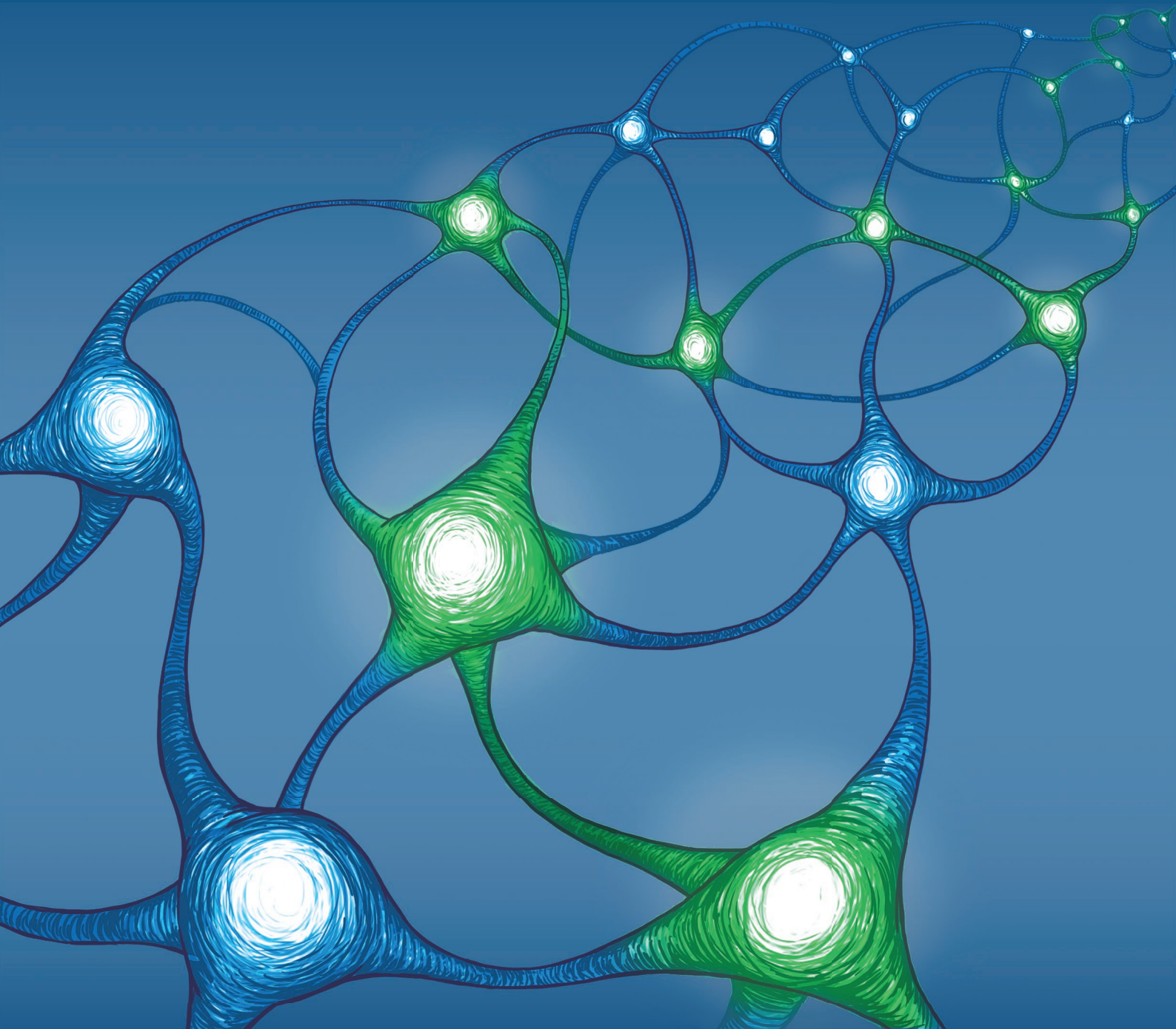


UNA-SUS

UFSC

EVENTOS AGUDOS NA ATENÇÃO BÁSICA



Crise Hipertensiva

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Pesquisa Jamil Assereuy Filho

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sergio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretor Isabela de Carlos Back Giuliano

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Antonio Fernando Boing

Subchefe do Departamento Lúcio José Botelho

Coordenador do Curso de Capacitação Rodrigo Otávio Moretti-Pires

COMITÊ GESTOR

Coordenadora de Produção de Material Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora Interinstitucional Sheila Rubia Lindner

Coordenador de AVA Antonio Fernando Boing

Coordenadora Acadêmica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora Executiva Rosângela Leonor Goulart

EQUIPE EAD

Douglas Kovaleski

Isabela Oliveira

Thays Berger Conceição

Carolina Carvalho Bolsoni

AUTORES

Diogo Luis Scalco

Fernanda Zanatta

Gabriel Scalco

REVISOR EXTERNO

Lílian Tânia Amorim

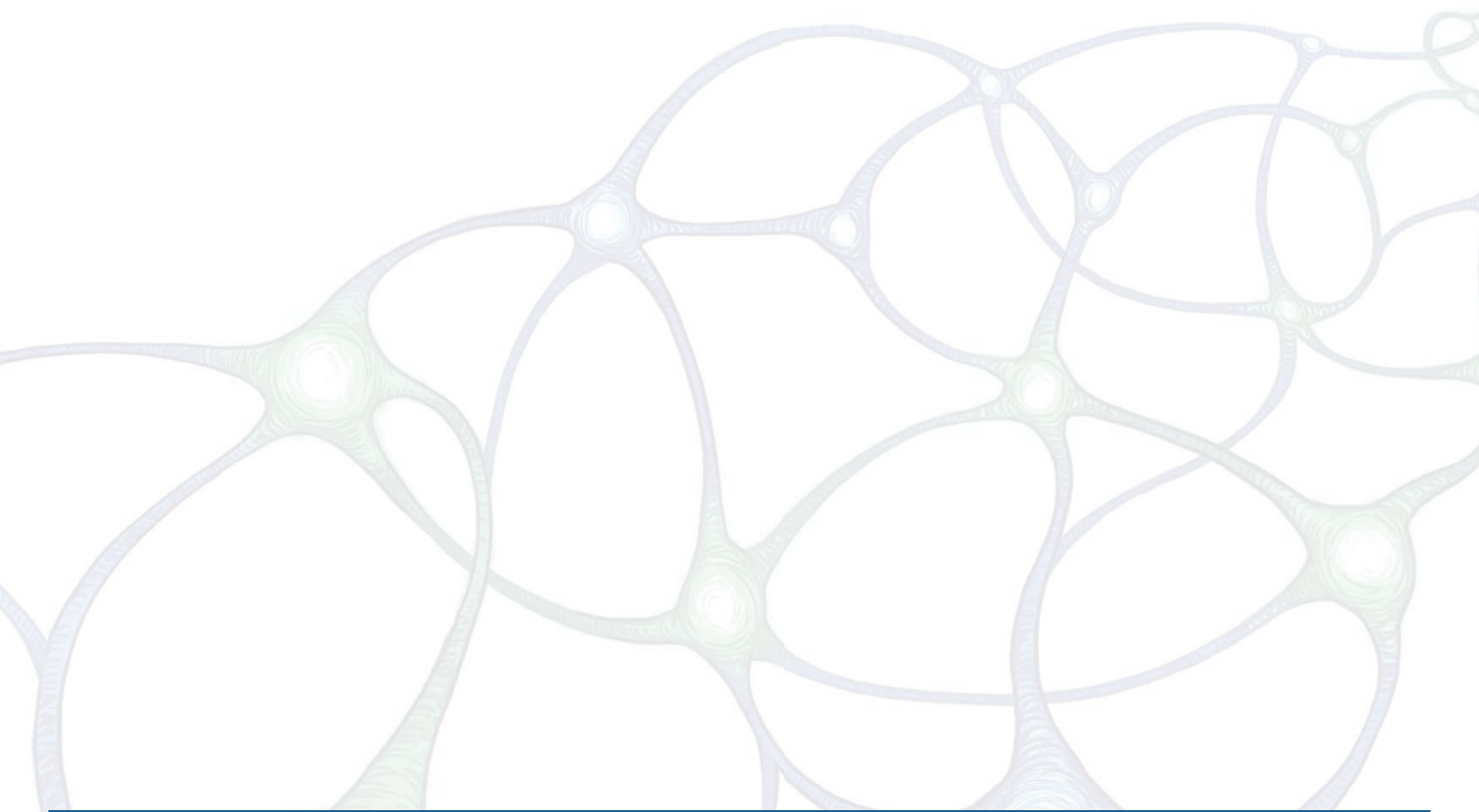
Cesar Augusto Soares Nitschke

ASSESSORA PEDAGÓGICA

Marcia Regina Luz

**EVENTOS AGUDOS
NA ATENÇÃO BÁSICA**

Crise Hipertensiva



© 2013 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.
ISBN –

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

Disponível em: www.unasus.ufsc.br.

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Bibliotecária responsável:
Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

FICHA CATALOGRÁFICA

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Eleonora Milano Falcão Vieira e Marialice de Moraes

Coordenação de Design Instrucional: Andreia Mara Fiala

Coordenação de Design Gráfico: Giovana Schuelter

Design Instrucional Master: Agnes Sanfelici

Design Instrucional: Patrícia Cella Azzolini

Revisão de Português: Barbara da Silveira Vieira, Flávia Goulart

Design Gráfico: Fabrício Sawczen

Ilustrações: Rafaella Volkmann Paschoal, Fabrício Sawczen

Design de Capa: Rafaella Volkmann Paschoal

SUMÁRIO

1. Introdução	8
2. Ações Preventivas	9
3. Conceito e Classificação	10
4. Avaliação diagnóstica e diagnóstico diferencial.....	11
5. Abordagem inicial e indicações de encaminhamento e monitoramento	12
6. Cuidados pós-Evento Agudo no domicílio e na comunidade	13
7. Resumo do módulo	13
Referências	14
Autores.....	15

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Caro aluno,

Neste módulo trataremos do estudo de uma entidade clínica que é responsável por 25% dos atendimentos a urgências médicas e que, portanto, é de suma importância para o profissional que trabalha em ambiente de Atenção Básica à Saúde (ABS): a hipertensão severa aguda. Além de muito prevalente, ela é responsável, por exemplo, pelos casos de emergência hipertensiva, que podem levar a óbito quando o diagnóstico e o manejo não são corretamente realizados.

Essa entidade clínica pode se apresentar de diversas formas, dentre elas, a já citada emergência hipertensiva e a pseudocrise hipertensiva, sendo que seus prognósticos são completamente distintos um do outro. Portanto, com base nessas informações, é possível perceber a importância do correto manejo destes casos por parte da Atenção Básica a fim de evitar erros diagnósticos, medidas terapêuticas desnecessárias, óbitos e gastos indevidos ao sistema de saúde.

Esperamos que você utilize este módulo como forma de aprimorar seu conhecimento a respeito do assunto, aprofundando-o com leituras subsequentes nas áreas em que encontrar dúvidas ou dificuldades. Desejamos que este material ajude a guiar suas condutas para um melhor e mais eficiente atendimento em saúde.

Bom estudo!

A Coordenação.

Ementa da Unidade

Contextualização clínica e conceito. Formas clínicas. Abordagem inicial e diagnóstico diferencial. Condutas clínicas. Medidas preventivas. Acompanhamento do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivos de Aprendizagem

- Definir o conceito de hipertensão severa.
- Caracterizar suas formas de apresentação clínica.
- Realizar o diagnóstico diferencial entre essas formas.
- Identificar com maior facilidade os casos que devem ser referenciados.
- Proceder ao manejo clínico nos ambientes de Atenção Básica à Saúde.
- Orientar os usuários a respeito das medidas preventivas.

Carga Horária

30 horas

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um fator de risco para doenças cuja etiopatogenia esteja relacionada à arteriosclerose e à trombose, que, mais comumente, manifestam-se através do acometimento cardíaco, cerebral, vascular periférico e renal. Ela é causadora da cardiopatia hipertensiva e responsável por 25% da etiologia da cardiopatia isquêmica, bem como por 40% dos casos de acidentes vasculares cerebrais (AVCs) e uma das mais frequentes causas de insuficiência renal crônica. Devido a todas essas consequências, a HAS é considerada uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida (DUNCAN, 2004).

A HAS apresenta alta prevalência – 1 bilhão de pessoas no mundo (CHOBANIAN et al., 2003) e 23,6% da população entre 20 e 69 anos no Brasil (COSTA et al., 2007) – e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos fatores de risco modificáveis mais importantes na gênese da doença cardiovascular.

Trata-se de uma condição clínica caracterizada por valores elevados e mantidos da pressão arterial, podendo ser classificada como primária ou secundária. Sendo assim:

- Quando não há uma causa identificável, a HAS é classificada como **essencial** ou **primária**, e corresponde a 90-95% dos casos. Nestes casos, sua etiologia parece ser multifatorial e associada a idade, gênero, etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, sedentarismo, ingestão de álcool, fatores socioeconômicos e genética.
- A HAS é considerada **secundária** quando a causa é identificada, como, por exemplo, nos casos de hiperaldosteronismo primário, feocromocitoma, hipotireoidismo, hipertireoidismo, síndrome de Cushing, coarctação da aorta, hipertensão renovascular, dentre outros.

A investigação de causas secundárias deve ser reservada para as seguintes situações:

- hipertensão refratária ao tratamento;
- aparecimento de HAS abaixo de 30 ou acima de 50 anos;
- presença de sintomas ou sinais sugestivos de uma causa específica de HAS.

Seu diagnóstico é clínico e pode ser feito a partir de duas ou mais medidas de pressão arterial, em momentos distintos, que apresentem valores iguais ou superiores a 140 mmHg de pressão arterial sistólica (PAS), 90 mmHg de pressão arterial diastólica (PAD) ou a combinação desses dois valores (CHOBANIAN et al., 2003). Além da medida ambulatorial da pressão, o diagnóstico também pode ser feito através da medida

ambulatorial da pressão arterial por 24 horas (MAPA) ou da medida residencial da pressão arterial (MRPA).

Para um diagnóstico acurado, deve-se estar atento à forma de medição da pressão arterial (PA), ao estado dos aparelhos, ao tamanho do manguito, bem como estar alerta à hipertensão do avental branco e à hipertensão mascarada, razões pelas quais deve-se valorizar a aferição da pressão fora do consultório.



Link

Para saber mais sobre a hipertensão secundária e suas causas, consulte as páginas 44 a 51 da **Revista Brasileira de Hipertensão**, volume 17, número 1, publicada em 2010. Basta acessar o link: <http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf>.

Além disso, neste mesmo volume da **Revista Brasileira de Hipertensão**, você poderá obter mais informações a respeito da correta aferição da PA, da MAPA e da MRPA. Para ter acesso, basta visitar o mesmo endereço mencionado.

De acordo com o JNC – 7 Report (CHOBANIAN et al., 2003), a PA foi classificada em três estágios:

- pré-hipertensão – 120 a 139 mmHg de PAS, 80 a 89 mmHg de PAD ou a combinação de ambos os valores;
- hipertensão estágio 1 – 140 a 159 mmHg de PAS, 90 a 99 mmHg de PAD ou a combinação de ambos os valores; e
- hipertensão estágio 2 – PAS maior ou igual a 160 mmHg, PAD maior ou igual a 100 mmHg ou a combinação de ambos os valores.

O tratamento envolve abordagem comportamental e farmacológica, sendo que no estágio de pré-hipertensão o tratamento é apenas não farmacológico.

O **tratamento comportamental** envolve mudanças de hábitos de vida e baseia-se em controle do peso – na perda, caso a pessoa tenha sobrepeso ou obesidade –, dieta saudável – rica em cálcio e potássio, e pobre em sódio –, exercícios físicos e controle do uso de bebidas alcoólicas. Lembre-se de que esse assunto pode ser abordado por outros profissionais da equipe além do médico. O tratamento deve ser ofertado e estimulado em todos os usuários, independentemente do estágio em que se encontrem. Já o **tratamento farmacológico** compreende diversas classes de drogas e deve ser ofertado a todos os usuários no estágio 2, e àqueles que se encontram no estágio 1, mas apresentem lesão em órgão alvo ou risco de evento cardiovascular maior que 20% em 10 anos.



Link

Para mais informações sobre a avaliação e o manejo do risco cardiovascular, consulte as informações disponíveis no site **Prodigy** através do link: <http://prodigy.clarity.co.uk/cvd_risk_assessment_and_management>.

A escolha da classe da droga a ser prescrita depende de diversos fatores, incluindo os valores de PA, a etnia, a idade e as comorbidades. Mais informações sobre o tratamento da HAS podem também ser encontradas no site **Prodigy**. Basta acessar o link: <http://prodigy.clarity.co.uk/hypertension_not_diabetic/management/scenario_diagnosis/diagnosis#-384566>.

No cuidado ao indivíduo hipertenso, é necessário abordar o risco cardiovascular e avaliar a necessidade do uso de drogas antiplaquetárias e estatinas. Além disso, é válido lembrar que a associação entre HAS e *Diabetes mellitus* (DM) modifica a abordagem, o tratamento e o acompanhamento destas.

2. AÇÕES PREVENTIVAS

A hipertensão severa é passível de ser prevenida se atuarmos em diversos pontos do tratamento e do cuidado a pessoas hipertensas. Alguns dos fatores que ajudam a evitar a hipertensão severa encontram-se na base do cuidado a esses indivíduos, como: facilitar o acesso à Atenção Básica, fornecer o melhor tratamento farmacológico e comportamental possível, adaptando-os às características e à realidade do usuário, bem como monitorar a resposta desse usuário e analisar a sua adesão aos tratamentos propostos.

Sendo assim, um acompanhamento estruturado e um tratamento constantemente reavaliado são fundamentais e devem ser providos por parte do cuidador a fim de prevenir crises. Desta forma, a longitudinalidade da atenção deve ser utilizada como ferramenta poderosa na prevenção da hipertensão severa aguda.

Para que o tratamento possa ser realizado e o acompanhamento fornecido, o acesso desses usuários, principalmente durante o ajuste de medicações ou enquanto os níveis pressóricos ainda não estiverem adequados, deve ser facilitado e permitido sempre que possível. Com a possibilidade da presença de uma equipe multidisciplinar, a Unidade Básica de Saúde (UBS) pode, dentro de sua realidade, fazer o acolhimento desses indivíduos, de forma a conhecer os problemas em seu tratamento e em sua saúde, e, então, fornecer um cuidado multifocal.

Mesmo com acesso e tratamento adequados, ainda há de se avaliar constantemente a adesão do usuário aos cuidados, afinal, esta é uma das grandes causas de hipertensão severa aguda. É importante que a equipe de saúde, além de atentar para o uso de álcool

Uma das complicações clínicas mais importantes da HAS – devido à possibilidade de gerar risco de morte iminente – é a hipertensão severa aguda, que se apresenta frequentemente na Atenção Básica, sob diversas formas, e preocupa a equipe justamente pelo caráter emergencial que pode acarretar. Sendo assim, cada caso deve ser criteriosamente analisado para que os emergenciais possam ser encaminhados a outros níveis de atenção a fim de evitar um desfecho fatal, e para que os demais casos possam ser reavaliados com o objetivo de aprimorar o cuidado e garantir uma boa adesão ao tratamento. É sobre este tema que iremos discorrer neste módulo. Acompanhe!

e drogas ilícitas, que podem provocar crises, esteja alerta à descontinuação de drogas anti-hipertensivas, especialmente betabloqueadores e clonidina, cuja retirada abrupta é causa de piora aguda dos níveis pressóricos.

Estimular o tratamento não farmacológico auxilia a controlar a hipertensão e, por consequência, a evitar episódios de hipertensão severa. As modificações de estilo de vida para o controle da hipertensão baseiam-se em cinco pontos principais:

1. redução do peso;
2. adoção do plano de dieta DASH (*dietary approaches to stop hypertension*);
3. redução do sódio na dieta;
4. realização de atividade física; e
5. moderação no consumo de álcool.

O objetivo da **redução de peso** é manter o Índice de Massa Corporal (IMC) normal – entre 18 e 24,9 kg/m² –, que pode ser alcançado por meio de dieta e atividade física. Medicamentos e, sobretudo, gastroplastia, são opções reservadas para situações especiais; excepcionalmente quando as outras medidas não forem suficientes ou quando o risco da cirurgia e as consequências desta forem menores do que o risco de complicações decorrentes da obesidade grave.

A **dieta DASH** estimula uma ingestão rica em frutas e verduras, produtos lácteos com baixo teor de gordura, cereais integrais, nozes, peixes e aves, e incentiva um menor consumo de carne vermelha, açúcares e gordura. Em outras palavras, a adoção da DASH contribui para uma menor ingestão de gordura total e

saturada, e resulta em maior ingestão de potássio, cálcio, magnésio e fibras, o que contribui para a diminuição dos valores pressóricos.

A **redução do sódio** na alimentação deve ter como objetivo restringir a ingestão a, no máximo, 2,4 g de sódio ou 6 g de cloreto de sódio por dia, o equivalente a uma colher de chá de sal de cozinha.

A **realização de atividades físicas** deve ser estimulada sempre se atentando para aquelas de maior preferência do usuário, visando aumentar a sua aderência. As atividades devem ser aeróbicas, durar pelo menos 30 minutos e ser realizadas pelo menos quatro vezes por semana.

O **consumo de álcool** deve ser limitado a não mais que 30 ml de etanol – 60 ml de destilados (cachaça, uísque, vodca), 240 ml de vinho ou 720 ml de cerveja – por dia para homens e não mais que 15 ml para mulheres ou homens mais magros.

Além disso, a **cessação do tabagismo** também deve ser estimulada. Ela não diminui os níveis pressóricos, mas reduz o risco cardiovascular total.

3. CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO

Assume-se hipertensão severa na presença de pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 180 mmHg, pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 120 mmHg ou uma combinação de ambas. A avaliação clínica adequada dos indivíduos com hipertensão severa se faz necessária para que se possa identificar a minoria que poderá se beneficiar da rápida redução da pressão arterial, que só é indicada em casos de severidade.

A partir de agora, você verá como podem ser classificados os casos de hipertensão.

Emergências hipertensivas

As emergências hipertensivas são definidas pela ocorrência de hipertensão severa ou elevação abrupta da PA associadas à lesão aguda iminente ou progressiva de órgão-alvo, que configuram situação médica que frequentemente oferece ameaça à vida. Em geral, são situações graves que exigem encaminhamento imediato para uma unidade de saúde com mais recursos, para que, rapidamente, sejam realizadas as condutas necessárias. A tabela a seguir apresenta alguns exemplos de emergências hipertensivas.

Tabela 1 – Condições associadas a emergências hipertensivas

CONDIÇÕES ASSOCIADAS A EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS
Edema agudo de pulmão
Síndrome coronariana aguda
Dissecção de aorta
Acidente vascular cerebral hemorrágico <ul style="list-style-type: none">- hemorragia subaracnoide- hematoma intraparenquimatoso
Acidente vascular cerebral isquêmico
Encefalopatia hipertensiva
Crise de feocromocitoma
Ingestão de substâncias simpaticomiméticas <ul style="list-style-type: none">- cocaína/<i>crack</i>- anfetaminas
Eclâmpsia

Urgências hipertensivas

As urgências hipertensivas compreendem as situações em que a hipertensão severa ocorre em indivíduos assintomáticos, porém com lesão prévia de órgão-alvo – como insuficiência coronária crônica (infarto do miocárdio prévio, angina estável), insuficiência cardíaca, aneurisma de aorta abdominal, insuficiência renal crônica ou acidente vascular cerebral prévio –, havendo, portanto, risco potencial de lesão aguda em órgão-alvo.

Hipertensão severa não controlada

Há indivíduos com hipertensão severa, porém assintomáticos, ou que, no máximo, apresentam sintomas inespecíficos e leves, como mal-estar, tontura ou cefaleia. Em geral, esses indivíduos são portadores de hipertensão severa não controlada.

Pseudocrises Hipertensivas

Pseudocrises hipertensivas são situações nas quais a elevação acentuada da PA é desencadeada por dor, vertigem, tontura, ansiedade e agitação psicomotora. Sendo assim, constitui-se como prioridade o tratamento do fator desencadeante, se necessário com medicações sintomáticas, como analgésicos, antiveriginosos, benzodiazepínicos ou antipsicóticos.

Hipertensão severa não controlada e pseudocrises hipertensivas são as situações mais prevalentes nas Unidades Básicas de Saúde.

4. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A primeira providência a ser tomada quando um usuário hipertenso procura a Unidade Básica de Saúde é excluir a possibilidade de emergência hipertensiva, devido ao desfecho fatal que esta pode acarretar.

Assim, é fundamental que seja realizado o exame clínico a fim de reconhecer uma emergência hipertensiva, de forma que o usuário possa ser imediatamente encaminhado a uma unidade hospitalar. Sintomas como dispneia, dor torácica, cefaleia, sintomas neurológicos focais (hemiparesia ou paralisia facial), crise convulsiva e alteração do nível de consciência devem ser analisados criteriosamente.

Além disso, é muito importante questionar o indivíduo a respeito de comorbidades, da aderência a medicações anti-hipertensivas e do uso ou abuso de medicamentos que podem contribuir para a elevação da PA, como anti-inflamatórios não hormonais (inclusive os inibidores seletivos da COX-2), descongestionantes nasais (pseudoefedrina ou fenilefrina) e anorexígenos, além do consumo de substâncias como álcool, cocaína ou crack. Deve-se realizar exames físico cardiovascular e neurológico minuciosos, incluindo mensuração de PA em ambos os braços. A tabela a seguir lista alguns achados do exame clínico que podem sugerir emergências hipertensivas. Observe:

Tabela 2 – Sinais e sintomas que podem sugerir emergências hipertensivas

SINAIS E SINTOMAS QUE PODEM SUGERIR EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS

Síndrome coronariana aguda

Dor ou desconforto retroesternal ou precordial, em aperto, irradiado para região cervical ou membro superior esquerdo, associado a náuseas, vômitos ou sudorese fria.

Edema agudo de pulmão

Dispneia, ortopneia, turgência jugular, refluxo hepatojugular, estertores crepitantes bilaterais e edema de membros inferiores.

Dissecção de aorta

Dor torácica ou dorsalgia lancinante, associada à assimetria de pulsos ou à diferença de PA superior a 20 mmHg nos braços.

Hemorragia subaracnoide

Cefaleia súbita e intensa, associada a vômitos, rigidez de nuca, seguida por rebaixamento do nível de consciência.

Hematoma intraparenquimatoso

Déficit focal (hemiparesia, paralisia facial, disartria ou afasia) associado à crise convulsiva e ao rebaixamento do nível de consciência.

Acidente vascular cerebral isquêmico

Déficit focal em geral sem comprometimento do nível de consciência*.

* Quando houver rebaixamento do nível de consciência, deve-se considerar AVC isquêmico extenso.

Após a exclusão de uma possível emergência hipertensiva, o médico deve avaliar o controle pressórico prévio do usuário, o seu grau de adesão ao tratamento, as comorbidades e o risco cardiovascular, a fim de poder diferenciar uma hipertensão severa não controlada de uma urgência hipertensiva.

Nos casos de pseudocrise hipertensiva, os sintomas costumam ser inespecíficos e inconsistentes, e o exame físico apresenta-se normal. Nestas situações,

destaca-se a necessidade de avaliar possíveis fatores causais, como dores, situações estressoras, personalidade ansiosa, entre outras.

É válido destacar que a crença popular costuma considerar a cefaleia como uma manifestação de hipertensão não controlada. Entretanto, há evidências de que os indivíduos com PA elevada têm uma prevalência reduzida de cefaleia em comparação com aqueles que apresentam PA normal (HAGEN et al., 2002).

5. ABORDAGEM INICIAL E INDICAÇÕES DE ENCAMINHAMENTO E MONITORAMENTO

A abordagem inicial deve ser direcionada para cada uma das formas clínicas que podem ser encontradas na assistência básica, de forma a garantir o tratamento mais efetivo e menos danoso ao usuário.

Emergência hipertensiva

Toda suspeita de emergência hipertensiva deve ser imediatamente encaminhada para uma unidade hospitalar, para que seja manejada adequadamente. De acordo com a realidade da Unidade Básica de Saúde, deve-se fornecer tratamento de suporte para causa base até a chegada do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Urgência hipertensiva

Para os usuários em situação de urgência hipertensiva, podemos considerar o uso de anti-hipertensivos via oral com início de ação rápida, com o objetivo de reduzir a PA ao longo de 24 a 72 horas. Essa abordagem é especialmente válida para aqueles com história sabida de aneurisma de aorta ou cerebral. Dentre os anti-hipertensivos, são opções o captopril, a clonidina, a furosemida e a hidralazina, sendo esta última reservada a gestantes. Uma vez administrado o medicamento, deve-se reavaliar a PA dentro de algumas horas para assegurar a redução de 20 a 30 mmHg na PA.



Link

Para obter mais informações sobre hipertensão arterial sistêmica acesse os Cadernos de Atenção Básica no endereço eletrônico:
bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf

Hipertensão severa não controlada

Em indivíduos com hipertensão severa não controlada e assintomáticos, o objetivo é reduzir a PA ao longo de 3 a 7 dias, preferencialmente com o uso de anti-hipertensivos de ação prolongada. A escolha do

anti-hipertensivo deve ser pautada pelas características do usuário e com base em suas comorbidades e, frequentemente, nestes casos, preconiza-se a associação de medicamentos.

Atenção: Ainda existe grande controvérsia sobre a forma correta de manusear a hipertensão severa assintomática – urgência hipertensiva ou hipertensão severa não controlada –, parece não haver evidências claras de que a redução rápida dos níveis pressóricos sejam benéficos para o hipertenso. Na verdade, há a possibilidade de que a redução abrupta da PA ultrapasse o limite da zona de autorregulação, provocando isquemia miocárdica ou cerebral. Este efeito tem sido documentado com o uso de nifedipina sublingual de liberação rápida, portanto, esta medicação é prescrita neste contexto.

Desta forma, o alvo deve ser a redução da PA \leq 160/100 mmHg ao longo de horas ou mesmo dias.

Acomodar o usuário em um lugar silencioso pode ser suficiente para que haja uma redução espontânea de até 20 mmHg na PA, mas lembre-se de tratar os sintomas que possam contribuir para a elevação da PA. Pode-se considerar o aumento de medicamentos ou da dose de anti-hipertensivos sem caráter de urgência.

Pseudocrise hipertensiva

O objetivo do manejo, neste caso, pauta-se em buscar os fatores precipitantes da pseudocrise e agir sobre eles. Sendo assim, busque tranquilizar o usuário, colocá-lo em uma sala silenciosa, fornecer medicação analgésica se ele estiver com dor e, em casos de agitação psicomotora ou ansiedade, considere a possibilidade de administração de benzodiazepínicos via oral. A reavaliação do usuário, da pressão arterial e dos demais sinais vitais ao longo do período aliada a um bom vínculo e às medidas anteriormente mencionadas pode ser suficiente para diminuir os níveis pressóricos.

6. CUIDADOS PÓS-EVENTO AGUDO NO DOMICÍLIO E NA COMUNIDADE

Sendo a HAS uma das doenças mais prevalentes e ainda estando na base causal de complicações que levam a morte, como o infarto, ela é alvo de ações específicas e contínuas pelos serviços de saúde. Uma das atribuições da equipe de saúde das unidades básicas é atuar na prevenção das complicações da hipertensão, com ações que vão da criação de grupos de hipertensos, até a aferição domiciliar da pressão arterial e o acompanhamento do uso correto da medicação.

Assim devemos ter claro que, tanto para usuários em emergência hipertensiva, urgência hipertensiva ou hipertensão severa não controlada, e sabidamente hipertensos, é fundamental:

- checar e reforçar a aderência às medicações anti-hipertensivas;
- reforçar as orientações dietéticas, com enfoque na restrição do uso de sal;
- considerar o aumento da medicação anti-hipertensiva em uso ou a associação de medicamentos;
- insistir na importância do acompanhamento ambulatorial para a otimização do tratamento.

7. RESUMO DO MÓDULO

Caro aluno.

Neste módulo você estudou o conceito de hipertensão severa aguda, suas formas clínicas, como diagnosticá-las e a conduta mais adequada para cada uma das situações. Além disso, você relembrou alguns conceitos relacionados à hipertensão arterial sistêmica, bem como as medidas preventivas para a hipertensão severa aguda.

Tenha uma boa avaliação!

*Diogo Luis Scalco
Fernanda Zanatta
Gabriel Scalco*

- BAKRIS, G. L. Management of severe asymptomatic hypertension (hypertensive urgencies). **Up to Date**, 2012. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/management-of-severe-asymptomatic-hypertension-hypertensive-urgencies?source=search_result&search=Management+of+severe+asymptomatic+hypertension&selectedTitle=1~150>. Acesso em: 14 abr. 2012.
- 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**, v. 289, n. 19, p. 2560-2572, May. 2003. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=196589>> Acesso em: 16 abr. 2012
- COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, 2007. v. 88, n. 1, p. 59-65. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n1/a10v88n1.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2012.
- DUNCAN, B. B. et al. (Ed.) **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- HAGEN, K. et al. Blood pressure and risk of headache: a prospective study of 22.685 adults in Norway. **Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry**, v. 72, p. 463-466, 2002. Disponível em: <<http://jnnp.bmj.com/content/72/4/463.full.pdf+html>>. Acesso em: 05 jun. 2012.
- HERBERT, C. J.; VIDT, D. G. Hypertensive Crises. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v. 35, p. 475-487, 2008. Disponível em: <<http://pdf.edocr.com/2ad943aac1c8c89ec1208840b0506235161d34ef.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2012.
- KESSLER, C. S.; JOUDEH, Y. Evaluation and treatment of severe asymptomatic hypertension. **American Family Physicians**, v. 81, n. 4, p. 470-476, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2010/0215/p470.html>>. Acesso em: 20 ago. 2012.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH). Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) . VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 1, supl. 1, p. 1-51, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_ERRATA.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2012.

Diogo Luis Scalco

Preceptor do programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade da PMF-UFSC. Mestrado em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas. Atualmente é médico da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

<http://lattes.cnpq.br/8976105695888541>

Fernanda Zanatta

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (2011). Atualmente é médica residente em Medicina de Família e Comunidade (HU-UFSC).

Gabriel Scalco

Possui graduação em medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina. Médico Internista e Preceptor da Residência de Clínica Médica do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes, São José, Santa Catarina.