

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

2019



**PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)**

Ano – 2019

2019 Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. O conteúdo desta pode ser acessado na página <http://www.portalvr.com.br/saude>

2ª edição – 2019

Elaboração e acesso Secretaria Municipal de Saúde Rua 566, nº 31 – Nossa Senhora das Graças,
Volta Redonda – Rio de Janeiro Telefone: (24) 3339-9647
Site: <http://www.portalvr.com/saude>

Samuca Silva
Prefeito Municipal

Maycon César Inácio Abrantes
Vice-prefeito

Alfredo Peixoto de Oliveira Neto
Secretário Municipal de Saúde

Caio Larcher Maximiliano
Sub-secretário Municipal de Saúde

Norma Chaffin
Sub-secretária Municipal de Saúde

Hélia Paula Maia Brum
Núcleo Estratégico em Saúde de Planejamento e Qualidade (NESPQ)

Marina Fátima de Oliveira Marinho
Diretora do Departamento de Informação, Planejamento, Inovação e Qualidade

Alan Costa Sombra
Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica

Marcilea Dias de Sá
Divisão de Área Técnica e Educação em Saúde

Aline Duarte Pereira de Andrade e Silva
Camilla Silva Santos
Setor de Área Técnica e Doenças Não Transmissíveis (DANT)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 RASTREAMENTO	7
3 CONSULTA MÉDICA	8
4 CONDIÇÕES PADRONIZADAS PARA A MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL	8
5 DIAGNÓSTICO	11
6 CONSULTA DE ENFERMAGEM	13
7 AVALIAÇÃO LABORATORIAL	16
8 HIPERTENSÃO ARTERIAL SECUNDÁRIA	17
9 TRATAMENTO	18
9.1 TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO	19
9.2 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	19
10 ACOMPANHAMENTO	23
11 EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA	25
12 URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS	26
13 HIPERTENSÃO EM GESTANTES	26
14 PONTOS IMPORTANTES	27
15 BIBLIOGRAFIA	29

SIGLÁRIO

AB – Atenção Básica

AMPA – Auto-medida de pressão arterial

AVC – Acidente vascular encefálico

DCV – Doença cardiovascular

FR – Fatores de risco

HAB – Hipertensão do Avental Branco

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

HM - Hipertensão mascarada

HU – Urgência hipertensiva

HVE – Hipertrofia do ventrículo esquerdo

IAM – Infarto agudo do miocárdio

LOA – Lesão de órgão alvo

MAPA – Monitorização ambulatorial da pressão arterial

MEV – Mudança do estilo de vida

MRPA - Médida residencial de pressão arterial

PA – Pressão arterial

RCV – Risco cardiovascular

APRESENTAÇÃO

A hipertensão arterial é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo com alta prevalência e significativa morbimortalidade além disso, suas complicações levam, a longo prazo, a uma perda da qualidade de vida e necessidade de internações frequentes.

Um diagnóstico precoce e um tratamento adequado pode manter o paciente em um quadro estável da doença com poucas ou nenhuma complicações evitando assim as recorrências em internações hospitalares e mantendo este paciente ativo e inserido na sociedade seja socialmente ou laboralmente.

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2014).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica.

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2014).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão.

Nesse contexto, entende-se que nos serviços de AB um dos problemas de saúde mais comuns que as equipes de Saúde enfrentam é a HAS e que existem dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos dos usuários. Estudos apontam que em países com redes estruturadas de AB, 90% da população adulta consulta, pelo menos uma vez ao ano, seu médico de família (SHARMA et al., 2004). Mesmo assim, existem dificuldades no diagnóstico e no seguimento ao tratamento.

2. RASTREAMENTO

Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada **[Grau de Recomendação A]**.

A primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços. Caso haja diferença entre os valores, deve ser considerada a medida de maior valor. O braço com o maior valor aferido deve ser utilizado como referência nas próximas medidas. O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica, respectivamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2014).

Com intervalo de um minuto, no mínimo, uma segunda medida deve ser realizada. De acordo com a média dos dois valores pressóricos obtidos, a PA deverá ser novamente verificada:

- a cada dois anos, se PA menor que 120/80 mmHg (BRASIL, 2006);
- a cada ano, se PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg nas pessoas sem outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV) (CHOBANIAN et al., 2003);
- em mais dois momentos em um intervalo de 1 – 2 semanas, se PA maior ou igual a 140/90 mmHg ou PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg na presença de outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV).

Sempre que possível, a medida da PA deverá ser realizada fora do consultório médico para esclarecer o diagnóstico e afastar a possibilidade do efeito do avental branco no processo de verificação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2014).

3. CONSULTA MÉDICA

Para um diagnóstico adequado se faz necessário uma boa anamnese e exame físico. Nas figuras abaixo seguem pontos fundamentais que devem ser observados no exame físico e questionados na anamnese.

As figuras 1 e 2 evidenciam os pontos mais importantes na anamnese e exame físico e devem ser lidos cuidadosamente. Essas informações foram tiradas do caderno de hipertensão arterial do ministério da saúde e são as atualmente utilizadas como padrão para o ministério da saúde.

4. CONDIÇÕES PADRONIZADAS PARA A MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL

- Paciente sentado com braço apoiado na altura do precórdio;
- Medir após cinco minutos de repouso;
- Evitar consumo de álcool, cafeína e tabaco 30 minutos antes;
- O manguito deve ter tamanho adequado ao braço do paciente;
- Na primeira consulta aferir a pressão arterial nos dois membros superiores;
- A bexiga do paciente deve estar vazia.

PONTOS IMPORTANTES NA COLETA DA AMAMNESE:

<ul style="list-style-type: none">• Identificação: sexo, idade, raça e condição socioeconômica.
<ul style="list-style-type: none">• História atual: duração conhecida de HAS e níveis pressóricos; adesão e reações adversas aos tratamentos prévios; sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca; doença vascular encefálica; doença arterial periférica; doença renal; diabetes mellitus; indícios de hipertensão secundária; gota.
<ul style="list-style-type: none">• Investigação sobre diversos aparelhos e fatores de risco: dislipidemia, tabagismo, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, perda de peso, características do sono, função sexual, dificuldades respiratórias.
<ul style="list-style-type: none">• História Pgressa: gota, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca. Nas mulheres, deve-se investigar a ocorrência de hipertensão durante a gestação, que é um fator de risco para hipertensão grave(SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011)
<ul style="list-style-type: none">• Perfil psicossocial: fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, ansiedade e pânico, rede familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade.
<ul style="list-style-type: none">• Avaliação de consumo alimentar: incluindo consumo de sal, gordura saturada e cafeína.
<ul style="list-style-type: none">• Consumo de álcool: Alguns estudos apontam que a partir do consumo diário médio de 30g de etanol, quantidade presente em duas doses de destilados, em duas garrafas de cerveja ou em dois copos de vinho, há aumento difuso e exponencial da pressão arterial em homens. Para as mulheres, as quantidades de risco correspondem a metade destes valores (MOREIRA et AL., 1998)
<ul style="list-style-type: none">• Medicações em uso: Consumo de medicamentos ou drogas que podem elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento (corticosteróides, anti-inflamatórios, anorexígenos, antidepressivos, hormônios). A indagação sobre o uso de anticoncepcionais hormonais combinados não deve ser esquecida, dada a frequente associação entre seu uso e a elevação da pressão arterial (LUBIANCA; FACIN; FUCHS et al.2003)
<ul style="list-style-type: none">• Medicações em uso: Consumo de medicamentos ou drogas que podem elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento (corticosteróides, anti-inflamatórios, anorexígenos, antidepressivos, hormônios). A indagação sobre o uso de anticoncepcionais hormonais combinados não deve ser esquecida, dada a frequente associação entre seu uso e a elevação da pressão arterial (LUBIANCA, FACCIN; FUCHS et AL.,2003)
<ul style="list-style-type: none">• Práticas corporais/atividade física.

Fonte:DAB/SAS/SMS

PONTOS IMPORTANTES NO EXAME FÍSICO:

<ul style="list-style-type: none">• Medidas antropométricas: obtenção de peso e altura para cálculo do índice de massa corporal (IMC) e aferição da cintura abdominal (CA). Veja mais sobre medidas antropométricas no <i>Cadernos de Atenção Básica, nº38- Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica-Obesidade</i>.
<ul style="list-style-type: none">• Inspeção: Fáceis e aspectos sugestivos de hipertensão secundária: EX: cushing.
<ul style="list-style-type: none">• Medida de PA e frequência cardíaca: duas medidas de PA, separadas por, pelo menos, um minuto, com paciente em posição sentada. Em pacientes com suspeita de hipotensão postural (queda de PAS \geq 2 mmHg e PAD \geq 10mmHg) e/ou idosos, recomenda-se verificar a PA também nas posições deitada e em pé.
<ul style="list-style-type: none">• Pescoço: palpação e ausculta das artérias carótidas, verificação de turgência juglar e palpação de tireóide.
<ul style="list-style-type: none">• Exame do precórdio e ausculta cardíaca: Sinais sugestivos de hipertrofia miocárdica; característica impulsiva do <i>ictus</i>, mas sem desvios da linha hemiclavicular até ocorrer dilatação ventricular, pela presença de quarta bulha e de hiperfonese da segunda bulha; <i>Ictus</i> sugestivo de hipertrofia ou dilatação do ventrículo esquerdo: arritmias; terceira bulha: sinaliza disfunção sistólica do ventrículo esquerdo; Quarta bulha: sinaliza presença de disfunção em foco aórtico, além de sopros nos focos mitral e aórtico.
<ul style="list-style-type: none">• Exame do pulmão : ausculta de estertores, roncos e sibilos.
<ul style="list-style-type: none">• Exame do abdômen : a palpação dos rins e a ausculta de sopros em área renal objetivam detectar hipertensão secundária a rins policísticos e obstrução de artérias renais.
<ul style="list-style-type: none">• Extremidades: palpação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos. A diminuição da amplitude ou retardo do pulso das artérias femorais sugerem coarctação da aorta ou doença arterial periférica. O exame dos pulsos periféricos avalia a repercussão da aterosclerose, por meio da presença de obstruções. Se houver diminuição acentuada e bilateral dos pulsos femorais, a medida da pressão arterial nos membros inferiores deve ser realizada para afastar o diagnóstico de coarctação da aorta; avaliação de edema.
<ul style="list-style-type: none">• Exameneurológico sumário.
<ul style="list-style-type: none">• Exame de fundo do olho: Identificar estreitamento arteriolar, cruzamentos arteriovenosos patológicos, hemorragias, exsudatos e papiledema. Os achados de fundo de olho, como exsudatos e hemorragias retinianas e papiledema, indicam maior risco cardiovascular e hipertensão acelerada, respectivamente, condições que influenciam diretamente na estratificação do risco e na terapêutica.

Fonte:DAB/SAS/SMS

5. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas , ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três.

A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão.

A automedida da pressão arterial (Ampa) é realizada por pacientes ou familiares, não profissionais de Saúde, fora do consultório , geralmente no domicílio , representando uma importante fonte de informação adicional. A principal vantagem da Ampa é a possibilidade de obter uma estimativa mais real dessa variável , tendo em vista que os valores são obtidos no ambiente em que as pessoas passam a maior parte do dia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2014).

Na suspeita de Hipertensão do Avental Branco (HAB) ou Hipertensão Mascarada (HM), sugerida pelas medidas da Ampa , recomenda-se a realização de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (Mapa) ou Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA), para confirmar ou excluir o diagnóstico [Grau de Recomendação D] (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2014).

A Mapa é feita por aparelhos validados que empregam o método oscilométrico . Afere a pressão por dezenas de vezes nas 24 horas, registrando o comportamento da pressão arterial durante o período do sono . A MRPA é feita , preferencialmente, por manômetros digitais pela própria pessoa ou familiares. Recomendam-se três medidas pela manhã , antes do desjejum e da tomada de medicamento, e três à noite , antes do jantar, durante cinco dias, ou duas medidas em cada sessão durante sete dias (PARATI et al., 2010).

Indivíduos com pressão alterada no consultório , devido à reação de alerta , e normal na Mapa ou na MRPA, têm a síndrome do avental branco . Por um tempo, imaginou-se que essa condição fosse benigna, mas de fato já embute aumento discreto de risco . Estima-se que quase um terço dos indivíduos hipertensos em consultório tem síndrome de avental branco . Indivíduos com pressão normal no consultório e anormal na Mapa ou na MRPA têm a denominada hipertensão mascarada .

Estima-se que aproximadamente 12% de indivíduos com pressão normal em consultório tenham hipertensão mascarada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2014).

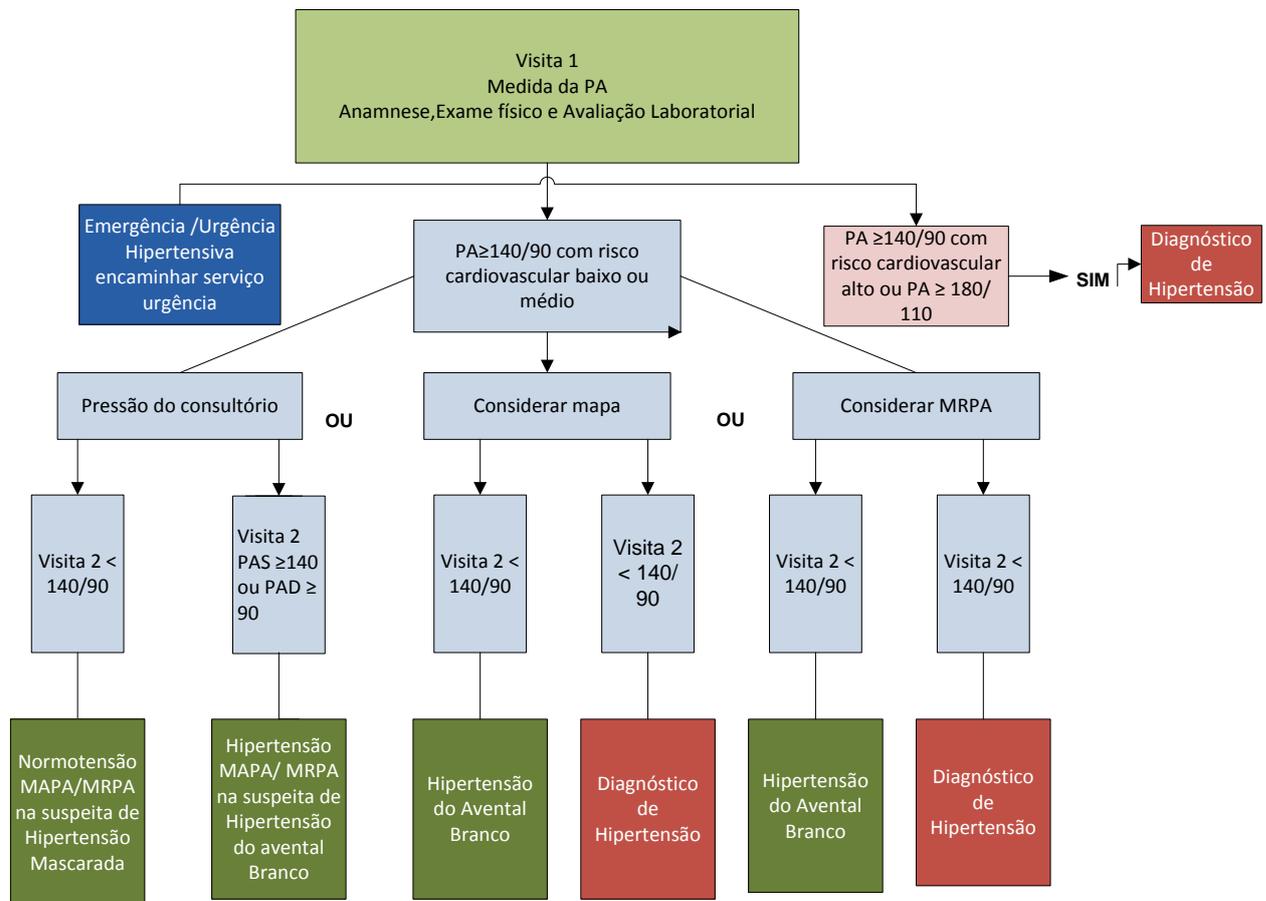
CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO QUANTO AOS NÍVEIS TENSIONAIS:

CLASSIFICAÇÃO	PA SISTÓLICA	PA DIASTÓLICA
Ótima	< 120	<80
Normal	120 – 129	80 – 84
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 149	90 – 99
Hipertensão estágio 2	150 – 159	100 – 109
Hipertensão estágio 3	160 – 179	> ou igual a 110
Sistólica isolada	> 180	

Pessoas com PA entre 130/85 a 139/89mmHg deverão fazer avaliação para identificar a presença de outros fatores de risco (FR) para DCV. Na presença desses fatores, a pessoa deverá ser avaliada pela enfermeira, em consulta individual ou coletiva, com o objetivo de estratificar o risco cardiovascular. A PA deverá ser novamente verificada em mais duas ocasiões em um intervalo de 7 a 14 dias. Na ausência de outros FR para DCV, o indivíduo poderá ser agendado para atendimento com a enfermeira, em consulta coletiva, para mudança de estilo de vida (MEV), sendo que a PA deverá ser novamente verificada em um ano.

Se a média das três medidas forem iguais ou maiores a 140/90mmHg, está confirmado o diagnóstico de HAS e a pessoa deverá ser agendada para consulta médica para iniciar o tratamento e o acompanhamento.

FLUXOGRAMA MANEJO DA PRESSÃO ARTERIAL:



fluxograma para diagnóstico de hipertensão arterial (modificado Hypertension Education Program).

6. CONSULTA DE ENFERMAGEM

A prevenção primária da HAS pode ser feita mediante controle de seus FATORES DE RISCO:

- sobrecarga na ingestão de sal;
- excesso de adiposidade, especialmente na cintura abdominal;
- abuso de álcool

Duas estratégias de prevenção:

- POPULACIONAL defende a redução da exposição populacional a fatores de risco , principalmente ao consumo de sal . O profissional poderá atuar nessa estratégia por meio de ações educativas coletivas com a população em geral para orientar a restrição à adição de sal na preparação de alimentos , identificação da quantidade de sal e/ou sódio presente nos alimentos industrializados, entre outros.

- DIRIGIDA A GRUPOS DE RISCO faz parte da consulta de enfermagem e propõe intervenção educativa em indivíduos com valores de PA limítrofes, predispostos à hipertensão. As medidas são equivalentes às propostas para tratamento não medicamentoso da HAS, também chamadas de promoção de mudança no estilo de vida (MEV). Você encontrará mais informações sobre MEV no *Cadernos de Atenção Básica, no 35 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica*.

Consultas individuais ou coletivas para incentivar a MEV para adoção de hábitos saudáveis são recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe, pois reduzem a PA e a mortalidade cardiovascular. Hábitos saudáveis de vida devem ser estimulados para toda a população desde a infância, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos.

A MEV tem como objetivo diminuir os fatores de risco para DCV e reduzir a pressão arterial. Deve-se iniciar um processo de educação em Saúde no qual a pessoa é motivada a adotar comportamentos que favoreçam a redução da pressão arterial. Essas medidas sugeridas terão impacto no estilo de vida e sua implementação dependerá diretamente da compreensão do problema e da motivação para implementar mudanças no seu estilo de vida.

Sugere-se que as UBS ofereçam consulta de enfermagem para orientação de MEV e que essas sejam iniciadas no nível pressórico PA limítrofe, pois se existirem fatores de risco associados, como diabetes mellitus e obesidade, o risco de apresentar hipertensão no futuro é altíssimo (CHOBANIAN et al., 2003).

Nas consultas de enfermagem, o foco do processo educativo será para orientação daquelas medidas que comprovadamente reduzem a pressão arterial, entre elas: hábitos alimentares adequados para manutenção do peso corporal e de um perfil lipídico desejável, estímulo à vida ativa e aos exercícios físicos regulares, redução da ingestão de sódio, redução do consumo de bebidas alcoólicas, redução do estresse e abandono do tabagismo (CHOBANIAN et al., 2003; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003). Essas indicações são importantes, pois já existem evidências do seu efeito na redução da pressão arterial, possuem baixo custo, ajudam no controle de fatores de risco para outros agravos, aumentam a eficácia do tratamento medicamentoso (necessitando de menores doses e de menor número de fármacos) e reduzem o risco cardiovascular (SEGA et al., 2005).

Na consulta de enfermagem para a estratificação de risco cardiovascular recomenda-se a utilização do score de Framingham. A estratificação tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo

sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. Essa estimativa se baseia na presença de múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, níveis de HDLc e LDLc. A partir da estratificação de risco, selecionam-se indivíduos com maior probabilidade de complicações, os quais se beneficiarão de intervenções mais intensas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

O processo de estratificação possui três etapas. A primeira é a coleta de informações sobre fatores de risco prévios. Se o usuário apresenta apenas um fator de risco baixo/intermediário, não há necessidade de calcular o escore, pois ele é considerado como baixo RCV. Se apresentar ao menos um fator de alto RCV, também não há necessidade de calcular o escore, pois esse paciente já é considerado como alto RCV. O cálculo será realizado quando o usuário apresentar mais de um fator de risco baixo/intermediário.

Na segunda etapa, será avaliada a idade, exames de LDLc, HDLc, PA e tabagismo. A figura ilustrativa do processo é bastante didática, de fácil aplicabilidade e está apresentada no Anexo A. Após avaliação da presença das variáveis mencionadas, inicia a terceira etapa, em que se estabelece uma pontuação e, a partir dela, obtém-se o risco percentual de evento cardiovascular em dez anos para homens e mulheres.

ACHADOS DO EXAME CLÍNICO E ANAMNESE INDICATIVOS DE RISCO PARA DCV:

BAIXO RISCO/ INTEREDIÁRIO	ALTO RISCO
<ul style="list-style-type: none"> • Tabagismo • Hipertensão • Obesidade • Sedentarismo • Sexo masculino • História familiar de evento cardiovascular prematuro (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos) • Idade > 65 anos 	<ul style="list-style-type: none"> • Acidente Vascular Cerebral (AVC) prévio • Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) prévio • Lesão Periférica - Lesão de Órgão-alvo (LOA) • Ataque Isquêmico transitório (AIT) • Hipertrofia de Ventrículo Esquerdo (HVE) • Nefropatia • Retinopatia • Aneurisma de aorta abdominal • Estenose de carótida sintomática • Diabetes mellitus

Fonte (BRASIL, 2010).

O escore de Framingham é uma ferramenta útil e de fácil aplicação no cotidiano . Ele classifica os indivíduos por meio da pontuação nos seguintes graus de risco cardiovascular (BRASIL, 2010) e auxilia na definição de condutas:

- **Baixo Risco** – quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser anual após orientá-los sobre estilo de vida saudável.

- **Risco Intermediário** – quando existir 10% – 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos . O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser semestral após orientações sobre estilo de vida saudável e , se disponível na UBS ou comunidade e se desejo da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em Saúde.

- **Alto Risco** – quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão -alvo, tais como IAM , AVC/AIT, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e nefropatia. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe de alto risco poderá ser trimestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e, se desejo da pessoa, encaminhamento para ações de educação em Saúde coletivas.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO:

	NORMAL	LIMÍTROFE	HAS ESTÁGIO 1	HAS ESTÁGIO 2	HAS ESTÁGIO 3
Sem fator de risco	Sem risco adicional		Risco baixo	Risco médio	Risco alto
1 a 2 fatores de risco	Risco baixo		Risco médio		Risco muito alto
3 ou mais fatores de risco ou lesão de órgão-alvo	Risco médio	Risco alto			
Doença cardiovascular	Risco alto	Risco muito alto			

A Resolução do Cofen no 358, de 15 de outubro de 2009 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM , 2009) define essas etapas como: histórico; exame físico; diagnóstico das necessidades de cuidado da pessoa, planejamento da assistência (incluindo a prescrição de cuidados e um plano terapêutico construído com a pessoa); implementação da assistência e avaliação do processo de cuidado (inclui a avaliação contínua e conjunta com a pessoa e com a família em relação aos resultados do tratamento e do desenvolvimento ao longo do processo de apoio ao autocuidado).

7. AVALIAÇÃO LABORATORIAL

O atendimento inicial e acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS requer um apoio diagnóstico mínimo. Sugere-se uma periodicidade anual destes exames, no entanto, o profissional deverá estar atento ao acompanhamento individual de cada paciente, considerando sempre o risco cardiovascular, as metas de cuidado e as complicações existentes.

ROTINA COMPLEMENTAR MÍNIMA PARA PESSOAS COM HAS:

- Eletrocardiograma;
- Dosagem de glicose;
- Dosagem de colesterol total;
- Dosagem de colesterol HDL;
- Dosagem de Triglicérides;
- Cálculo do LDL= Colesterol total- HDL-colesterol- (Triglicérides/5);
- Dosagem de creatina;
- Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1);
- Dosagem de potássio;
- Fundoscopia

Fonte:DAB/SAS/SMS.

Outros exames complementares poderão ser solicitados conforme a apresentação clínica. A radiografia de tórax deve ser feita quando houver suspeita de repercussão mais intensa de hipertensão sobre o coração, como insuficiência cardíaca, podendo demonstrar aumento do volume cardíaco, sinais de hipertensão venocapilar e dilatação da aorta, ou quando houver outra indicação, como doença pulmonar obstrutiva crônica. O ecocardiograma é indicado quando existe indícios de insuficiência cardíaca, mas não é indispensável para estratificar o risco e tomar decisões terapêuticas no paciente hipertenso.

8. HIPERTENSÃO ARTERIAL SECUNDÁRIA

A maioria dos indivíduos com hipertensão possui a elevação persistente da pressão arterial como resultado de uma desregulação do mecanismo de controle homeostático da pressão, o que a define como essencial. Já a HAS secundária possui causa definida, que é potencialmente tratável e/ou curável, acometendo menos de 3% dos hipertensos. A correta avaliação destes pacientes é fundamental, visto que pode determinar a interrupção dos anti-hipertensivos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011).

Esta avaliação é, predominantemente, baseada na história e no exame físico do paciente, que podem levar à suspeita da HAS secundária, bem como à indicação de exames complementares (além dos exames de rotina, já citados).

CARACTERÍSTICAS SUGESTIVAS DE HAS SECUNDÁRIA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; 2014):

- Início súbito da HAS antes dos 30 anos ou após os 50 anos.
- HAS estágio II e/ou resistente à terapia.
- Aumento da creatinina sérica.
- Hipopotassemia sérica espontânea, menor que 3,0meq/l (hiperaldosteronismo primário).
- Exame de urina tipo 1 apresentando proteinúria ou hematúria acentuada.
- Presença de massas ou sopros abdominais.
- Uso de fármacos indutores do aumento da pressão arterial (anticoncepcional oral, corticoides, anti-inflamatórios não esteroides, descongestionantes nasais, supressores de apetite, antidepressivos tricíclicos, tetracíclicos e inibidores da monoamina oxidase).
- Tríade do feocromocitoma: palpitações, sudorese e cefaleia em crise.
- Acromegalia: aumento da língua, ganho de peso, hipersonolência, alterações de fâcies e de extremidades.
- Síndrome de Cushing: ganho de peso, hirsutismo, edema e fâcies típicos.
- Diminuição ou retardo da amplitude do pulso femoral e dos membros superiores (coarctação da aorta).

As causas de HAS secundária podem ser divididas em categorias:

- Causas renais: rim policístico, doenças parenquimatosas.
- Causas renovasculares: coarctação da aorta, estenose da artéria renal.
- Causas endócrinas: feocromocitoma, hiperaldosteronismo primário, síndrome de Cushing, hipertireoidismo, hipotireoidismo, acromegalia.
- Causas exógenas: drogas, álcool, tabagismo (especialmente em grandes quantidades), cafeína, intoxicação química por metais pesados.

9. TRATAMENTO

O cuidado da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS) deve ser multiprofissional. O objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2010).

Um dos desafios para as equipes da Atenção Básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

9.1 - TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida.

MODIFICAÇÕES DE ESTILO DE VIDA PARA MANEJO DA HAS:

Modificação	Recomendação	Redução da PA em mmHg
Redução de peso	Manter IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m ² .	5 a 20
Alimentação saudável	Rica em frutas e vegetais. Pobre em gordura total e saturada.	8 a 14
Atividade física	Atividade aeróbia, por 30 minutos pelo menos, na maioria dos dias da semana.	4 a 9
Moderação no consumo de álcool	É aconselhável evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Quando não for possível, recomenda-se que consumo de álcool não ultrapasse 30 ml de etanol/dia (90 ml de destilados, ou 300 ml de vinho ou 720 ml de cerveja), para homens e, 15 ml de etanol/dia para mulheres e indivíduos de baixo peso.	2 a 4

Fonte: (Adaptado de VII Jointe CHOBANIAN et al., 2003)

9.2 - TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Pessoas com alto risco cardiovascular ou níveis pressóricos no estágio 2 (PA ≥ 160/100mmHg) beneficiam-se de tratamento medicamentoso desde o diagnóstico para atingir a meta pressórica, além da mudança de estilo de vida (BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2008).

Pessoas que não se enquadram nos critérios acima e que decidem , em conjunto com o médico , não iniciar medicação neste momento , podem adotar hábitos saudáveis para atingir a meta por um período de três a seis meses . Durante esse intervalo de tempo devem ter a pressão arterial avaliada pela equipe , pelo menos, mensalmente. Quando a pessoa não consegue atingir a meta pressórica pactuada ou não se mostra motivada no processo de mudança de hábitos , o uso de anti-hipertensivos deve ser oferecido, de acordo com o método clínico centrado na pessoa.

O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa , com a avaliação da presença de comorbidades , lesão em órgãos-alvo, história familiar , idade e gravidez . Frequentemente, pela característica multifatorial da doença , o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos (BRASIL, 2010).

Qualquer medicamento dos grupos de anti-hipertensivos disponíveis , desde que resguardadas as indicações e contraindicações específicas , pode ser utilizado para o tratamento da hipertensão arterial. As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, com duração relativamente curta, de três a quatro anos, demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com diuréticos [Grau de Recomendação A], betabloqueadores [Grau de Recomendação A], inibidores da enzima conversora de angiotensina [Grau de Recomendação A], antagonistas de receptores de angiotensina II e com bloqueadores de canais de cálcio [Grau de Recomendação A], embora a maioria dos estudos utilizem , no final, associação de anti-hipertensivos. Este benefício é observado com a redução da hipertensão arterial por si mesma , e, com base nos estudos disponíveis até o momento , parece independe r da classe de medicamentos utilizados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA ; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Na população negra , a prevalência e a gravidade da hipertensão é maior , o que pode estar relacionado a fatores étnicos e /ou socioeconômicos . Em nosso País , predomina a população miscigenada, que pode diferir da população negra quanto às características da hipertensão . Desta forma, para pacientes negros , desde que não haja contraindicações , o uso de diuréticos e bloqueadores de canais de cálcio é a opção mais racional (BRASIL, 2010).

MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NA RENAME 2012:						
CLASSE FARMACOLÓGICA	DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO	DOSE MÍNIMA	DOSE MÁXIMA	TOMADAS AO DIA*
Diurético tiazídicos	Hidroclorotiazida	12,5 mg	Comprimido	12,5-25mg	50 mg	1
		25mg	Comprimido	12,5-25mg	50 mg	1
Diuréticos (de Alça)- Sulfonamidas simples	Furosemida	40 mg	Comprimido	20 mg	variável	1 - 2
Agentes poupadores de potássio	Espironolactona	25 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1 - 2
		100 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1 - 2
Betabloqueadores seletivos	Atenolol	50 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1 - 2
		100 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1 - 2
	Succinato de Metoprolol	25 mg	Comprimido de liberação controlada	25 - 100 mg	200 mg	1 - 2
	Succinato de Metoprolol	50 mg	Comprimido de liberação controlada	25 - 100 mg	200 mg	1 - 2
	Succinato de Metoprolol	100 mg	Comprimido de liberação controlada	25 - 100 mg	200 mg	1 - 2
	Tartarato de Metoprolol	100 mg	Comprimido	25 - 100 mg	200 mg	1 - 2
Agentes alfa e betabloqueadores	Carvedilol	3,125 mg	Comprimido	12,5 mg	50 mg	1 - 2
	Carvedilol	6,25 mg	Comprimido	12,5 mg	50 mg	1 - 2
	Carvedilol	12,5 mg	Comprimido	12,5 mg	50 mg	1 - 2
	Carvedilol	25 mg	Comprimido	12,5 mg	50 mg	1 - 2
Betabloqueadores não seletivos	Propranolol	10 mg	Comprimido	40 mg	240 mg	2 - 3
	Propranolol	40 mg	Comprimido	40 mg	240 mg	2 - 3
Antiadrenérgicos de ação central	Metildopa	250 mg	Comprimido	500 mg	1.500 mg	2 - 3
Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio - Derivados da	Bensilato de Anlodipino	5 mg	Comprimido	5 mg	10 mg	1
	Bensilato de Anlodipino	10 mg	Comprimido	5 mg	10 mg	1
	Nifedipino	10 mg	Cápsula ou comprimido	20 - 40 mg	60 mg	3

diidropiridina						
Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio - Derivados da fenilalquilamina	Cloridrato de Verapamil	80 mg	Comprimido	80** - 120 mg	480 mg	2 - 3
		120 mg	Comprimido	80 - 120 mg	480 mg	2 - 3
Agentes que atuam no músculo liso arteriolar	Cloridrato de Hidralazina	25 mg	Comprimido	25 mg	200 mg	2
		50 mg	Comprimido	25 mg	200 mg	2
Inibidores da enzima conversora de angiotensina simples	Captopril	25 mg	Comprimido	25 mg	150 mg	2 - 3
	Melato de Enalapril	5 mg	Comprimido	5 mg	40 mg	1 - 2
	Melato de Enalapril	10 mg	Comprimido	5 mg	40 mg	1 - 2
	Melato de Enalapril	20mg	Comprimido	5 mg	40 mg	1 - 2
Antagonistas da angiotensina II,	Losartana potássica	50 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1

Fonte: (BRASIL, 2010; KATZUNG, 2003; GUSSO; LOPES, 2012)

o termo "Tomadas ao dia" refere-se à quantidade de vezes em que o paciente irá utilizar a medicação. Mais de um comprimido poderá ser ingerido durante uma tomada, atentando-se para as doses mínima e máxima da medicação.

** A dose inicial para idosos é de 40 mg

Antes de substituir o anti-hipertensivo que se mostra ineficaz, deve-se garantir o uso de doses adequadas. Ocorrência de efeitos adversos significativos ou continuada ineficácia indicam a necessidade de substituição, em vez do uso de doses mais altas. Pacientes sob tratamento com três anti-hipertensivos em doses adequadas, incluindo um diurético, com adesão conferida e sem pressão controlada, têm hipertensão resistente. Esses pacientes devem ser referidos a serviços especializados.

PRINCIPAIS EFEITOS ADVERSOS DAS DROGAS ANTI- HIPERTENSIVAS:

CLASSE FARMACOLÓGICA	EFEITOS ADVERSOS
Diuréticos	Hipopotassimia, hiperuricemia, intolerância à glicose, aumento do risco de aparecimento do diabetes mellitus, além de promover aumento de triglicédeos em geral, dependendo da dose.
Betabloqueadores	Broncoespasmo, bradicardia, distúrbios da condução atrioventricular, vasoconstricção periférica, insônia, pesadelos, depressão psíquica, astenia e disfunção sexual.
Antiadrenérgicos de ação central	Sonolência, sedação, boca seca, fadiga, hipotensão postural e disfunção sexual
Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio	<p>Cefaleia, tontura, rubor facial – mais frequente com diidropiridínicos de curta duração -e edema de extremidades, sobretudo maleolar.</p> <p>Estes efeitos adversos, são, em geral, dose –dependentes. Mas raramente, podem induzir a hipertrofia gengival. Os diidropiridínicos de ação curta provocam importante estimulação simpática reflexa, sabidamente deletéria para o sistema cardiovascular. Verapamil pode provocar depressão miocárdica e bloqueio atrioventricular, além da obstipação intestinal.</p>
Agentes que atuam no músculo liso arteriolar (Vasodilatadores diretos)	Pela vasodilatação arterial direta promovem retenção hídrica e taquicardia reflexa.
Inibidores de enzima conversora de angiotensina (Ieca)	Tosse seca, alteração de paladar e, mais raramente, reações de hipersensibilidade, com erupção cutânea e edema angioneurótico. Em indivíduos com insuficiência renal crônica, podem eventualmente agravar a hipotensão. Em pessoas com hipertensão renovascular bilateral ou unilateral associada a rim único, podem promover redução da filtração glomerular com aumento dos níveis séricos da ureia e creatinina. Se uso em pessoas com função renal reduzida pode causar aumento de até 30 da creatinemia, mas, a longo prazo, prepondera seu efeito nefroprotetor.
Antagonistas de	Foram relatadas tontura e, raramente, reação de hipersensibilidade

Fonte: (Adaptado de GUSSO, G; LOPES, JM.C., 2012)

Quando os níveis pressóricos se enquadram no estágio 2, o tratamento medicamentoso pode ser iniciado com dois anti-hipertensivos em doses baixas simultaneamente . Essa associação deve obedecer ao sinergismo de ação entre as cinco principais classes anti -hipertensivas. Ao iniciar o uso de um diurético tiazídico ou de um antagonista de canais de cálcio, a outra medicação associada deve ser um inibidor da enzima conversora de angiotensina ou um betabloqueador e vice-versa (GUSSO; LOPES, 2012).

10. ACOMPANHAMENTO

Sugere-se a verificação semanal da PA até a primeira consulta médica de reavaliação do tratamento . Neste período, a pessoa deverá medir a PA na sala de “enfermagem /triagem/ acolhimento” e o resultado da verificação, data e horário deverão ser anotados no prontuário do paciente ou no local indicado para registro do monitoramento da PA A consulta médica de reavaliação do caso não deverá ultrapassar 30 dias.

Caso a PA não diminua com o uso da medicação indicada até a segunda semana de tratamento , após certificar-se que o paciente está fazendo uso correto da medicação prescrita , a equipe de Enfermagem deverá orientar o paciente para consultar com seu médico . Se o paciente não estiver usando corretamente a medicação, a equipe de Enfermagem deverá refazer a orientação sobre o uso da medicação e continuar monitorando a PA.

Um mês após o início do tratamento, deve-se verificar, em consulta médica, se o usuário atingiu a meta pressórica, isto é PA menor que:

- 140/90mmHg na HAS não complicada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2014) **[Grau de Recomendação A];**
- 130/80mmHg nos pacientes com diabetes, nefropatia, alto risco cardiovascular e prevenção secundária de AVC (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; BRASIL, 2006b; CHOBANIAN et al, 2004) **[Grau de Recomendação A];**
- 130/80mmHg na nefropatia com proteinúria maior que 1g ao dia (BRASIL, 2006b) **[Grau de Recomendação D].**

Deve-se considerar em pacientes com má resposta : não adesão, excesso de sal na dieta , paraefeito das drogas, uso de anti-inflamatórios não esteroides, uso de descongestionantes nasais, supressores do apetite, cafeína, anticoncepcionais orais, tabagismo, etilismo, obesidade progressiva, apneia do sono, dor crônica ou hipertensão secundária (CHOBANIAN et al., 2004).

Quando não se atinge a meta pressórica , recomenda-se adicionar outro fármaco , ou aumentar a dose do fármaco utilizado ou substituí -lo quando não houver nenhum efeito , reavaliando- -se em intervalos mensais. Baixas doses de hidroclorotiazida podem potencializar o efeito de outro fármaco sem acrescentar efeitos adversos. Doses maiores somente acrescentam paraefeitos (CHOBANIAN et al., 2004). Na necessidade de uma terceira droga, os bloqueadores dos canais de cálcio seriam uma boa opção (BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2008) [**Grau de Recomendação B**].

As pessoas que não estiverem com a PA controlada , mas que estejam aderindo aos tratamentos recomendados, deverão realizar consulta médica para reavaliação mensalmente até atingirem a meta pressórica . (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b). Aquelas que não estiverem seguindo os tratamentos recomendados poderão consultar com a enfermeira e /ou o médico para avaliação da motivação para o tratamento e da capacidade de autocuidado . De acordo com essa avaliação , poderão também ser encaminhadas para receber apoio de outros profissionais de Saúde (como psicólogo, nutricionista, assistente social, educador físico, farmacêutico) ou ser avaliadas por meio de apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para auxílio à equipe no manejo desses casos.

Essa avaliação deve ser feita continuamente durante o tratamento . Após todos os passos explicados , se a pressão arterial se mostra refratária ao tratamento medicamentoso com três drogas anti - hipertensivas com doses plenas, poderemos estar diante de um paciente com hipertensão resistente e/ou secundária e /ou com complicações . Nesse caso , deve-se encaminhar o paciente à atenção especializada.

O médico e a enfermeira farão o seguimento das pessoas com hipertensão , solicitando o apoio de outros profissionais de Saúde de acordo com as necessidades de cada caso e recursos disponíveis . ***Recomenda-se uma avaliação anual com dentista ou de acordo com o plano estabelecido após avaliação odontológica*** . Uma vez controlados os níveis pressóricos , deveremos acompanhar o paciente conforme suas necessidades individuais e o seu risco cardiovascular . ***Sugere-se que as consultas sejam mensais, até atingir o nível pressórico desejado. Visitas mais frequentes podem ser***

necessárias para pacientes em estágio II ou com comorbidade associada (BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2008; BRASIL, 2006a) [Grau de Recomendação D].

As consultas médicas e de enfermagem para acompanhamento dos casos que atingiram a meta pressórica deverão ser preferencialmente intercaladas . Sugere-se que sua periodicidade varie de acordo com o risco cardiovascular estabelecido por meio do escore de Framingham e de acordo com as necessidades individuais, considerando-se as diretrizes locais.

- *Aqueles com risco moderado deverão realizar consulta médica e de enfermagem semestralmente.*
- *Aqueles com risco alto farão acompanhamento médico e de enfermagem quadrimestral, isto é, a cada dois meses com o médico e a cada dois meses com a enfermagem..*

11. EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

São condições em que há elevação crítica da pressão arterial com quadro clínico grave , progressiva lesão de órgãos -alvo e risco de morte , exigindo imediata redução da pressão arterial com agentes aplicados por via parenteral. [Grau de Recomendação D] (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A elevação abrupta da pressão arterial ocasionando , em território cerebral, perda da autorregulação do fluxo sanguíneo e evidências de lesão vascular , com quadro clínico de encefalopatia hipertensiva , lesões hemorrágicas dos vasos da retina e papi ledema. Habitualmente, apresentam-se com pressão arterial muito elevada em pacientes com hipertensão crônica ou menos elevada em pacientes com doença aguda , como em eclâmpsia , glomerulonefrite aguda , e em uso de drogas ilícitas , como cocaína. Podem estar associadas à acidente vascular encefálico , ao edema agudo dos pulmões , às síndromes isquêmicas miocárdicas agudas e à dissecação aguda da aorta.

Esses casos requerem manejo imediato e encaminhamento em serviço de urgência e emergência , pois há risco iminente à vida ou de lesão orgânica grave.

12. URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS

A elevação crítica da pressão arterial, em geral pressão arterial diastólica ≥ 120 mmHg, porém com estabilidade clínica, sem comprometimento de órgãos-alvo, caracteriza o que se convencionou definir como urgência hipertensiva (UH).

Pacientes que cursam com UH estão expostos a maior risco futuro de eventos cardiovasculares comparados com hipertensos que não a apresentam, fato que evidencia o seu impacto no risco cardiovascular de indivíduos hipertensos e enfatiza a necessidade de controle adequado da pressão arterial cronicamente. A pressão arterial, nesses casos, deverá ser tratada com medicamentos por via oral, buscando-se sua redução em até 24 horas [**Grau de Recomendação D**] (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2014).

Embora a administração sublingual de nifedipino de ação rápida seja amplamente utilizada para esse fim, foram descritos efeitos adversos graves com essa conduta. A dificuldade de controlar o ritmo e o grau de redução da pressão arterial, sobretudo quando intensa, pode ocasionar acidentes vasculares encefálicos e coronarianos. O risco de importante estimulação simpática secundária e a existência de alternativas eficazes e mais bem toleradas tornam o uso de nifedipino de curta duração (cápsulas) não recomendável nessa situação. O captopril 25 mg via oral é indicado nesta situação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2014).

13. HIPERTENSÃO EM GESTANTES

Nas gestantes hipertensas prévias trocar medicação para metildopa e manter controle rigoroso pelo alto risco de evoluir para pré-eclâmpsia. Gestantes cujo diagnóstico de hipertensão ocorrer após as 22 semanas de gestação serão classificadas como hipertensão da gestação e também devem ser monitoradas para risco de pré-eclâmpsia.

As drogas permitidas na gestação são:

- 1ª escolha: metildopa
- 2ª escolha: nifedipina e betabloqueador, em caso de hipertensão não controlada.
- Em caso de congestão: diurético. Gestantes congestionadas devem ser encaminhadas ao pronto atendimento já que o uso de diurético pode impactar negativamente na quantidade de líquido amniótico.

14. PONTOS IMPORTANTES DESTE PROTOCOLO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica.

Para um diagnóstico adequado se faz necessário uma boa anamnese e exame físico. Nas páginas 9 e 10 podem ser encontrados pontos fundamentais que devem ser observados no exame físico e questionados na anamnese.

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três.

Na suspeita de Hipertensão do Avental Branco (HAB) ou Hipertensão Mascarada (HM), sugerida pelas medidas da Ampa, recomenda-se a realização de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (Mapa) ou Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA), para confirmar ou excluir o diagnóstico

Se a média das três medidas forem iguais ou maiores a 140/90mmHg, está confirmado o diagnóstico de HAS e a pessoa deverá ser agendada para consulta médica para iniciar o tratamento e o acompanhamento.

O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida.

O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez. Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos (BRASIL, 2010).

Antes de substituir o anti-hipertensivo que se mostra ineficaz, deve-se garantir o uso de doses adequadas. Ocorrência de efeitos adversos significativos ou continuada ineficácia indicam a necessidade de substituição, em vez do uso de doses mais altas. Pacientes sob tratamento com três anti-hipertensivos em doses adequadas, incluindo um diurético, com adesão conferida e sem pressão controlada, têm hipertensão resistente. Esses pacientes devem ser referidos a serviços especializados.

Um mês após o início do tratamento, deve-se verificar, em consulta médica, se o usuário atingiu a meta pressórica, isto é PA menor que:

- 140/90mmHg na HAS não complicada
- 130/80mmHg nos pacientes com diabetes, nefropatia, alto risco cardiovascular e prevenção
- 130/80mmHg na nefropatia com proteinúria maior que 1g ao dia

Quando não se atinge a meta pressórica, recomenda-se adicionar outro fármaco, ou aumentar a dose do fármaco utilizado ou substituí-lo quando não houver nenhum efeito, reavaliando-se em intervalos mensais.

As pessoas que não estiverem com a PA controlada, mas que estejam aderindo aos tratamentos recomendados, deverão realizar consulta médica para reavaliação mensalmente até atingirem a meta pressórica.

O médico e a enfermeira farão o seguimento das pessoas com hipertensão, solicitando o apoio de outros profissionais de Saúde de acordo com as necessidades de cada caso e recursos disponíveis. Recomenda-se uma avaliação anual com dentista ou de acordo com o plano estabelecido após avaliação odontológica. Uma vez controlados os níveis pressóricos, deveremos acompanhar o paciente conforme suas necessidades individuais e o seu risco cardiovascular. Sugere-se que as consultas sejam mensais, até atingir o nível pressórico desejado. Visitas mais frequentes podem ser necessárias para pacientes em estágio II ou com comorbidade associada (BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2008; BRASIL, 2006a) [Grau de Recomendação D].

As consultas médicas e de enfermagem para acompanhamento dos casos que atingiram a meta pressórica deverão ser preferencialmente intercaladas:

- Aqueles com risco moderado deverão realizar consulta médica e de enfermagem semestralmente.
- Aqueles com risco alto farão acompanhamento médico e de enfermagem quadrimestral, isto é, a cada dois meses com o médico e a cada dois meses com a enfermagem.

15. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Ministério da Saúde, 2013

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 107, n. 3, 2014 Suplemento 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Rastreamento**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica).

CHOBANIAN, A. V. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 report. **JAMA**, [S.l.], v. 289, n. 6, p. 2560-2572, dez. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução COFEN nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução COFEN nº 242, de 31 de agosto de 2000. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 15 nov. 2012.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2003.

PARATI, G. et al. European Society of Hypertension practice guidelines for home blood pressure monitoring. **Journal of human hypertension**, London, v. 24, n. 12, p. 779-785, dec. 2010.

SEGA, R. et al. Prognostic value of ambulatory and home blood pressures compared with office blood pressure in the general population: follow-up results from the Pressioni Arteriose Monitorate e Loro Associazioni (PAMELA) study. **Circulation**, Baltimore, v. 111, n. 14, p. 1777-1783, apr. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA ; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA)

e III Diretrizes de Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 97, n. 3, p. 1-24, set. 2011. Suplemento 3.

_____. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Hipertensão**, [S.l.], v. 13, ano 13, p. 1-51, jan./fev./mar. 2010.

BRANDÃO, A.; AMODEO, C.; NOBRE, F. **Hipertensão**. 2. ed. Rio de Janeiro : Elsevier, 2012. BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 2)

_____. Ministério da Saúde . Secretaria de Atenção à Saúde . Departamento de Atenção Básica . **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

_____. Secretaria de Atenção à saúde . Departamento de Atenção Básica . **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Secretaria de Atenção à saúde . Departamento de Atenção Básica . **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

CHOBANIAN, A. V. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 report. **JAMA**, [S.l.], v. 289, p. 2560-2572, dez. 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA . VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial . **Revista Hipertensão**, [S.l.] v. 13, ano 13, jan./fev./mar. 2010.