

Hipertensão arterial: uma visão holística

Hypertension: a holistic view point

Editor: Celso Amodeo

Clizenaldo Timotheo Torres Jr.¹, Marcelo Nakashima de Melo¹, Orlando Adolfo Vargas Barba¹, Tales Esper Venâncio¹, Thiago Uchôa Resende¹, Vinicius Barreto Fontes¹, Flávio Antonio de Oliveira Borelli², Marcio Gonçalves de Sousa², Oswaldo Passarelli Jr.², Celso Amodeo³

INTRODUÇÃO

A adesão ao tratamento medicamentoso não está associada somente ao seguimento da prescrição de medicamentos, englobando também aspectos relacionados ao sistema de saúde, a fatores socioeconômicos e à própria doença. Car *et al.*, numa abordagem mais específica relacionada à hipertensão arterial, definem a adesão ao tratamento como o grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, com o objetivo de manter a pressão arterial em níveis normais.

Os fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento costumam estar relacionados: ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença propriamente dita (cronicidade, ausência de sintomas e conseqüências tardias); às crenças de saúde; aos hábitos culturais e de vida (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e auto-estima); ao tratamento, no qual se engloba a qualidade de vida (custos, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos); à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera *versus* tempo de atendimento); ao relacionamento com a equipe de saúde.

A consulta médica é um fator gerador de ansiedade e estresse no paciente. Em algumas pessoas, essa situação pode ocasionar o aumento da pressão arterial no consultório, o que não representa os valores reais fora desse ambiente ou durante as atividades diárias. Esse fenômeno é denominado de "efeito do avental branco", caracterizando-se pelas medidas de valores maiores de pressão arterial na presença do médico em relação àqueles obtidos fora do consultório. Se a sua magnitude faz com que haja mudança de diagnóstico, configurando hipertensão no consultório sem correspondência fora dele, pode-se firmar o diagnóstico de hipertensão do avental branco, definida por

níveis de pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg em pelo menos três visitas médicas e valores inferiores em duas ocasiões fora do consultório e sem lesões de órgãos-alvo.

CASO CLÍNICO

Identificação – ACP, 59 anos, sexo feminino, parda, solteira, dona de casa, natural e procedente de São Paulo–SP, católica.

Queixa principal – Assintomática.

História da moléstia atual – Paciente encaminhada pela unidade básica de saúde à Seção de Hipertensão e Nefrologia do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia com a hipótese diagnóstica de hipertensão refratária. Em consulta ambulatorial de rotina, a paciente relatava manter níveis elevados de pressão arterial a despeito do uso "regular" de três classes de anti-hipertensivos, sendo um deles diurético. Trazia monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) realizada 15 dias anteriores da consulta (Figuras 1 e 2).

Antecedentes pessoais – Hipertensão há 2 anos, dislipidemia, disglucemia, obesidade.

História familiar – Positiva para insuficiência cardíaca (IC) e acidente vascular cerebral (AVC).

História social – Negava tabagismo ou etilismo.

Exame físico – Geral: corada, hidratada, anictérica, acianótica, afebril. Pescoço: sem sopros nas carótidas, pulso jugular normal. Aparelho cardiovascular: BNF, RR2T, sem sopros. Frequência cardíaca (FC): 68 bpm. Pressão arterial (PA): 300/150 mmHg em ambos os membros superiores. Aparelho respiratório: MV+ bilateral, sem ruídos adventícios, eupnéica. Abdome: RHA+, globoso, indolor, sem sopros, sem visceromegalias. Extremidades: pulsos regulares, simétricos, sem edemas. Dados antropométricos: peso 82 kg, altura 156 cm, índice de massa corporal (IMC) 33,7 kg/m², eletrocardiograma (ECG) conforme se observa na figura 3.

Recebido: 02/08/2006 Aceito: 05/09/2006

1 Médicos Residentes do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, em São Paulo – SP.

2 Médicos da Seção de Hipertensão Arterial do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

3 Médico Chefe da Seção de Hipertensão Arterial do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

Correspondência para: Seção de Hipertensão Arterial e Nefrologia, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Avenida Dr. Dante Pazzanese, 500 – 04012-909 – São Paulo – SP. E-mail: fborelli@uol.com.br

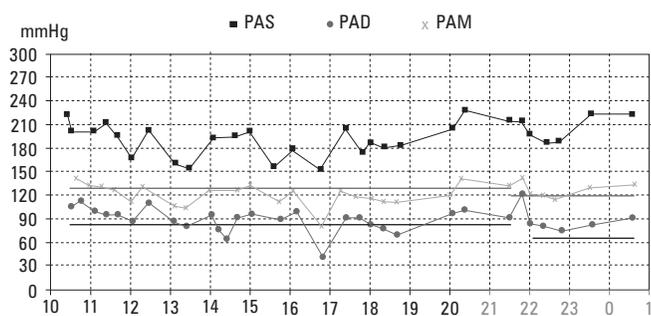


Figura 1. Monitorização ambulatorial da pressão arterial. PAD: pressão arterial diastólica; PAM: pressão arterial média; PAS: pressão arterial sistólica.

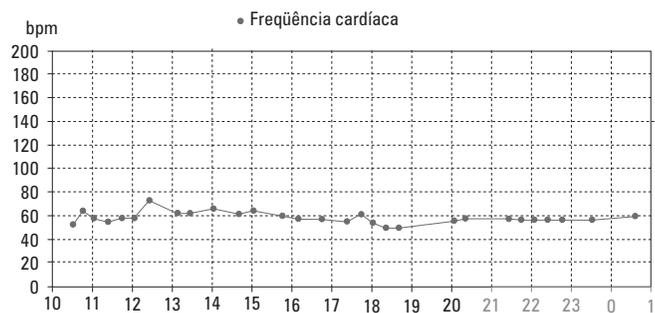


Figura 2. Frequência cardíaca.

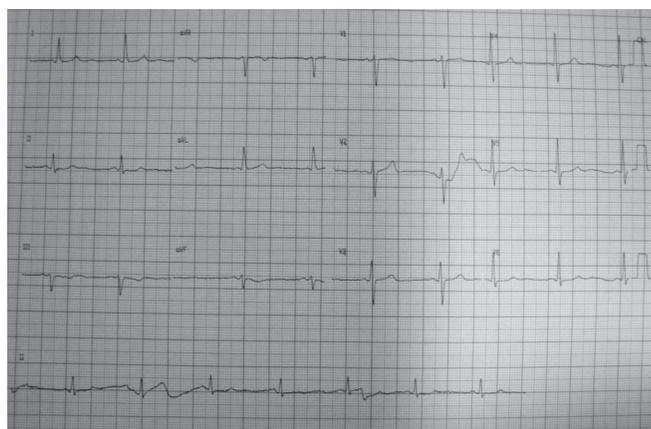


Figura 3. Eletrocardiograma.

Evolução – A paciente foi encaminhada ao pronto-socorro com a hipótese diagnóstica de urgência hipertensiva. Após a exclusão de comprometimento de órgão-alvo e a estabilização da pressão arterial, foi internada na enfermaria para iniciar protocolo de pesquisa para hipertensão secundária. Na evolução, foram constatadas insônia, depressão e uma labilidade emocional importante, justificando o início de fluoxetina (20 mg) e o

acompanhamento com a psicóloga. Todos os dias apresentava níveis pressóricos extremamente elevados ao exame médico, enquanto, na ficha de evolução da enfermagem, seus níveis atingiam valores muito mais baixos. Por essa razão, foi solicitada uma nova MAPA (Figura 4).

A figura 4 mostra a presença de níveis pressóricos nos limites da normalidade sob ação medicamentosa e descenso noturno satisfatório, sem sinais de alarme. Os exames feitos para a pesquisa de hipertensão secundária, atividade de renina plasmática, aldosterona urinária e plasmática, Doppler de artérias renais, tomografia computadorizada (TC) de abdome, catecolaminas plasmáticas e metanefrina urinária mostraram-se sem alterações na admissão. Recebeu alta hospitalar em uso de hidroclorotiazida (25 mg), atenolol (75 mg), aldactone (50 mg), enalapril (20 mg), anlodipino (10 mg), clonidina (0,3 mg), ácido acetilsalicílico (100 mg), sinvastatina (20 mg) e fluoxetina (20 mg).

Em retorno posterior ao ambulatório, solicitou-se nova MAPA para verificar a adesão ao tratamento. O resultado mostrou apenas 6 horas de registro pressórico, porque a paciente se recusou a continuar o exame, afirmando que o aparelho a “apertava muito”. Nesta consulta, apresentava PA 150/70 mmHg e FC 52 bpm.

Com esses dados, chegamos à hipótese diagnóstica de hipertensão resistente multifatorial, abrangendo os componentes de má adesão, psiquiátrico, social e do avental branco, um desafio que faz parte da nossa realidade diária nos ambulatórios.

Discussão – Existe uma redução progressiva da pressão arterial sistólica e diastólica, nas três primeiras consultas, de aproximadamente 15 e 7 mmHg, respectivamente, em pacientes diagnosticados como hipertensos na primeira avaliação, já tendo sido verificado que alguns pacientes apresentam queda de pressão arterial até a sexta consulta. Esse fenômeno deve ser considerado na avaliação de pacientes que se mostrem hipertensos na primeira consulta ou que apresentem valores

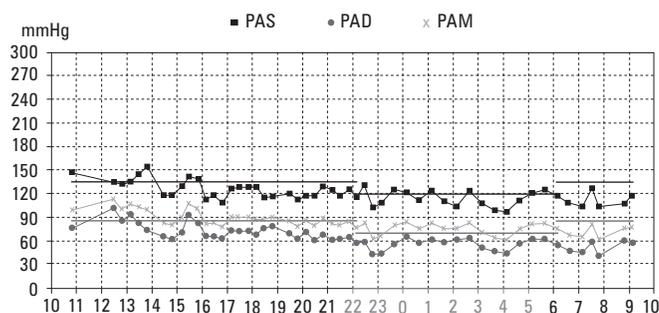


Figura 4. Nova monitorização ambulatorial da pressão arterial. PAD: pressão arterial diastólica; PAM: pressão arterial média; PAS: pressão arterial sistólica.

persistentemente elevados de pressão arterial na ausência de lesões de órgãos-alvo.

Pacientes que informam ter pressão arterial elevada só na presença do médico devem ser avaliados quanto à possibilidade de apresentar hipertensão do avental branco. Esses indivíduos devem ser avaliados pela MAPA de 24 horas ou pela monitorização residencial de pressão arterial (MRPA).

Três pontos são fundamentais na avaliação da hipertensão do avental branco. Primeiro, sua ocorrência parece não ser tão benigna quanto se admitia num passado recente, havendo evidências que apontam que os indivíduos nessa situação se comportam de modo peculiar, com risco cardiovascular provavelmente intermediário entre os hipertensos e os normotensos. Segundo, esses pacientes necessitam de seguimento e, em casos específicos, de tratamento medicamentoso, sendo imperativas para todos as mudanças nos hábitos de vida. Terceiro, os hipertensos do avental branco têm maior chance de se tornar hipertensos estabelecidos.

Em relação à má adesão, estudos sugerem que a atitude do médico diante da terapia anti-hipertensiva desempenha papel primordial no controle adequado da pressão arterial. Num estudo realizado no Japão, os hipertensos foram divididos em seis grupos, cada qual sob tratamento com um médico diferente. Embora todos tenham tido a mesma orientação quanto ao tratamento, observou-se a existência de diferenças significativas entre os grupos, com grande variação dos níveis pressóricos e, portanto, do controle da hipertensão arterial.

A relação médico-paciente deve ser a base de sustentação para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo. A participação de vários profissionais da área da saúde, com abordagem multidisciplinar ao hipertenso, pode facilitar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, aumentar o controle da terapêutica instituída e a adesão em relação a esta.

LEITURA RECOMENDADA

1. I Guidelines for the Use of Home Blood Pressure Monitoring, III Guidelines for the Use of Ambulatory Blood Pressure Monitoring. *Arq Bras Cardiol* 2001;77:384-93.
2. Bidlingmeyer I, Burnier M, Bidlingmeyer M, Waeber B, Brunner HR. Isolated office hypertension: a prehypertensive state? *J Hypertens* 1996;14:327-32.
3. Car MR, Pierin AMG, Aquino VLA. Estudos sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. *Rev Esc Enf USP* 1991;25:259-69.
4. Cramer J. "Identifying and improving compliance patterns". In: Cramer JA, Spilker B. *Patient compliance in medical practice and clinical trials*. Nova York: Raven Press, 1991; pp. 387-92.
5. Haynes RB. *Determinants of compliance: the disease and mechanics of treatment*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979.
6. Khattar R, Senior RDM, Lahiri A. Cardiovascular outcome in white-coat versus sustained mild hypertension: a 10-year follow up study. *Circulation* 1998;98:1892-7.
7. Kuwagima I, Suzuki Y, Fuzisawa A, Kuramoto K. Is white coat hypertension innocent? Structure and function of the heart in the elderly. *Hypertension* 1993;22:826-31.
8. Mansoor GA, McCabe EJ, White WB. Determinants of the white-coat effect in hypertensive subjects. *J Hum Hypertens* 1996;10:87-92.
9. McGrath B. Is white coat hypertension innocent? *Lancet* 1996;348:630.
10. Ono A, Fujita T. Factors relating to inadequate control of blood pressure in hypertensive outpatients. *Hypertens Res* 2003;26:219-24.
11. Pickering TG. Future developments in ambulatory pressure monitoring in clinical practice. *Blood Press Monit* 2002;7:21-5.
12. Pierin AMG, Strelec MAAM, Mion Jr. D. "O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento". In: Pierin AMG. *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar*. São Paulo: Manole, 2004; pp. 275-89.
13. Watson RD, Lumb R, Young MA, Stallard TJ, Davies P, Littler WA. Variation in cuff blood pressure in untreated outpatients with mild hypertension: implications for initiating antihypertensive treatment. *J Hypertens* 1987;5:207-11.