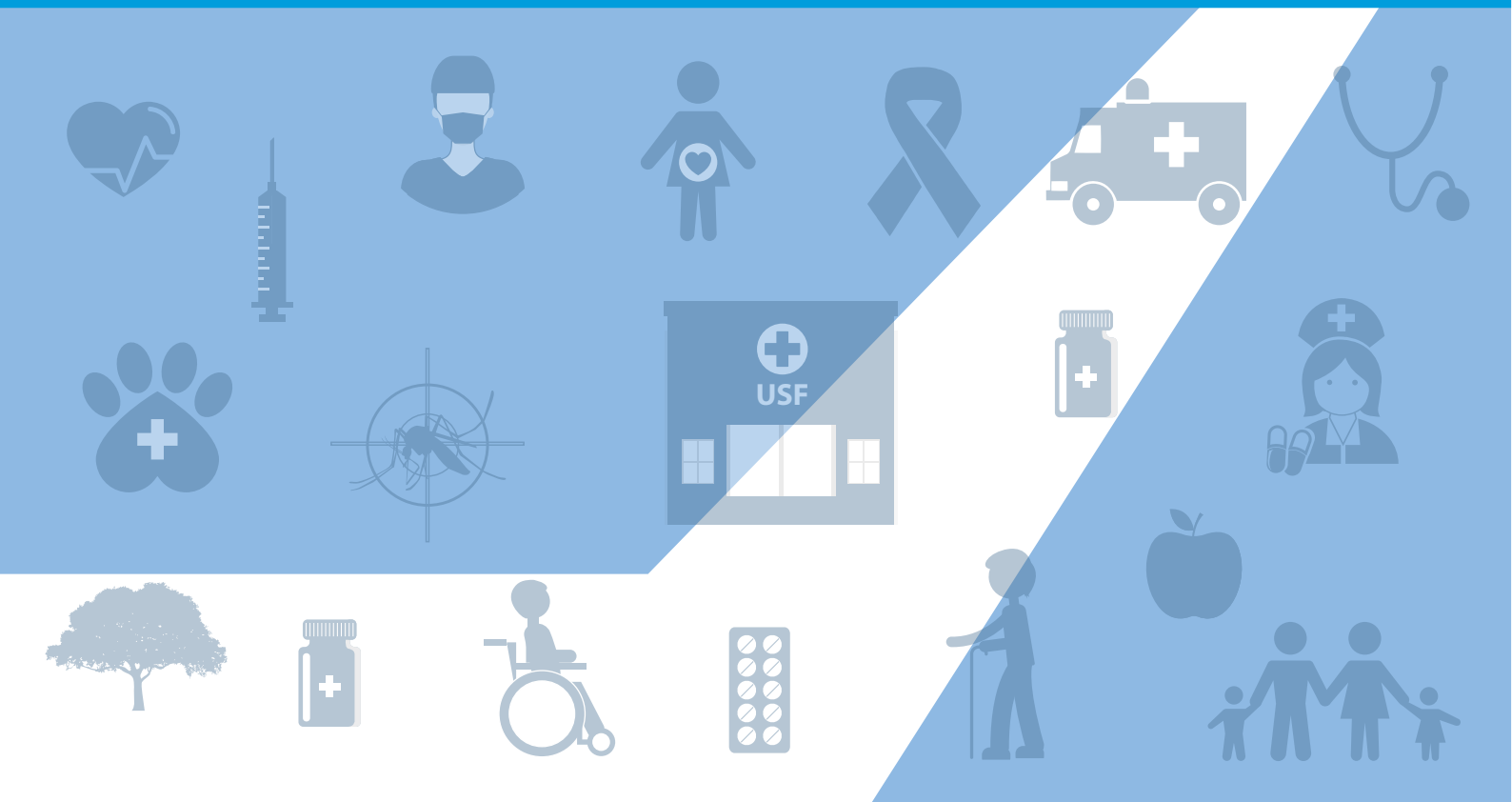


PROTOCOLO DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE 2018



PREFEITURA DE
ARACAJU

SECRETARIA MUNICIPAL
DA SAÚDE - SMS

EDVALDO NOGUEIRA FILHO

PREFEITO DE ARACAJU

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

WANESKA DE SOUZA BARBOZA

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO A SAÚDE

TAÍSE FERREIRA CAVALCANTI (COORDENADORA)

COORDENAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

MONALISA ALMEIDA DE OLIVEIRA FONSECA (COORDENADORA)

PROGRAMA SAÚDE DO ADULTO

PATRÍCIA RIBEIRO ROCHA (COORDENADORA)

ÂNGELA MARIA SANTOS (TÉCNICA)

REFERÊNCIA MÉDICA EM HIPERTENSÃO ARTERIAL

SÍLVIA REGINA FREIRE OLIVEIRA MELO (CARDIOLOGISTA)

COLABORADORA (PRIMEIRA EDIÇÃO)

CELI MARQUES SANTOS (CARDIOLOGISTA)

INDICE

I - INTRODUÇÃO	3
II - CLASSIFICAÇÃO	4
III - DIAGNÓSTICO	4
IV - AVALIAÇÃO CLÍNICA E COMPLEMENTAR	4
V - ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL	7
VI - ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	15
VII - METAS TERAPÊUTICAS	23
VIII - TRATAMENTO	23
IX - ESQUEMAS TERAPÊUTICOS	28
X - COMBINAÇÕES DE MEDICAMENTOS	30
XI - MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NA REDE MUNICIPAL	31
XII - ENCAMINHAMENTO AO AMBULATÓRIO DE CARDIOLOGIA	31
XIII - ROTINAS DE SEGUIMENTO	32
XIV - TRTAMENTO EM GRUPOS ESPECIAIS	32
XV - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA	37
XVI - BIBLIOGRAFIA	39

PROTOCOLO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SECRETARIA DE SAÚDE DE ARACAJU

I- INTRODUÇÃO:

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, estima-se que sua prevalência seja de 32,5% em adultos (36 milhões), sendo que em idosos este percentual pode atingir mais de 60%, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV).

As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, com custos socioeconômicos elevados.

Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitos (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal.

Neste sentido, com esta publicação pretendemos atualizar conceitos e práticas de diagnóstico e terapêutico, bem como levantar possibilidades de organização do cuidado a fim de atingirmos nosso objetivo maior, qual seja, cuidar cada vez melhor das pessoas na Atenção Primária à Saúde, de acordo com os seus atributos, quais sejam:

- Acesso
- Longitudinalidade do cuidado
- Integralidade das ações
- Coordenação do cuidado
- Orientação familiar
- Competência cultural
- Orientação comunitária

II- CLASSIFICAÇÃO:

De acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade, de acordo com a 7ª Diretriz de HAS da SBC:

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 90
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110

OBS: Quando a PAS e PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação da PA

III- DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico da HAS consiste no valor acima ou igual a 140/90mmHg, verificada 2 medidas, com intervalo de 1 minuto, em pelo menos três dias diferentes, com tempo mínimo de uma semana entre as medidas, devendo ser confirmada por MAPA ou MRPA, exceto se lesões em órgãos-alvo.

Lembrar-se que estresse físico e emocional altera o valor da PA

Incentivar quem tem aparelho semiautomático (braço), verificar em casa, principalmente hipertensos de difícil controle, diabéticos, renais crônicos, gestantes, idosos e obesos.

IV- AVALIAÇÃO CLÍNICA E COMPLEMENTAR:

Roteiro da primeira consulta (confirmar diagnóstico e classificação):

História Clínica:

- Identificação (sexo, idade, raça e condição socioeconômica);
- História atual:
 - Duração conhecida da hipertensão arterial e níveis de pressão arterial;

- Adesão e reações adversas a tratamentos prévios;
- Adesão às restrições da dieta
- Sintomas de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, insuficiência vascular arterial periférica.
- Investigação sobre fatores de risco:
 - Idade, sexo, etnia
 - Sedentarismo
 - Tabagismo;
 - Obesidade, hábitos alimentares;
 - Consumo de álcool
 - Fatores sócio-econômicos
 - Diabetes mellitus;
 - Indícios de hipertensão secundária.
 - Antecedentes patológicos:
 - Comorbidades: Diabetes mellitus, Dislipidemia
 - História familiar de acidente vascular encefálico, doença arterial coronariana prematura (homens < 55 anos; mulheres < 65 anos), doença renal, diabete mellitus e morte súbita;
 - História atual ou pregressa de gota, doença arterial coronariana;
 - Pré-eclâmpsia, eclâmpsia, doença renal, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, disfunção sexual e apnéia do sono;
- Investigação de hábitos nutricionais (observar o consumo de sal, bebidas alcoólicas, gordura saturada e cafeína);
- Consumo de medicamentos ou drogas que possam elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento (como anticoncepcionais hormonais, anti-inflamatórios, esteroides e não-esteroides, anorexígenos, vasoconstrictores nasais, antidepressivos).

Exame Físico:

- Peso;
- Estatura;
- Circunferência abdominal;
- Inspeção: fácies e aspecto físico sugestivo de hipertensão secundária;

- Pressão arterial: Deve ser feita pelo menos duas aferições da pressão arterial, com o paciente em posição sentada, devendo ser considerada a média, desde que tenham diferença máxima de 4mmHg, com certeza de usar o manguito correto para o braço do paciente, tendo cuidado com a presença da pseudo-hipertensão e hiato auscultatório em idosos;
- Frequência cardíaca;
- Pescoço: palpação e ausculta das artérias carótidas, verificação da presença de estase venosa e palpação de tireóide;
- Ausculta cardíaca:
 - Arritmias;
 - 3ª bulha (sinaliza disfunção sistólica do ventrículo esquerdo) ou 4ª Bulha (sinaliza presença de disfunção diastólica do ventrículo esquerdo);
 - Hiperfonese de 2ª bulha em foco aórtico,
 - Sopros nos focos mitral e aórtico.
- Ausculta pulmonar: ausculta de estertores, roncos e sibilos;
- Exame do abdome: massas abdominais indicativas de rins policísticos, hidronefrose, tumores e aneurismas. Identificação de sopros abdominais - aorta e artérias renais;
- Extremidades: palpação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos. A diminuição da amplitude ou o retardo do pulso das artérias femorais sugerem doença obstrutiva ou coarctação da aorta;
- Verificação da presença de edema.

Avaliação Laboratorial

- Exame de urina (bioquímica e sedimentos);
- Creatinina sérica;
- Ritmo de filtração glomerular (clearance de creatinina)
- Ácido úrico;
- Potássio sérico;
- Glicemia jejum;
- Hb Glicada (diabéticos)
- Colesterol Total, LDL, HDL, Triglicérides;
- Eletrocardiograma de repouso;

Obs: Os exames laboratoriais devem ser repetidos anualmente ou a critério médico, com indicação clínica.

Segunda consulta:

Avaliar paciente com novas medidas da PA, o resultado dos exames laboratoriais, ECG e a necessidade de uma avaliação complementar.

Exames complementares:

Indicado para pacientes com dois ou mais fatores de risco, com DAC ou diabéticos > 40 anos. Solicitar:

- Raio-X de tórax (sinais de IC ou doenças pulmonares);
- Ecocardiograma (avaliar lesão em órgão-alvo ou IC);
- Ultrassom de carótidas (dislipidêmicos, idosos)
- Teste ergométrico (suspeita de DAC);
- MAPA (hipertensão jaleco branco, hipertensão mascarada);
- Exame de fundo do olho (Fundoscopia: avaliar lesão em órgão-alvo).
- Albuminúria
- Ultrassom renal com doppler

V. ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL

Como a hipertensão arterial é uma doença multifatorial, que envolve orientações voltadas para vários objetivos, seu tratamento requer o apoio de diversos profissionais de saúde.

Objetivos múltiplos exigem diferentes abordagens, e a formação de uma equipe multiprofissional irá proporcionar essa ação diferenciada. Essa abordagem multiprofissional é particularmente útil no atendimento ambulatorial, ampliando o sucesso do tratamento anti-hipertensivo e do controle dos demais fatores de risco cardiovascular.

Prevenir e tratar a hipertensão arterial envolve, fundamentalmente, mudanças de hábitos de vida. Esse processo, porém, é lento e, na maioria das vezes, não é mantida sua continuidade. A promoção de ações individualizadas

deve ser elaborada para atender às necessidades específicas de cada paciente, de modo a serem mantidas ao longo do tempo.

As ações de promoção da saúde, tomadas como desafio da equipe multiprofissional, deverá resultar em graus crescentes de cidadania, intervindo e modificando os determinantes sociais da saúde, bem como ampliando a motivação e a capacidade de pacientes e comunidade vencerem juntos o desafio de adotar atitudes que tornem as ações anti-hipertensivas efetivas e permanentes.

Equipe Multiprofissional

A equipe multiprofissional deve ser constituída por profissionais que lidem com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais, técnicos e auxiliares de enfermagem, educadores físicos, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde.

Principais vantagens

- Uma equipe multiprofissional bem articulada é capaz de melhorar a extensão de suas ações (cobertura);
- A adesão ao tratamento será nitidamente superior;
- O número de pacientes com pressão arterial controlada e adotando hábitos de vida saudáveis será, conseqüentemente, muito maior;
- Cada paciente poderá ser um replicador de conhecimentos sobre tais hábitos;
- Haverá favorecimento de ações de pesquisa em serviço, já que a sistematização do atendimento possibilitará esse tipo de atuação.

Existem vantagens adicionais, como o crescimento profissional pela constante troca de informações, maior confiança individual e no serviço como um todo.

Ações comuns à equipe multiprofissional

- Rastreamento de novos casos;

- Prevenção e promoção à saúde (ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, controle dos fatores de risco e produção de material educativo);
- Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências
- Elaboração e monitoramento de cadastro dos pacientes acompanhados na UBS;
- Educação continuada dos profissionais;
- Encaminhamento a outros profissionais, quando necessário;
- Ações assistenciais individuais e coletivas;
- Participação em projetos de pesquisa;

Ações específicas individuais

Apesar da definição bastante clara do papel exercido pelos diferentes profissionais, haverá circunstâncias em que as funções serão comuns, e isso deve acontecer de maneira natural. Essa naturalidade somente será possível na imbricação de funções, se for adotada uma perfeita uniformidade de linguagem na constituição do grupo, evitando-se que idéias ou terminologias conflitantes possam dificultar o processo educativo do paciente.

PARTICIPAÇÃO DO MÉDICO:

- Consulta médica (ver avaliação clínico-laboratorial);
- Responsabilidade pelas condutas terapêuticas, medicamentosas ou não, em consonância com as regras gerais da diretriz;
- Avaliação clínica dos pacientes com pressão controlada pelo menos uma vez por ano
- Realização de atividades educativas;

PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO:

- Consulta de enfermagem;

- Acompanhamento do tratamento dos pacientes com a pressão arterial sob controle;
- Enfatizar a terapia não medicamentosa no tratamento da hipertensão;
- Encaminhamento ao médico pelo menos anualmente, e com maior frequência nos casos em que a pressão não estiver devidamente controlada ou na presença de outras intercorrências;
- Gerenciamento assistencial dos pacientes cadastrados;
- Supervisão das atividades do técnico/auxiliar de enfermagem.
- Capacitação permanente dos técnicos/auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde.
- Realização de prescrição protegida observando o controle clínico e metabólico do paciente, à exceção dos betabloqueadores. Qualquer alteração deverá ser encaminhada para avaliação médica.
- Solicitação de exames laboratoriais descritos anteriormente, de acordo com a portaria MS/GM 2488/11.

PARTICIPAÇÃO DO ODONTÓLOGO:

- Consulta odontológica com aferição de pressão arterial em hipertensos e idosos antes de iniciar o procedimento.
- Realização de atividades educativas individuais e junto a grupos específicos acompanhados pela ESF.
- Atendimento odontológico a grupos vulneráveis: Idosos, Acamados e portadores de lesões suspeitas de CA bucal.
- Encaminhamento de casos ao centro de especialidades odontológicas de Aracaju (CEO). O paciente deve estar compensado e de posse de relatório médico que informe a condição atual do mesmo, bem como medicação em uso.
- Interação constante com demais membros da equipe de saúde com objetivo de intensificar busca ativa, bem como de referenciar os pacientes em tratamento odontológico, mas que se encontram descompensados, para que sejam avaliados.

PARTICIPAÇÃO DO TÉCNICO E AUXILIAR DE ENFERMAGEM:

- Aferição a pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde;
- Orientação à comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física regular;
- Orientação para a comunidade sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados à hipertensão arterial e diabetes.
- Anotação em prontuário e/ou impresso valores de controle da PA;
- Gerenciamento dos equipamentos, certificando-se que os tensiômetros estão calibrados (o que deve ser feito 2 vezes ao ano), certificar-se que os manguitos apropriados estão disponíveis para utilização e solicitação de manutenção ao Gerente da USF, quando necessário.

PARTICIPAÇÃO DA ASSISTENTE SOCIAL:

- Entrevista social para identificação socioeconômica e familiar, caracterização da situação de trabalho e previdência, e levantamento de expectativas sobre a doença e seu tratamento;
- Atualização do cadastro de recursos sociais (para encaminhamento do atendimento das dificuldades dos pacientes e familiares que possam interferir na terapêutica);
- Interação de equipe multiprofissional, paciente e comunidade;
- Desenvolvimento de atividades visando à organização dos pacientes em Associações de Portadores de Hipertensão Arterial;
- Busca ativa de faltosos.

PARTICIPAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE:

- Coleta de dados referentes à hipertensão arterial;
- Busca ativa de casos suspeitos e encaminhamento para a respectiva Unidade de Saúde da Família;

- Ações educativas primárias, visando à prevenção de doenças relacionadas e promoção de saúde
- Verificar cumprimento das medidas não medicamentosas, no controle da hipertensão

Participação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Equipe de Saúde da Família - NASF:

NUTRICIONISTA:

- Orientação para os usuários do território adstrito sobre os fatores de risco a cerca da temática;
- Atendimento individual;
- Atendimento coletivo e compartilhado;
- Promover ações educativas de prevenção da deficiência de micronutrientes dos distúrbios hipertensivos;
- Realização de atividades educativas para os hipertensos nas UBS, nos equipamentos sociais e equipamentos de saúde no território apoiado;
- Realização de ações e atendimentos nos grupos de hipertensos pertencentes às UBS apoiadas pelo NASF;
- Planejamento de atividades ligadas ao núcleo de saber da nutrição para prevenção e promoção à saúde dos usuários hipertensos;
- Elaborar a prescrição dietética, com base no diagnóstico nutricional, adequando-a a evolução do estado nutricional;
- Identificar portadores de patologias para o atendimento nutricional específico;
- Realizar visitas domiciliares juntamente com as equipes de SF, quando necessário aos pacientes com hipertensão;

PSICÓLOGO:

Orientação para os usuários do território adstrito sobre os fatores de risco a cerca da temática

- Atendimento individual
- Atendimento coletivo e Compartilhado;
- Realizar visitas domiciliares juntamente com as equipes de SF, quando necessário aos pacientes com hipertensão;
- Realização de atividades educativas para os hipertensos nas UBS, nos equipamentos sociais e equipamentos de saúde no território apoiado;
- Realização de ações e atendimentos nos grupos de hipertensos pertencentes às UBS apoiadas pelo NASF;

PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA:

- Orientação para os usuários do território adstrito sobre os fatores de risco acerca da temática;
- Inclusão das práticas corporais e atividades físicas;
- Elaborar planos de atividades específicos a partir das necessidades dos hipertensos do território;
- Encaminhamento quando necessário para avaliação clínica dos usuários com fatores de risco antes da prática de atividade física;
- Desenvolver aspectos físicos, cognitivos e sociais, promovendo melhora da qualidade de vida da população
- Cadastro e acompanhamento dos pacientes inseridos no Programa Academia da Cidade.

FONOAUDIÓLOGO:

- Orientação para os usuários do território adstrito sobre os fatores de risco a cerca da temática
- Atendimento individual;

- Atendimento coletivo e Compartilhado;
- Desenvolver atividades coletivas com foco na promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento, com temas pertinentes à fonoaudiologia, tais como: prevenção de hábitos orais nos usuários diagnosticados com hipertensão.
- Realização de atividades educativas para os hipertensos nas UBS, nos equipamentos sociais e equipamentos de saúde no território apoiado;
- Realização de ações e atendimentos nos grupos de hipertensos pertencentes às UBS apoiadas pelo NASF;
- Realizar visitas domiciliares juntamente com as equipes de SF, quando necessário aos pacientes com hipertensão;

FISIOTERAPEUTA:

- Orientação para os usuários do território adstrito sobre os fatores de risco a cerca da temática;
- Identificar portadores de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial);
- Propor adaptações no ambiente para facilitar o desempenho funcional;
- Realização de atividades educativas para os hipertensos nas UBS, nos equipamentos sociais e equipamentos de saúde no território apoiado;
- Realização de ações e atendimentos nos grupos de hipertensos pertencentes às UBS apoiadas pelo NASF;
- Planejamento de atividades ligadas ao núcleo de saber da fisioterapia para prevenção e promoção dos usuários hipertensos;
- Encaminhamento quando necessário para avaliação clínica dos usuários com fatores de risco antes da prática de atividade física;
- Atendimento individual;
- Atendimento coletivo e compartilhado;
- Realizar visitas domiciliares juntamente com as equipes de SF, quando necessário aos pacientes com hipertensão;

Reuniões de Grupo:

As ações educativas e terapêuticas em saúde devem ser desenvolvidas com grupos de pacientes, seus familiares e a comunidade, sendo adicionais às atividades individuais.

A equipe deve usar todos os recursos disponíveis para orientação, educação e motivação, não somente para o uso ininterrupto dos medicamentos, mas também para modificar fatores de risco cardiovasculares, aumentando, conseqüentemente a adesão ao tratamento. Estimulando a prática de atividade física, divulgando o projeto Academia da Cidade, e encaminhando o paciente para o Pólo mais próximo da sua residência.

Realizar atividade educativa continuada, com nutricionista e monitoramento permanente da eficácia do programa.

Os recursos disponíveis vão desde o contato individual até a utilização de fontes de informações coletivas, como folhetos, reuniões, palestras, simpósios, peças teatrais, vídeos e músicas educativas.

- **Reuniões da equipe**

Atividades periódicas com a participação de toda a equipe multiprofissional para a análise crítica das ações desenvolvidas e planejar estratégias de melhoria da assistência.

VI- ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO:

Deve ser baseada em duas estratégias diferentes:

- Na primeira, o objetivo da avaliação é determinar o risco global diretamente relacionado à hipertensão (depende dos níveis da PA, dos fatores de risco associados, da Lesão de Órgão Alvo (LOA) e da presença de DCV ou doença renal). (**Tabela 1 e Figura 1**)

Fatores de risco:

- Sexo masculino
- Idade: H \geq 55 ou M \geq 65 anos

- História DCV prematura parentes 1º. grau (H<55 e M<65 anos)
- Tabagismo
- Dislipidemia (CT>190, LDL>115, HDL<40H ou 46 M, TG>150)
- Obesidade: IMC≥30g/m²

Lesões em órgão-alvo:

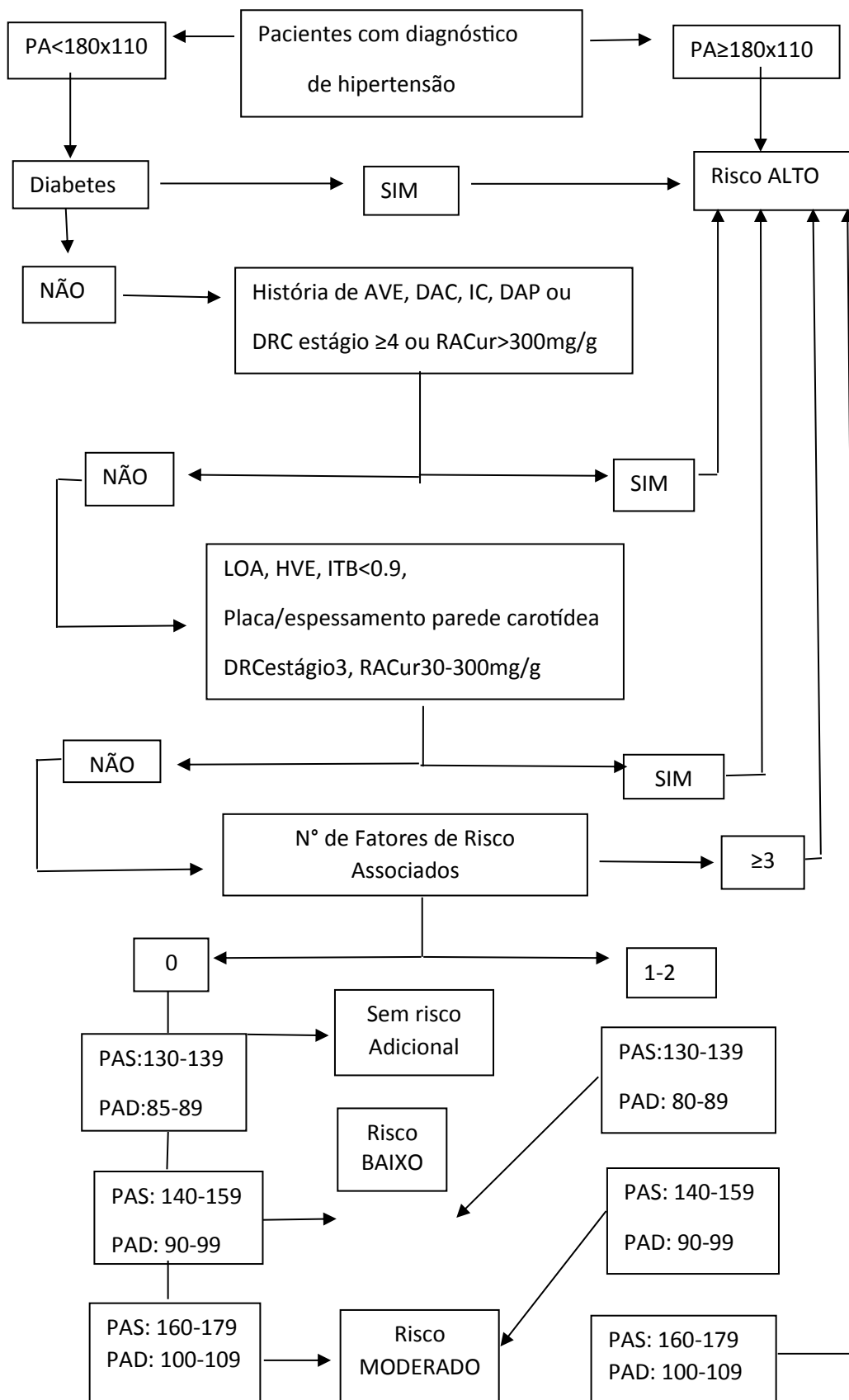
- Hipertrofia VE (ECG ou ECO);
- Espessura médio-intimal da carótida >0,9mm ou placas;
- Índice tornozelo-braquial < 0,9;
- Doença renal crônica estágio 3
- Albuminúria entre 30 e 300mg/g
- Doença cardiovascular e renal estabelecida:
- Doença cerebrovascular: AVE isquêmico, Hemorragia cerebral, Acidente isquêmico transitório
- Doença arterial coronariana: Angina, infarto do miocárdio, revascularização miocárdica, insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada;
- Doença arterial periférica em membros inferiores;
- Doença renal crônica estágio 4;
- Retinopatia avançada.

Tabela 1- Estratificação de risco no paciente hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais, presença de lesão em órgão-alvo e de doença cardiovascular ou renal.

	PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥110
Sem fator de risco	Sem risco adicional	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto
1-2 fatores de risco	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto	Risco alto
≥3 fatores de risco	Risco moderado	Risco alto	Risco alto	Risco alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto

FONTE: Adaptada da 7ª. Diretriz de Hipertensão Arterial, 2016:18

Figura 1- Fluxograma de Avaliação do Risco Cardiovascular Adicional no hipertenso



OBS: Adaptada da 7ª. Diretriz de Hipertensão Arterial, 2016: 20

- Na segunda estratégia, o objetivo é determinar o risco de um indivíduo desenvolver DCV em geral nos próximos 10 anos:

A primeira etapa: identificação da presença de doença aterosclerótica, clinicamente evidente ou na forma subclínica, ou de seus equivalentes como DM e DRC. Se positiva, o indivíduo é imediatamente classificado como de alto risco, pois a chance de apresentar um primeiro ou um novo evento CV em 10 anos é superior a 20%.

Segunda etapa: Análise do Escore de Risco Global (ERG), através da distribuição de pontos e percentual de risco (**Tabelas 2,3,4 e 5**)

Alto risco: H com ERG > 20% e as M com ERG > 10%;

Risco intermediário: H com ERG entre 5% e 20% e M com ERG entre 5% e 10%;

Baixo risco: ERG < 5%

OBS: Pacientes com histórico familiar de DAC

Risco intermediário

Terceira etapa: Reclassificação do risco conforme presença de fatores agravantes (**Tabela 6**). Os pacientes de risco intermediário que apresentam quaisquer fatores agravantes citados na Tabela 6, são reclassificados para "alto risco" (**Figura 2**)

Tabela 2- Pontos no escore de risco global para mulheres:

Pontos	Idade	HDL-C	COL-T	PAS (Não tratada)	PAS (Tratada)	Fumo	Diabetes
-3				< 120			
-2		+ 60					
-1		50 - 59			< 120		
0	30 - 34	45 - 49	<160	120 - 129		Não	Não
1		35 - 44	160 - 199	130 - 139			
2	35 - 39	< 35		140 - 149	120 - 129		
3					130 - 139	Sim	
4	40 - 44		240 - 279	150 - 159			
5	45 - 49		280 +	160 +	140 - 149		
6					150 - 159		Sim
7	50 - 54				160 +		
8	55 - 59						
9	60 - 64						
10	65 - 69						
11	70 - 74						
12	+ 75						

Tabela 3- Risco CV global para mulheres conforme pontos obtidos

Pontos	Risco (%)	Pontos	Risco (%)
< -2	6,3	10	<1
-1	7,3	11	1
0	8,6	12	1,2
1	10	13	1,5
2	11,7	14	1,7
3	13,7	15	2
4	15,9	16	2,4
5	18,5	17	2,8
6	21,6	18	3,3
7	24,8	19	3,9
8	28,5	20	4,5
9	> 30	21	5,3

Tabela 4- Pontos no escore de risco global para homens:

Pontos	Idade	HDL-C	COL-T	PAS (Não tratada)	PAS (Tratada)	Fumo	Diabetes
-2		+ 60		< 120			
-1		50 - 59					
0	30 - 34	45 - 49	<160	120 - 129	<120	Não	Não
1		35 - 44	160 - 199	130 - 139			
2	35 - 39	< 35		140 - 149	120 - 129		
3			240 - 279		130 - 139		Sim
4			280 +	150 - 159	140 - 159	Sim	
5	40 - 44			160 +			
6	45 - 49				160 +		
/							
8	50 - 54						
9							
10	55 - 59						
11	60 - 64						
12	65 - 69						
13							
14	70 - 74						
15 +	+ 75						

Tabela 5- Risco CV global para homens conforme pontos obtidos:

Pontos	Risco (%)	Pontos	Risco (%)
≤ 3	<1	8	6,7
< -2	1,1	9	7,9
-1	1,4	10	9,4
0	1,6	11	11,2
1	1,9	12	13,2
2	2,3	13	15,6
3	2,8	14	18,4
4	3,3	15	21,6
5	3,9	16	25,3
6	4,7	17	29,4
7	5,6	18 +	> 30

OBS: As tabelas 2, 3, 4 e 5 foram adaptadas da 7ª. Diretriz de Hipertensão Arterial, 2016: 21-22

Tabela 6- Fatores agravantes do risco CV:

FATORES AGRAVANTES DO RISCO CV:
História familiar de DAC prematura em parente de 1º. Grau (Homem<55 anos e mulher<65 anos)
Diagnóstico de Síndrome metabólica (tabela 7)
Microalbuminúria (30-300mg/g creatinina) ou albuminúria >300mg/g
Proteína C-reativa Ultrassensível>2mg/l
Espessura médio-intimal de carótidas >1mm
Escore de cálcio coronariano >100 ou >percentil 75 para idade e sexo
Índice Tornozelo-Braquial<0.9

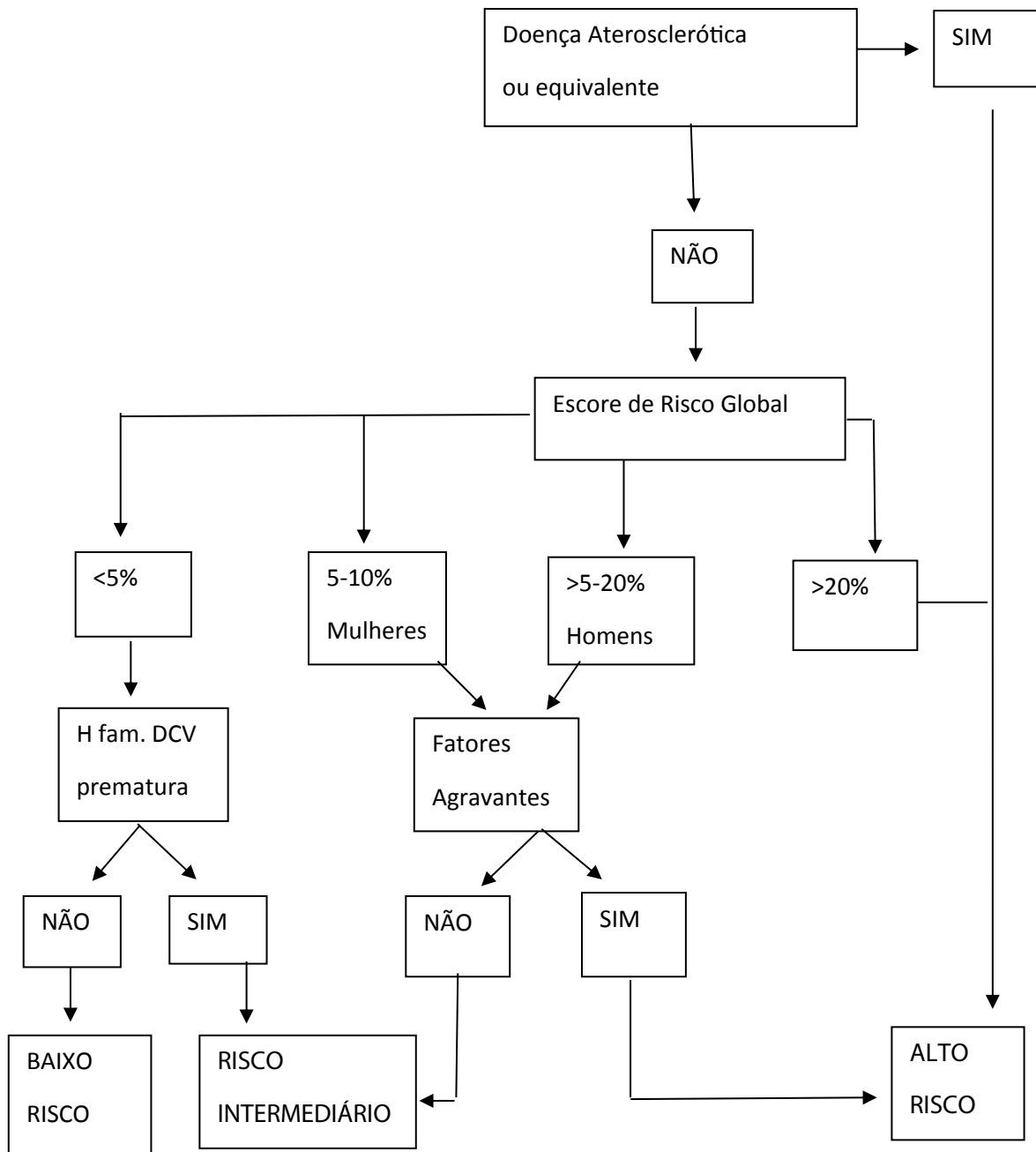
Adaptada da 7ª. Diretriz de Hipertensão Arterial, 2016:23

Tabela 7- Critérios diagnósticos de síndrome metabólica (definida com 3 ou mais critérios):

Critérios	Definição
1. Obesidade abdominal:	
Mulheres	≥94cm
Homens	≥80cm
2. HDL-colesterol:	
Mulheres	<40mg/dl
Homens	<50mg/dl
3. Triglicerídeos (ou tratamento para hipertrigliceridemia)	150mg/dl
4. PA (ou tratamento para hipertensão arterial:	
PAS	≥130mmHg
PAD	≥85mmHg
5. Glicemia (ou tratamento para DM)	≥100mg/dl

Adaptada da 7ª. Diretriz de Hipertensão Arterial, 2016:23

Figura 2: FLUXOGRAMA PARA ESTIMATIVA DO RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL



OBS: Adaptadas da 7ª. Diretriz de Hipertensão Arterial, 2016:23

VII- METAS TERAPÊUTICAS:

Recomendações para o início da terapia anti-hipertensiva: Intervenções no estilo de vida e terapia medicamentosa (**Tabela 8**).

Categoria de risco	Considerar
Sem risco adicional	Tratamento não medicamentoso isolado
HAS 1 + RCV baixo ou moderado	Tratamento não medicamentoso isolado por 6 e 3 meses respectivamente. Se não atingir a meta, associar Tratamento medicamentoso.
HAS 2 e 3 ou RCV alto	Tratamento não medicamentoso + medicamentoso

As metas terapêuticas servem de parâmetro para o acompanhamento e controle dos níveis pressóricos evitando assim o desenvolvimento de complicações cardiovasculares.

Tabela 9: Metas a serem atingidas em conformidade com as características individuais

Categoria	Metas recomendadas
Estágio 1 e 2, com RCV baixo ou moderado e estágio 3	<140x90mmHg
Estágio 1 e 2 com RCV alto	<130x80mmHg

Adaptadas da 7ª. Diretriz de Hipertensão Arterial, 2016:23

VIII- TRATAMENTO:

O tratamento medicamentoso será estabelecido e pactuado junto com o usuário. É necessário reforçar a adoção de hábitos saudáveis (MEV) como componente básico para tratamento de patologias crônicas de alta incidência entre elas: a hipertensão e o diabetes.

- **NÃO MEDICAMENTOSO OU MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA (MEV)**
 - Redução do peso corporal ($IMC < \text{ou} = 25\text{kg/m}^2$);
 - **Redução na ingestão de sal (5 g de sal/dia = 1 colher de chá ao dia);**
 - Aumento da ingestão de potássio (feijão, ervilha fresca, vegetais verde-escuros, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata e laranja);
 - Redução do consumo de bebidas alcoólicas;
 - Atividade física regular;
 - Abandono do tabagismo;
 - Controle das dislipidemias e do diabetes mellitus;
 - Práticas integrativas (Reik, massoterapia, auriculo-acupuntura, etc);
 - Medidas antiestresse.
-
- **MEDICAMENTOSO**

O tratamento da HA visa, em última análise, a redução da morbimortalidade CV. Há evidências científicas através de estudos clínicos de desfechos que mostram benefícios do tratamento realizado com o uso de diuréticos (DIU), betabloqueadores (BB), bloqueadores dos canais de cálcio (BCC), inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II (BRA).

Diuréticos

Os mecanismos de ação anti-hipertensiva dos DIU relacionam-se inicialmente aos seus efeitos natriuréticos, com diminuição do volume extracelular. Após quatro a seis semanas, o volume circulante praticamente se normaliza e ocorre redução da resistência vascular periférica (RVP).

Os DIU reduzem a PA e diminuem a morbimortalidade CV.

Como anti-hipertensivos, dá-se preferência aos diuréticos tiazídicos. Diuréticos de alça são reservados para situações de hipertensão associada a insuficiências renal e cardíaca.

São drogas de ações sinérgicas com outros anti-hipertensivos, especialmente os inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona. Podem ter seus efeitos reduzidos se utilizados concomitantemente com os anti-inflamatórios não hormonais, corticosteróides e estrógenos.

Reações Adversas

Hiperpotassemia, Hiponatremia, Gota, Diminuição da libido, dentre outras..

Agentes de ação central:

Representantes dessa classe: metildopa.

A eficácia anti-hipertensiva desse grupo de medicamentos como monoterapia é, em geral, discreta. Essas drogas podem ser úteis em associação com medicamentos de outras classes terapêuticas, particularmente quando existem evidências de hiperatividade simpática.

Atuam estimulando os receptores 2-adrenérgicos pré-sinápticos (alfametildopa) no sistema nervoso central, reduzindo a descarga simpática.

A experiência favorável em relação ao binômio materno fetal recomenda a alfametildopa como **agente de escolha para tratamento de hipertensa grávida**.

Reações Adversas

Sonolência, sedação, boca seca fadiga, hipotensão postural e disfunção sexual pelo mecanismo de ação central. A alfametildopa pode causar ainda galactorréia, anemia hemolítica e lesão hepática.

Betabloqueadores

Promovem diminuição inicial do débito cardíaco e da secreção de renina, havendo readaptação dos barorreceptores e diminuição das catecolaminas nas sinapses nervosas.

Os fármacos de terceira geração (carvedilol e nebivolol) além das ações anteriores, têm efeito vasodilatador. O propranolol mostra-se também útil em pacientes com tremor essencial, síndromes hipercinéticas, cefaleia de origem vascular e hipertensão portal.

Na ausência de contra-indicações são indicadas no tratamento da DAC, arritmias, insuficiência cardíaca, cardiopatia hipertrófica, tremor essencial, enxaqueca, e podem ser usados com cautela na gravidez.

Reações Adversas

Principais: broncoespasmo, bradicardia excessiva (inferior a 50 bpm), distúrbios da condução atrioventricular, vasoconstrição periférica, insônia, pesadelos, depressão psíquica, astenia e disfunção sexual.

Podem acarretar intolerância à glicose e redução de HDL-colesterol, efeito seletivo e dose dependente. A maioria dos beta-bloqueadores estão contra-indicados em pacientes com asma e bloqueio atrioventricular de 2° e 3° graus, podendo ser usados com cautela na insuficiência cardíaca descompensada, DPOC, pacientes com doença vascular de extremidades e portadores de diabetes usuários de insulina.

Antagonistas dos canais de cálcio

A ação anti-hipertensiva decorre da redução da resistência vascular periférica por diminuição da concentração de cálcio nas células musculares lisas vasculares. Facilitam a natriurese por aumentar o fluxo renal dilatando as arteríolas aferentes e aumentando a pressão de filtração glomerular.

São classificados em 2 tipos básicos: os di-idropiridínicos e os não di-idropiridínicos. Os BCC di-idropiridínicos (anlodipino e nifedipino) exercem um efeito vasodilatador predominante, com mínima interferência na frequência e na função sistólica, sendo, por isso, mais frequentemente usados como anti-hipertensivos. Os não di-idropiridínicos, como as fenilalquilaminas (verapamil) e as benzotiazepinas (diltiazem), têm menor efeito vasodilatador, e podem ser bradicardizantes e antiarrítmicos, o que restringe seu uso a alguns casos específicos. Os BCC não di-idropiridínicos podem deprimir a função sistólica cardíaca, principalmente em pacientes que já apresentavam tal disfunção antes do início do seu uso, devendo ser evitados nessa condição. Deve-se dar preferência aos BCC de ação prolongada para que se evitem oscilações indesejáveis na FC e na PA

São mais potentes na redução da PA e mais eficazes que os medicamentos que agem diretamente no sistema renina-angiotensina-aldosterona em pacientes afrodescendentes.

Reações Adversas

Os mais comuns são cefaléia, tontura, rubor facial e edema periférico, em geral dose dependente. Mais raramente podem induzir hipertrofia gengival.

Os di-idropiridínicos de ação de curta duração (Nifedipina, por exemplo) provocam importante estimulação simpática reflexa, sabidamente deletéria para o sistema cardiovascular.

Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA):

Representantes da classe: captopril e enalapril

O mecanismo de ação dessas substâncias é fundamentalmente dependente da inibição da enzima conversora, bloqueando, assim, e de acordo com a transformação da angiotensina I em II no sangue e nos tecidos.

São eficazes como monoterapia no tratamento da hipertensão arterial.

Reduzem a morbidade e a mortalidade de pacientes hipertensos com **insuficiência cardíaca, diabetes e de pacientes com infarto agudo do miocárdio**, especialmente daqueles com baixa fração de ejeção. Quando administrados em longo prazo, os IECA retardam o declínio da função renal em pacientes com nefropatia diabética e de outras etiologias. Também são úteis na prevenção secundária de AVC.

Reações Adversas

Habitualmente bem tolerados pela maioria dos pacientes hipertensos, a tosse seca é seu principal efeito colateral, acometendo 5 a 20% dos pacientes. Edema angioneurótico e erupção cutânea ocorrem mais raramente.

Um fenômeno passageiro observado quando do seu uso inicial em pacientes com insuficiência renal é a elevação de ureia e creatinina séricas, habitualmente de pequena monta e reversível. A longo prazo, revelam-se eficazes em reduzir a progressão da DRC. Podem provocar hiperpotassemia em pacientes com insuficiência renal, particularmente diabéticos. Podem promover redução do RFG e aumento em graus variáveis de ureia, creatina e potássio em pacientes com estenose bilateral das artérias renais ou com estenose de artéria renal em rim único funcionante.

Seu uso é contraindicado na gravidez, pelo risco de complicações fetais. Por isso, seu emprego deve ser cauteloso e frequentemente monitorado em adolescentes e mulheres em idade fértil.

Bloqueador do Sistema renina-angiotensina-aldosterona (BRA)

Os BRA antagonizam a ação da angiotensina II por meio do bloqueio específico dos receptores AT1, responsáveis pelas ações vasoconstritoras, proliferativas e estimuladoras da liberação de aldosterona, próprias da angiotensina II. No tratamento da HA, especialmente em populações de alto risco CV ou com comorbidades, proporcionam redução da morbimortalidade CV e renal (nefropatia diabética).

Um dos principais atributos da classe é a ausência de efeitos adversos sintomáticos e metabólicos.

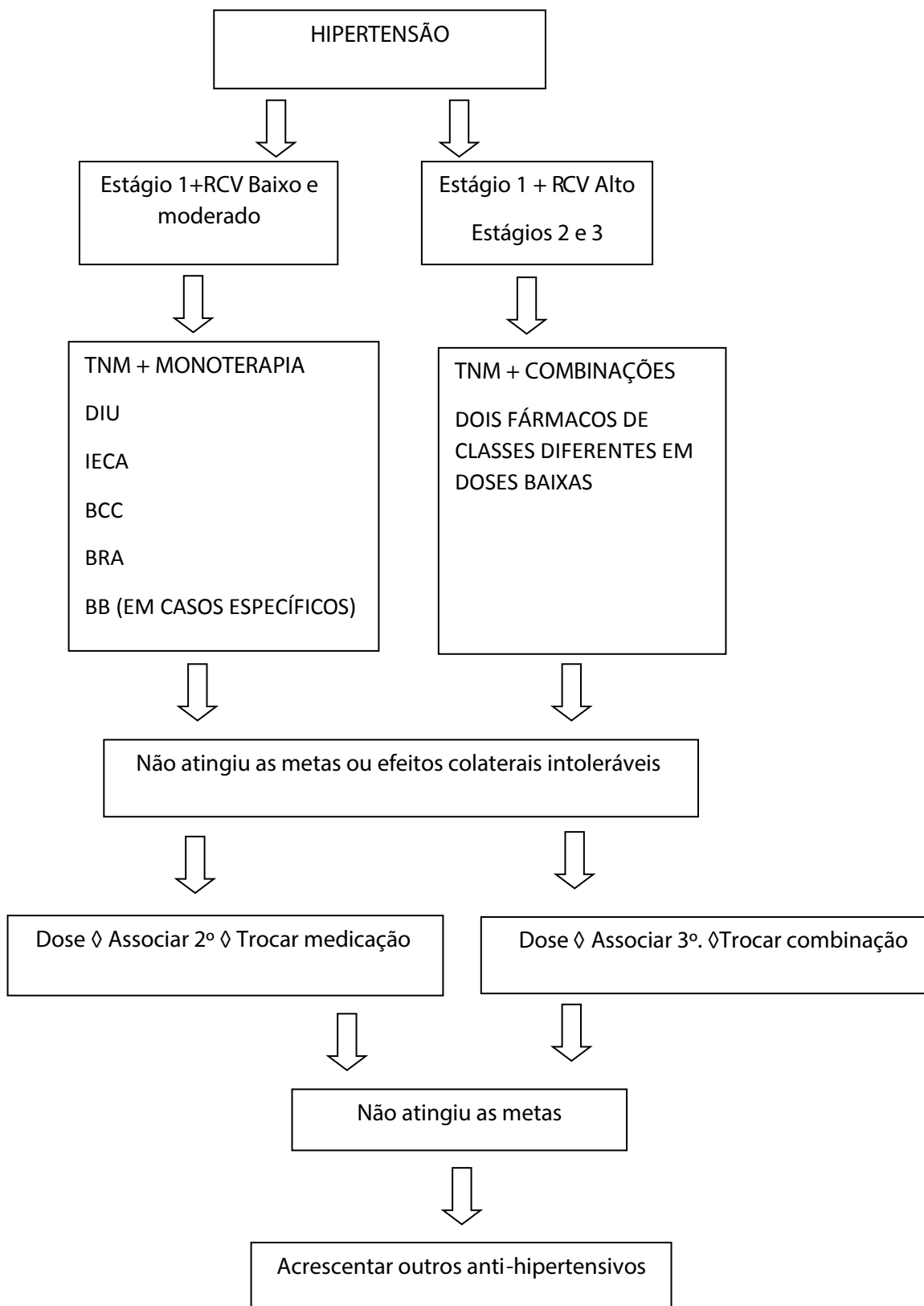
A tosse é muito menos comum que com os IECA.

Contra-indicação: GRAVIDEZ

IX- ESQUEMAS TERAPÊUTICOS:

O tratamento com medicamentos poderá ser realizado com uma ou mais classes de fármacos, de acordo com a necessidade, para que sejam obtidas as metas para PA e de acordo com situações específicas. **(Figura 3)**

Figura 3- Fluxograma para o tratamento da hipertensão:

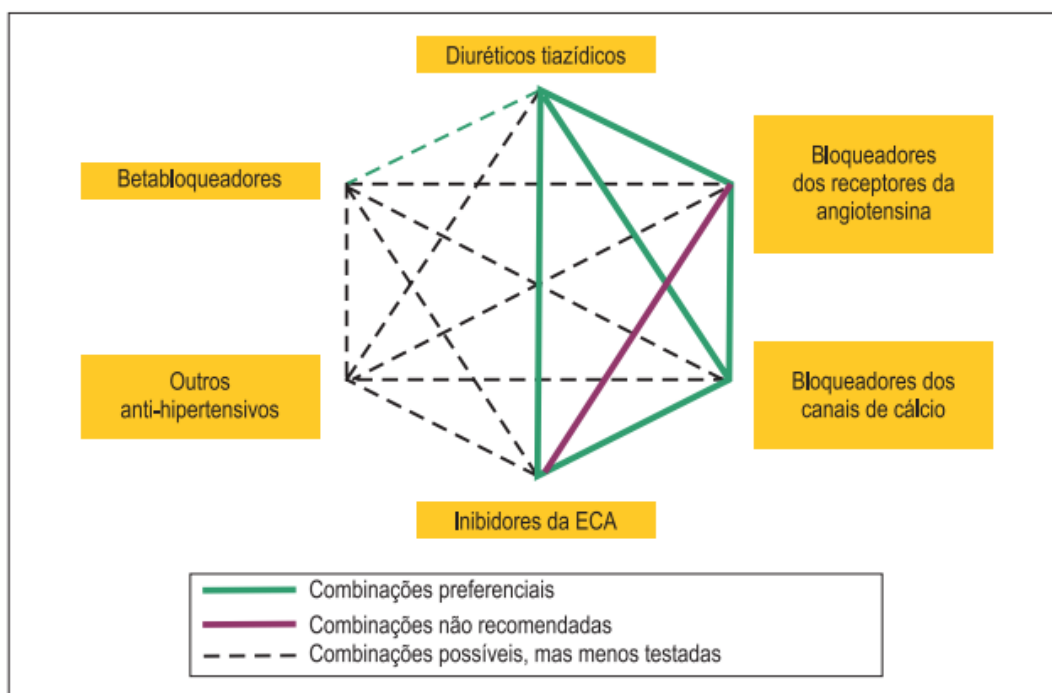


OBS: Adaptadas da 7ª. Diretriz de Hipertensão Arterial, 2016:38

X- COMBINAÇÃO DE MEDICAMENTOS:

A maioria dos pacientes vai necessitar do uso de mais de uma medicação para que sejam atingidas as metas.

Figura 4- Esquema preferencial de associações de medicamentos, de acordo com mecanismo de ação e sinergia



Retirada da 7ª. Diretriz de Hipertensão Arterial, 2016: 39

XI- MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NA REDE MUNICIPAL:

Tabela 10 - Relação de medicações Padronizadas:

MEDICAMENTOS	DISPONÍVEL NAS UBS	POSOLOGIA MÍNIMA/DIA (mg)	POSOLOGIA MÁXIMA/DIA (mg)	Nº de TOMADAS /DIA
DIURÉTICOS: Tiazídicos: Hidroclorotiazida	25	12,5	25	1
Poupadores de K: Espironolactona	25	25	100	1-2
AGENTES DE AÇÃO CENTRAL: Alfametildopa	250	500	1500	2-3
BETABLOQUADORES: Propranolol	40	40	240	2-3
Atenolol	50	25	100	1-2
Caverdilol	3,125 / 12,5	12,5	50	2
BLOQUEADORES DOS CANAIS DE CÁLCIO: Nifedipino Retard	10	20	60	2-3
Anlodipino	5	5	10	1
INIBIDORES DA ECA: Captopril	25	25	150	2-3
Enalapril	10	5	40	1-2
BLOQUEADORES DOS RECEPTORES ATII: Losartana	50	25	100	1

XII- ROTINA DE SEGUIMENTO:

Tabela 11- Prazos máximos para seguimento:

PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)	Seguimento
< 130	<85	Reavaliar em 1 ano
130-139	85-89	Reavaliar em 6 meses
140-159	90-99	Confirmar em 2 meses
160-179	100-109	Confirmar em 1 mês
≥180	≥110	Intervenção imediata ou reavaliar em 1 semana

XIII- ENCAMINHAMENTO AO AMBULATÓRIO DE CARDIOLOGIA

- Quando nenhuma das opções terapêuticas adotadas surte efeito satisfatório;

- Quando o paciente apresenta reações colaterais importantes ou complicações cardiovasculares não controláveis a nível primário (ICC, IAM, Insuficiência Renal, Edema agudo de Pulmão, Complicações oculares, etc);
- Para investigação de casos suspeitos de hipertensão arterial secundária.

XIV- TRATAMENTO EM GRUPOS ESPECIAIS:

- **Diabéticos:**

Todo hipertenso diabético é de alto risco, e tem como meta 130x80mmHg.

Todos os medicamentos podem ser usados. Os **inibidores da ECA ou BRA** tornam-se particularmente úteis por não interferirem no metabolismo glicêmico e melhorarem a resistência à insulina e, possivelmente, por serem benéficos na evolução da glomerulopatia diabética. Os diuréticos podem alterar a liberação ou até aumentar a resistência à insulina – em baixas doses podem ser usados com cautela (12,5 a 25mg de Hidroclorotiazida). Os beta-bloqueadores podem interferir na liberação de insulina e também aumentar a resistência à insulina endógena. Portanto, a segunda medicação de escolha deverá ser um bloqueador dos canais de cálcio.

- **Doença coronária**

O tratamento da HA associada com DAC, deve contemplar preferencialmente os BB, IECA ou BRA, além de estatinas e aspirina. Os BB demonstraram grande benefício após IAM, especialmente no período de dois anos após o evento agudo. Do mesmo modo, os IECA testados nessa condição também demonstraram efeito benéfico. Em pacientes com DAC crônica e múltiplos FR, como HA, o IECA demonstrou efeito favorável na redução de desfechos clínicos relevantes. Em relação ao nível pressórico a ser atingido, deve-se considerar a possibilidade de efeito da curva J, demonstrado em diferentes estudos, em que a redução sobretudo diastólica excessiva pode precipitar eventos CV em pacientes com DAC obstrutiva. Medicamentos adicionais para atingir a meta (PA < 130/80 mmHg) são BCC e DIU tiazídicos.

- **Acidente vascular encefálico**

O AVE é a manifestação mais comum da lesão vascular causada pela HA. No ataque isquêmico transitório (AIT), o déficit neurológico é restabelecido dentro de 24 horas, sem sequelas clinicamente detectáveis.

Cronicamente, a terapia anti-hipertensiva eficaz, mantendo PA menor que 130/80 mmHg, tem tido um papel decisivo na prevenção secundária de todos os tipos de AVE e AIT. Desde que se obtenha a redução da PA, qualquer medicamento anti-hipertensivo poderá ser utilizado. No momento, não há evidências que iniciar a terapêutica antihipertensiva seja efetiva com PAS menor que 140 mmHg em pacientes com passado de AVE.

- **Doença renal crônica**

Nessa população, a redução pressórica constitui a medida mais eficaz para a redução do risco CV e atenuação da progressão do dano renal, independentemente do antihipertensivo utilizado.

Atenção especial deve ser dispensada a pacientes com albuminúria elevada, pois essa é determinante de evolução desfavorável da doença renal, bem como de aumento do risco CV.

Tabela 12 - Metas pressóricas para pacientes em tratamento conservador, de acordo com a etiologia da DRC e com a excreção de albumina:

	ALBUMINÚRIA < 30mg/24 h	ALBUMINÚRIA >30 mg/24h
DRC não diabética	<140x90mmHg	<130x80mmHg
Fármaco preferencial	Qualquer	IECA ou BRA
DRC diabética	<130mmHg	<130x80
Fármaco preferencial	Qualquer	IECA ou BRA

Fonte: Adaptada da 7ª. Diretriz de Hipertensão Arterial, 2016:45

- **Gestantes:**

As síndromes hipertensivas na gestação acarretam expressiva morbimortalidade tanto materna quanto fetal. Não existem informações precisas sobre a incidência de pré- eclâmpsia (PE), porém estima-se que afete

cerca de 4% das gestações. No Brasil, incidência de 1,5 % para PE e de 0,6% para eclâmpsia¹ é relatada.

Define-se HA na gestação como a presença de PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg. A medida deve ser realizada idealmente com a paciente sentada e alternativamente com a gestante em decúbito lateral.

A PE é definida pela presença de HA após a 20^a semana associada a proteinúria significativa. Na ausência de proteinúria significativa, o diagnóstico pode ser baseado na presença de cefaleia, turvação visual, dor abdominal, plaquetopenia (menos que 100.000/mm³), elevação de enzimas hepáticas (o dobro do basal), comprometimento renal (acima de 1,1 mg/dl ou o dobro do basal), edema pulmonar, distúrbios visuais ou cerebrais, escotomas ou convulsão.

A eclâmpsia é definida como a presença de convulsões do tipo grande mal em uma gestante com PE.

A HA crônica é definida pela detecção de HA precedendo a gestação ou antes de 20 semanas. É possível que ocorra com sobreposição de PE.

A hipertensão gestacional é caracterizada pela ocorrência de HA após a 20^a semana sem a presença de proteinúria.

Tratamento não medicamentoso (TNM)

O TNM não deve ser utilizado isoladamente em situações de HA acima de 150 mmHg persistente por mais de 15 minutos para evitar lesão neurológica irreversível. Para evitar mortes maternas, PAS > 150-160 mmHg deve ser considerada de tratamento urgente.

O repouso relativo em hospital ou hospital-dia, com monitoramento, é sugerido para PE. A internação hospitalar deve ser indicada em pacientes com HA grave na gestação. Não há indicação de repouso rotineiramente para hipertensão na gestação.

Prevenção de pré-eclâmpsia:

Na prevenção de PE, não há estratégia inequivocamente efetiva para todas as gestantes.

Não se recomenda suplementação de cálcio (> 1 g ao dia) para gestantes com ingestão normal desse íon e sim para aquelas com baixa ingestão de cálcio e em risco moderado e aumentado de PE.

Baixas doses de ácido acetilsalicílico (75 a 150 mg/dia) no final do primeiro trimestre da gestação podem ser úteis na prevenção primária de PE em gestantes com risco moderado e aumentado para PE e deveria ser iniciada ao fim do primeiro trimestre, porém o uso não é recomendado na ausência de risco.

Tratamento medicamentoso e seguimento ambulatorial:

No Brasil, os medicamentos orais disponíveis e usualmente empregados são: 1. metildopa; 2. hidralazina ou BCC (nifedipino, anlodipino e verapamil); 3. BB (somente tartarato de metoprolol) ou diurético.

O atenolol está associado com redução do crescimento fetal e a prazosina pode causar natimortalidade.

Na PE, a prescrição de diurético é geralmente evitada; os tiazídicos, porém, podem ser continuados em gestantes com HA crônica (HAC), desde que não promovam depleção de volume.

O seguimento ambulatorial deve ser mensal, tendo por meta o controle pressórico; exames laboratoriais devem ser solicitados de acordo com a clínica e a US obstétrica deve ser solicitada trimestralmente.

- **Situações de urgência**

O tratamento medicamentoso urgente é indicado em HA grave (PAS > 155-160 mmHg), com o objetivo de mantê-la em 130-150/80-100 mmHg.

Na presença de sinais premonitórios: cefaleia, escotomas, epigastralgia, edema excessivo, epistaxe, gengivorragia, reflexos tendíneos aumentados e

PA \geq 160/110mmHg, a paciente deverá ser encaminhada à maternidade, bem como na presença de edema agudo de pulmão.

Em pacientes com PE com quadro clínico estabilizado sem necessidade de parto imediato, está indicado tratamento anti-hipertensivo oral.

O uso de IECA e BRA é contraindicado na gestação e atenolol deve ser evitado.

Indicação de parto

A conduta expectante não é recomendada após 36 semanas de gestação (\geq 37 semanas) em mulheres com hipertensão na gestação. A conduta expectante é sugerida entre 34 e 36 semanas de gestação em mulheres estáveis, sem piora clínica ou hipertensão grave.

O parto precoce em pacientes com PE pode estar associado à diminuição da mortalidade. O momento ideal de parto, antes de 32-34 semanas, é um dilema devido à incerteza no balanço entre a segurança da mãe (término da gestação) e a maturidade fetal (expectante).

A HA grave não é, por si só, indicação de cesárea. Na presença de quadro clínico materno estável, boa vitalidade fetal e na ausência de outras indicações de cesárea, a resolução da gravidez pode ser por indução de parto, sempre com atenção à condição clínica materna e vitalidade fetal durante o procedimento.

Tabela-13: Tratamento anti-hipertensivo na lactante:

MEDICAMENTOS	RECOMENDAÇÃO
DIU: hidroclorotiazida e espironolactona Inibidores adrenérgicos: alfametildopa e propranolol Vasodilatadores: hidralazina BCC: nifedipino, IECA: captopril e enalapril	<p align="center">Seguros</p>
DIU: furosemida Inibidores adrenérgicos: atenolol e caverdilol BCC: anlodipino	<p align="center">Moderadamente seguros</p>
BRA: Losartana	<p align="center">Potencialmente perigosos</p>

Fonte: Adaptada da 7ª. Diretriz de Hipertensão Arterial, 2016:51

OBS: As doses são as mesmas para tratamento do hipertenso adulto

XV- URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

- **Urgência Hipertensiva**

São situações clínicas sintomáticas em que há elevação acentuada da PA (definida arbitrariamente como PAD \geq 120 mmHg) sem LOA aguda e progressiva.

Pacientes com urgência hipertensiva estão expostos a um maior risco futuro de eventos cardiovasculares devendo ser tratados com medicamentos por via oral, buscando redução da PA em 24 a 48H. A medicação de escolha é o **captopril via oral**, na dosagem inicial de 25mg, podendo ser repetido mesma dose após 1h, se necessário. O controle deve ser obtido até a segunda dose, onde não havendo resposta terapêutica, o paciente deverá ser encaminhado ao serviço de emergência.

Emergência Hipertensiva

As EH são situações clínicas sintomáticas em que há elevação acentuada da PA (definida arbitrariamente como PAD \geq 120 mmHg) com LOA aguda e progressiva e risco de morte, exigindo imediata redução da PA com agentes aplicados por via parenteral e ser monitorados cuidadosamente durante a terapia para evitar hipotensão.

SINAIS DE ALERTA PARA REFERÊNCIAMENTO IMEDIATO VIA SAMU:

- Edema agudo de pulmão: Paciente angustiado e com dificuldade para falar. Estertores pulmonares até ápice. Baixa saturação de oxigênio. Pode ter estase de jugulares (não é obrigatório)
- Síndrome coronária aguda: Dor ou sensação de opressão precordial. Pode ser acompanhado de náuseas, dispnéia, sudorese fria. A caracterização minuciosa da dor é a etapa mais importante na investigação de SCA.
- Dissecção aguda de aorta: Dor lancinante, pode ser precordial ou se irradiar para as costas. Pode ter pulsos assimétricos. Pode ter sopro diastólico em foco aórtico.
- Encefalopatia hipertensiva: Letargia, cefaléia, confusão, distúrbios visuais e convulsões, todos com início agudo ou subagudo.

Obs: É importante diferenciar dessas situações os quadros de Pseudocrise hipertensiva, que são alterações pressóricas que ocorrem em situações de estresse emocional e podem cursar com cefaléia, dor torácica atípica, dispnéia e síndrome do pânico, associadas à PA elevada e que são resolvidas com uso de benzodiazepínico, analgésicos, etc. Também não constitui urgência hipertensiva a elevação da pressão arterial sem sintomas. Um ajuste terapêutico poderá, nesses casos, promover o adequado controle da pressão arterial, mesmo que para tal fim se façam necessários alguns dias de observação.

XVI – BIBLIOGRAFIA:

Malachias MVB, Souza WKSB, 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

Moreira MCV, Montenegro ST, Paola AAV. Livro texto a Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2ª. Edição. Barueri, SP: Manole, 2015.

Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

Portaria no. 2.488, de 21 de outubro de 2011- Ministério da Saúde.

Revista de Medicina. Universidade de São Paulo: 2018 mar-abr:226-34

Protocolo de Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, Curitiba: 2018, 3-4 abril.