Mulheres com HAS dentro da meta pressórica e com acompanhamento regular geralmente apresentam um desfecho favorável. Por outro lado, mulheres com controle pressórico insatisfatório no primeiro trimestre de gravidez têm um risco consideravelmente maior de morbimortalidade materna e fetal (JAMES; NELSON-PIERCY et al., 2004).

O tratamento da HAS leve na grávida deve ser focado em medidas não farmacológicas, já nas formas moderada e grave pode-se optar pelo tratamento usual recomendado para cada condição clínica específica, excluindo-se os inibidores da enzima conversora de angiotensina II (Ieca) e antagonistas da angiotensina II, em razão dos efeitos teratogênicos em potência (GUSSO; LOPES, 2012). A metildopa é a medicação mais bem estudada para uso na gestação.

Conceitua-se hipertensão arterial na gestação a partir dos seguintes parâmetros (BRASIL,2012):

- A observação de níveis tensionais absolutos iguais ou maiores do que 140mmHg de pressão sistólica e iguais ou maiores do que 90mmHg de pressão diastólica, mantidos em medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões. Este conceito é mais simples e preciso.
- O aumento de 30mmHg ou mais na pressão sistólica (máxima) e/ou de 15mmHg ou mais na pressão diastólica (mínima), em relação aos níveis tensionais pré-gestacionais e/ou conhecidos até a 16ª semana de gestação, representa um conceito que foi muito utilizado no passado e ainda é utilizado por alguns. Entretanto, apresenta alto índice de falsos-positivos, sendo utilizado de melhor forma como sinal de alerta e para agendamento de controles mais próximos.

Independente da etiologia da hipertensão arterial na gestação, é fundamental que a equipe de Saúde esteja atenta ao controle pressórico e avalie a possibilidade de encaminhamento ao serviço de pré-natal de alto risco.

Para mais detalhes referentes à HAS na gestação consulte o *Cadernos de Atenção Básica, nº 32* – Atenção ao pré-natal de baixo risco em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>.

3.5 Acompanhamento

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

Caso a PA não diminua com o uso da medicação indicada até a segunda semana de tratamento, após certificar-se que o paciente está fazendo uso correto da medicação prescrita, a equipe

de Enfermagem deverá orientar o paciente para consultar com seu médico. Se o paciente não estiver usando corretamente a medicação, a equipe de Enfermagem deverá refazer a orientação sobre o uso da medicação e continuar monitorando a PA.

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

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

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

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

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

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

As evidências bibliográficas quanto ao momento do encaminhamento ao especialista são de baixo grau. Portanto, se após a execução das medidas recomendadas o paciente não atinge a meta pressórica, descartada a falta de adesão, é de bom senso encaminhá-lo à atenção especializada.

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

As consultas médicas e de enfermagem para acompanhamento dos casos que atingiram a meta pressórica deverão ser preferencialmente intercaladas. Sugere-se que sua periodicidade varie de acordo com o risco cardiovascular estabelecido por meio do escore de Framingham e de acordo com as necessidades individuais, considerando-se as diretrizes locais. Na Tabela 5, está apresentada uma sugestão de periodicidade de consulta de acordo com o escore de Framingham. Para os usuários com HAS com escore de Framingham na categoria de baixo risco, indica-se que consultem anualmente com o médico e com o enfermeiro. Aqueles com risco moderado deverão realizar consulta médica e de enfermagem semestralmente. Aqueles com risco alto farão acompanhamento médico e de enfermagem quadrimestral.

Tabela 5 – Classificação de risco cardiovascular, segundo o escore de Framinghan e sugestão de periodicidade de acompanhamento em consulta médica, de enfermagem e odontológica

Categoria	Risco de Evento Cardiovascular em 10 anos	Consulta Médica	Consulta de Enfermagem	Consulta Odontológica
Baixo	< 10%	Anual	Anual	Anual
Moderado	10 – 20%	Semestral	Semestral	Anual
Alto	20%	Quadrimestral	Quadrimestral	Anual

Fonte: DAB/SAS/MS.

De acordo com as necessidades e os resultados do acompanhamento da pessoa, esta poderá ser encaminhada para avaliação com o farmacêutico ou para orientações com nutricionista, psicólogo, assistente social e educador físico, conforme disponibilidade do serviço.

Recomendações para melhorar a aderência à terapêutica anti-hipertensiva:

- facilitar o acesso;
- orientar os pacientes sobre o problema, seu caráter silencioso, a importância da adesão à terapêutica, envolver a estrutura familiar e/ou apoio social;
- estabelecer o objetivo do tratamento (obter níveis normotensos com mínimos paraefeitos);
- manter o tratamento simples, prescrevendo medicamentos que constam na Rename, que estão disponíveis na farmácia básica e/ou na farmácia popular;

- encorajar modificações no estilo de vida;
- integrar o uso da medicação com as atividades cotidianas;
- prescrever formulações favorecendo a longa ação;
- tentar nova abordagem em terapias sem sucesso;
- antecipar para o paciente os efeitos adversos e ajustar a terapia para minimizá-los;
- adicionar gradualmente drogas efetivas.

Apesar de a equipe estar organizada quanto à periodicidade do acompanhamento, existem situações em que este atendimento precisa ser adiantado e as condutas reavaliadas. Além do risco cardiovascular, a equipe precisa estar atenta a vulnerabilidades, potencial para o autocuidado e outras situações que requerem atendimento imediato. Algumas dessas situações estão descritas a seguir.

3.6 Consulta médica na crise hipertensiva

3.6.1 Emergências hipertensivas

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

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

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