



Guia de Referência Rápida

Hipertensão

Manejo clínico da hipertensão em adultos

Versão Profissional



Superintendência de Atenção Primária

Guia de Referência Rápida

Hipertensão

Manejo clínico da hipertensão em adultos

Versão PROFISSIONAIS

1° edição

2013

**Prefeito**

Eduardo Paes

Secretário Municipal de Saúde

Hans Fernando Rocha Dohmann

Subsecretária de Gestão Estratégica e Integração da Rede de Saúde

Betina Durovni

Subsecretário de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde

Daniel Soranz

Superintendente de Atenção Primária em Saúde

José Carlos Prado Junior

Coordenadora de Saúde da Família

Ana Caroline Canedo Teixeira

Coordenadora de Linha de Cuidado e Programas Especiais

Maria de Fátima Gonçalves Enes

Gerente de Programas de Hipertensão

Roberta Azevedo Coelho

Gerente de Programas de Diabetes

Claudia Ramos Marques da Rocha

Coordenação Técnica

André Luis Andrade Justino
Armando Henrique Norman
Nulvio Lermen Junior

Organização

Inaiara Bragante

Tradução e adaptação

Michael Duncan

Revisão Técnica

Claudia Ramos Marques da Rocha
Luciana Diniz Carneiro Spina
Michael Duncan
Roberta Azevedo Coelho
Rosimere Peçanha
Teresa Cristina de Carvalho Seixas

Colaboração

Angela Marta da Silva Longo
Angelmar Roman
Carlo Roberto H da Cunha
Cassia Kirsch Lanes
Fernanda Lazzari Freitas
Marcelo Rodrigues Gonçalves
Melanie Noël Maia

Revisão

Kênia Santos

Diagramação

Márcia Azen

Sobre este Guia

Este é um guia de referência rápida que resume as recomendações da Superintendência de Atenção Primária (S/SUBPAV/SAP), construído a partir do conteúdo disponibilizado pelo NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, NHS – Reino Unido) e adaptado para a realidade brasileira e carioca por profissionais que trabalham diretamente na Atenção Primária à Saúde (APS). O documento representa o posicionamento da S/SUBPAV/SAP e tem a função de orientar a assistência clínica nas unidades de APS na cidade do Rio de Janeiro. Em caso de condutas divergentes do que estiver presente neste guia, recomenda-se o devido registro em prontuário.

Índice

● Introdução	4
Cuidado centrado na pessoa	4
● Aferindo a pressão arterial	5
Procedimentos para aferição da pressão arterial	6
Hipotensão postural	7
● Linha de cuidado para o acompanhamento da Hipertensão Arterial Sistêmica na APS	8
● Diagnosticando a hipertensão	10
Aferindo a pressão arterial no consultório	10
Confirmando o diagnóstico	10
Usando o monitoramento residencial da pressão arterial (MRPA)	10
Classificação em estágios	11
Caso a pessoa não seja diagnosticada como hipertensa	12
● Avaliando e monitorando o risco cardiovascular e a presença de lesão em órgão-alvo	13
● Intervenções para mudanças de estilo de vida	14
Consultas em grupo	14
● Tratamento farmacológico para hipertensão	15
Princípios gerais	15
Iniciando e monitorando o tratamento farmacológico	15
Monitorando o tratamento	18
Condutas frente a pressão arterial muito elevada	18
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) resistente	19
● Educação em saúde e adesão ao tratamento	20
Intervenções para apoiar a adesão ao tratamento	20

Introdução

A hipertensão é uma das principais causas de morbimortalidade prematura no Brasil, e o seu tratamento é uma das intervenções mais comuns em atenção primária. Em adultos brasileiros tem-se encontrado uma prevalência de HAS de 22,3% a 43,9%, sendo que o valor de 35% acima de 40 anos foi utilizado como parâmetro para a Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus pelo Ministério da Saúde. Em 2011, a prevalência na cidade do Rio de Janeiro foi de 29,8% na população com idade igual ou maior de 18 anos, segundo dados do Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico realizado pelo Ministério da Saúde).

Este guia apresenta recomendações atualizadas para o diagnóstico, avaliação e manejo da hipertensão arterial. Ele é baseado no guia elaborado pelo National Institute for Health and Clinical Excellence do Reino Unido, mas adaptado à realidade brasileira e às orientações do Ministério da Saúde e das Gerências de Hipertensão e Diabetes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) - RJ.

■ Cuidado centrado na pessoa

O tratamento e o cuidado devem levar em consideração as necessidades e preferências do paciente. Uma boa comunicação é essencial, apoiada por informações baseadas em evidências. Se o paciente estiver de acordo, os familiares e cuidadores devem ter a oportunidade de estarem envolvidos nas decisões sobre o tratamento e o cuidado.

Aferindo a pressão arterial

- Os profissionais de saúde que aferem a pressão arterial, incluindo os agentes comunitários de saúde, devem ser capacitados e terem seu desempenho monitorado periodicamente.
- O manguito deve ser de tamanho adequado (ver quadro abaixo). Não devem ser usadas tabelas para correção da pressão arterial conforme a circunferência do braço, pois estas não têm sua acurácia validada.

Dimensões da bolsa de borracha do manguito para diferentes circunferências de braço

Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha do manguito (cm)	
		Largura	Comprimento
Adulto pequeno	20–26	10	17
Adulto	27–34	12	23
Adulto grande	35–45	16	32

- Os equipamentos para aferição da pressão arterial devem estar calibrados e validados.
- Quando disponíveis, podem ser usados medidores automáticos de pressão arterial. Para diagnóstico na Clínica da Família, recomenda-se que o aparelho seja de braço. Para monitoramento domiciliar (pelo ACS ou pelo paciente), pode ser usado o aparelho de pulso.
- Tanto na Clínica da Família quanto no domicílio, é importante padronizar o ambiente, para que o paciente aguarde em local tranquilo e com temperatura agradável, em silêncio e sentado. Ao aferir é importante que o paciente esteja com o braço estendido e apoiado.
- Antes de aferir a pressão arterial é importante palpar o pulso radial ou braquial, especialmente se forem utilizados dispositivos automáticos, pois estes podem não aferir a pressão arterial de forma correta na presença de irregularidade do pulso (ex., devido à fibrilação atrial). Se o pulso estiver irregular, deve-se aferir a pressão manualmente, por auscultação direta sobre a artéria braquial.

■ Procedimentos para aferição da pressão arterial

1. Explicar o procedimento ao paciente, orientando que não fale e que descanse por 5-10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável. Promover relaxamento, para atenuar o efeito do avental branco (elevação da pressão arterial pela tensão provocada pela simples presença do profissional de saúde, particularmente do médico).
2. Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia; não praticou exercícios físicos nos 60-90 minutos anteriores; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes; e não está com as pernas cruzadas.
3. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento envolver pelo menos 80%.
4. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido.
5. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.
6. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento para a estimativa do nível da pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.
7. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.
8. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determinou a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente.

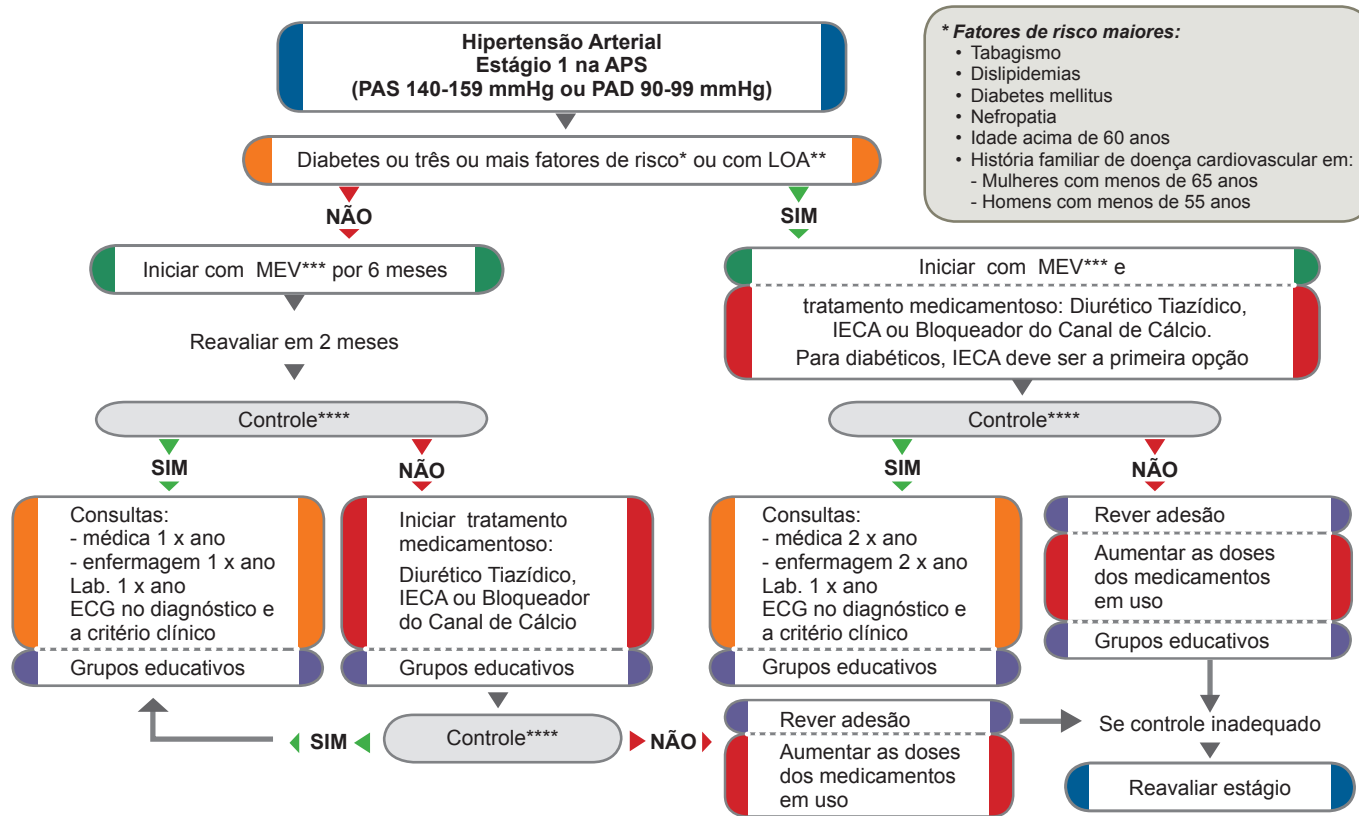
Procedimentos para aferição da pressão arterial (continuação)

9. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff).
10. Registrar os valores das pressões sistólicas e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco.
11. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.
12. O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento.

■ Hipotensão postural

- Em caso de suspeita de hipotensão postural (história de quedas ou tontura com mudança de posição):
 - Medir a pressão arterial na posição supina ou sentada.
 - Medir novamente após o paciente estar de pé por pelo menos 1 minuto.
- Se houver queda de 20 mmHg ou mais quando a pessoa ficar de pé:
 - Revisar as medicações em uso.
 - Aferir outras vezes a pressão arterial com a pessoa em pé.
 - Considerar encaminhar ao cardiologista se os sintomas persistirem.

Linha de cuidado para o acompanhamento da Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária

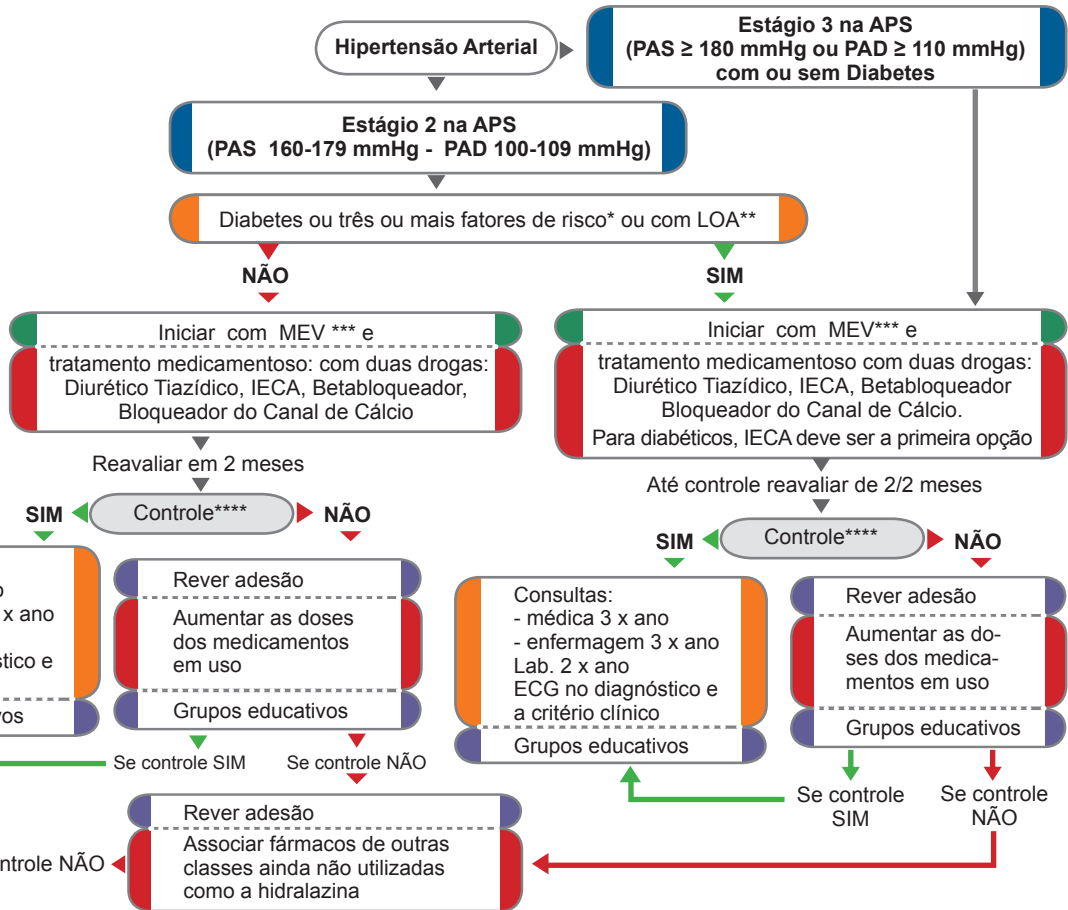


**** LOA
(Lesões de Órgãos- Alvo):**

- Hipertrofia do ventrículo esquerdo
- Angina do peito ou infarto agudo do miocárdio prévio
- Revascularização miocárdica prévia
- Insuficiência cardíaca
- Acidente vascular cerebral
- Isquemia cerebral transitória
- Alterações cognitivas ou demência vascular
- Nefropatia
- Doença vascular arterial de extremidades
- Retinopatia hipertensiva

***** MEV – Modificação no estilo de vida**

****** Ver metas de controle na página 18**



Diagnosticando a hipertensão

■ Aferindo a pressão arterial no consultório

- No momento do diagnóstico, medir a pressão arterial em ambos os braços.
- Se a diferença entre os braços for superior a 20 mmHg, repetir a medida.
 - Se a diferença permanecer maior do que 20 mmHg na segunda medida, fazer as próximas aferições sempre no braço com o maior valor.
- Se a pressão arterial no consultório for 140x90 mmHg ou superior:
 - Realizar uma segunda aferição durante a consulta.
 - Se a segunda aferição for muito diferente da primeira, medir uma terceira vez.
- Registrar a menor das últimas 2 medidas como a pressão arterial no consultório.

■ Confirmando o diagnóstico

- Se a pressão arterial no consultório for 140x90 mmHg ou mais, solicitar medidas repetidas da pressão arterial, em pelo menos quatro ocasiões diferentes, em diferentes horários. Elas podem ser feitas na Clínica da Família por qualquer profissional de saúde, incluindo os agentes comunitários de saúde, ou no domicílio, pelo agente comunitário de saúde ou, de preferência, pelo próprio paciente, conforme orientado abaixo na seção sobre MRPA, se houver disponibilidade dos dispositivos automáticos de aferição da pressão arterial.

■ Usando o monitoramento residencial da pressão arterial (MRPA)

Monitoramento residencial da pressão arterial

- O Monitoramento Residencial da Pressão Arterial (MRPA) é a medida domiciliar da pressão arterial feita de forma sistematizada, em horários pré-definidos por protocolos, utilizando dispositivos automáticos. Não deve ser confundida com a autome-dida da PA (AMPA), que é o registro não sistematizado e realizado a pedido do médico ou por decisão do próprio paciente.
- Assegurar-se de que:
 - Para cada registro da pressão arterial, duas a três medidas consecutivas sejam feitas, com um intervalo de pelo menos 1 minuto e com o paciente sentado.

- A pressão arterial seja registrada duas vezes por dia, de preferência pela manhã e à noite.
- O monitoramento continue por, pelo menos 4 dias, de preferência 7 dias.
- Descartar as medidas feitas no primeiro dia e usar a média de todas as demais medidas para confirmar o diagnóstico.

■ Classificação em estágios

- A tabela abaixo apresenta os sistemas de classificação do VII Joint (2003), adotado pelo Ministério da Saúde, e os das Sociedades Europeia e Internacional de Hipertensão (2007) e da OMS, adotados pela VI Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010). No Rio de Janeiro, a SMS optou por usar esta última.

VII JOINT (2003) e Ministério da Saúde	VI Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), Sociedade Europeia Internacional de Hipertensão (2007) e OMS
Normal PAS < 120 e PAD < 80	Ótima PAS < 120 e PAD < 80
Pré – hipertenso PAS 120 - 139 ou PAD 80 – 89	Normal PAS < 130 e PAD < 85
	Limítrofe PAS 130 - 139 ou PAD 85 – 89
Estágio 1 PAS 140 – 159 ou PAD 90- 99	Estágio 1 (Leve) PAS 140 – 159 ou PAD 90- 99
Estágio 2 PAS ≥ 160 ou PAD ≥ 100	Estágio 2 (Moderada) PAS 160 – 179 ou PAD 100- 109
	Estágio 3 (Grave) PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sistólica Isolada PAS > 140 e PAD < 90	Sistólica Isolada PAS ≥ 140 e PAD < 90

■ Caso a pessoa não seja diagnosticada como hipertensa

- Recomenda-se o rastreamento a cada 2 anos se a pressão arterial for menor do que 120x80mmHg.
- Caso a pressão arterial seja maior do que 120x80mmHg (diagnóstico de pré-hipertensão, segundo o VII Joint e o Ministério da Saúde), recomenda-se rastreamento anual, associado a reforço para mudanças de estilo de vida, pois esses valores estão associados a risco aumentado de desenvolver hipertensão arterial

Avaliando e monitorando o risco cardiovascular e a presença de lesão em órgão-alvo

- Usar uma estimativa formal do risco cardiovascular para discutir o prognóstico e as opções de cuidado, tanto para a pressão arterial elevada quanto para os demais fatores de risco modificáveis.
- Estimar o risco cardiovascular de acordo com as recomendações do **Guia de Prevenção Cardiovascular**.
- Avaliar a presença de lesão em órgão-alvo:
 - Testar a presença de proteinúria e hematúria por meio do EAS.
 - Aferir a glicemia de jejum, eletrólitos, creatinina, taxa de filtração glomerular, colesterol total, HDL e triglicerídeos. Lembrar que o potássio, se não for analisado logo após a coleta, pode apresentar resultado falsamente elevado.
 - Avaliar o fundo de olho para a presença de retinopatia hipertensiva. Se a fundoscopia for feita por não-oftalmologista, não devem ser valorizadas alterações vasculares menores, como estreitamentos. As alterações mais significativas para estratificar o risco são exsudatos e hemorragias retinianas.
 - Realizar eletrocardiograma em repouso.
- A periodicidade das consultas e o momento de introduzir o tratamento farmacológico devem levar em conta o estágio da HAS e a presença de fatores de risco e de lesões em órgão alvo (ver fluxogramas da Linha de Cuidado nas páginas 8 e 9).

A tabela a seguir resume a periodicidade dos exames conforme a classificação da hipertensão.

Exames	HAS Estágio 1	HAS Estágios 2 e 3
Glicemia de jejum Colesterol total Triglicerídeos HDL colesterol LDL colesterol * (fórmula) Creatinina Potássio EAS	no diagnóstico e anual ou a critério clínico	
ECG	no diagnóstico e a critério clínico	

(*) LDL colesterol deve ser calculado pela fórmula, desde que os valores de triglicerídeos sejam <400mg/dl.

$LDL\ colesterol =$
 $Colesterol\ total -$
 $(Triglicerídeos / 5 +$
 $HDL\ colesterol)$

Intervenções para mudanças de estilo de vida

- Aconselhamento sobre mudanças de estilo de vida deve ser oferecido após o diagnóstico da hipertensão e reforçado pediodicamente durante as consultas de revisão.
- Deve-se questionar os pacientes sobre sua dieta e padrões de atividade física e oferecer aconselhamento e material escrito ou audiovisual para promover mudanças de estilo de vida. Oferecer participação no Programa Academia Carioca, onde os exercícios são de intensidade leve a moderada, não havendo indicação para solicitação de teste ergométrico antes do início das atividades (para maiores detalhes, ver também Guia de Prevenção Cardiovascular).
- Deve-se questionar os pacientes sobre o consumo de álcool e encorajá-los a reduzir o uso se relatarem consumo excessivo. Limite da ingestão diária de bebidas alcoólicas para até 30 g/dia de etanol para homens (625 ml de cerveja, um pouco menos de duas latas; 93,7 ml de uísque, pouco menos de 2 doses; 312,5 ml de vinho) e 15 g/dia para mulheres e pessoas magras.
- Desaconselhar o consumo excessivo de café e outros produtos ricos em cafeína.
- Aconselhar redução do sal na dieta. Máximo de 6g de sal/dia ou 2,3g de sódio/dia.
- Oferecer aconselhamento e apoio para a cessação do tabagismo.
- Identificar recursos na comunidade para auxiliar nas mudanças de estilo de vida.

■ Consultas em grupo

As mudanças de estilo de vida são frequentemente negligenciadas no atendimento às pessoas com hipertensão. Uma das principais justificativas é a falta de tempo para a orientação. Uma forma de otimizar o tempo e melhorar a efetividade das orientações é por meio de consultas em grupo, na qual atendem-se pacientes previamente convidados (em geral de 10-20), todos com a mesma condição crônica (ex., HAS). Nessa consulta integram-se as atividades clínicas às atividades de grupos educativos, descritas em maiores detalhes no capítulo Educação em Saúde e Adesão ao Tratamento.

Os profissionais responsáveis devem revisar previamente o prontuário dos pacientes ou ter fácil acesso às informações clínicas, como comorbidades, necessidade de novos exames de controle e medicações em uso. Na própria consulta em grupo, são aferidos o peso e a pressão arterial, solicitados os exames necessários e renovadas as receitas. Ao final, é oferecido espaço para atendimento individual que se mostrar necessário.

Além de otimizar o tempo de atendimento e possibilitar maior atenção às mudanças de estilo de vida, essa modalidade de consulta está associada a menor número de idas às emergências, menos encaminhamentos a especialistas, menos internações hospitalares e maior satisfação. Entretanto, a participação não pode ser obrigatória. Para os pacientes que assim desejarem (ou necessitarem), devem ser oferecidas consultas individuais.

Tratamento farmacológico para hipertensão

■ Princípios gerais

- Dar preferência a medicamentos que possam ser usados em uma ingestão diária e que estejam disponíveis na REMUME.
- Tratar as pessoas com hipertensão sistólica isolada da mesma forma que aquelas com hipertensão sistólica e diastólica.
- Não associar inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA) com antagonistas dos receptores da angiotensina 2 (ARA2).
- Evitar o uso de medicamentos com potencial teratogênico em mulheres em idade fértil.

■ Iniciando e monitorando o tratamento farmacológico

- Iniciar, a partir do momento do diagnóstico, tratamento farmacológico para pacientes com hipertensão estágio 1 e pelo menos um dos seguintes critérios:
 - Lesão em órgão-alvo.
 - Doença cardiovascular estabelecida.
 - Doença renal.
 - Diabetes.
 - Risco de evento cardiovascular em 10 anos > 20%.
- Para as demais pessoas com hipertensão estágio 1, o tratamento inicial deve ser não farmacológico, focado em dieta, atividade física, redução do peso e do sal. Se não houver controle após dois meses, iniciar tratamento farmacológico.
- Para pessoas com hipertensão estágios 2 e 3, deve-se iniciar tratamento farmacológico a partir do momento do diagnóstico, geralmente já com a associação de dois fármacos de classes diferentes.
- A escolha de qual medicamento usar para monoterapia é controversa; podem ser indicados diurético tiazídico, inibidor da ECA ou bloqueador do canal de cálcio, em geral havendo prioridade para diuréticos tiazídicos.

- Betabloqueadores não são indicados para monoterapia, exceto na presença de comorbidades que os indiquem.
- Ao se acrescentar um segundo fármaco, se o primeiro fármaco não era um diurético tiazídico, este deve ser adicionado. Betabloqueadores podem ser usados como segundo fármaco.
- Para pessoas com história prévia de infarto, deve ser dada preferência aos betabloqueadores. Para pessoas com diabetes, deve ser dada preferência para inibidores da ECA.

Medicamento		Dose diária (mg)	Intervalo de doses	Efeitos adversos mais comuns	Interações
Diurético Tiazídico	Hidroclorotiazida (25 mg)	12,5-25	24h	hiperuricemia e gota	Digital (predispõe intoxicação digitálica) (antagonismo do efeito diurético)
Diurético Pougador de Potássio	Espironolactona (25mg)	25-100	24h	hiperpotassemia	IECA e suplementação de K (risco de hiperpotassemia)
Beta bloqueadores	Propranolol (40mg)	40-240	12h	em pacientes predispostos: broncoespasmo, insuficiência arterial periférica, bradiarritmias, mascaramento de hipoglicemia em diabéticos	Insulina e hipoglicemiantes orais (mascaramento dos sinais de hipoglicemia) Cimetidina (diminui depuração hepática de propranolol) Vasoconstritores nasais (aumento efeito hipotensor) Diltiazem e Verapamil (bradicardia, bloqueio AV)
	Atenolol (50 e 100 mg)	25-100	24h		

Medicamento		Dose diária (mg)	Intervalo de doses	Efeitos adversos mais comuns	Interações
IECA	Captopril (25 mg)	25-150	8h-12h	tosse, efeitos teratogênicos	Espironolactona e suplemento de potássio (risco de hiperpotassemia) Anti-inflamatórios (antagoniza efeito hipotensor) Antiácidos (diminuição da biodisponibilidade) Lítio (diminui depuração do lítio)
	Enalapril (10 mg)	10-40	12h-24h		
*BRA II (Bloqueador do receptor AT1 da angiotensina II)	Losartana	25-100	24h	Tontura, reação de hipersensibilidade cutânea (raro) e efeitos teratogênicos	Rifampicina e Fluconazol (reduzem o metabólito ativo) Espironolactona e suplemento de potássio (risco de hiperpotassemia) Indometacina (reduz efeito hipotensor)
Bloqueadores de Canais de Cálcio	Anlodipina (5 mg)	2,5-10	24h	palpitação, edema MIS, hipotensão, cefaleia, rubor facial	
Vasodilatador direto	Hidralazina (25mg)	50-150	8h a 12h	hipotensão postural, palpitações, cefaleia	
Antiadrenérgico central	Metildopa (250mg)	500-2000	12h a 24h	sedação, boca seca, rebote na retirada	antidepressivos tricíclicos

* A Losartana, 50 mg, está indicada para pacientes que apresentarem tosse seca após utilização de captopril ou enalapril, sem que haja outra causa definida.

■ Monitorando o tratamento

- Usar a medida da pressão arterial no consultório para monitorar a resposta ao tratamento.
- Para pessoas identificadas como tendo hipertensão do jaleco branco, considerar usar o MRPA para monitorar a resposta ao tratamento.

Metas para o controle pressórico

- **Pressão arterial no consultório:**
 - Pessoas com menos de 80 anos: inferior a 140x90 mmHg
 - Pessoas com mais de 80 anos: inferior a 150x90 mmHg
- **Média da pressão arterial no MRPA**
 - Pessoas com menos de 80 anos: inferior a 135x85 mmHg
 - Pessoas com mais de 80 anos: inferior a 145x85 mmHg
- **Para pacientes com diabetes e nefropatas com proteinúria, a meta de controle deve ser inferior a 130x80 mmHg.**

■ Conduas frente a pressão arterial muito elevada

- No caso da pressão arterial muito elevada em pronto-atendimento (> 180x110 mmHg), na maioria das vezes a elevação é decorrente do sintoma, e não o contrário. Não há evidência clara de que a pressão arterial elevada cause cefaleia.
- Há poucas situações em que a elevação abrupta da pressão arterial está associada a dano orgânico em curto prazo. Destacam-se hipertensão acelerada ou maligna e encefalopatia hipertensiva. Em outras circunstâncias, a elevação acentuada da pressão arterial pode exacerbar condições clínicas, mesmo que possam ser essas a origem daquela elevação, como infarto do miocárdio, edema agudo de pulmão e dissecação aórtica. Esses casos mais graves são denominados emergências hipertensivas e devem ser encaminhados a serviço de emergência.
- Para pacientes que não se enquadrem em caso de emergência hipertensiva, deve-se ajustar o tratamento farmacológico e reavaliar ambulatorialmente. Não deve ser administrado captopril sublingual, pois a apresentação disponível no Brasil é para uso oral, com deglutição.

■ Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) Resistente

É definida pela persistência de uma pressão arterial acima de 140/90 mmHg (ou > 130/80 em diabéticos) apesar do emprego de doses ótimas de três anti-hipertensivos, sendo um deles um diurético. A HAS resistente é acompanhada de uma maior incidência de lesão de órgãos-alvo.

A terapia anti-hipertensiva subótima é a principal causa relacionada à HAS resistente (>50%), seguida da não adesão ao tratamento prescrito (aproximadamente 10%) e da presença de causa secundária de HAS (de 5 a 11%). Devemos suspeitar de HAS secundária quando:

- Hipertensão resistente.
- Piora do controle em pacientes previamente estáveis.
- Início antes dos 20 ou após os 50 anos.
- Presença de lesões significativas em órgãos-alvo.
- Ausência de história familiar de HAS.
- Achados clínicos ou laboratoriais sugestivos.

Outros fatores que devem ser considerados quando diante de um paciente com HAS de difícil controle: consumo excessivo de álcool ou sal, presença de fatores biológicos complicadores, como a apneia do sono e a síndrome metabólica e a utilização de substâncias exógenas, como: anfetaminas, esteroides anabolizantes, anti-inflamatórios (corticoides, inibidores da COX-2, paracetamol), inibidores do apetite, cafeína, cocaína, inibidores da MAO, simpaticomiméticos.

Educação em saúde e adesão ao tratamento

- Educação em saúde é o processo de auxiliar os pacientes a tomarem decisões informadas, fornecendo orientação e materiais educativos sobre a doença e sobre o seu manejo, incluindo as mudanças de estilo de vida e os benefícios e potenciais efeitos adversos dos fármacos.
- Oferecer a participação em **grupos educativos**, prática que une o pensar e o cuidar, buscando ativar os pacientes para que assumam a responsabilidade para o autocuidado.
- Destacamos alguns aspectos fundamentais nas atividades educativas em grupos:
 - Devem-se evitar palestras expositivas, que não estimulem a participação ativa dos pacientes no processo.
 - Todo grupo possui um saber e as respostas e soluções são, quando possível, buscadas no próprio grupo; os participantes devem ser estimulados a compartilhar suas experiências, dificuldades, angústias e estratégias para resolução de problemas.
 - O profissional de saúde deve atuar como **Facilitador**, com postura clarificadora, suportiva, motivadora e menos impositiva, com potencial criativo para lidar com o inesperado, flexibilidade para integrar contribuições que enriqueçam ou complementem seu trabalho e sem perder de vista o objetivo da atividade em grupo.

■ Intervenções para apoiar a adesão ao tratamento

- Apenas usar intervenções para melhorar a adesão se forem identificados problemas específicos.
- Direcionar a intervenção para a necessidade identificada. As intervenções podem incluir:
 - Sugerir que as pessoas registrem suas tomadas de medicação.
 - Encorajar o automonitoramento da doença (ex., por meio de medidores automáticos).
 - Simplificar a posologia.
 - Preparar caixas de medicações com compartimentos para cada medicação e horário.
 - Redigir as receitas com linguagem mais clara, especificando horários ou com símbolos para pacientes que não souberem ler.

SMS - RJ / SUBPAV / SAP

Rua Afonso Cavalcanti, 455/8º andar
Cidade Nova
CEP: 20.211-110
Rio de Janeiro / RJ

www.rio.rj.gov.br/web/sms

