

REVISÃO DAS METAS PRESSÓRICAS NO PACIENTE IDOSO

REVIEW OF PRESSORY GOAL IN THE ELDERLY PATIENT

Gustavo C. Silveira¹

¹ Aluno de graduação de medicina do Unifeso

Annelise C. Constanza²

² Professor do curso de Medicina do Unifeso

RESUMO

Introdução: A Hipertensão Arterial Sistêmica consiste em um aumento sustentado dos níveis tensionais acima de 140 mmHg de pressão sistólica e acima de 90mmHg de pressão diastólica. É considerada um problema de saúde pública, pela sua ampla prevalência, registrando cerca de 36 milhões de adultos no Brasil, sendo 60% idoso. Assim, a HAS pode ser considerada o fator de risco cardiovascular mais comum no Brasil e no mundo. Entretanto, não há evidência suficiente para estabelecer um alvo pressórico, sendo muita das vezes estabelecidos nas diretrizes a partir das opiniões de especialistas.

Objetivo: Comparar as diversas metas pressóricas indicadas para controle da pressão arterial na terapia da HAS no indivíduo idoso, observando se houve alguma melhora no tratamento dos pacientes e qual a meta mais indicada.

Método: Revisão bibliográfica de sessenta e cinco artigos e Guidelines brasileiro, americanos e europeu, apresentando uma comparação entre a condução das metas pressóricas no paciente idoso e seus benefícios.

Resultados: Os alvos pressóricos para controle da HAS no idoso foram recentemente observados pelos grandes estudos, SPRIT, HYVET e analisados pelos vários Guidelines internacionais e um nacional a meta pressórica mais indicada, com melhores benefícios e sobrevida para o paciente.

Conclusão: A HAS está cada vez mais frequente na população idosa, assim é importante entendermos que os idosos se beneficiam do tratamento intenso com redução do risco cardiovascular e da mortalidade por uma causa de morte qualquer com um controle pressórico mais intensificado adequado as condições daquele paciente.

Descritores: Hipertensão Arterial no idoso, Hipertensão Arterial Essencial no Idoso, Idoso

ABSTRACT

Introduction: Systemic Arterial Hypertension consists of a sustained increase in blood pressure levels above 140 mmHg systolic pressure and above 90 mmHg diastolic pressure. It is considered a public health problem, due to its wide prevalence, registering about 36 million adults in Brazil, being 60% elderly. Thus, hypertension may be considered the most common cardiovascular risk factor in Brazil and worldwide. However, there is not enough evidence to establish a pressure target, often being established in the guidelines from expert opinion.

Goal: To compare the various pressure targets indicated for blood pressure control in hypertension therapy in the elderly, observing if there was any improvement in the treatment of patients and which is the most indicated goal.

Method: Bibliographic review of sixty-five Brazilian, American and European articles and guidelines, presenting a comparison between the conduction of blood pressure goals in the elderly patient and their benefits, considering their aspects of conduct and their representativeness in the improvement of hypertension treatment.

Results: The blood pressure control targets for hypertension in the elderly were recently observed by large studies, SPRIT, HYVET and analyzed by several international guidelines and one national the most indicated blood pressure target, with better benefits and patient survival.

Conclusion: Hypertension is increasingly common in the elderly population, so it is important to understand that the elderly benefit from intense treatment with reduced cardiovascular risk and mortality from any cause of death with more intensified blood pressure control appropriate to the conditions of that patient.

Keywords: Essential Hypertension elderly, Essential Hypertension aged, Older

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como níveis pressóricos de Pressão Arterial Sistólica (PAS) maior que 140mmHg e/ou valores de Pressão Arterial Diastólica (PAD) maior ou igual a 90mmHg¹. A prevalência mundial de hipertensão arterial foi estimada em 1,13 bilhão em 2015. Com uma prevalência geral nos adultos de cerca de 30 a 45 %, sendo presente em 20% das mulheres e 24% dos homens¹.

A Organização Mundial da Saúde considera o paciente como idoso, aqueles com 60 anos ou mais, nos países em desenvolvimento. As alterações próprias do envelhecimento fazem com que a população idosa esteja mais propensa ao desenvolvimento de HAS, sendo a principal doença crônica nessa faixa etária².

Assim, sabendo que a HAS se torna progressivamente mais comum com o avanço da idade, estima-se, na população com mais de 60 anos, uma prevalência maior que 60% e, acima dos 75 anos, cerca de 75% dessa faixa etária afirma ter Hipertensão¹. Existe uma projeção para 2025 de que a população idosa no país representara 30 milhões de indivíduos³.

É uma das condições mais comumente vista em cuidados primários e pode levar ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), Insuficiência Renal e até mesmo morte⁴. Desse modo, a hipertensão arterial pode ser considerado fator de risco cardiovascular mais comum no Brasil e no mundo⁵.

Entretanto, muitas vezes as diretrizes existentes se baseiam na opinião de especialista pra estabelecer um alvo pressórico para o paciente idoso, por falta de evidencias para que se estabeleça um alvo de pressão ideal⁵. Com isso, o objetivo da redução da pressão arterial no idoso é incerto, já que foi observado um aumento progressivo no risco cardiovascular em PAS acima de 115 mmHg, devendo ser mantida abaixo desse valor, mas há evidencias disponíveis que mostram que já existe benefício com PAS inferior a 150 mmHg⁶.

Dessa forma, um tratamento mais intenso da pressão arterial no idoso foi associado a uma redução de desfechos como AVE, mas também aumenta o risco de morte por uma causa qualquer, existindo uma grande incerteza clinica sobre o controle pressórico, apresentando benefícios relativos⁷. Portanto, existe grande controvérsia na literatura quanto ao ponto de corte para o qual considera-se controlada a pressão arterial na população idosa, principalmente nos idosos com idade mais avançada, acima dos 80 anos⁴.

Por conta da tamanha prevalência da hipertensão arterial na população idosa e os diversos resultados divergentes de estudos sobre o alvo pressórico, faz-se o estudo da meta pressórica nos pacientes idosos de grande importancia na prática médica. Dessa forma, a partir das diversas formas de condução do controle pressórico do paciente hipertenso idoso pelo mundo e os poucos estudos no pacientes muito idosos, é necessária uma análise das diversas diretrizes existentes e artigos comparando a condução no controle da pressão arterial, entendendo qual alvo pressórico antinge melhores resultados nos idosos.

OBJETIVOS

Objetivo primário: compreender o melhor alvo de pressão arterial na população idosa para melhor controle na terapêutica da hipertensão arterial, prevenindo desfechos secundários;

Objetivo secundário:

- Entender as peculiaridades da Hipertensão Arterial no idoso
- Identificar sua prevalência na população idosa
- Compreender melhor o seu diagnóstico e tratamento nos idosos.

MÉTODOS

Esta revisão bibliográfica foi realizada através da coleta de artigos utilizando as seguintes palavras-chave: *Essential Hypertension elderly*, *Essential Hypertension aged* e *Older* no banco de dados PubMed.

Além disso, foram utilizados a 7^o Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia, a Atualização das Diretrizes em Cardiogeriatrics da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Foram usados também *Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults* (American College of Cardiology), *Guideline for Treatment of High Blood Pressure in Adults* (American Academy of Family Physician) e por fim o *Guidelines for The Management of Arterial Hypertension* (European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH)).

Dessa pesquisa 65 (sessenta e cinco) artigos foram encontrados, publicados em revistas e manuais internacionais nos últimos 5 (cinco) anos, nas línguas portuguesa e inglesa, sendo excluído estudos feitos em animais e selecionando as revisões sistemáticas que responderam ao questionamento inicial do trabalho, excluído aqueles que não englobavam a população idosa nos estudos.

DESENVOLVIMENTO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica multifatorial onde encontra-se elevação sustentada dos níveis tensionais acima de 140mmHg de pressão sistólica e/ou 90mmHg de pressão diastólica⁸. Essa mesma definição é utilizada para jovens, adultos e idosos, deixando os percentis para as crianças e adolescentes¹. É uma condição que comumente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, agravada com outros fatores de risco, como obesidade, diabetes melito, dislipidemia⁸.

Os idosos são aqueles indivíduos com 65 anos ou mais que vivem em países desenvolvidos ou aqueles com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento⁹. Além disso, dentro desse grupo existem os chamados muito idoso, que são aqueles indivíduos que já alcançaram os 80 anos de vida⁹.

O idoso ainda pode ser definido como um idoso frágil, a fragilidade é uma síndrome biológica decorrente de declínios cumulativos em múltiplos sistemas fisiológicos¹⁰. Assim, o idoso frágil ou com a

síndrome de fragilidade é aquele que tem uma diminuição da reserva homeostática e da resistência a diversos estressores, deixando esses idosos em um estado de vulnerabilidade¹⁰. Este estado faz com que um insulto aparentemente pequeno, como infecção, introdução de um novo medicamento ou mesmo uma pequena cirurgia, gere uma mudança desproporcional no estado de saúde do paciente¹⁰.

Com isso, há um aumento na vulnerabilidade dessa população levando ao aumento de desfechos desfavoráveis como: quedas, declínio funcional e da mobilidade, hospitalizações, institucionalizações e maior risco de morte¹⁰.

A prevalência da HAS aumenta progressivamente com o envelhecimento, com isso é considerada o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares na população geriátrica⁹. Com o envelhecimento foi visto que a população adota medidas de estilo de vida que aumentem seu peso corporal, contribuindo ainda mais para prevalência de hipertensão em faixas etárias mais avançada¹. Dessa forma, cerca de dois terços da população de indivíduos idoso tem o diagnóstico de HAS, predominantemente do tipo Hipertensão Sistólica Isolada (HSI)⁹.

Nos portadores de hipertensão, o risco de doenças cardiovasculares até 80 anos, é idêntico ao de pacientes mais jovens¹¹. Claro que o risco absoluto real de morte é mais elevado no idoso, já que a probabilidade de ocorrência de acidência vascular encefálico ou infarto agudo do miocárdio é mais elevado nessa faixa etária¹¹.

A fisiopatologia da HAS no paciente idoso tem suas peculiaridades e pode ser explicada por três fatores principais: Distensibilidade da aorta (complacência), velocidade de ejeção do ventrículo esquerdo e volume sistólico do ventrículo esquerdo¹¹.

A complacência da aorta alterada é o principal determinante para aumento da PAS e conseqüentemente acaba com causa alterações também na pressão de pulso (PP), que é um índice determinado pela diferença entre PAS e PAD¹¹. A PP considerada normal é de 30-40mmHg¹¹.

Em uma meta-análise, foram examinados 8000 pacientes avaliando suas PP, observou que o PP é o índice de maior de informação no risco cardiovascular em idosos, ao concluir que o aumento na pressão de pulso de 10mmHg, aumenta em 13% o risco de eventos cardiovascular e cerca de 20% na mortalidade¹¹.

Alteração da complacência da aorta ocorre gradativamente ao longo da vida, sofrendo um aumento de 15% a 35% de seu diâmetro dos 20 aos 80 anos². Ocorre uma distorção da orientação das lâminas das fibras murais, fragmentação da elastina e aumento do conteúdo de colágeno, o que causa uma diminuição da elasticidade do tecido conjuntivo que somado a aterosclerose determina um aumento da resistência vascular periférica². Clinicamente, se manifesta como uma Hipertensão Sistólica Isolada⁹.

Além disso, ocorre nos idosos diminuição da frequência cardíaca, diminuição da resposta contrátil do miocárdio, diminuição da complacência arterial e elevação da pós-carga¹¹. Isso tudo contribui para redução do débito cardíaco, da fração de ejeção ventricular e da capacidade máxima de trabalho do ventrículo esquerdo¹¹.

Outras alterações observadas nos idosos trata-se de alterações nos níveis de renina e aldosterona, diminuição da excreção renal, alteração da sensibilidade do sistema nervoso autônomo e na função endotelial, as quais podem não apenas afetar a pressão arterial, mas também a resposta a fármaco terapia¹².

A Hipertensão arterial na grande maioria das vezes é assintomática, e muitas vezes quando apresenta sintomas já há instalação de lesão de órgãos-alvo, demonstrando a importância do diagnóstico dessa patologia¹¹.

O idoso apresenta grande variabilidade PA, uma vez que há possibilidade da presença de diagnóstico diferencial de Pseudo-hipertensão, Hiato auscultatório, Hipotensão pós-prandial, Hipotensão ortostática, Hipertensão do avental branco, portanto deve-se ter cuidados especiais em sua aferição¹⁰.

A pseudohipertensão é mais comumente encontrada nos idosos, trata-se de uma superestimulação dos níveis sistólicos da PA, decorrente da não oclusão de uma artéria braquial rígida e aterosclerótica, podendo também ser causada por extensa aterosclerose unilateral da artéria subclávia, sendo detectada por grande diferença entre os níveis tensionais medidos nos dois braços¹¹. Nesses casos deve-se utilizar a Manobra de Osler na qual apesar de um aparente compressão oclusiva da artéria braquial pelo manguito, que na verdade acaba sendo insuficiente para colabar a artéria, deixa com que o pulso radial permanece facilmente palpável, indicando que o índice obtido pela ausculta não expressa a verdadeira PAS, ajudando no diagnóstico dessa condição¹¹.

Deve ser suspeitada quando pressão arterial sistólica está elevada, porém o paciente não apresenta lesão de órgão-alvo, ou nos casos de hipotensão em pacientes em tratamento anti-hipertensivo em doses baixas¹⁰.

O Hiato auscultatório é uma situação em que após a ausculta do primeiro som Korotkoff desaparece totalmente esse som, ocorrendo o reaparecimento após o decréscimo da PAS, antes do início da última fase dos sons de Korotkoff¹⁰. Essa situação leva ao diagnóstico de PAS em nível mais baixo que o real, falseando um diagnóstico de normotensão¹⁰. Para evitar esse erro deve ser realizada a estimativa da pressão sistólica pela técnica palpatória do pulso radial e inflar o manguito 20-30mmHg acima desse ponto¹⁰.

Hipotensão Ortostática é definida como a queda da PAS maior que 20mmHg e da PAD maior que 10mmHg, após 3 minutos na posição ortostática¹⁰. Tem ocorrência de um em cada seis idosos hipertensos¹¹. Com isso, recomenda-se a verificação da pressão arterial em posição sentada, deitada e em pé, pois alterações ateroscleróticas nas regiões de barorreceptores, como no seio carotídeo, pode reduzir a sensibilidade, causando redução dos reflexos posturais, predispondo a hipotensão¹⁰.

Além disso, é importante lembrar de comorbidades como doença de Parkinson, polineuropatia, e alguns fármacos (diuréticos, antidepressivos, vasodilatadores e betabloqueadores) podem ocasionar hipotensão¹⁰.

De modo geral, a hipotensão ortostática esta mais associada a alterações como IMC baixo, lesões carotídeas e ECG¹¹. Portanto, sua identificação antes de iniciar o tratamento anti-hipertensivo, implica em maior cuidado no manuseio dos fármacos¹¹.

A Hipotensão pós-prandial consiste na diminuição dos níveis sistólicos de 20mmHg ou mais, meia a duas horas depois de uma refeição, mais comum no idoso¹¹. Tal condição deve-se a um efeito vasodilator por resposta insulínica exagerada a uma carga de glicose. Pode ocorrer com síncope, tonturas e quedas, além de levar a medidas erroneas de PA¹¹.

E ainda pode-se citar variações sazonais nos níveis tensionais que são mais frequentes em idosos, demonstrando por Woodhouse em 1993, um aumento de quatro vezes desse fenômeno em indivíduos entre 65-74 anos, com níveis de PA de 160/90mmHg no inverno em relação ao verão¹¹.

Alguns exames que podem ser solicitados para complementar a investigação diagnostica, confirmando o diagnostico de elevação da HAS, observando a presença de doenças associadas e excluído lesão de órgãos-alvo, consiste em: ECG de repouso, exame de urina (bioquímica e sedimento), Hemograma, Creatinina (seus níveis podem ser normais apesar da queda da função renal, justificado pela perda da massa muscular pelo envelhecimento), Potássio, Glicemia de jejum, Glicohemoglobina, Colesterol total e frações, triglicérides e Ácido Úrico¹⁰. Além desses, podem ser necessários o uso do MAPA e/ou MRPA, para investigar casos de HAS do avental branco, HAS mascarada, episódios de hipotensão arterial e até mesmo para avaliar eficácia terapêutica¹⁰.

Os valores para o diagnostico de Hipertensão arterial no MAPA são em vigília uma PA maior ou igual a 135 e/ou 85mmHg, no sono maior ou igual 120 e/ou 70mmHg e em 24 horas maior ou igual a 130 e/ou 80mmHg⁸. E no MRPA valores maiores 135 mmHg de pressão sistólica e/ou maiores que 85 mmHg de diastólica que confirmam o diagnóstico⁸.

Por muitos anos, pensava-se que a idade avançada era uma barreira para o tratamento da hipertensão, devido ao baixo potencial de tolerabilidade a níveis baixos de PA e até mesmo pelos efeitos nocivos das intervenções realizadas em baixar a pressão em indivíduos que preservam a homeostase da PA a custas de mecanismos compensatórios poderia comprometer a perfusão de órgãos vitais o que poderia prejudicar o paciente¹. Entretanto, essa abordagem não é mais apropriada, uma vez que evidencias demonstram que o tratamento anti-hipertensivo reduz a morbidade e mortalidade desses pacientes¹.

A idade por si só nunca deve ser uma barreira para o tratamento, porque a pressão arterial elevada é um importante fator de risco¹.

Os pacientes idosos hipertensos, apresentam maior dificuldade para o tratamento em relação aos pacientes jovens, pois a decisão de como trata-los deve levar em consideração a situação clinica do paciente, tratamentos concomitantes e fragilidade¹.

a primeira consulta, é importante lembrar que a pressão arterial devera ser medida em ambos os membros superiores³. E a partir faz-se a opção pelo membro de maior valor, sendo este o escolhido para as

consultas posteriores³. A aferição da pressão arterial deve ser realizada em toda consulta médica, utilizando a técnica correta para se minimizar os erros³.

Diante do contexto do tratamento, importante lembrar da Atenção Básica, que pautada pelos princípios do Sistema Único de Saúde, que visa a expansão, qualificação e consolidação do atendimento com as Unidades Básicas de Atendimento⁴. Nessa proposta, o manejo adequado da hipertensão arterial adquire um caráter prioritário⁴.

Recomenda-se que idosos sejam tratados em monoterapia e quando necessário a terapia combinada é indicada iniciar em os fármacos nas doses mais baixas disponíveis, agora que existe a possibilidade de uma terapia combinada com a apenas 1 comprimido deve ser preferido quando possível¹.

A terapia combinada é a forma recomendada para a maioria dos pacientes, sendo as combinações preferidas um Bloqueador do sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (como Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensinogênio-IECA ou Bloqueador do Receptor de Angiotensina-BRA) com um Bloqueador de Canal de Cálcio ou Diuréticos¹.

Recomenda-se que os beta-bloqueadores sejam combinados com qualquer uma das outras classes principais, quando houver histórico clínico de angina, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou para controle da frequência cardíaca¹.

O uso concomitante de diuréticos de alça e os alfa-bloqueadores devem ser evitados devido a sua maior associação com quedas prejudiciais, a menos que seja necessário¹.

Em todos os pacientes idosos, especialmente os muito idosos ou frágeis em tratamento anti-hipertensivo devem ser monitorados de perto e os sintomas de possíveis episódios de hipotensão, que podem ser verificados pelo MAPA¹.

Além do tratamento medicamentoso, é importante lembrar das medidas na mudança do estilo de vida que comprovadamente reduzem PA e diminuem o risco cardiovascular, são elas: Abandono do tabagismo, diminuição do peso, atividade física, dieta saudável (hipossódica, pobre em gorduras saturadas, rica em frutas, vegetais, peixes e aves)⁹. Além disso, é importante lembrar do estudo TONE que demonstra os efeitos da redução do sódio na dieta e diminuição da PAS de 4,3mmHg e 2mmHg na diastólica, uma vez que os idosos são mais sensíveis ao sódio⁹.

O controle da pressão arterial é imprescindível para os pacientes idosos, uma vez que os índices de controle da PA, dessa população foi observado entre os piores, variando de 27% a 44,6%⁴. Entre os fatores que dificultam o controle estão: idade avançada, obesidade, não adesão ao tratamento, dificuldade de acesso aos serviços de saúde⁴. Além disso, depende também dos profissionais de Saúde e de ações institucionais, que muitas vezes não aderem protocolos ou por falta de conhecimento, preocupações excessivas com efeitos colaterais dos fármacos e relutância em tratar uma condição “assintomática”, acabam por dificultar o controle da PA dos pacientes hipertensos⁴.

No estudo HYVET, foram focados os pacientes muito idosos, nele foram randomizados 3845 pacientes da Europa, China, Austrália e Tunísia com 80 anos ou mais e pressão arterial sistólica de 160mmHg ou mais⁷. Um grupo recebeu Indapamida e outro placebo, com alvo de PAS menor que 150mmHg e PAD menor que 80mmHg, avaliando como desfecho primário Acidente Vascular Encefálico fatal ou não fatal⁷. E os secundários inclui morte por qualquer causa, morte por doença cardiovascular, morte por causa cardíaca⁷.

Pode-se confirmar benefício no grupo que recebeu intervenção reduzindo o de AVE fatal em 39% e o não fatal também apresentou redução, o risco de morte por qualquer causa reduziu em 21%, a taxa de morte por causas cardiovasculares em 23%, a insuficiência cardíaca fatal ou não fatal foi reduzida em 64%, morte por causas cardíacas não foi significativo⁷. Assim o HYVER traz um dado inesperado, demonstrando que o tratamento ativo da HAS mostra benefícios na redução da mortalidade, ao reduzir o numero de morte por qualquer causa⁷.

Com isso, o HYVET conclui que os resultados obtidos com a redução de riscos de mortes por AVE, morte por qualquer causa, insuficiência cardíaca que a meta pressórica de 150/80 mmHg trata-se de um alvo alcançável e que oferece benefício para os pacientes muito idosos⁷.

No estudo SPRINT, foram aleatoriamente divididas 9361 em dois grupos, um grupo onde foi realizado o tratamento intensivo da PA, como meta de pressão menor que 120mmHg, e outro grupo com tratamento padrão com meta menor que 140mmHg, analisando desfecho composto primário Infarto Agudo do miocárdio, outras Síndromes Coronarianas Agudas, Acidente vascular Encefálico, Insuficiência Cárdica ou morte por causas cardiovasculares⁶.

O estudo acabou sendo interrompido precocemente pela resultados superiores apresentados pelo grupo de tratamento intensivo⁶. Observando que a taxa de desfecho composto primário foi mais baixa no tratamento intensivo com o risco relativo de morte por doenças cardiovasculares menor 43%, além de redução significativa na mortalidade por outras causas⁶.

Em contrapartida, os eventos adversos hipotensão, síncope, anormalidades eletrolíticas e lesão ou falha renal, exceto quedas prejudiciais foram maiores no grupo de tratamento inteensivo⁶. O grupo de tratamento intensivo também demonstrou um maior consumo de medicações para adequar a pressão arterial ao nível desejado no estudo, demonstrando que a necessidade de uma PA menor também representa um maior custo com medicações⁶.

Em uma análise do estudo SPRINT, incluído apenas os indivíduos com idade ≥ 75 anos, foram analisados os pacientes dos dois grupos, grupo tratamento intensivo e grupo tratamento padrão. E demonstrou benefícios no controle intensivo da PA com redução do risco cardiovascular e mortalidade¹³. Entretanto, houve maior tendência a hipotensão sintomática e redução da função renal. Assim, pode ser observado que uma maior redução da pressão arterial sistólica em relação ao que foi feito no estudo HYVET, demonstrou melhor benefício cardiovascular para os idosos¹³. Em contrapartida, pacientes com baixo risco cardiovascular e com diabetes não se beneficiam de uma redução excessiva da PA¹³.

Recomenda que em idosos com boa condição funcional, recomendamos níveis de PA menor que 140/90 naqueles abaixo de 80 anos e menor que 150/90 mmHg, para aqueles com mais de 80 anos. Podendo-se considerar metas mais rígidas nos idosos com boa adesão, mantendo atenção em sintomas de hipotensão, que podem ser atípicos⁹. Já idosos com comprometimento funcional significativo ou limitações de sobrevida devem ter metas individualizadas⁹.

Guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH) recomenda para o controle da PA dos pacientes com menos de 65 anos em tratamento anti-hipertensivo uma faixa de pressão arterial sistólica entre 120 a 129 mmHg¹. Nos pacientes acima de 65 anos, sugere-se uma faixa de 130-139 mmHg¹. E por fim, nos idosos acima de 80 anos o objetivo de PAS é entre 130-139 mmHg, se tolerado¹.

Já o *Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults of the American College of Cardiology/American Heart Association*, sugere uma PAS de controle inferior a 130 mmHg em adultos com 65 anos ou mais não institucionalizados¹⁴. E já para os adultos com mais de 65 anos ou mais, com comorbidades, expectativa de vida limitada, avaliar pelo julgamento clínico uma abordagem em equipe avaliando o risco benefício para decidir a intensidade da redução da pressão arterial e escolha do anti-hipertensivo¹⁴.

O *Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults* endossado pela American Academy of Family Physicians, indica que a população com idade maior ou igual a 60 anos, iniciar o tratamento farmacológico nos casos de níveis pressóricos maiores ou iguais a 150/90 mmHg, recomendando como meta para controle PAS menor que 150 mmHg e PAD menor 90 mmHg¹⁵.

A Atualização das Diretrizes em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia-2019, defende que para o idoso com idade maior ou igual a 65 anos, sem critérios de fragilidade, considerado um idoso robusto, níveis de PA menor igual a 130 mmHg¹⁰. Já aqueles pacientes \leq 80 anos de idade, sem fragilidade, pode-se considerar níveis pressóricos de PAS $<$ 140 mmHg¹⁰. Nos idosos com \geq 80 anos e PAS \geq 160 mmHg, pode-se admitir uma redução inicial da PAS entre 150 e 140 mmHg¹⁰. E por fim, o idoso frágil ou com múltiplas comorbidades, tem sua meta terapêutica individualizada considerando relações de risco benefício¹⁰.

É notável que a terapia para redução da PA em paciente idosos e nos pacientes muito idosos reduz o risco de Acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca e também o risco de mortalidade¹. Assim, esses pacientes não devem recusar o tratamento ou simplesmente terem seu tratamento retirado por causa da idade¹.

CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma patologia que tem uma grande prevalência na população idosa, sendo que esta população vem aumentando cada vez mais no Brasil, com o aumento na qualidade de vida, melhoria no acesso a saúde, aumentando ainda mais a expectativa de vida

da população. Consequentemente, é importante que seu tratamento seja discutido e as metas pressóricas aprimoradas, de forma que se ofereça para o paciente o tratamento com melhor nível de evidencia reduzindo seus desfechos mais temidos como o Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico, Insuficiência Renal. Por isso, foram propostos nas várias diretrizes existentes pelo mundo um alvo pressórico, que atingisse melhores resultados no tratamento.

Desse modo, foi observado que um controle mais intenso da Pressão Arterial, tem ótimos benefício reduzindo o risco de desfechos cardiovasculares e mortalidade desses pacientes, assim pacientes idosos acima dos 60 anos podem se beneficiar de uma PAS menor que 130 mmHg. Já os muitos idosos trata-se de um grupo especial e pode-se observar bom resultados com um controle de PAS abaixo de 150mmHg. Exceto, naqueles idosos frágeis com múltiplas comorbidades no qual devem ter metas individualizadas.

Sendo assim são necessários mais estudos para que se possa comprovar qual o melhor alvo pressórico no paciente idoso. Estudos que além de observar a pressão a sistólica também observe a pressão diastólica dos pacientes. Outro foco importante para análise é a população muito idosa, poucos trabalhos foram feitos nessa população para se chegar a uma meta pressórica segura. E por fim os idosos frágeis, foram muito pouco representados nos estudos, já que muitas vezes a população presente nos estudos eram bem mais saudáveis que a população idosa no geral.

REFERÊNCIAS

1. Williams B et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, [s.l.], v. 39, n. 33, p.3021-3104, 25 ago. 2018. Oxford University Press (OUP).
2. Miranda RD et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. *Revista Brasileira de Hipertensão*, São Paulo, v. 9, n. 3, p.293-300, jun. 2002.
3. Borelli FAO et al. Hipertensão arterial no idoso: importância em se tratar. *Revista Brasileira de Hipertensão*, São Paulo, v. 15, n. 4, p.236-239, dez. 2008.
4. Moroz MB, Kluthcovsky ACGC, Schafranski MD. Controle da pressão arterial em idosas hipertensas em uma Unidade de Saúde da Família e fatores associados. *Cadernos Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 24, n. 1, p.111-117, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO).
5. Abreu AP, Silva GV, Drager LF. Análise crítica dos Estudos ACCORD versus SPRINT – Resultados e metas pressóricas. *Revista Brasileira de Hipertensão*, São Paulo, v. 23, n. 1, p.2-7, mar. 2016.
6. The Sprint Research Group. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *New England Journal Of Medicine*, [s.l.], v. 373, n. 22, p.2103-2116, 26 nov. 2015. Massachusetts Medical Society.
7. Beckett NS et al. Treatment of Hypertension in Patients 80 Years of Age or Older. *New England Journal Of Medicine*, [s.l.], v. 358, n. 18, p.1887-1898, maio 2008. Massachusetts Medical Society.
8. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107(3Supl.3):1-83.

9. Miranda RD, Feitosa AM. Tratamento da hipertensão arterial em idosos: as metas pressóricas são diferentes? *Revista Brasileira de Hipertensão*, São Paulo, v. 23, n. 1, p.16-20, mar. 2016.
10. Moreira AACM et al. Updated Geriatric Cardiology Guidelines of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, [s.l.], v. 112, n. 5, p.649-705, 2019. Sociedade Brasileira de Cardiologia.
11. Jobim EFC. Hipertensão Arterial no Idoso: Classificação e Peculiaridades. *Revista Brasileira de Clínica Medica*, Jardim Alegre, v. 6, n. 6, p.250-253, out. 2008.
12. Pont L, Alhawassi T. Challenges in the Management of Hypertension in Older Populations. *Advances In Experimental Medicine And Biology*, [s.l.], p.167-180, 2016. Springer International Publishing.
13. Weber MA. Intensive treatment of hypertension to a SBP. *Evidence Based Medicine*, [s.l.], v. 22, n. 1, p.30-30, 21 nov. 2016. *BMJ*.
14. Whelton PK et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/ PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. *Journal Of The American College Of Cardiology*, [s.l.], v. 71, n. 19, p.127-248, maio 2018. Elsevier BV.
15. James PA et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults. *Jama*, [s.l.], v. 311, n. 5, p.507-520, 5 fev. 2014. American Medical Association (AMA).