complicações mais frequentes, como a obesidade, a hipertensão arterial, a insuficiência cardíaca e a doença renal crónica". A utilização destes fármacos "poderá ser muito eficaz em determinados doentes, mas é necessário que a abordagem terapêutica seja personalizada e vigiada".

Fátima Pinto também realça que é essencial garantir que o doente cumpra as orientações terapêuticas. "Muitas vezes, optamos por esquemas de tratamento e planos de exercício físico e alimentação que não são exequíveis para o doente. Há que individualizar o tratamento e partilhar as decisões com o doente, facilitando uma maior adesão e o atingimento dos alvos terapêuticos."

A internista conclui que, "cada vez mais, o tratamento da diabetes deve ir para além do controlo glicémico, evitando ou atrasando o aparecimento das complicações". Também se deve "evitar os efeitos secundários dos fármacos que possam, de alguma forma, agravar a evolução desta que é uma doença crónica". ***Pedro Bastos Reis***

Saiba mais sobre os atuais desafios no tratamento da DMT2



15h30 – 16h00, Sala 1

# Risco cardiovascular global na atualidade

O panorama atual do risco cardiovascular (CV) global será o *hot topic* discutido pelo **Dr. Fernando Martos Gonçalves** no 16.º Congresso da Sociedade Portuguesa de Hipertensão. Na opinião do preletor, "este tema não poderia deixar de ser abordado pelo facto de as doenças cardiovasculares continuarem a ser a principal causa de morte no mundo". Contudo, o coordenador do Serviço de Medicina Interna do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, admite ter-se verificado uma diminuição, principalmente nos países desenvolvidos, do número de mortes causadas pelas doenças cardiocerebrovasculares, o que se traduz na redução da incidência de enfarte do miocárdio e acidente vascular cerebral.

Na sua apresentação, além de enquadrar a problemática, Fernando Martos Gonçalves explicitará os fatores de risco inerentes às doenças cardiovasculares. "Começarei por abordar os fatores de risco clássicos, como a hipertensão arterial, a dislipidemia, a diabetes, a obesidade ou o tabaco, mas também falarei de novos modificadores de risco, como processos inflamatórios, mentais ou a poluição, entre outros", avança. Posteriormente, o orador mostrará como deve ser feita a investigação dos doentes, nomeadamente o cálculo do risco, que permite orientar a atuação. "Existem pessoas aparentemente saudáveis com risco estimado que beneficiam de intervenção preventiva", diz o orador, que partilhará algumas sugestões de procedimentos conforme o nível de risco CV de cada doente.

Outro objetivo de Fernando Martos Gonçalves passa por salientar as potencialidades de tecnologias, atualmente de utilização quase universal. "Hoje em dia, os *smartphones* e outros dispositivos facilitam a comunicação entre doentes e médicos. À distância, conseguimos monitorizar o efeito terapêutico, renovar a prescrição, etc." Na conferência, o internista também abordará a importância de "responsabilizar os doentes, integrando-os no seu processo de tratamento ou prevenção, para melhorar o nível de adesão à terapêutica". ***Marta Carreiro***

O papel das novas tecnologias na melhoria da prestação de cuidados no âmbito do risco cardiovascular global

A Hipertensão é o principal fator de risco para a mortalidade[1]

**É altura de agir**

# Avô! Um passarinho disse-me que devias ir medir a tua tensão arterial regularmente

**Meça a sua tensão arterial**

1 em cada 2 hipertensos não estão controlados[2]

A hipertensão aumenta o risco de AVC e Enfarte do Miocárdio[3]

# #Porquesim

**Siga o movimento**

**@PicSolutionPortugal**
**@ServierPortugal**

**@picsolutionpt**
**@servierportugal**

PiC solution

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

SERVIER

AVC - Acidente Vascular Cerebral

**1**. Poulter N et al. Hypertension. *Lancet*. 2015;386:801-812. **2**. Polónia J, Martins L et al. *PHYSA - Journal of Hypertension* 2014, 32:1211-1221. **3**. World Health Organisation. A global brief on hypertension Silent killer, public health crisis. https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief.hypertension/en/. Published April 2013. Accessed December 16, 2019.

Os medidores de pressão arterial são dispositivos médicos. Antes da sua utilização deve ler cuidadosamente a rotulagem e as instruções de utilização.

16h30 – 17h30, Sala 1

# Novas oportunidades de melhoria na gestão do doente hipertenso

É indubitável que a pandemia de COVID-19 afetou o controlo dos fatores de risco cardiovascular, seja porque os doentes deixaram de cumprir o plano terapêutico devido às restrições de acesso aos cuidados de saúde e à falta de acompanhamento dos seus médicos, seja porque os confinamentos dificultaram os hábitos de vida saudáveis. Em fase de esperado retorno à "normalidade", importa refletir sobre as estratégias que podem permitir a rápida recuperação, e até a superação, dos níveis de controlo pré-pandemia. É esse o objetivo do simpósio organizado esta sexta-feira pela Servier, sob o mote "Novas oportunidades na gestão do doente hipertenso: onde podemos atuar?".

*Pedro Bastos Reis e Marta Carreiro*

Prof. Luís Bronze

Prof. Luís Martins

Dr.ª Rosa de Pinho

12

Com o regresso progressivo à "normalidade", o Prof. Luís Bronze, presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH) e um dos moderadores do simpósio, considera que "as prioridades atuais devem passar por estabelecer contacto com os doentes, avaliar a progressão do risco cardiovascular [RCV)] e tentar voltar, pelo menos, aos níveis de controlo pré-pandemia". Contudo, o também cardiologista na Marinha Portuguesa e docente na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior nota que, "antes da pandemia, já havia uma elevada taxa de doentes hipertensos que não aderiam à terapêutica", um problema que se agravou nos últimos dois anos. "A adesão relaciona-se muito com a interação médico-doente. Por isso, é necessário incidir na empatia, para motivar o doente a tomar a medicação da forma correta", afirma Luís Bronze.

De acordo com o Prof. Luís Martins, diretor do Serviço de Cardiologia do Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa, em Gondomar, e também moderador do simpósio, "a pandemia de COVID-19 agravou o acesso dos doentes hipertensos ao sistema de saúde, o que teve reflexos na responsabilização acerca da própria doença, resultando em pior adesão à medicação". Alguns dos principais constrangimentos verificaram-se ao nível dos cuidados de saúde primários, uma vez que muitos profissionais foram destacados para tarefas relacionadas com a COVID-19. Por isso, o cardiologista não tem dúvidas de que os níveis de pressão arterial (PA) "estão agora menos controlados do que em 2020".

Na resposta aos desafios agravados pela COVID-19, os profissionais dos cuidados de saúde primários assumem um papel central. "A relação mais próxima que temos com os doentes sempre foi um ponto a nosso favor. Acompanhamos o doente ao longo de várias faixas etárias, assim como a família, e isso dá-nos vantagem de o influenciar para o tratamento", sublinha a Dr.ª Rosa de Pinho, coordenadora da Unidade de Saúde Familiar Vale do Vouga, em São João da Madeira. "A nossa grande arma é a comunicação. Devemos explicar ao doente a patologia que tem, os riscos que corre e a importância de tomar a medicação, simplificando ao máximo o esquema terapêutico para fomentar a adesão", acrescenta a presidente-eleita da SPH.

## Envolver o doente e promover a comunicação

Também oradora no simpósio, a Dr.ª Eugénia Raimundo, psicóloga e *coach*, reitera que "uma comunicação eficaz é o fator verdadeiramente diferenciador na tomada de consciência e na mudança de atitude do doente face à sua doença". "Há uma decisão individual em adotar, ou não, os cuidados de saúde recomendados e a adesão à terapêutica depende muito da relação de parceria e da comunicação bidirecional entre médico e doente", acrescenta a formadora e gerente da Motiven RH.

Porque a HTA é uma doença que "implica cuidados para o resto da vida", a decisão de seguir o tratamento tem de ser por "motivação intrínseca do doente". Para isso, "são necessárias mudanças transformacionais na sua atitude e a entrevista motivacional é, comprovadamente, um modelo potenciador de sucesso da mudança comportamental e do reforço da aliança terapêutica", defende Eugénia Raimundo. E recomenda: "Deve ser criado um contexto no qual o doente se sente confortável para ter uma conversa franca com o médico,partilhando as suas dúvidas, preocupações e rotinas. Essa informação é crucial para o médico ajustar o plano terapêutico e atuar atempadamente."

Rosa de Pinho concorda que "os médicos têm de ser mais proativos" no acompanhamento dos doentes, admitindo a existência de "alguma inércia médica no tratamento da HTA". Isto porque, contrariamente ao que aconselham as mais recentes *guidelines* da *European Society of Cardiology* com a *European Society of Hypertension*[2], "a monoterapia ainda continua a ser muito utilizada em Portugal, apesar de a grande maioria dos doentes hipertensos terem, pelo menos, RCV moderado". Ou seja, estes doentes "deveriam começar logo com uma terapêutica dupla, idealmente em associação fixa, que contribui para a melhoria da adesão ao tratamento".

Dr.ª Eugénia Raimundo

Prof. Jorge Polónia

Prof. Claudio Borghi

Quanto aos fármacos a associar, a especialista de MGF salienta a evidência científica e da prática clínica em torno da combinação de moduladores do sistema renina-angiotensina-aldosterona com antagonistas dos canais do cálcio (ACC), como terapêutica de primeira linha para a HTA.

## Simplificar o tratamento com associações fixas

Luís Martins recorda que, segundo os resultados do estudo PHYSA[1], "entre 2003 e 2014, o grau de controlo da PA passou de 11% para 44%". No entanto, os levantamentos que o cardiologista tem vindo a fazer junto de algumas unidades de saúde levam-no a concluir que, nos últimos dois anos, "o recurso à monoterapia aumentou substancialmente". A menor adesão ao tratamento relacionada com as restrições de acesso aos cuidados de saúde e o facto de muitos doentes não estarem devidamente medicados levaram a que, "neste momento, o controlo da PA não passe dos 40%", estima Luís Martins.

Vincando que a não adesão dos doentes à terapêutica é a principal causa da falta de controlo da PA, o Prof. Jorge Polónia, consultor de Medicina Interna na Unidade Local de Saúde de Matosinhos/Hospital Pedro Hispano, defende que é fundamental simplificar o tratamento. "Se conseguirmos que o doente tome apenas um comprimido que associa dois ou até três fármacos, quando necessário, vamos ter grandes benefícios", assegura o preletor, sustentando-se nas *guidelines* europeias[2].

Para os casos em que não se consegue controlar a PA com dois anti-hipertensores, o também docente na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto destaca as vantagens de associar um diurético aparentado aos tiazídicos ao inibidor da enzima de conversão da angiotensina (IECA) e ao ACC. "Com uma solução de dois ou três fármacos num só comprimido, conseguimos controlar a PA de pelo menos 85% dos doentes", assegura Jorge Polónia, notando que "as reações adversas da associação tripla são raras e, por norma, facilmente controláveis".

## *Polypill* para HTA e hipercolesterolemia

Tal como aconteceu com a HTA, a pandemia de COVID-19 também prejudicou o controlo dos níveis de colesterol, um fator de risco comum em muitos doentes hipertensos. Segundo o Prof. Claudio Borghi, diretor da Unidade de Hipertensão do Hospital Universitário de Bolonha, em Itália, "o controlo separado destes dois fatores de RCV acontece em menos de 50% dos doentes". No entanto, "o tratamento combinado num comprimido único, a chamada *polypill*, é uma opção para os doentes com HTA e hipercolesterolemia". Neste âmbito, "existe um comprimido eficaz, que associa um IECA, um ACC e uma estatina". De acordo com o preletor, "o recurso a uma *polypill* aumenta em pelo menos 20% a adesão à terapêutica, comparativamente à toma separada de diferentes fármacos".

Em jeito de conclusão, Luís Bronze sublinha que, em prevenção primária dos eventos cardiocerebrovasculares, "os doentes tendem a ser menos cuidadosos com o tratamento", daí a necessidade de "incrementar a sua literacia em saúde", uma prioridade da SPH. "Os doentes têm de perceber que, além de cumprir a toma dos fármacos, é essencial implementar alterações do estilo de vida, que foi tão afetado pela pandemia, reduzindo o consumo de sal, perdendo peso ou praticando exercício físico, entre outras medidas", remata o cardiologista



Destaques das entrevistas em vídeo aos moderadores e preletores do simpósio

**Referências: 1**. 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*. J Hypertens. 2014;32(6):1211-21. **2.** Williams B, *et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension*. Eur Heart J. 2018;39:3021-3104; **3.** Sever, *et al*. Eur Heart J. 2006;27:2982-88.

## MENSAGENS-CHAVE

- No rescaldo da pandemia de COVID-19, que dificultou o acesso dos doentes hipertensos aos cuidados de saúde, a prioridade deve ser estabelecer contacto com os doentes e avaliar a progressão do seu RCV;
- Os médicos de família têm um papel-chave na adesão à terapêutica, devido à relação de proximidade e à continuidade no acompanhamento dos doentes;
- No geral, os médicos devem incutir a responsabilização dos doentes para alterar comportamentos e promover a adesão às terapêuticas;
- Entre 80 a 85% dos doentes hipertensos atingem o controlo dos níveis de PA com uma associação fixa de dois ou três fármacos. Por isso, é necessário combater a inércia terapêutica;
- Quando dois anti-hipertensores não são suficientes para controlar a HTA, em conformidade com as *guidelines*[2], deve-se acrescentar um terceiro fármaco, preferencialmente em associação fixa;
- A *polypill* aumenta a adesão à terapêutica em pelo menos 20%, sendo uma estratégia adequada para doentes com HTA e hipercolesterolemia.

17h30 – 18h30, Sala 2 | Simpósio Luso-Brasileiro

# Discussão das novas diretrizes brasileiras de HTA

Publicadas em março de 2021, as novas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (HTA) contêm aspetos inovadores relativamente às últimas *guidelines* europeias e americanas. Por esse motivo, as diferenças serão discutidas nesta edição do Simpósio Luso-Brasileiro.

Mais comentários dos preletores em vídeo

## Novos capítulos e perspetivas futuras

"Decidimos incluir nas Diretrizes Brasileiras de HTA alguns aspetos inovadores, como a introdução de um capítulo dedicado ao envelhecimento vascular, no qual é abordada a pré-HTA e os danos relacionados. Além disso, trouxemos de volta a questão da multidisciplinaridade, com um capítulo que explora o papel dos profissionais de saúde não médicos no controlo da doença hipertensiva, como enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e especialistas em exercício físico. O capítulo final também é uma novidade e antecipa perspetivas para o futuro – os 97 autores refletem sobre o caminho que a ciência deverá seguir nos próximos quatro a cinco anos. Neste âmbito, chamamos a atenção para o papel que os biomarcadores poderão desempenhar na avaliação do grau de saúde vascular e na caracterização do agravamento ou da melhoria na evolução da HTA."
**Prof. Weimar Sebba Barroso, cardiologista e coordenador da Liga de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás**

## Mudança de paradigma no tratamento do idoso

"Um dos temas ao qual dedicámos especial atenção nas novas diretrizes é a abordagem do doente hipertenso idoso. Hoje em dia, é esperado que uma pessoa com 80 anos viva cerca de mais 10 anos, podendo beneficiar dos tratamentos da HTA. Por isso, valorizámos a rigidez arterial, independentemente dos valores de PA. Também reforçámos a importância da medição da PA fora do consultório. Por outro lado, o doente idoso é especial pela frequência com que apresenta um somatório de comorbilidades que obrigam a um número maior de medicamentos de uso contínuo, levando ao aumento das interações farmacológicas e ao risco de má adesão às terapêuticas. Então, definimos que o doente idoso, sempre que possível, deve ser tratado com associações fixas de dose única diária. Outro aspeto importante é que nenhuma intervenção terapêutica deve deixar de ser utilizada pela idade. Nas diretrizes brasileiras de 2021, passámos a considerar a condição funcional, física e cognitiva do doente para escolha da terapêutica, ao invés da idade. Quanto maior for o grau de fragilidade do doente, menor será a sua sobrevida e, por isso, menos rígido deve ser o tratamento."
**Dr. Roberto Dischinger Miranda, chefe do Serviço de Cardiologia da Disciplina de Geriatria da Escola de Medicina da Universidade Federal de São Paulo**

## Monitorização da PA fora do consultório

"A medição da PA no consultório é um dado frágil devido ao reduzido número de medições realizadas, à grande variabilidade da PA e a fenómenos de HTA mascarada e HTA da bata branca, podendo conduzir a diagnósticos errados. Assim, para obtermos um diagnóstico adequado, é fundamental realizar medições fora do consultório. Na apresentação, vou incidir, sobretudo, sobre a medição ambulatória da PA (MAPA) e a automedição da PA (AMPA), opções particularmente úteis para diagnóstico e seguimento dos doentes pré-hipertensos (HTA normal/alta, segundo as *guidelines* europeias) e dos doentes hipertensos em estádio 1. Nestes dois grupos, tendemos a errar muito no diagnóstico pela proximidade aos valores considerados normais, pelo que são mais suscetíveis a ter valores de PA influenciados por fatores externos. Nesse sentido, as nossas diretrizes dão muita ênfase às medições fora do consultório, que permitem não só minimizar os erros de diagnóstico, mas também reduzir o risco de hipotensão ou falta de controlo da PA."
**Prof. Audes Feitosa, presidente do Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia e cardiologista no Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco**

## Diferenças em relação às *guidelines* europeias

"Em 2020, no seguimento da publicação das *guidelines* americanas e europeias para diagnóstico e tratamento da HTA, o Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) reviu as suas diretrizes e procedeu a uma atualização. Apesar de as diferenças em relação às *guidelines* europeias não serem muito significativas, há *nuances* que vale a pena analisar, como os níveis de PA recomendados, as orientações específicas para algumas populações e a forma de iniciar a terapêutica. As diretrizes da SBC refletem as especificidades de um país com a dimensão da Europa em termos populacionais (cerca de 200 milhões de habitantes), mas com realidades socioeconómicas, culturais e de acesso aos cuidados de saúde muito diferentes da maioria dos países da Europa ou da América do Norte. Na apresentação, tentarei chamar a atenção para algumas das diferenças mais importantes, procurando explicar o que as justifica."
**Dr. Fernando Pinto, cardiologista no Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga/Hospital de São Sebastião, Santa Maria da Feira**

17h30 – 18h30, Sala 1

Os moderadores refletem sobre os desafios de diagnóstico e acompanhamento dos doentes hipertensos nos cuidados de saúde primários

# Desafios dos médicos na abordagem ao doente hipertenso

Discutir experiências e dificuldades é o mote da sessão conjunta da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH) com a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF). À volta dos casos clínicos apresentados por três especialistas de Medicina Geral e Familiar (MGF), serão debatidos os desafios que os médicos enfrentam para conseguirem que os doentes atinjam os objetivos terapêuticos.

*Pedro Bastos Reis*

Considerado um dos "momentos altos" do Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global, com uma elevada participação de internos e especialistas de MGF, mas também das mais variadas especialidades médicas, a sessão conjunta da SPH com a APMGF pretende ser um fórum de discussão e troca de experiências, que tem como ponto de partida a apresentação de casos clínicos.

"Estamos todos no mesmo barco e a remar no mesmo sentido. Esta sessão é uma oportunidade para trocarmos experiências. Não há nenhum caso de hipertensão arterial [HTA] que seja simples e linear. Aliás, a maior parte tem sempre alguma complexidade", destaca a **Dr.ª Rosa de Pinho, presidente-eleita da SPH** e moderadora da sessão.

De acordo com a também coordenadora da Unidade de Saúde Familiar (USF) Vale do Vouga, em São João da Madeira, o diagnóstico do doente hipertenso estará em evidência na sessão, porque, nos dias de hoje, "constitui um enorme desafio, uma vez que os médicos de família estão sobrecarregados em termos do número de utentes". "Na consulta, deveríamos conseguir medir a pressão arterial [PA] nas condições ideais, com o doente descansado e até sem o profissional de saúde dentro da sala, mas isso, no nosso dia-a-dia, não é possível", lamenta a especialista em MGF.

Análise semelhante traça o **Dr. Nuno Jacinto, presidente da APMGF** e também moderador da sessão. "O maior desafio é termos tempo para estarmos com os doentes e fazermos uma intervenção ao nível dos estilos de vida e dos contextos familiares e sociais, algo que requer uma abordagem mais estruturada e, sobretudo, personalizada", afirma o especialista em MGF na USF Salus, em Évora.

Assim, ganha particular importância o conceito de medicina personalizada. "Temos de conseguir perceber o doente, as suas particularidades, os seus estilos de vida e o seu contexto. Conhecer o doente como um todo é o maior desígnio do médico de família", defende Nuno Jacinto, acrescentando que os diferentes fatores de risco cardiovascular também "devem ser avaliados de forma integral e global".

## Conhecer o perfil do doente

Para conhecer o perfil hipertensivo de cada doente, "a monitorização ambulatória da PA [MAPA] é o método ideal, porque consegue avaliar os registos tensionais ao longo do dia e da noite". "Este deveria ser um exame de fácil acesso a todos, mas não é, o que continua a ser um grande desafio para os médicos de família", afirma Rosa de Pinho.

Neste cenário, a automedição da PA (AMPA) assume um papel importante. "Apesar da desvantagem de não avaliar a PA noturna, dentro das opções que temos e caso o doente tenha capacidade e responsabilidade, acho que a AMPA é uma forma de contornar a falta de acesso à MAPA", explica a presidente-eleita da SPH, acrescentando que se devem realizar várias medições da PA ao longo do dia e em diferentes contextos. "Com uma só nota musical não se consegue uma música. Com a PA acontece o mesmo: são precisas várias medições, em contextos diferentes, para perceber o perfil tensional do doente", reforça Rosa de Pinho.

Por sua vez, Nuno Jacinto sublinha a importância de o doente aderir à terapêutica. "O objetivo é manter o doente hipertenso o mais controlado possível, sem causarmos malefício e prevenindo complicações da sua doença. Para isso, é essencial haver empatia entre médico e doente, bem como uma decisão partilhada quanto ao tratamento, para que seja possível estabelecer compromissos, metas realistas e trabalharmos em conjunto", defende o presidente da APMGF.

O moderador também coloca grande ênfase na responsabilização do doente. "Se assumirmos uma postura mais paternalista, tendemos a não conseguir os resultados que desejamos. Devemos partilhar as decisões e capacitar o doente, fazendo com que ele perceba que tem o papel essencial no seu tratamento. Nós somos os auxiliares; é o que o doente faz ou não que levará ao atingimento dos objetivos comuns", conclui Nuno Jacinto.

Na sessão conjunta da SPH com a APMGF, a apresentação dos casos clínicos será assegurada pela **Dr.ª Sofia Jardim** (USF Parque, em Lisboa), pelo **Dr. José Manuel Lima Nogueira** (Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga) e pela **Dr.ª Joana Monteiro** (USF Odisseia, na Maia).

PUB.

SIMPÓSIO SATÉLITE

16º CONGRESSO PORTUGUÊS DE HIPERTENSÃO E RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL

NOVAS OPORTUNIDADES NA GESTÃO DO DOENTE HIPERTENSO: ONDE PODEMOS ATUAR?

MODERADORES: Prof. Dr. Luís Bronze • Prof. Dr. Luís Martins

DISCUSSÃO EM PAINEL: Drª. Eugénia Raimundo • Drª. Rosa de Pinho • Prof. Dr. Claudio Borghi • Prof. Dr. Jorge Polónia

4 MARÇO 2022 16:30h - 17:30h

SERVIER

9h30 – 10h30, Sala 1

# Abordagens preventivas na HTA

A importância de reduzir o consumo de sal, promover o exercício físico e combater a obesidade como fatores preventivos e de controlo da hipertensão arterial (HTA) estará em evidência na mesa-redonda dedicada às abordagens preventivas. Fique com algumas das ideias que os preletores levarão à discussão.

## SAL

"A relação entre a elevada ingestão de sal e o desenvolvimento de hipertensão arterial (HTA) e doenças cardiovasculares está claramente demonstrada, bem como o seu impacto na neoplasia gástrica, que, em Portugal, tem uma prevalência muito elevada, comparativamente a outros países europeus. No entanto, tão ou mais importante quanto conhecer os malefícios do sal é saber que, reduzindo o seu consumo, podemos diminuir os valores de pressão arterial (PA) e evitar o desenvolvimento de HTA e de doenças cardio e cerebrovasculares. Nesse sentido, temos de apostar em estratégias de educação e literacia em saúde, bem como na rotulagem clara e informativa dos alimentos para permitir escolhas mais saudáveis.

A Sociedade Portuguesa de Hipertensão começou há vários anos a sua luta contra o sal, o que já deu frutos, mas não podemos descansar. Este é um tema que tem de continuar na agenda mediática. Agora que, aparentemente, estamos a deixar para trás a pandemia de COVID-19 surge a oportunidade para chamar a atenção da população em geral e dos profissionais de saúde para a pandemia das doenças cardiovasculares. Não podemos ser utópicos e pretender salvar o mundo num dia, mas podemos dar pequenos passos nessa direção, que poderão transformar-se em grandes passos, se conseguirmos reduzir meio ou um grama no consumo médio de sal por dia a cada dois anos."
**Dr. Fernando Pinto, cardiologista no Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga/Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira**

16

## EXERCÍCIO FÍSICO

"O exercício físico é um dos elementos de um estilo de vida saudável e preventivo da HTA, contribuindo para o controlo de casos ligeiros e sendo adjuvante no tratamento de casos mais graves. Atuando precocemente, conseguimos ótimos resultados com as medidas de estilo de vida saudável associadas ao exercício físico regular, moderado a intenso, obtendo-se redução dos níveis de PA e do número de doentes que necessitam de iniciar terapêuticas farmacológicas. Mudar comportamentos é essencial, mas também muito difícil, pelo que a atividade física que recomendamos ao doente deve estar dentro dos seus gostos e, idealmente, deve ser praticada em grupo, em família ou com amigos, para garantir a adesão.

Além disso, é fundamental medir e registar os resultados – hoje em dia, com os dispositivos existentes para monitorizar a atividade física, tal pode ser estimulante e ajudar no controlo da PA. Em suma, o exercício físico, nas suas diferentes possibilidades, é muito benéfico na prevenção e no controlo da HTA, sendo necessário encontrar formas de o manter a longo prazo. A hipertensão é uma doença crónica, que requer adesão e manutenção na terapêutica, considerando não só os fármacos, mas também a mudança para estilos de vida mais saudáveis."
**Dr. Miguel Mendes, diretor do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/ /Hospital de Santa Cruz**

## OBESIDADE

"No tratamento da obesidade, a nossa primeira abordagem é sempre a modificação do estilo vida, seja ao nível da dieta, da implementação da prática regular de exercício físico ou da modificação comportamental. Claro que, para alguns doentes, isso não é suficiente e aí entra a intervenção farmacológica. Neste momento, em Portugal, estão aprovados três fármacos que demonstraram ser eficazes e seguros no tratamento da obesidade: o orlistato, que atua apenas a nível gastrointestinal; o liraglutido, aprovado na dose de 3mg para a obesidade ou a pré-obesidade associada a outras comorbilidades, como diabetes, HTA, doença cardiovascular ou apneia do sono; e a associação fixa de naltrexona com bupropiom, que demonstrou ser eficaz em doentes com obesidade,inclusivamente em obesos com diabetes *mellitus* tipo 2.

Um quarto fármaco, cuja disponibilidade se espera para breve, é o semaglutido, um agonista do recetor de GLP-1 (peptídeo-1 semelhante ao glucagon), que demonstrou eficácia e segurança na redução da obesidade e das comorbilidades associadas. Quando a intervenção farmacológica falha, e para os casos mais graves de obesidade, temos a cirurgia bariátrica, que combate não só o problema do excesso de peso, mas também as comorbilidades associadas, inclusive a HTA. Em muitos casos, pequenas perdas de peso, na ordem dos 5 a 15%, podem reverter a HTA."
**Prof.ª Paula Freitas, endocrinologista no Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto**

Os três oradores partilham ideias-chave sobre as abordagens preventivas da HTA que vão desenvolver na sessão

PUBLICIDADE

PUBLICIDADE

8h30 – 9h30, Sala 1

# Hipertensão arterial no grande idoso

Vista como uma das maiores pandemias dos tempos atuais, a hipertensão arterial (HTA) revela-se ainda mais grave na população idosa, sobretudo nos chamados grandes idosos – indivíduos com idade igual ou superior a 80 anos. É sobre esta problemática que o **Prof. Luís Bronze** incidirá na segunda sessão do Curso de HTA e Risco Cardiovascular Global.

Um dos principais objetivos da apresentação do presidente da SPH é mostrar as disparidades entre as *guidelines* conjuntas do American College of Cardiology/American Heart Association e as da European Society of Cardiology/European Society of Hypertension no que diz respeito à abordagem deste grupo de doentes. "Enquanto as *guidelines* americanas indicam que todos os adultos com pressão arterial acima dos 130/80 mmHg devem ser considerados hipertensos e medicados no sentido de reduzir esse valor, as diretrizes europeias estabelecem alvos diferentes conforme o nível de risco cardiovascular."

O assistente graduado de Cardiologia na Marinha Portuguesa aponta a falta de indicações mais específicas para a população idosa como uma das fragilidades das *guidelines* supramencionadas. "Sou muitas vezes confrontado com doentes de idade superior a 80 anos que estão medicados com terapêuticas demasiado agressivas para o seu grau de fragilidade", afirma.

Por esse motivo, no curso, Luís Bronze partilhará a sua visão sobre os procedimentos a adotar no tratamento dos hipertensos de idades mais avançadas. "Os idosos têm graus de fragilidade muito distintos – há pessoas com 90 anos que são autónomas e não têm comorbilidades, mas também há pessoas de 70 anos com um grau de fragilidade elevado. Por isso, a minha principal mensagem é que não podemos olhar apenas para os números apresentados pelas *guidelines*; temos de olhar para o doente concreto e perceber o que ele precisa, adequando os esquemas terapêuticos às suas necessidades", conclui o também professor auxiliar da Universidade da Beira Interior. ***Marta Carreiro***

**O Prof. Luís Bronze partilha a sua visão sobre a abordagem da HTA no grande idoso**

15h30 – 16h00, Sala 1



# Os anti-hipertensores devem ser tomados à noite?

A questão que titula este artigo é o mote da conferência do **Prof. Neil Poulter**, diretor da Unidade de Ensaios Clínicos do Imperial College London e ex-presidente da International Society of Hypertension. Trata-se de um tema que tem gerado muita controvérsia. "Os fármacos anti-hipertensores devem ser administrados no período que melhor se adeque ao doente e que otimize a sua adesão à terapêutica", começa por afirmar o preletor.

Até ao momento, não existem ensaios clínicos que comparem, especificamente, a administração diurna com a noturna dos fármacos para baixar a pressão arterial (PA). No entanto, espera-se que, no decorrer deste ano, sejam publicados os resultados do TIME, um ensaio clínico randomizado com 21 mil doentes, que compara a toma noturna com a diurna, do qual Neil Poulter é presidente do comité científico independente.

Relativamente a ensaios clínicos que avaliaram a toma de anti-hipertensores à noite, o especialista remete para o estudo HOPE[1], no qual se verificaram "enormes benefícios cardiovasculares". Contudo, os fármacos administrados eram de longa de duração de ação, "não sendo certo que tal também acontecesse com fármacos de curta duração de ação". No estudo HARMONY[2], em que os doentes foram aleatorizados para tomar os fármacos de manhã ou à noite, "o controlo da PA de 24 horas foi exatamente o mesmo", embora Neil Poulter admita que possa haver um viés, já que foram utilizados, sobretudo, fármacos de longa duração de ação.

Mais polémica gerou o estudo HYGIA[3], particularmente porque verificou uma diminuição de 40 a 50% nos eventos cardiovasculares com a toma dos anti-hipertensores à noite. "Nos 40 anos de experiência que tenho em ensaios clínicos na área cardiovascular, nunca vi benefícios tão grandes relatados num estudo", justifica Neil Poulter. Além disso, há "um efeito místico" neste estudo – dos 19 mil doentes incluídos, nenhum se perdeu no *follow-up*. "Perante tão enormes benefícios, o estudo deveria ter sido interrompido muito antes, porque, por razões éticas, não se poderia permitir uma diferença de 50% nos eventos cardiovasculares", sublinha o preletor.

Por todos estes motivos, Neil Poulter aguarda com expectativa a publicação do estudo TIME. Até lá, "o essencial é garantir a adesão dos doentes ao tratamento". Para tal, "devem-se privilegiar os fármacos com ação ao longo das 24 horas e as associações fixas, pois já se sabe que, quanto menos comprimidos o doente tiver de tomar, melhor será a sua adesão", conclui o conferencista. ***Pedro Bastos Reis***

**Referências: 1**. Sleight P. J Renin Angiotensin Aldosterone Syst. 2000;1(1):18-20. **2**. Poulter N, *et al*. Hypertension. 2018;72:870-3. **3**. Hermida RC, *et al*. Eur Heart J. 2020;41(48):4565-76.

**O Prof. Neil Poulter comenta alguma da evidência científica existente sobre o horário da toma dos anti-hipertensores**

9h30 – 10h30, Sala 2

# Lições da pandemia no âmbito da HTA

Volvidos dois anos de pandemia, são diversas as lições para a sociedade em geral e para a comunidade médica em particular. Os dois preletores da mesa-redonda dedicada ao tema vão incidir, sobretudo, sobre o impacto na adesão à terapêutica e o papel da telemedicina e da telemonitorização no seguimento dos doentes hipertensos.

*Marta Carreiro e Pedro Bastos Reis*

Dr.ª Vitória Cunha

Dr. Pedro Damião

A falta de adesão à terapêutica por parte dos doentes hipertensos não é novidade, contudo, com a pandemia de COVID-19, surgiram novos fatores que contribuíram para o agravamento do problema. Caberá à Dr.ª Vitória Cunha, internista e coordenadora da Consulta de Hipertensão do Hospital Garcia de Orta, em Almada, abordar essa questão, através de uma reflexão sobre os acontecimentos dos últimos dois anos.

Em entrevista, a preletora começa por lembrar as restrições ao acesso dos doentes aos seus médicos e o impacto que isso causou na adesão à terapêutica. "Com o surgimento da pandemia, o nosso foco virou-se, quase por completo, para os doentes com COVID-19 e para os doentes agudos, o que nos fez perder o controlo do seguimento regular dos doentes crónicos, por imposições superiores e necessidades extremas", explica. Ao que acrescenta: "A inexistência de consultas regulares fez com que muitos doentes perdessem o estímulo de que precisam para tomar a medicação, que, em parte, se deve à insistência dos médicos. Além disso, muitos doentes deixaram de saber os seus valores de pressão arterial [PA], porque não a mediam em casa, e certas prescrições passaram de prazo, o que fez com que muitos doentes deixassem de tomar a medicação, por dificuldade de contacto com o médico para solicitar nova prescrição."

De acordo com Vitória Cunha, já se começam a sentir algumas consequências do impacto da pandemia sobre a adesão à terapêutica, desde logo "o mau contr s de PA, assim como os "enfartes do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais que surgem mais tardiamente nas urgências, com complicações já difíceis de reverter". Nesse sentido, a internista afirma que, agora, "os médicos têm de ser mais incisivos e objetivos no tratamento, para recuperar o controlo dos fatores de risco nos doentes que o perderam nestes dois anos".

A internista também defende a importância de adotar estratégias que contribuam para a adesão à terapêutica, como o recurso às novas tecnologias enquanto solução para o problema de acessibilidade aos cuidados de saúde. Outro aspeto essencial é o "empoderamento do doente quanto ao controlo da sua doença, ensinando-o, por exemplo, a medir e a saber controlar os valores da sua PA", refere Vitória Cunha.

## Telemedicina e telemonitorização

A seguir, o Dr. Pedro Damião falará sobre a crescente importância da telemedicina e da telemonitorização no seguimento dos doentes hipertensos. Apesar de não serem novidades, segundo o coordenador da Unidade de Saúde Familiar Fénix de Aveiro, "foi a pandemia que trouxe ao de cima a necessidade desses recursos, que já estavam bem implementados noutros países, mas em Portugal ainda não".

O preletor destaca o facto de a telemedicina não incluir apenas a teleconsulta, mas também "a possibilidade de monitorizar os sinais vitais e até de realizar atos cirúrgicos à distância". Em suma, a telemedicina encerra uma série de possibilidades que podem contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de saúde à população.

No caso dos doentes hipertensos, Pedro Damião evidencia as vantagens da automedição da PA em ambulatório. "Numa consulta em que se pretende controlar fatores de risco cardiovascular, sendo a hipertensão arterial o principal, é muito importante poder conciliar os registos de consultório com os obtidos no domicílio, que o médico recebe por mensagem ou *e-mail*, podendo até fazer ajustes terapêuticos antes de o doente vir à consulta", justifica.

Para os médicos de família em particular, a adesão à telemonitorização é um caminho de futuro, porque lhes permite "gerir os doentes à distância, responsabilizando-os e motivando-os para o controlo da sua doença, o que resulta no aumento da adesão à terapêutica". No entanto, Pedro Damião admite que as consultas presenciais continuarão a ser imprescindíveis em muitos casos, como as primeiras consultas ou quando os doentes apresentam sintomas relacionados com o descontrolo dos valores da PA.

Destaques das entrevistas em vídeo com a Dr.ª Vitória Cunha e o Dr. Pedro Damião

11h00 – 12h00, Sala 1

# Novos caminhos na proteção cardiocerebrovascular

O contributo do controlo da pressão arterial e da anticoagulação oral direta para a proteção renal, além da já bem conhecida proteção cardiocerebrovascular, em doentes com fibrilhação auricular, por um lado, e a importância de reduzir os níveis de ácido úrico em doentes com risco cardiovascular, por outro, são os tópicos em análise na sessão conjunta da Sociedade Portuguesa de Hipertensão com a European Society of Hypertension (ESH).

*Pedro Bastos Reis*

Como alerta o Prof. Reinhold Kreutz, presidente da ESH, a fibrilhação auricular (FA) é um dos principais fatores de risco cardiocerebrovascular, nomeadamente de acidente vascular cerebral (AVC), podendo levar a eventos isquémicos, tromboembólicos ou cardioembólicos. Além disso, os doentes com FA também têm um elevado risco de sofrer AVC hemorrágico, daí a necessidade premente de controlar a pressão arterial (PA). "A hipertensão arterial [HTA] é o principal fator de risco de AVC e a combinação de FA com PA elevada aumenta significativamente esse risco", sublinha o primeiro orador da sessão SPH/ESH, remetendo para a necessidade da terapêutica anticoagulante nestes doentes, mediante o risco definido pelo *score* $CHA_2DS_2$-VASc.

A estes fatores de risco, Reinhold Kreutz acrescenta a doença renal crónica, a lesão renal aguda e a insuficiência renal, evidenciando uma ligação com a anticoagulação. Efetivamente, "alguns estudos observacionais têm revelado que os antagonistas da vitamina K podem levar a lesões vasculares relacionadas com a calcificação vascular". Tal deve-se à inibição da atividade da proteína Matrix Gla (MGP), que tem um efeito protetor, aumentando o risco de doença renal.

No entanto, o diretor do Instituto de Farmacologia Clínica e Toxicologia do Hospital Universitário Charité, em Berlim, afirma que os benefícios dos anticoagulantes orais de ação direta (DOAC) que inibem o fator Xa, nomeadamente o apixabano, o rivaroxabano e o edoxabano, suplantam os riscos. "A possibilidade de desenvolver lesão renal aguda ou doença renal em estádio avançado é significativamente superior nos doentes tratados com antagonistas da vitamina K, comparativamente aos DOAC", sustenta o preletor, referindo que estes fármacos, "além de não serem prejudiciais, podem até ter um efeito protetor ao nível renal".

Assim, a anticoagulação é muito importante para tratar a FA e proteger o cérebro do AVC, mas "o tipo de anticoagulantes utilizados tem um impacto diferencial sobre o rim", indica Reinhold Kreutz. E concretiza: "Os DOAC, particularmente os que são inibidores do fator Xa, podem proteger o rim do desenvolvimento de doença renal em estádio terminal ou de doença renal aguda, o que também contribui para a redução do risco de eventos cardiocerebrovasculares, nomeadamente AVC."

## Ácido úrico como alvo terapêutico

O ácido úrico é um alvo terapêutico nas doenças cardiovasculares (DCV)? É a esta questão que o Prof. Claudio Borghi, diretor da Unidade de Hipertensão do Hospital Universitário de Bolonha, vai tentar dar resposta na sua preleção, sustentando-se na evidência científica em torno da importância da redução dos níveis de ácido úrico.

Estão disponíveis fármacos desenvolvidos especificamente para a redução do ácido úrico, como os inibidores da xantina oxidase, mas há evidência científica que aponta para outras direções. "Existem medicamentos que não foram projetados especificamente para o problema da hiperuricemia que podem reduzir os níveis de ácido úrico em doentes com diabetes *mellitus* tipo 2 ou insuficiência cardíaca. Isso sugere que a hiperuricemia deve ser considerada não só como um possível fator de risco cardiovascular [RCV], mas também como um importante marcador do aumento desse risco", afirma o cardiologista.

Entre os fármacos não específicos que demonstram eficácia na redução do ácido úrico, Claudio Borghi destaca a evidência em torno do sacubitril/valsartan, dos inibidores do cotransportador de sódio e glicose 2 (SGLT2) e do vericiguat. "O que é mais interessante é o facto de fármacos com mecanismos de ação diferentes terem em comum a redução do ácido úrico, que, por sua vez, é proporcional à redução do RCV. Por isso, acredito que o controlo da hiperuricemia pode ser importante na prevenção das DCV."

Na sua apresentação, Claudio Borghi salientará ainda a relação entre a HTA e a hiperuricemia, referindo que "o anti-hipertensor losartan tem efeitos ao nível da redução do ácido úrico". Além disso, defende o cardiologista, "todos os doentes com RCV devem ter o nível de ácido úrico controlado", objetivo que também passa pela dieta, nomeadamente a eliminação de alimentos ricos em frutose. Segundo Claudio Borghi, "quando os valores de ácido úrico estão acima de 6 ou 6,5 mg/dL, deve-se procurar saber se existem lesões em órgãos-alvo, nomeadamente hipertrofia ventricular esquerda ou diminuição da função renal". Se o ácido úrico estiver acima de 8 mg/dL, "deve-se recorrer aos fármacos específicos, como os inibidores da xantina oxidase", remata o preletor.

Prof. Reinhold Kreutz

Prof. Claudio Borghi

Os preletores da Sessão SPH/ESH sintetizam as ideias-chave das respetivas apresentações

11h00 – 12h00, Sala 2

# Consequências da HTA durante a gravidez

Do diagnóstico à terapêutica, passando pelo seguimento adequado, a sessão 3 do Curso de Hipertensão Arterial (HTA) e Risco Cardiovascular Global (RCVG) centra-se no impacto da HTA na mulher grávida, com particular atenção à prevenção de complicações cardiovasculares no futuro.

*Pedro Bastos Reis*

Dr.ª Vitória Cunha

22

Prof. Albertino Damasceno

A primeira apresentação do curso será conduzida pela Dr.ª Vitória Cunha, internista no Hospital Garcia de Orta, em Almada, que incidirá sobre a HTA durante a gravidez, desde a fisiopatologia ao seguimento adequado da mulher grávida, assim como os vários aspetos do tratamento e da abordagem preventiva. "Ao nível do diagnóstico, são essenciais a medição ambulatória da pressão arterial [MAPA] e a automedição da PA [AMPA], bem como a técnica de medição correta e a utilização de uma braçadeira adequada, que pode mudar conforme o perímetro braquial", afirma a preletora, que vai falar sobre os vários espectros da doença hipertensiva na gravidez, como a HTA crónica, a pré-eclâmpsia, a eclâmpsia e a síndrome de HELLP.

Excertos em vídeo das entrevistas aos formadores do curso

Ainda em termos de diagnóstico, Vitória Cunha realça que "o foco deve ser a deteção de lesões de órgão-alvo", através de um seguimento "mais apertado e regular" da mulher grávida. "Quando o controlo da PA não está a ser alcançado, devemos fazer um acompanhamento semanal da grávida. Temos de vigiar não só os sintomas, mas também se a PA está a ser medida de forma correta e devemos estar muito atentos, porque qualquer momento de viragem pode pôr a mãe e o bebé em perigo", alerta a internista.

Vitória Cunha abordará também os principais recursos terapêuticos para a mulher grávida com HTA, nomeadamente o labetalol, a nifedipina e a metildopa, que são "os fármacos mais seguros e recomendados para o tratamento da hipertensão durante a gravidez". Em Portugal, não existe a versão de administração oral do labetalol, pelo que "acaba por ficar reservado aos casos de urgência ou emergência hipertensiva". No entanto, os outros dois fármacos "são eficazes e têm demonstrado um bom controlo da PA durante a gravidez", desde que sejam usados nas doses certas e que se acautelem os efeitos adversos e eventuais complicações pós-parto.

## Acautelar as consequências tardias

Na segunda intervenção do curso, o Prof. Albertino Damasceno, ex-diretor do Serviço de Cardiologia do Hospital Central de Maputo, em Moçambique, vai alertar para as consequências tardias da HTA, seja desenvolvida durante a gravidez ou agravada por pré-eclâmpsia e eclâmpsia. "O risco futuro de HTA e o risco de consequências como a insuficiência cardíaca, o acidente vascular cerebral ou o enfarte agudo do miocárdio são francamente superiores nas mulheres que tiveram estas condições durante a gravidez", sublinha o também professor catedrático na Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, em Maputo.

Segundo Albertino Damasceno, as complicações "tendem a aparecer poucos anos depois da gravidez, o que faz com que a HTA durante a gestação seja, cada vez mais, um fator de risco para a vida destas mulheres". Para evitar tais consequências, o preletor defende um papel mais ativo dos médicos. "Além de perguntar sobre a história familiar de HTA ou de doença cardíaca, se é fumadora ou sedentária, o médico também deve perguntar se, durante a gravidez anterior, a mulher desenvolveu HTA", exemplifica.

É ainda fundamental estabelecer maior colaboração entre a Obstetrícia e a Medicina Geral e Familiar, para que a HTA na gravidez seja detetada precocemente e as mulheres sejam devidamente encaminhadas e seguidas. "Muitas vezes, o obstetra acha que a sua intervenção termina logo após o parto e não informa a mulher sobre os riscos futuros. Independentemente dos fatores fisiopatológicos que explicam o aumento do risco de eventos cardiovasculares nas mulheres que desenvolveram HTA durante a gravidez, o importante é que os médicos estejam alerta para esta situação e mudem a sua abordagem no seguimento destas mulheres", conclui Albertino Damasceno.

## Key messages

"Os médicos têm algum receio de abordar a grávida hipertensa, mas temos de ser muito rigorosos para atingir os alvos terapêuticos, pensando nas consequências não só para a mãe, mas também para o bebé. Nesse sentido, temos de conhecer bem os fármacos, usando-os de forma correta, e devemos saber quando referenciar para um centro de excelência ou até para um parto prematuro."
**Dr.ª Vitória Cunha**

"Há uma evidência cada vez mais forte sobre a relação entre HTA durante a gravidez e o desenvolvimento de HTA e doenças cardiovasculares no futuro. É necessário que a mulher seja informada desse risco, para que não descure a prevenção primária das complicações. Também deve haver uma colaboração mais estreita entre obstetras e médicos de família no seguimento destas mulheres, mesmo após o parto."
**Prof. Albertino Damasceno**

12h00 – 13h00, Sala 1

# Uma viagem ao futuro da saúde cardiovascular

O título deste artigo é o mote do simpósio promovido pela Servier no sábado, que, baseando-se na discussão de casos clínicos e na evidência científica, abordará a necessidade de tratar a hipertensão arterial (HTA) e a hipercolesterolemia com mais afinco no presente para melhorar a saúde cardiovascular no futuro. Nesse sentido, é incontornável destacar o papel das associações fixas para atingir os alvos terapêuticos preconizados nas *guidelines* e necessários para prevenir a ocorrência de eventos cardiocerebrovasculares.

*Pedro Bastos Reis*

Dr.ª Vitória Cunha

Dr ª Rosa de Pinho

Prof. Pedro Guimarães Cunha

Segundo a Dr.ª Rosa de Pinho, presidente-eleita da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH) e moderadora do simpósio, a pandemia de COVID-19 teve um "impacto negativo" no tratamento de doenças crónicas como a HTA e a hipercolesterolemia. "Tal deve-se, sobretudo, às restrições de acesso aos cuidados de saúde, que acabaram por afetar a adesão aos tratamentos, um problema que já existia, mas que se agravou com a pandemia."

Nesse sentido, a também coordenadora da Unidade de Saúde Familiar Vale do Vouga, em São João da Madeira, considera que "a comunicação entre médico e doente assume agora maior preponderância", para assegurar o cumprimento terapêutico e o controlo dos níveis de pressão arterial (PA) e colesterol LDL (c-LDL). Além disso, "os médicos têm de ser mais proativos e medicar mais cedo, para prevenir os eventos cardiocerebrovasculares", sublinha.

A Dr.ª Vitória Cunha, coordenadora da Consulta de HTA do Hospital Garcia de Orta, em Almada, e oradora no simpósio, concorda que "os médicos têm uma grande responsabilidade na adesão dos doentes ao tratamento e em atingir mais rápido os alvos terapêuticos da HTA". Assim, considerando as *guidelines* da European Society of Cardiology com a European Society of Hypertension[1], que preconizam uma PA inferior a 140/90 mmHg, idealmente próxima dos 130/80 mmHg, a internista defende a necessidade de "atuar precocemente em mecanismos diferentes".

Remetendo para os estudos ASCOT[2] e ACCOMPLISH[3], bem como para a experiência da prática clínica, Vitória Cunha destaca a sinergia da associação fixa de um inibidor da enzima da conversão da angiotensina (IECA) com um antagonista dos canais do cálcio (ACC). "O benefício do perindopril, um fármaco de longa duração de ação e com efeitos pleiotrópicos, tem sido evidente ao longo dos anos, quer ao nível do stresse oxidativo quer da disfunção endotelial, tal como é o caso da amlodipina", afirma a preletora.

Segundo a também secretária-geral da SPH, "a associação fixa perindopril/amlodipina tem demonstrado eficácia em doentes com diferentes perfis cardiovasculares". Nos casos em que não é possível atingir os valores-alvo de PA com dois anti-hipertensores, pode-se associar um terceiro fármaco, nomeadamente um diurético aparentado aos tiazídicos, que permita um "espectro de ação o mais prolongado possível no tempo", como indica o Prof. Pedro Guimarães Cunha, internista e coordenador do Centro para a Investigação e Tratamento da HTA do Hospital da Senhora da Oliveira, em Guimarães.

"A indapamida permite prolongar o tempo de ação da terapêutica", afirma o internista e docente na Escola de Medicina da Universidade do Minho, realçando as vantagens de associar este diurético ao perindopril e à amlodipina. "Podemos e devemos iniciar uma associação tripla nos doentes de alto e muito alto risco CV, nos quais pretendemos controlar a PA mais rapidamente com a sinergia destes fármacos", acrescenta o preletor.

## Estratégias nos doentes com HTA e dislipidemia

Tendo em conta que "quase metade dos doentes hipertensos também têm dislipidemia", Vitória Cunha salienta as vantagens de tratar estes dois fatores de risco CV com um só fármaco, nomeadamente ao nível da adesão ao tratamento. Com base nas *guidelines* da European Society of Cardiology com a European Atherosclerosis Society[4] e nos resultados da sua prática clínica, a internista considera que a associação tripla de dois hipotensores com uma estatina "é particularmente vantajosa para os doentes com dificuldade em cumprir o plano terapêutico e que não precisam de uma associação específica para controlar o c-LDL".

Quanto às moléculas dessa combinação, a internista destaca as mais-valias da associação de atorvastatina ao perindopril e à amlodipina. "Esta estatina é bastante eficaz na redução do c-LDL e na melhoria do perfil metabólico, podendo ser tomada a qualquer hora do dia. Temos constatado que, por via de aumentar a adesão ao tratamento, com a associação fixa atorvastatina/perindopril/amlodipina, conseguimos reduções eficazes e comprovadas da PA e do c-LDL", justifica.

No caso dos doentes com alto e muito alto risco CV, para os quais as *guidelines* europeias[4] definem valores-alvo de c-LDL inferiores a 70mg/dL e 55mg/dL, respetivamente, Pedro Guimarães Cunha reitera que, "quando uma estatina de média ou alta intensidade não consegue atingir os objetivos terapêuticos, deve-se ponderar uma associação fixa com ezetimiba". Quanto à estatina a utilizar nessa associação, o internista baseia-se na evidência científica, sobretudo decorrente do estudo JUPITER[5], para destacar o "efeito pleiotrópico significativo na redução da inflamação e da placa aterosclerótica da rosuvastatina", bem como o "bom perfil de tolerabilidade" da sua associação com ezetimiba. "É fundamental conhecermos os alvos terapêuticos e as melhores armas para os atingir, destacando-se a utilização precoce de associações fixas", conclui o internista.

**Referências**: **1.** Williams B, *et al.* Eur Heart J. 2018;39:3021-3104. **2.** Dahlöf B, *et al.* Lancet. *2005*;366:895-906. **3.** Jamerson K, *et al.* N Engl J Med. 2008;359(23):2417-28. **4.** François M, *et al.* Eur Heart J. 2020;41:111-188. **5.** Ridker PM, *et al.* N Engl J Med. 2008;359(21):2195-207.

**Destaques das entrevistas com a moderadora e os oradores do simpósio**

17h00 – 18h00, Sala 2 | Simpósio Luso-Húngaro

# Hipertensão e hiperlipidemia no centro da análise

Programas de sensibilização na Hungria, rigidez arterial e hipertensão no idoso, redução da pressão arterial na fase aguda do AVC, papel da ezetimiba no controlo da hiperlipidemia e efeitos da HTA sobre a biomecânica e a reatividade vascular das artérias coronárias são os temas em análise nesta edição do Simpósio Luso-Húngaro.

*Marta Carreiro*

Prof. Luís Martins, moderador

Prof. Csaba Farsang, moderador e orador

Prof. György Ábrahám, orador

Esta sessão moderada pelo Prof. Luís Martins, ex-presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão, e o Prof. Csaba Farsang, presidente honorário vitalício da Sociedade Húngara de Hipertensão (SHH), começará com a apresentação do Prof. György Ábrahám sobre os programas húngaros de consciencialização para a hipertensão arterial (HTA). Neste sentido, o especialista em Nefrologia e Diabetologia e docente na Universidade de Szeged vai destacar o Registo Húngaro de HTA e o Registo Húngaro de Monitorização da Pressão Arterial em Ambulatório, ferramentas que pretendem "auxiliar a criação de uma base de dados global de doentes hipertensos na Hungria".

Criados por iniciativa da SHH, os dois registos "permitirão prestar melhores cuidados preventivos e terapêuticos no âmbito da HTA". Com dados relativos ao período de 2018 a 2023, estes programas têm como principal objetivo "comprovar que o aumento do número de medições da PA recolhidas remotamente está associado a um maior número de hipertensos controlados e que a formação contínua de médicos, enfermeiros e hipertensos aumenta o número de doentes que atingem os valores-alvo de PA", resume György Ábrahám.

Em seguida, o Dr. Béla Benczúr abordará a relação entre a rigidez arterial e a HTA nos doentes idosos. Segundo explica o chefe do Serviço de Medicina Interna e Cardiologia do Tolna County Balassa János Hospital, "a HTA contribui para a rigidez das grandes artérias, levando ao aumento da PA sistólica". Por sua vez, "a rigidez arterial tem valor preditivo para a ocorrência de eventos cardiocerebrovasculares", como doença arterial coronária e acidente vascular cerebral (AVC). Por isso, o preletor defende que é importante conhecer os conceitos de EVA (*early vascular aging*) e SUPERNOVA (*supernormal vascular aging*), o fenótipo oposto ao EVA, uma vez que "ajudam a entender os mecanismos que levam ao desenvolvimento de lesões precoces de órgãos-alvo em alguns doentes, enquanto outros permanecem com artérias mais 'jovens' do que a sua idade cronológica".

Segue-se a preleção do Prof. Csaba Farsang, que falará sobre a redução da PA na fase aguda do AVC isquémico. "Uma análise da European Society of Hypertension, que envolveu nove países, mostra que 77% dos doentes hospitalizados com AVC isquémico apresentam PA sistólica acima de 140 mmHg", evidencia o cardiologista. Ao que acrescenta: "Em doentes com AVC aterotrombótico e PA muito alta, é comummente aceite que a PA deve reduzir em 15% nas primeiras 24 horas após o início do AVC. Nos doentes elegíveis para trombólise, a PA deve baixar para menos de 185/110 mmHg. Porém, na fase aguda do AVC isquémico, ainda não existe evidência que comprove que iniciar ou reiniciar terapêutica anti-hipertensora nas 48 a 72 horas após o evento resulte em melhores resultados funcionais e menos mortalidade."

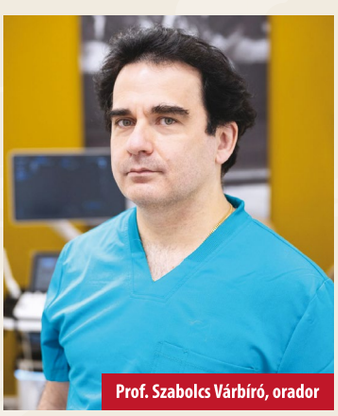
Na preleção seguinte, o Dr. Ferenc Együd, do laboratório húngaro Gedeon Richter, discorrerá sobre a utilidade da ezetimiba no controlo da hiperlipidemia. É sabido que as estatinas são uma arma importante na redução do colesterol das lipoproteínas de baixa densidade (C-LDL) e dos eventos cardiovasculares (CV), seja em prevenção primária ou secundária. "Contudo, nos doentes de alto risco, que nem com estatinas de alta intensidade conseguem atingir os valores-alvo de C-LDL, a ezetimiba é a melhor aliada para alcançar os objetivos terapêuticos, que são cada vez mais rígidos."

Depois de os primeiros ensaios clínicos com a ezetimiba não terem mostrado benefício na redução de eventos CV, o estudo IMPROVE-IT[1] confirmou a redução dos *endpoints* CV com a ezetimiba associada a estatina. Esses benefícios foram observados em doentes com aterosclerose, diabetes, AVC e doença arterial periférica", refere Ferenc Együd.

Por fim, o Prof. Szabolcs Várbíró, docente na Universidade de Semmelweis, em Budapeste, discutirá os efeitos da HTA na biomecânica e na reatividade vascular das artérias coronárias, tendo como base um trabalho do seu grupo de investigação, que testou a reposição hormonal para a andropausa em ratos[2]. Entre os resultados do estudo, o especialista em Ginecologia, Endocrinologia e Hipertensão destaca a constatação de que "as alterações vasculares causadas pela andropausa, pela menopausa e pela HTA relacionada com a angiotensina II, apesar de serem distintas, contribuem para o envelhecimento vascular acelerado, podendo multiplicar os danos causados, se forem concomitantes".

Dr. Béla Benczúr, orador

Dr. Ferenc Együd, orador


Prof. Szabolcs Várbíró, orador

**Referências: 1.** Cannon CP, *et al*. N Engl J Med. 2015;372:2387-97. **2.** Jósvai A, *et al.* J Sex Med. 2020;17(12)2322-30.

Trechos das entrevistas em vídeo com o Dr. Béla Benczúr e o Prof. Szabolcs Várbíró

17h00 – 18h00, Sala 1

# Abordagem do doente hipertenso complexo

Com frequência, a hipertensão arterial (HTA) surge em concomitância com outras doenças também muito comuns e que contribuem para o aumento do risco cardiovascular global (RCVG). É o caso da diabetes, da insuficiência cardíaca e da fibrilhação auricular, que serão discutidas na mesa-redonda dedicada à abordagem do doente hipertenso complexo.

*Marta Carreiro e Pedro Bastos Reis*

A sessão começará com a apresentação do Dr. Rogério Ferreira sobre a concomitância de HTA com diabetes, um fenómeno que, além de ser muito frequente, "implica algumas particularidades nas escolhas terapêuticas e na definição dos alvos de tratamento". Por esse motivo, o internista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra destaca a importância de "avaliar o doente como um todo".

"Felizmente, pela frequência com que a diabetes e a HTA surgem interligadas nos nossos doentes, hoje em dia, já dispomos de classes farmacológicas que demonstraram atuar em ambas as situações, permitindo-nos reduzir o RCVG muito para além da redução dos valores de glicemia ou pressão arterial", afirma. Estas terapêuticas, como os inibidores do cotransportador de sódio e glicose tipo 2 (SGLT2) ou os agonistas dos recetores do peptídeo-1 semelhante ao glucagon (GLP-1), são muito promissoras.

Sendo que a diabetes afeta vários órgãos e contribui para o aparecimento de outras doenças, como a HTA e a insuficiência cardíaca, "é fundamental motivar os doentes para a adesão à terapêutica". Nesse sentido, Rogério Ferreira refere a *polypill* como uma das ferramentas mais úteis. "Pela quantidade de fármacos que precisamos de utilizar para tratar a maioria dos doentes, a disponibilização de opções que associam vários princípios ativos num único comprimido, atuando sobre mais do que uma patologia, é uma arma que nos tem ajudado a melhorar a adesão à terapêutica", esclarece o internista.

## HTA e insuficiência cardíaca

Em seguida, a Dr.ª Paula Felgueiras falará sobre a HTA como causa de insuficiência cardíaca (IC), numa apresentação que pretende analisar aspetos como o diagnóstico, a prevenção e o tratamento, tendo como referência as mais recentes *guidelines* da European Society of Cardiology, publicadas em 2021. Segundo a internista na Unidade Local de Saúde do Alto Minho/Hospital de Santa Luzia, "muitos dos doentes hipertensos que progridem no *continuum* cardiovascular para IC têm a HTA descontrolada". "O meu objetivo passa por mostrar a importância de abordar o doente como um todo e otimizar, tanto quanto possível, a terapêutica anti-hipertensora. Caso o doente comece a apresentar sinais clínicos de IC, devemos adotar um tratamento dirigido à fase da doença e recorrer ao ecocardiograma para avaliarmos a fração de ejeção", salienta.

Quanto ao tratamento, a internista destaca os vários estudos com novos fármacos para a IC, como o sacubitril/valsartan e os inibidores do SGLT2, que "demonstraram evidência no aumento da qualidade de vida e na redução da mortalidade e da morbilidade cardiovasculares nos doentes hipertensos com IC". Outro ponto desta apresentação será a discussão da nova classificação dos estádios de IC, com foco na abordagem específica em cada um deles.

## HTA e fibrilhação auricular

Caberá à Dr.ª Mafalda Santos falar sobre o doente hipertenso com fibrilhação auricular (FA). "É muito comum o surgimento de FA em doentes com HTA não controlada, devido às alterações provocadas na estrutura do coração, que podem modificar o sistema de condução e levar ao desenvolvimento de FA", explica a internista e intensivista no Instituto Português de Oncologia de Lisboa. Porém, deve-se ter em conta outras causas, nomeadamente uma HTA que se complica associada a IC e que, também pelas alterações cardíacas e de condução, leva ao surgimento de FA.

Assim, um dos passos fundamentais na abordagem dos doentes é o controlo da HTA. "No tratamento da FA, muitas vezes, surge a necessidade de iniciar hipocoagulação, o que exige ter a pressão arterial controlada em valores ótimos, de modo a evitar eventos mais graves, como o acidente vascular cerebral hemorrágico", frisa a internista. Além disso, a FA requer o controlo da frequência cardíaca e, se possível, também do ritmo. Nesse âmbito, a preletora indica algumas opções terapêuticas disponíveis para controlo da HTA que também podem influenciar na FA, como os antagonistas dos canais de cálcio, que, "por reduzirem a frequência cardíaca, poderão ser benéficos nos doentes com frequências mais altas".

Em jeito de conclusão, Mafalda Santos recorda a "elevada prevalência" de FA em Portugal, que "continua a ser uma doença subdiagnosticada e tardiamente diagnosticada". "Por isso, ao fazermos o diagnóstico precoce da HTA, podemos começar logo a intervir de modo a prevenir o aparecimento da FA. Esse tem de ser um objetivo importante para os médicos", remata a internista.

**Destaques das entrevistas em vídeo sobre a coexistência de HTA com diabetes, insuficiência cardíaca e fibrilhação auricular**

Dr. Rogério Ferreira

Dr.ª Paula Felgueiras

Dr.ª Mafalda Santos

8h30 – 9h30, Sala 1

# Vantagens da abordagem da HTA em equipa

Na sessão 4 do Curso de HTA e RCVG, o **Prof. Agostinho Monteiro** fará uma apresentação baseada na evidência que sustenta as mais-valias da existência de equipas dedicadas ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos doentes hipertensos nas instituições de saúde.

Em entrevista ao *Notícias Diárias*, o cardiologista e ex-presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão começa por afirmar que "é necessário organizar uma equipa multidisciplinar, composta por um médico, um enfermeiro, um nutricionista, um psicólogo, um farmacêutico, um assistente social e, eventualmente, um especialista em exercício físico".

"Há uma panóplia de problemas a resolver no doente hipertenso e uma só pessoa, neste caso o médico, que, na maior parte das consultas, só tem 15 minutos para estar com cada doente, não o consegue fazer. Se houver uma repartição de alguns desses problemas por uma equipa que se reúne periodicamente para analisar a situação de cada doente, poderemos ter um melhor controlo da pressão arterial", justifica Agostinho Monteiro.

De acordo com o preletor, são diversas as vantagens proporcionadas pela equipa de hipertensão,

nomeadamente a "prestação de cuidados mais imediatos e personalizados, que conduz a uma melhoria da adesão à terapêutica, mais autonomia do doente, envolvendo-o e corresponsabilizando-o no tratamento da sua doença". Para o médio, também são várias as mais-valias, desde logo "a possibilidade de dedicar mais tempo a situações complexas ou críticas, a facilidade de comunicação e coordenação dos cuidados entre os membros da equipa e a maior implementação das *guidelines*".

Contudo, o controlo da pressão arterial não depende apenas da equipa multidisciplinar de profissionais de saúde dedicados à HTA. Agostinho Monteiro chama também a atenção para a necessidade de vencer as barreiras por parte do doente, muitas delas relacionadas com "a falta de literacia em saúde, os contextos socioeconómicos e o estado psicológico de cada doente". No entanto, o especialista defende que "é obrigação da equipa de HTA identificar essas barreiras para as poder ultrapassar e combater a resistência ao tratamento".

Não menos importantes são as barreiras que também existem por parte dos médicos e do Serviço Nacional de Saúde, sobretudo relacionadas com "a escassez de tempo e a necessidade constante de atualização de conhecimentos", remata o orador. ***Marta Carreiro***

**O Prof. Agostinho Monteiro comenta as barreiras que ainda é preciso vencer para atingir um controlo mais efetivo da HTA**



9h30 – 10h00, Sala 2

# Lesões cerebrais mediadas pela HTA

Dr. Luís Fontão e Dr. Filipe Machado

Segundo o Dr. Filipe Machado, moderador de todas as sessões organizadas neste congresso pelo Núcleo de Internos da SPH (NISPH), que coordena, tendo em conta que a hipertensão arterial (HTA) é o principal fator de risco do acidente vascular cerebral (AVC), "é necessário antecipar a sua ocorrência com o controlo rigoroso da pressão arterial e a identificação precoce de lesões de órgão-alvo, como o cérebro". Nesse sentido, "é essencial saber que exames complementares o doente hipertenso deve realizar, assim como proceder à avaliação clínica da componente cognitiva do doente ", afirma o interno de Medicina Interna no Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga/Hospital de São Sebastião (CHEDV/HSS).

Estes aspetos serão aprofundados pelo Dr. Luís Fontão, neurologista no CHEDV/HSS, na sessão III do NISPH, que, para além do AVC hemorrágico e isquémico, abordará outras doenças neurológicas habitualmente menos relacionadas com a HTA, como a doença de Alzheimer. "Apesar de ser uma patologia comum, até há pouco tempo, não eram bem conhecidos os mecanismos que relacionam a doença vascular provocada pela HTA com a doença de Alzheimer. Hoje em dia, começamos a perceber que existe alguma relação", nota o preletor.

A esse respeito, Luís Fontão destaca os resultados do ensaio clínico RADAR[1], no qual "o losartan, um antagonista dos recetores da angiotensina II, demonstrou contribuir para a melhoria da *performance* cognitiva em pessoas com doença de Alzheimer". "Provavelmente, será um tratamento adicional que poderemos oferecer a estes doentes", antevê.

**O Dr. Luís Fontão descreve algumas descobertas recentes sobre a relação da HTA com as doenças neurológicas**

O neurologista falará ainda sobre outras patologias neurológicas influenciadas pela HTA, como a hemorragia atribuída à angiopatia amiloide cerebral, salientando que "o controlo da pressão arterial parece diminuir a progressão clínica nestes doentes", pelo que é um objetivo central.

Destacando a existência de "ferramentas que permitem saber se o doente tem ou não lesões de órgão-alvo", o neurologista reforça a importância de atuar precocemente sobre a HTA, um fator de risco modificável e controlável. E conclui: "A identificação precoce de lesões ao nível cerebral e o controlo apertado da HTA permitem-nos prevenir e tratar atempadamente doenças muito prevalentes, minimizando as sequelas cognitivas e outras complicações neurológicas." ***Pedro Bastos Reis***

**1.** Kehoe PG, *et al*. Lancet Neurol. 2021;20(11):895-906.

9h30 – 10h30, Sala 1

# Atendimento do doente hipertenso urgente

A identificação das causas do aumento significativo da pressão arterial e o modo como os doentes devem ser abordados, conforme o contexto em que se encontram (cuidados de saúde primários, consulta aberta hospitalar ou serviço de urgência), serão temas explicitados na mesa-redonda dedicada ao atendimento do doente hipertenso urgente.

*Marta Carreiro e Pedro Bastos Reis*

Dr.ª Rosa de Pinho

Prof. Miguel Castelo-Branco

Dr.ª Francisca Abecasis

Enquanto especialista de Medicina Geral e Familiar (MGF), a Dr.ª Rosa de Pinho apresentará o atendimento do doente hipertenso urgente nos cuidados de saúde primários (CSP). Nesse sentido, a coordenadora da Unidade de Saúde Familiar Vale do Vouga, em São João da Madeira, começa por referir a importância da triagem, sobretudo para perceber o motivo do aumento dos níveis de pressão arterial (PA). "Há doentes que chegam ao centro de saúde com valores de PA elevados devido a medições realizadas de forma incorreta ou sem as condições ideais", explica. Assim, um dos primeiros passos do médico de MGF passa pela realização de novas medições para confirmação dos valores tensionais referidos pelo doente.

Outro aspeto que a também presidente-eleita da SPH considera fundamental é a capacidade para tranquilizar o doente, que, muitas vezes, se apresenta ansioso perante uma elevação da PA. "Independentemente da preocupação que o médico possa ter perante um alto risco cardiovascular, deverá sempre procurar tranquilizar o doente, mas sensibilizando-o para o seu risco cardiovascular global e responsabilizando-o pelo cumprimento da terapêutica, pois o incumprimento é a principal causa da subida tensional no doente hipertenso. É importante o doente cumprir a sua parte, seguindo o plano de tratamento e controlando os seus fatores de risco."

Após confirmação do valor elevado da PA, Rosa de Pinho defende que o médico de MGF deverá "confirmar se existem sintomas associados, que poderão justificar a referenciação do doente para os cuidados hospitalares; se tem a medicação necessária para tentar estabilizar o doente na USF e perceber se está perante um hipertenso já conhecido ou um novo diagnóstico de HTA".

## Consulta aberta hospitalar de HTA

Por sua vez, o Prof. Miguel Castelo-Branco, especialista em Medicina Interna no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, apresentará as mais-valias da existência de uma consulta aberta hospitalar de hipertensão arterial (HTA), com base na experiência do seu centro. Antes de mais, o internista esclarece que "o objetivo desta consulta não é substituir o acompanhamento dos CSP, mas sim ajudar a organizar os cuidados terapêuticos à pessoa hipertensa". "Muitas vezes, os CSP não têm disponibilidade para receber estes doentes, que, em muitos casos, não podem esperar mais de uma semana pela consulta. São esses doentes que deverão procurar-nos", acrescenta.

Segundo Miguel Castelo-Branco, o grupo-alvo da consulta aberta hospitalar de HTA são, então, os "doentes já reconhecidos como hipertensos que apresentem valores descompensados de PA e que, por isso, precisem de orientação". Ao que acrescenta: "Nesta consulta, além de tomarmos as medidas necessárias para controlar a PA e partilharmos alguma literacia neste âmbito, efetuamos um acompanhamento sequencial para verificar se o doente retomou, ou não, o controlo da sua PA. Posteriormente, encaminhamos o doente para o seu médico dos CSP com a informação sobre o que aconteceu."

**Destaques em vídeo dos principais tópicos abordados por cada preletor**

## Abordagem no serviço de urgência

Em seguida, a Dr.ª Francisca Abecasis explicará a abordagem do doente hipertenso no serviço de urgência, que considera "muito díspar" no nosso país, tanto entre diferentes hospitais como entre diferentes médicos. A especialista de Medicina Interna no Hospital Garcia de Orta, em Almada, antecipa que vai "alertar para o problema da HTA não controlada e da doença aguda associada, mas também diferenciar as várias entidades clínicas que resultam do aumento da PA".

Francisca Abecasis começa por destacar os doentes que acorrem ao serviço de urgência com uma "verdadeira emergência hipertensiva", ou seja, doentes que já se apresentam com lesão de órgão-alvo associada ao aumento da PA. "Estes casos devem ser admitidos de imediato no serviço de urgência, para receberem terapêutica adequada, geralmente por via endovenosa, que baixe de forma segura os níveis da PA, evitando-se a progressão da lesão e as sequelas multiorgânicas, que, por sua vez, provocam aumento da morbilidade e da mortalidade."

Quanto aos doentes que se apresentam com valores aumentados de PA, mas sem lesão de órgão-alvo, que são mais comuns, "está recomendado realizar uma boa avaliação clínica, sustentada numa entrevista pormenorizada que permita caracterizar bem os eventuais sintomas associados e escolher criteriosamente os exames complementares de diagnóstico", sublinha Francisca Abecasis. Além disso, "é recomendada uma diminuição gradual da PA, com duração de dias, preferencialmente com recurso a fármacos orais e de longa duração de ação, para evitar efeitos adversos".

11h00 – 11h30, Sala 1

# A prevenção cardiovascular em Portugal

Intitulada "A prevenção cardiovascular em Portugal: onde estamos e para onde caminhamos", a conferência de encerramento do 16.º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global será proferida pelo **Dr. Ricardo Mexia**, médico de Saúde Pública e epidemiologista no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, em Lisboa.

O preletor pretende mostrar a evolução da perspetiva preventiva das doenças cardiovasculares (DCV), mas também refletir sobre o trabalho que ainda pode ser feito neste âmbito. "Não é de mais continuar a insistir neste tema, sendo certo que as DCV são uma das principais cargas de doença e ainda a principal causa de morte em Portugal", salienta.

De acordo com Ricardo Mexia, tem-se assistido, nos últimos anos, a uma maior aposta na literacia da população relativamente aos fatores de risco das DCV. Efetivamente, "a comunidade médica tem-se preocupado em diagnosticar cada vez mais precocemente os fatores de risco e em partilhar com os doentes ferramentas que podem evitar os piores desfechos, nomeadamente as alterações comportamentais". Esse trabalho "tem permitido reduzir a carga das DCV".

Ainda assim, Ricardo Mexia acredita que existe "uma importante margem de melhoria", porque uma parte relevante das doenças depende das escolhas e ações de cada pessoa. "Temos de continuar a apostar na literacia em saúde e na divulgação dos comportamentos mais seguros e saudáveis, para que as pessoas os possam adotar, seja na alimentação, na prática de exercício físico, entre outros, refletindo-se na redução da incidência e da prevalência das DCV", explica.

Ricardo Mexia refere ainda a importância de envolver várias entidades sociais no esforço de prevenção para além da comunidade médica, como as entidades políticas e as associações de doentes, para "atingir os melhores resultados possíveis". Na conferência, o preletor também destacará várias estratégias que têm sido implementadas com sucesso, evidenciando as vertentes nas quais é premente intervir de forma mais incisiva para continuar no caminho de redução do impacto das DCV em Portugal. ***Marta Carreiro***

**O Dr. Ricardo Mexia reflete sobre o presente e o futuro da prevenção cardiovascular em Portugal**

28

10h00 – 10h30, Sala 2

# Quando o órgão-alvo é o olho

Os olhos são, muitas vezes, o "espelho de várias doenças sistémicas", e a lesão de órgão mediada pela hipertensão arterial (HTA) não é exceção, como nota o **Dr. Ricardo Soares**, interno do último ano da especialidade de Oftalmologia no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho e preletor da sessão NISPH IV.

Segundo explica Ricardo Soares, "o acometimento do olho pela HTA não se reserva à retinopatia hipertensiva, que pode ser acompanhada por outras patologias, como as oclusões da artéria e da veia da retina, que são doenças oftalmológicas bastante debilitantes em termos de acuidade visual". Em particular, o médico chama a atenção para o risco associado à emergência hipertensiva, que "tem elevada morbilidade e deve ser resolvida em esforço conjunto de várias especialidades, incluindo a Oftalmologia".

**O formador da sessão fala sobre as alterações causadas pela HTA ao nível ocular**

O preletor evidencia ainda as alterações crónicas do fundo ocular decorrentes da HTA, nomeadamente o estreitamento e o espessamento arteriolar, as micro-hemorragias, os cruzamentos arteriovenosos, entre outros. "Estas alterações podem ser detetadas através de fundoscopia e retinografia, sendo, por vezes, identificadas no rastreio da retinopatia diabética ou por incidente, em consulta de rotina, já passados alguns anos de lesão ocular."

O exame de fundo ocular assume um papel muito importante nestes doentes. "Trata-se de um exame que, no mundo ideal, todos os doentes deveriam realizar, mas exige ao médico especialização. A fundoscopia, com o oftalmoscópio direto/indireto ou a lâmpada de fenda, é um exame que requer muita prática e destreza", afirma Ricardo Soares. Além da retinografia e da fundoscopia, a tomografia de coerência ótica (OCT) e a angiografia fluoresceínica "também são exames essenciais".

Ricardo Soares termina com a mensagem de que "a interdisciplinaridade é essencial na abordagem às lesões oculares mediadas pela HTA". "Apesar de o atingimento dos olhos ser uma espécie de 'nicho' com que os oftalmologistas estão mais habituados a lidar, é sempre importante existir colaboração entre várias especialidades", remata. ***Bastos Reis***


## Ficha Técnica

CONGRESSO ORGANIZADO POR:

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

**Sociedade Portuguesa de Hipertensão**
Avenida Visconde de Valmor, n.º 12, R/C Dto. A 1000-291 Lisboa
Tel.: (+351) 217 960 097
geral@sphta.org.pt • www.sphta.org.pt

EDIÇÃO:

esfera das ideias
PRODUÇÃO DE CONTEÚDOS

**Esfera das Ideias, Lda.** Rua Eng.º Fernando Vicente Mendes, n.º 3F (1.º andar)
1600-880 Lisboa • Tel.: (+351) 219 172 815 • geral@esferadasideias.pt
www.esferadasideias.pt • issuu.com/esferadasideias01
**Direção:** Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt)
e Ricardo Pereira (rpereira@esferadasideias.pt)
**Textos:** Madalena Barbosa, Marta Carreiro e Pedro Bastos Reis
**Fotografias:** Rui Santos Jorge
**Design/Web:** Herberto Santos e Ricardo Pedro

Publicação isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar n.º 8/99, de 6 de junho, artigo 12.º, 1.ª alínea

PATROCINADOR EXCLUSIVO DO JORNAL:

SERVIER

11h30 – 11h45, Sala 1 | Conferência do Presidente

# SPH mais próxima da comunidade

O congresso encerrará com a habitual Conferência do Presidente, este ano proferida pelo **Prof. Luís Bronze**, presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH) no biénio 2021-2023. Na sessão, o assistente graduado de Cardiologia na Marinha Portuguesa apresentará um balanço das principais atividades da SPH no último ano, revelando ainda alguns dos objetivos que espera alcançar até ao final do mandato.

A atual direção escolheu o lema "SPH mais próxima da comunidade e valorização do doente" como mote do seu mandato. Nesse sentido, tem procurado apostar em iniciativas de formação sobre hipertensão arterial (HTA) e risco cardiovascular (RCV) não só dirigidas aos profissionais de saúde, como também à população em geral. Exemplo disso foi a participação de Luís Bronze num *webinar* do ciclo de conferências "Cátedra do tempo presente", organizado pelo Rotary Club de Almada. Esta foi uma formação dirigida a empresas, escolas e associações, que decorreu no passado mês de dezembro, na qual o presidente da SPH falou sobre HTA, explicando o que é, como se deteta e que tratamentos existem.

Além disso, nos dias 19 e 20 de novembro passado, a SPH organizou a 18.ª edição da Hypertension Summer School. "Este é um curso direcionado para os jovens médicos com interesse pela investigação na área da HTA, no qual são abordados temas como a genética, a fisiopatologia, a epidemiologia, o tratamento, o impacto do sal ou a doença cardiovascular", resume o também professor auxiliar na Universidade da Beira Interior.

"Estamos agora a planear uma formação para internos e especialistas de Medicina Geral e Familiar, um projeto que tem vindo a ser adiado devido à pandemia", revela Luís Bronze. No âmbito da interação com a comunidade, são de destacar as participações de membros da direção da SPH nos meios de comunicação social, bem como a atividade nas redes sociais da SPH, que têm servido de veículo de sensibilização para a HTA e o RCV. O presidente alerta ainda para os principais desafios com que a SPH se depara na atualidade, nomeadamente "a redução dos apoios para realizar eventos científicos na área da HTA e a necessidade de evoluir cientificamente". Nesse sentido, a atual direção tem trabalhado no objetivo de indexação da *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. "As sociedades científicas não se podem fechar em si próprias. É importante apostar na formação, na investigação e no estabelecimento de parcerias com outras especialidades e até instituições alheias à esfera médica, permitindo-nos crescer", conclui Luís Bronze.

***Marta Carreiro***



# Atribuição de prémios e sócios honorários

O 16.º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global não encerrará sem a entrega de prémios para os melhores trabalhos apresentados durante o congresso e o anúncio dos novos sócios honorários da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH). Seguindo a tradição, o Dr. Vítor Paixão Dias, ex-presidente da SPH, será um dos distinguidos com o título de sócio honorário. Segundo adianta o Prof. Luís Bronze, serão anunciados mais dois nomes, que, "pela sua carreira e dedicação à área da hipertensão arterial e à SPH, merecem a distinção de sócios honorários".

Relativamente aos prémios, o presidente da SPH afirma que "todos os trabalhos, sejam apresentados sob a forma de póster ou comunicação oral, são candidatos aos primeiros três lugares, recebendo um prémio pecuniário totalmente financiado pela SPH". A saber:

- **€ 500 para o 1.º lugar;**
- **€ 400 para o 2.º lugar;**
- **€ 300 para o 3.º lugar.**

Além destes, três trabalhos serão distinguidos com menções honrosas.

# Mensagem a propósito da guerra na Ucrânia

Poucos conhecem o sabor amargo da guerra ou a totalidade das suas consequências. Quem já partilhou aquele caminho pedregoso sabe que primeiro morre o silêncio, no tumulto dos petardos. Depois, não se dorme. Finalmente, não se come, pois à nossa volta todos têm fome…

Passado algum tempo, e na mesma medida em que o sofrimento à nossa volta abunda, verificamos que na nossa alma cresce, sem darmos conta, uma ferida que nunca vai sarar completamente. Cresce a constatação de que alguns homens são maus e capazes de infligir – impunemente – sofrimento a outros, sem aparente remorso ou contenção. É um vazio profundo, de onde nasce o verdadeiro medo… O medo que guardamos no mais profundo do ser e não confessamos uns aos outros. É o medo da guerra…

Culpamo-nos por não poder fazer melhor, por não poder salvar todos…. Sofremos! Dessas memórias dolorosas, resta-nos, para sempre, o sorriso daquele homem a quem tratámos ao melhor do nosso saber, ou a mão estendida da criança esfaimada a quem demos a bolacha que tínhamos no bolso. Não há justificação para a guerra! Nunca haverá…

Por tudo isto, a Sociedade Portuguesa de Hipertensão, como instituição apolítica e dedicada ao serviço público, composta por profissionais de saúde cuja missão é ajudar os outros no sofrimento, não podia deixar de lamentar o martírio a que a Ucrânia está sujeita por estes dias.
Estamos convosco!

**Luís Bronze | Presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão**

PUBLICIDADE

PUBLICIDADE

PUBLICIDADE