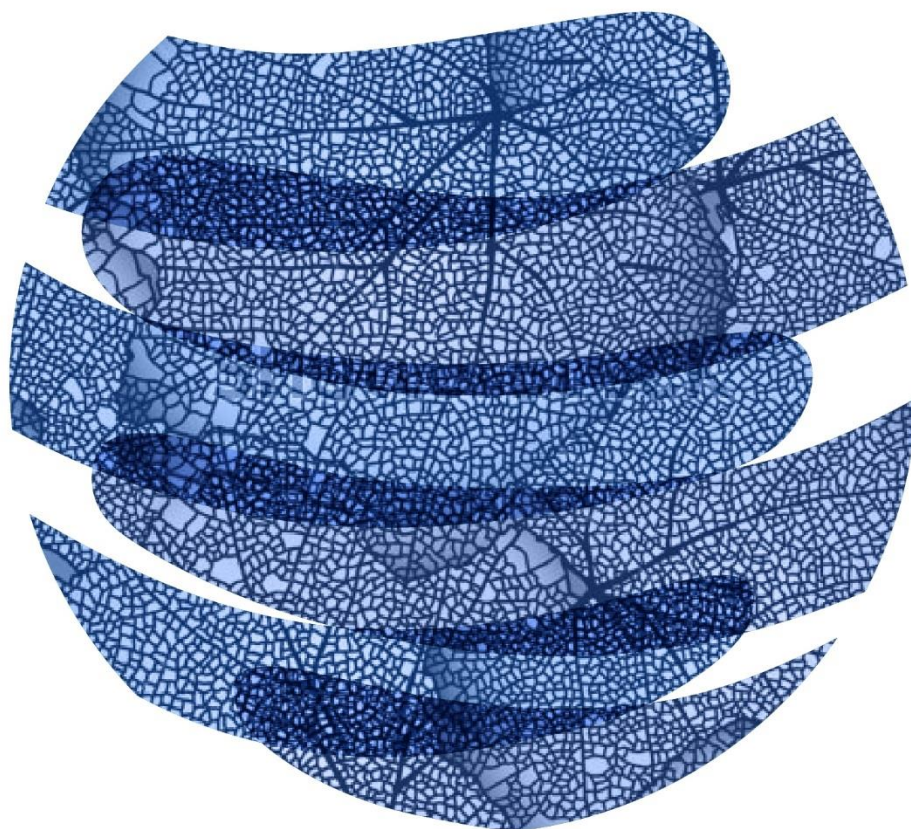




DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DO RISCO VASCULAR NO ADULTO

Departamento da Qualidade na Saúde



www.dgs.pt



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Adaptado de: *Proceso Asistencial Integrado Riesgo Vascular, 2ª edición.*

Este documento foi elaborado de acordo com a metodologia seguida pela *Consejería de Igualdad, Salud e Políticas Sociales de la Junta de Andalucía* e sob sua autorização.
<http://www.juntadeandalucia.es/salud>

PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DO RISCO VASCULAR NO ADULTO

Departamento da Qualidade na Saúde

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DO RISCO VASCULAR NO ADULTO

EDIÇÃO E ADAPTAÇÃO

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Departamento da Qualidade na Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45

1049-005 Lisboa

Tel. 21 843 05 00

Fax 21 843 05 30

e-mail: dqs@dgs.pt

<http://www.dgs.pt/>

COORDENAÇÃO EXECUTIVA

Carlos Silva Vaz, Departamento da Qualidade na Saúde

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA

Rui Cruz Ferreira, Diretor do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares

Mario Espiga Macedo, Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares e

Departamento da Qualidade na Saúde

Carlos Silva Vaz, Departamento da Qualidade na Saúde

COLABORAÇÃO INSTITUCIONAL

Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Médicos, Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, Sociedade Portuguesa de Cardiologia, Sociedade Portuguesa de Hipertensão, Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

CONTRIBUTOS, VALIDAÇÃO E REVISÃO DE CONTEÚDOS

Ângela Dias, Carlos Gonçalves, Carlos Silva Vaz, Deolinda Chaves Beça, Emília Nunes, Lisa Ferreira Vicente, Pedro Graça

AGRADECIMENTOS

Filipa Homem Christo, Filipa Sabino, Francisco Gouveia, Isabel Espírito Santo, Miguel Rodrigues

A Direção-Geral da Saúde agradece ainda os inúmeros contributos recebidos durante as várias etapas de construção do presente Processo Assistencial Integrado, de enfermeiros, médicos, outros profissionais de saúde e académicos.

ISBN 978-972-675-212-7

Ano 2014

1.ª edição (versão eletrónica)

Conceção gráfica: Syntaxe

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	7
1 INTRODUÇÃO	9
2 DEFINIÇÃO	15
3 EXPECTATIVAS	17
4 DESCRIÇÃO GERAL	19
5 COMPONENTES	
Profissionais de saúde, atividades e características da qualidade	21
6 COMPETÊNCIAS	43
7 RECURSOS E UNIDADES DE SUPORTE	49
8 REPRESENTAÇÃO GRÁFICA	51
9 INDICADORES	59
10 ANEXOS	65
Anexo 1. O Roteiro de Informação à Pessoa com Risco Vascular	67
Anexo 2. Expectativas do Cidadão/Cuidador e dos Profissionais de Saúde	69
Anexo 3. Definição e diagnóstico da Hipertensão Arterial	75
Anexo 4. Avaliação do RCV "Score" (<i>Systematic Coronary Risk Evaluation</i>)	79
Anexo 5. Estratificação do Risco e Início da Terapêutica na Hipertensão Arterial	81
Anexo 6. Abordagem das intervenções no tabagismo em contexto clínico	85
Anexo 7. Causas de Hipertensão Arterial Secundária	93
Anexo 8. Abordagem da dislipidemia de acordo com o Risco Cardiovascular	95
Anexo 9. Contraceção	97
Anexo 10. Avaliação inicial da pessoa com Hipertensão Arterial	103
Anexo 11. Medição da Pressão Arterial	107
Anexo 12. Tratamento Farmacológico na Hipertensão Arterial	115
Anexo 13. Urgência e Emergência Hipertensivas	121
11 ACRÓNIMOS E SIGLAS	123
12 BIBLIOGRAFIA	127

APRESENTAÇÃO

No cumprimento da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e com o objetivo de oferecer cuidados de saúde de elevada qualidade aos cidadãos, a Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), iniciou a publicação de Processos Assistenciais Integrados (PAI) relativamente a diversas alterações do estado de saúde, doenças agudas e doenças crónicas.

Os PAI colocam o cidadão, com as suas necessidades e expectativas, no centro do sistema. A continuidade assistencial e a coordenação entre os diferentes níveis de cuidados, são reconhecidos como elementos essenciais para garantir que o doente recebe os melhores cuidados de saúde, atempados e efetivos.

A abordagem dos PAI é uma abordagem multidisciplinar, integral e integrada que pressupõe a reanálise de todas as atuações de que o doente é alvo em qualquer ponto do Serviço Nacional de Saúde, do início ao fim do processo assistencial. Por outro lado, as atividades assistenciais baseadas na melhor evidência científica disponível, respeitam o princípio do uso racional de tecnologias da saúde e orientam a adoção de atuações terapêuticas custo-efetivas, ao mesmo tempo que se garante ao cidadão a qualidade clínica que é consagrada como um dos seus principais direitos.

Pretende-se proporcionar a mudança organizacional, com base no envolvimento de todos os profissionais implicados na prestação de cuidados, acreditando na sua capacidade e vontade de melhorar continuamente a qualidade e de centrar os seus esforços nas pessoas.

Os PAI são ainda uma ferramenta que permite analisar as diferentes componentes que intervêm na prestação de cuidados de saúde e ordenar os diferentes fluxos de trabalho, integrando o conhecimento atualizado, homogeneizando as atuações e colocando ênfase nos resultados, a fim de dar resposta às expectativas quer dos cidadãos quer dos profissionais de saúde.

Os PAI que se estão a implementar em Portugal tiveram por base o modelo conceptual concebido e implementado com êxito no âmbito do Sistema Sanitário Público da Andaluzia.

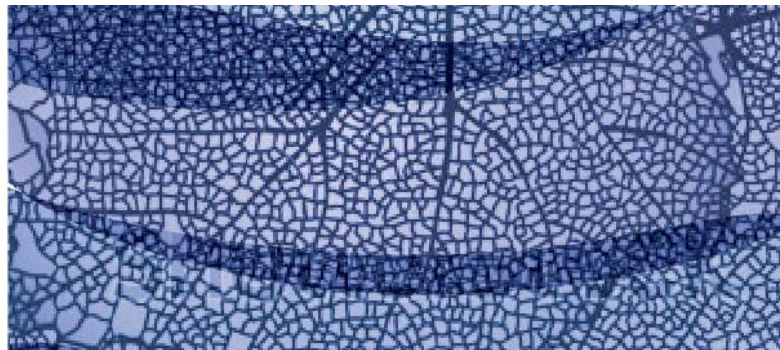
A versão portuguesa do PAI do Risco Vascular no Adulto foi adaptada e atualizada em cooperação ativa com a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Enfermeiros, sociedades científicas e Direção do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares, tendo em conta as suas orientações estratégicas, a evidência científica publicada e os consensos da comunidade científica e académica.

J. Alexandre Diniz

Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde

1

INTRODUÇÃO



As doenças cérebro-cardiovasculares no Mundo

As doenças cérebro-cardiovasculares (DCCV) constituem, no mundo atual, um problema endêmico e já não são apenas exclusivas dos países desenvolvidos. Cerca de um terço de todas as mortes que ocorrem nestes países são causadas por DCCV, proporção semelhante à que já ocorre nos países em vias de desenvolvimento. Os dados atuais sobre a morbidade e mortalidade a nível mundial, revelam um decréscimo da doença isquémica do coração (DIC) e do acidente vascular cerebral (AVC). Apesar desta realidade, principalmente nos países ocidentais, as DCCV continuam a ser das primeiras causas de morte e doença em todo o mundo. Por isso mesmo as Nações Unidas juntamente com diversas Sociedades Científicas (*World Heart Federation, American Heart Association, American College of Cardiology Foundation, European Heart Network, and European Society of Cardiology*) definiram como objetivo, em assembleia geral, a redução da mortalidade cardiovascular e dos fatores de risco com ela relacionados em 25% até 2025. No mesmo sentido a OMS publicou em 2013 o "*GLOBAL ACTION PLAN, for prevention and control of noncommunicable diseases*" e referente aos anos 2013-2020, que não são mais que um novo alerta para todos os países para a luta que têm de travar na prevenção destas doenças.

A recente publicação do estudo INTERSTROKE foi da maior relevância para a comunidade médica e para todos os que se dedicam ao estudo das DCCV. O estudo, em que pela primeira vez foram incluídas nações subdesenvolvidas e em vias de desenvolvimento e em que os casos de AVC foram todos confirmados por tomografia computadorizada, foi realizado em 22 países de todo o mundo. Neste estudo demonstrou-se que 10 fatores de risco cardiovascular explicam mais de 90% do risco atribuído de AVC nas populações. Entre

estes, os mais importantes são a hipertensão arterial (HTA), as causas cardíacas (fibrilhação/flutter auricular, enfarte agudo do miocárdio (EAM), febre reumática e próteses), o tabagismo, a razão cintura/anca, a ApoB/A1, a ingestão de álcool, a dislipidemia (DIS), a diabetes *mellitus* (DM), a obesidade e o sedentarismo.

Pode ainda acrescentar-se que 7,6 milhões das mortes prematuras (13,5% do total) e 92 milhões de dias de vida perdidos (6% do total) são causados pela HTA. Cerca de metade dos AVC e dos EAM a nível mundial ocorrem em pessoas com HTA. Anterior ao INTERSTROKE e percussor na metodologia, foi publicado há poucos anos o estudo INTERHEART que procurou analisar os problemas relacionados com a doença isquémica do coração. Neste estudo, foi demonstrado que seis fatores de risco (HTA, razão ApoA/B, tabagismo, razão cintura/anca, stress psicológico e dieta) explicam no seu conjunto 83% a 89% dos casos de DIC. Se a estes adicionarmos os restantes fatores de risco (diabetes, doença cardíaca, alcoolismo, sedentarismo) conseguem-se explicar 90% dos casos. Por outro lado, o relatório da OCDE de 2011, sobre os indicadores de saúde, refere que as DCCV continuam a ser a principal causa de morte (35%) na maioria dos países.

As doenças cérebro-cardiovasculares em Portugal

Em Portugal, as doenças cérebro-cardiovasculares são a principal causa de morte, incapacidade, sofrimento e uso de recursos económicos. Em 2012, registaram-se 107.969 óbitos em Portugal Continental, dos quais 32.859 (30,4%) por causas cardiovasculares, correspondendo a uma taxa bruta de mortalidade de 312,6 óbitos por 100 mil habitantes. Estas doenças causaram mais mortes em mulheres do que em homens, com uma relação de 77,9 óbitos masculinos por cada 100 femininos. Na última década, privilegiou-se o tratamento das pessoas com DCCV estabelecida e progrediu-se pouco na investigação e desenvolvimento da prevenção primária. Porém, o conhecimento sucessivo de estudos de intervenção para proteção cardiovascular fez com que as sociedades científicas começassem a recomendar cada vez mais o controlo intensivo dos diferentes fatores de risco vascular (HTA, hipercolesterolemia, diabetes, obesidade, entre outros), cujo efeito lesivo cresce geometricamente de acordo com o número dos fatores em presença. Os dados nacionais relativos a 2009, mas publicados em 2012 pela OCDE no seu relatório sobre a saúde, revelam uma taxa de mortalidade, por DIC e por 100 000 habitantes, de 29 na mulher e de 54 no homem. No mesmo relatório e em relação à mortalidade por doença vascular cerebral a taxa é de 62 na mulher e de 81 no homem.

Este panorama epidemiológico sobre as DCCV e a importância que nelas assumem os seus fatores de risco, tornam o cálculo do risco cardiovascular global uma ferramenta imprescindível na avaliação individual. A Sociedade Europeia de Cardiologia, em consonância com as sociedades congéneres, aconselha a utilização da tabela SCORE para avaliação das pessoas e determinação do seu maior ou menor risco cardiovascular no tempo, sendo deste modo um indicador para o nível de intervenção e intensidade dos cuidados clínicos, quer na prevenção da doença quer no seu tratamento.

A HTA é, também em Portugal, uma doença muito prevalente e desde sempre com níveis de conhecimento, tratamento e controlo muito longe dos objetivos que são os ideais para uma melhor saúde da população. Para além disso, em Portugal, a quantidade de sal consumida é sensivelmente o dobro daquela que é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (5g/dia), tornando-se, por isso, urgente começar a reduzir, de forma progressiva, a quantidade de sal na alimentação, conforme plasmado na “Estratégia Nacional para a redução do consumo de sal na alimentação em Portugal” (Direção-Geral da Saúde, junho de 2013, acessível em <http://www.dgs.pt>).

Dos vários estudos publicados e/ou em curso sobre HTA e outros fatores de risco e doenças DCCV, destacam-se o estudo sobre a prevalência, conhecimento, tratamento e controlo da HTA em Portugal (PAP *Study*), o VALSIM, o PREVADIAB, o PRECISE, o VIVA e o PHYSA.

O primeiro revelou que em 2003 a prevalência da HTA na população adulta portuguesa era de 42% (49,5% no homem e 38,9% na mulher). Somente 45,7% da população estudada tinha conhecimento de que era portadora de HTA (36,7% no homem e 52,1% na mulher). A percentagem de pessoas tratadas foi apenas de 38,9 (30,6% no homem e 48,1% na mulher) e, dos doentes tratados, só estavam controlados 28,9% (sexo masculino 23,4% e sexo feminino 32,1%), pelo que só 11,2% dos hipertensos tinham a pressão arterial (PA) controlada, muito longe dos valores desejáveis. Os resultados posteriores apresentados principalmente pelo estudo VIVA e, mais recentemente, pelo PHYSA, revelaram uma prevalência semelhante da HTA, mas com percentagens para o seu conhecimento, tratamento e controlo significativamente melhores.

O estudo VALSIM (realizado na população adulta com idade superior a 42 anos), que analisou fundamentalmente a síndrome metabólica na população portuguesa, obteve uma prevalência de HTA em tudo semelhante à do primeiro estudo (e que variou entre 42,7%

no Norte e 52,1% no Alentejo) e uma prevalência também semelhante em relação à dislipidemia.

Por sua vez, o estudo PRECISE avaliou a presença de outros fatores de risco cardiovasculares nos hipertensos adultos que frequentavam os Centros de Saúde. Destes, 82,1% possuíam dislipidemia, 71,4% sedentarismo, 39,1% obesidade e 32,9% diabetes. Nesta população de hipertensos sob terapêutica, 56,7% não estavam controlados, 62,7% dos casos de dislipidemia também não estavam controlados e, finalmente, 40,7% dos estudados tinham um risco cardiovascular superior a 5% segundo o SCORE.

Em alguns destes estudos foi ainda avaliado o índice de massa corporal (IMC) e o perímetro da cintura (PC), podendo afirmar-se que cerca de 50 % da população portuguesa tem excesso de peso ou é obesa.

Já em relação à dislipidemia os dados disponíveis demonstram que esta é também muito prevalente entre nós. Assim e no estudo realizado pelo instituto Becel e Eurotrials, verificou-se que 68,5% da população portuguesa apresentava valores de colesterol iguais ou superiores a 190 mg/dl e que aproximadamente 25% apresentam níveis de colesterol de risco elevado (>240 mg/dl) e 45% de risco moderado (190-239 mg/dl). Os valores médios de colesterol não variaram muito entre os sexos. Finalmente, no estudo HIPOCRATES demonstrou-se uma prevalência de hipercolesterolemia próxima de 56%.

A corresponsabilização ativa das pessoas no tratamento e gestão da sua doença é imprescindível ao sucesso da atividade clínica baseada nas recomendações e consensos científicos existentes. A intervenção de todos os profissionais de saúde e da comunidade na implementação de medidas de prevenção das DCCV é primordial. Por todas estas razões, a efetividade e eficiência das intervenções em relação à pessoa com risco vascular (como em relação a todas as outras doenças e problemas crónicos) requer a ação de equipas multidisciplinares de profissionais de saúde, exigindo-se uma apropriada comunicação e cooperação a fim de se evitarem atividades episódicas não interligadas (com duplicação de atos e desperdício de recursos), de que resultam cuidados desestruturados, mal controlados e sem se encontrar a melhor solução para os problemas das pessoas, originando a sua insatisfação.

Processo Assistencial Integrado – porquê?

É necessário orientar a prática clínica para os resultados e para a qualidade, tendo como objetivo a utilização mais efetiva dos recursos. A gestão da prática clínica, tal como definida nos PAI, apela para a reorganização dos cuidados prestados às pessoas pelo Sistema de Saúde, centrando-os no cidadão e, neste caso particular, nas necessidades e expectativas da pessoa com risco vascular (ver em Anexo 1, o roteiro da informação à pessoa adulta com risco vascular) e na antecipação e planeamento integral da continuidade dos cuidados.

São dois os parâmetros a considerar:

1. para quem fazemos as coisas e
2. como fazê-las corretamente.

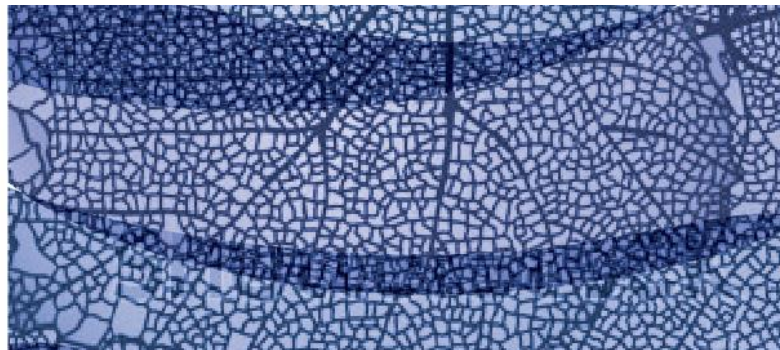
No desenvolvimento deste PAI colocou-se especial ênfase nas atividades que se pensa poderem afetar a qualidade dos cuidados (como podem ser os problemas de registo clínico) e nas que podem melhorar os cuidados prestados a pessoas com doenças crónicas, como é o caso das consultas periódicas programadas e da sua reconvocação, no caso das pessoas que faltam.

Deseja-se que se efetue uma leitura flexível deste documento e do que nele está definido, tendo em consideração os recursos disponíveis, para ser realizada uma melhor adaptação local com vista ao aperfeiçoamento dos cuidados de saúde prestados à pessoa adulta com risco vascular. Foi assim este documento foi pensado: como material de trabalho, adaptável ao âmbito local específico de cada unidade prestadora de cuidados de saúde (consultar Orientação n.º 002/2013, de 18/02/2013).

Finalmente, refere-se que não se descurou a necessidade de o rever periodicamente para a sua atualização e melhoria contínua.

2

DEFINIÇÃO



Designação do processo

Processo de prestação de cuidados de saúde à pessoa adulta com risco vascular (RV).

Definição funcional

Conjunto de atividades através das quais se identifica na pessoa adulta a presença ou não de fator de risco vascular (FRV) e/ou doença vascular conhecida, se avalia o risco cardiovascular (RCV) global e em função do qual se programa e planifica, com a pessoa e/ou cuidador as atividades preventivas, o acompanhamento terapêutico, de monitorização e de cuidados de saúde. Toda a atuação clínica implica a continuidade de cuidados de saúde e a existência de coordenação entre os diferentes profissionais de saúde e os diferentes níveis de cuidados de saúde.

Critério de admissão

O critério de admissão é a presença de risco vascular.

A entrada nos cuidados de saúde pode ocorrer através de múltiplas vias:

- Cuidados de Saúde Primários (CSP): Consultas Programadas ou Não Programadas;
- Hospital: Consulta Externa ou Serviço de Urgência;
- Qualquer outro Centro de Atendimento clínico (ex: Serviço de Atendimento Permanente);
- Linha telefónica SAÚDE 24;
- Linha telefónica de emergência 112.

Em geral, a via de entrada lógica e desejável é a consulta de CSP (consultar capítulo 5).

Critério de saída

Não existe saída da prestação de cuidados, exceto por morte da pessoa com risco cardiovascular.

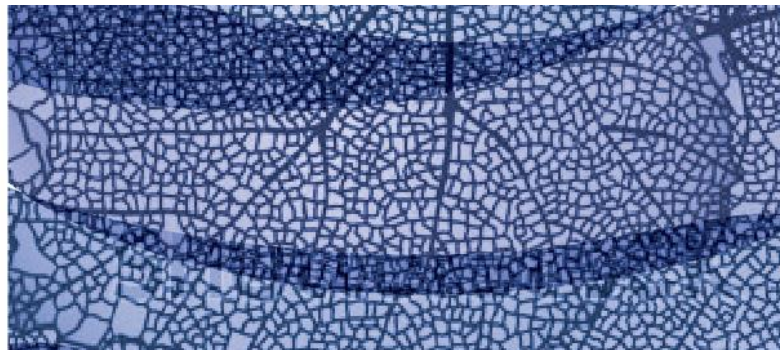
Critérios de não inclusão

Não são incluídas no âmbito deste PAI as condições:

- idade inferior a 18 anos;
- acidente vascular cerebral (ver PAI respetivo);
- diabetes *mellitus* (ver PAI respetivo);
- pré-obesidade (ver PAI respetivo) e obesidade (ver Normas Clínicas e Orientações específicas);
- gravidez (ver Normas Clínicas e Orientações específicas);
- cardiopatia isquémica, insuficiência cardíaca, doença cardíaca intervencionada, doença cérebro-cardiovascular e arteriopatía periférica (nestes casos, a pessoa é monitorizada nos cuidados hospitalares compartilhados com os cuidados de saúde primários).

3

EXPECTATIVAS



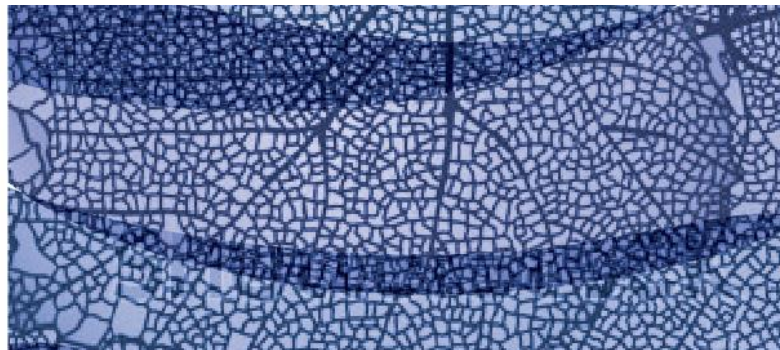
As necessidades e expectativas da pessoa com risco cardiovascular e dos seus familiares e cuidadores são o elemento nuclear e o ponto de partida para o desenvolvimento deste PAI.

Essas necessidades e expectativas foram identificadas através de várias fontes de informação, nomeadamente resultados de questionários de satisfação, sugestões, reclamações, desenvolvimento dos programas nacionais e grupos focais. Elas estão presentes nas diferentes componentes deste PAI. De igual modo, os profissionais de saúde que atendem a pessoa com RV têm as suas próprias expectativas e necessidades, cuja satisfação condiciona a qualidade dos cuidados prestados, apresentando-se uma compilação de forma resumida no Anexo 2.

Em cada nível de cuidados ou âmbito de atuação os profissionais envolvidos deverão procurar e identificar expectativas específicas da pessoa com RV e dos seus familiares /cuidadores, relacionadas com o momento da prestação de cuidados e o ambiente concreto em que os mesmos se desenvolvem.

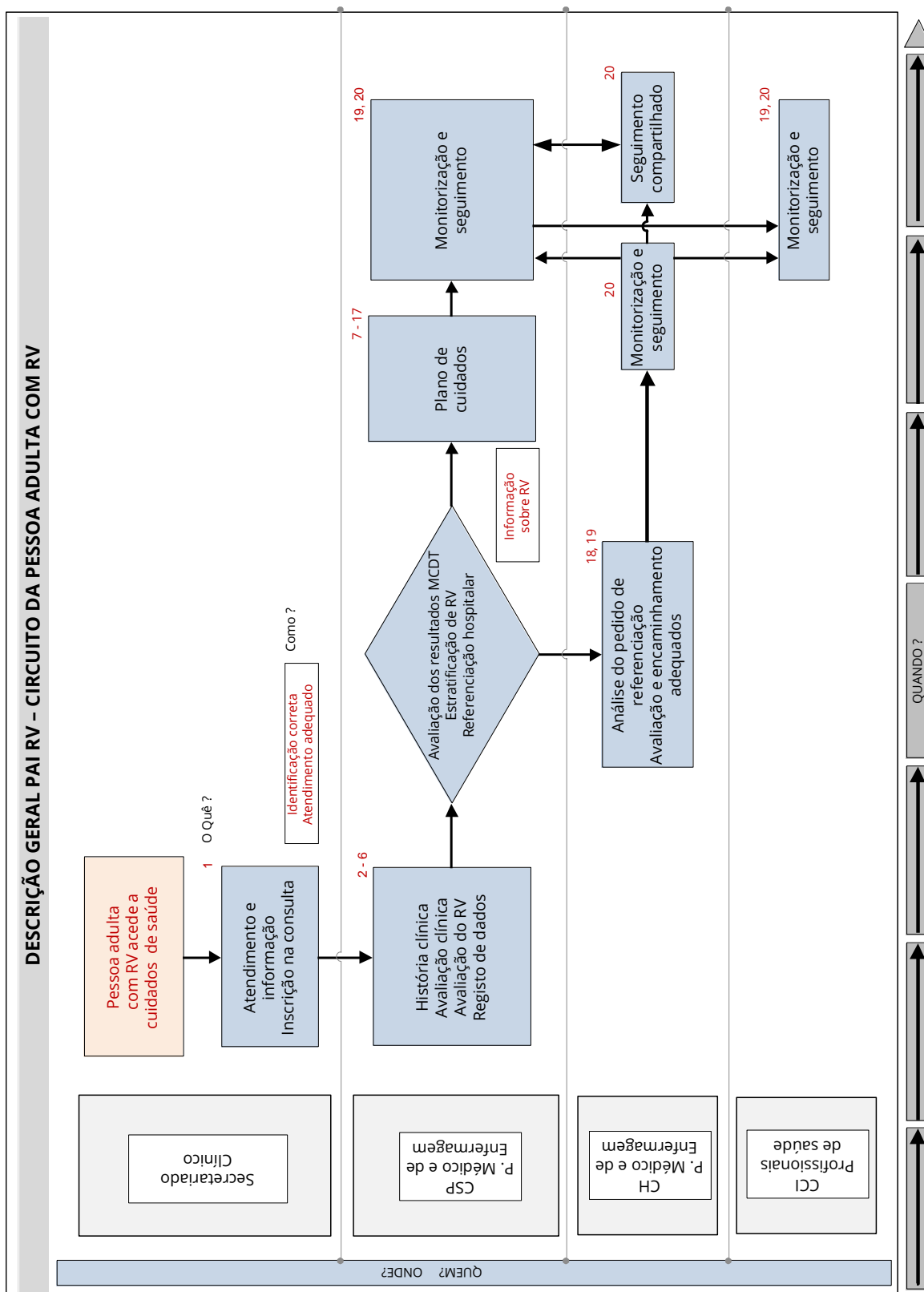
4

DESCRIÇÃO GERAL



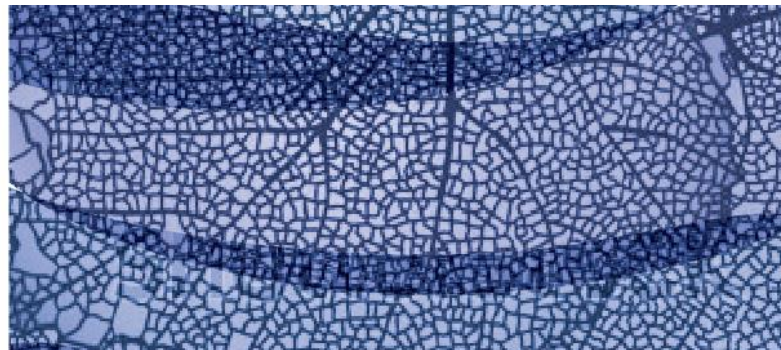
A descrição geral do PAI do RV teve como base o **circuito da pessoa adulta com risco vascular** nos serviços de saúde do Sistema Nacional de Saúde, representado graficamente no esquema da página seguinte.

A sua descrição inclui os seguintes componentes: os profissionais de saúde que desenvolvem as diferentes atividades assistenciais (Quem); o âmbito ou nível de atuação (Onde); a atividade ou o serviço que se presta (O quê); as suas características de qualidade (Como) e a sequência lógica da realização das diferentes atividades (Quando).



5

COMPONENTES



Profissionais de saúde, atividades e características da qualidade

Neste capítulo descrevem-se as atividades a realizar pelos diferentes profissionais de saúde que intervêm no PAI do RV, em cada fase do circuito da pessoa ao longo de toda a história do risco vascular.

Na descrição das atividades integram-se dimensões e elementos da qualidade considerados necessários, nomeadamente:

- Normas e Orientações Clínicas relacionadas com a efetividade clínica;
- Aspetos da segurança da pessoa com FRV ou DCCV identificados com o símbolo **▲** nos pontos críticos do processo em que existe risco potencial;
- A informação que tem de ser prestada à pessoa com FRV ou DCCV, seu familiar ou cuidador, pelo profissional de saúde em momentos específicos de desenvolvimento do PAI e que se identifica com o símbolo **INF** logo no início em cada descrição de atividade;
- As atividades clínicas, incluindo o registo clínico (como exemplo de ferramenta informática, este manual cita a versão SCLÍNICO em vigor);
- Recomendações especiais dos peritos que elaboraram este PAI. Sempre que as mesmas constem de uma Norma ou Orientação publicada aparecerá o símbolo **NORMA/ORIENTAÇÃO**, cujo conteúdo é uma referência de **leitura completa e obrigatória, por consulta direta no sítio da Direção-Geral da Saúde na sua versão atualizada**. No capítulo 10 anexa-se informação clínica complementar para consulta, conforme seleção proposta no final de cada atividade.

De forma sequencial, ao longo de todo o percurso da pessoa adulta com RV, descreve-se neste capítulo Quem faz o Quê, Quando, Onde, Como e, nos casos aplicáveis, Com Quê.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS CSP E CH

Secretariado Clínico CSP e CH, incluindo Serviço de Urgência (SU)

Atividade	Características da Qualidade
1 Atendimento e inscrição na consulta	<p>1.1 Δ Cada pessoa adulta com risco vascular é devidamente identificada no momento de inscrição para a consulta/atendimento urgente e tem o seu registo administrativo completo e devidamente atualizado.</p> <p>1.2 INF Cada pessoa adulta com risco vascular, ou familiar, é atendida de forma correta e recebe todas as informações ou esclarecimentos de que necessita ou solicita.</p> <p>CONSULTAR: Anexo 1 – O Roteiro de Informação à Pessoa com RV Anexo 2 – Expectativas do Cidadão/Cuidador e dos Profissionais de Saúde</p>

Médico de Família (MF) e Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
2 Anamnese sobre a presença de fatores de risco vascular	<p>2.1 O Médico de Família e/ou Enfermeiro de Família procedem à anamnese sobre a presença de fator(es) de risco vascular (atuais ou pregressos):</p> <ol style="list-style-type: none"> doença vascular precoce, antes dos 55 anos no homem e dos 65 anos na mulher e nos familiares do primeiro grau (pais e irmãos); antecedente pessoal de HTA, diagnóstico prévio ou tratamento atual com fármacos anti- hipertensores; antecedente pessoal de DM, diagnóstico prévio ou tratamento atual com insulina e/ou antidiabéticos orais; antecedente de tolerância diminuída à glicose ou anomalia da glicemia de jejum. antecedente pessoal de DIS, diagnóstico prévio ou tratamento atual com hipolipidemiantes; antecedente pessoal de obesidade (diagnóstico prévio a partir do índice de massa corporal (IMC) e do perímetro da cintura (PC)). antecedente pessoal de doença renal crónica (DRC); presença de hábitos tabágicos; consumo excessivo de álcool.

Médico de Família (MF) e Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
Quantificação de fatores de risco	<p>2.2 Em função dos antecedentes avaliados na anamnese procede-se à quantificação dos fatores de risco cardiovascular, registando-se corretamente no processo clínico, dentro da ficha individual e nos programas de vigilância (quando aplicável), nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) pressão arterial (PA): sistólica e diastólica (medição e classificação da PA nos termos da NORMA 020/2011) e frequência cardíaca; b) avaliação antropométrica, nos termos da ORIENTAÇÃO 17/2013, a saber: <ul style="list-style-type: none"> (i) estatura, em cm; (ii) peso, em Kg; (iii) perímetro da cintura, em cm. c) hábitos tabágicos, através da introdução do número de cigarros por dia e sua quantificação em UMA: unidades, maço, ano (através da fórmula de cálculo: o número de cigarros fumados por dia a dividir por 20 e a multiplicar pelo número de anos de consumo de tabaco), dentro da ficha individual do programa SCLÍNICO; d) deteção do consumo excessivo do álcool, nos termos da NORMA 030/2012, com registo desse consumo através do uso da ferramenta informática de cálculo das gramas de álcool por semana (exemplo: disponível na ficha individual/Programa de HTA do programa SCLÍNICO). <p>CONSULTAR:</p> <p><i>Anexo 3 – Definição e diagnóstico da HTA</i></p> <p><i>Anexo 4 – Avaliação do RCV “Score”(Systematic Coronary Risk Evaluation)</i></p> <p><i>Anexo 5 – Estratificação do risco e início da terapêutica na hipertensão arterial.</i></p> <p><i>Anexo 6 – Abordagem das intervenções no tabagismo em contexto clínico</i></p> <p><i>Anexo 8 – Abordagem da dislipidemia de acordo com o RCV</i></p> <p><i>Anexo 9 – Contraceção</i></p> <p><i>Anexo 10 – Avaliação inicial da pessoa com HTA</i></p> <p><i>Anexo 11 – Medição da Pressão Arterial</i></p>

Médico de Família (MF)

Atividade	Características da Qualidade
3 Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT)	<p>3.1 O MF emite requisição de glicemia em jejum, de perfil lipídico (CT, C-HDL e TG) e de creatinina, caso se apliquem.</p> <p>3.2 INF Deve explicar-se de forma clara e precisa, para os meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos, as condições de preparação e realização para os mesmos se efetuarem de forma correta, isto é, glicemia em jejum de 8 horas e perfil lipídico em jejum de 12 horas.</p> <p>CONSULTAR: <i>Anexo 8 - Abordagem da dislipidemia de acordo com o RCV</i></p>

Profissionais de Laboratório de Análises (aplicável apenas nos CS que o disponham, H e SU)

Atividades	Características da Qualidade
4 Exames laboratoriais	<p>4.1 Δ Verificar a identificação inequívoca da pessoa adulta com risco vascular, confirmando sempre a correspondência entre a requisição clínica e a sua identidade.</p> <p>4.2 Δ Realizar as medidas adequadas de higiene das mãos e o uso correto de luvas, antes e depois da realização de colheita de sangue.</p> <p>4.3 Cumprir com o procedimento interno normalizado de trabalho que garanta a privacidade da pessoa durante a colheita de sangue e demais processos internos de gestão e resultados do pedido.</p> <p>4.4 INF A pessoa deve ser informada de forma precisa e clara sobre os procedimentos e o tempo de espera pelos resultados dos estudos realizados e sempre de forma afável e facilitadora.</p>

Médico de Família (MF)

Atividades	Características da Qualidade
5 Consulta de Medicina Geral e Familiar	<p>5.1 Qualquer pessoa adulta com risco vascular que recorra a uma consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF), por qualquer motivo, será avaliada no âmbito do RCV global, se possível de imediato ou, em alternativa, é marcada consulta médica para a sua avaliação, a efetuar no prazo máximo de 60 dias.</p> <p>5.2 INF É garantida a toda a pessoa com RV a transmissão adequada de informação clínica entre os profissionais de saúde, preferencialmente através do processo clínico eletrónico, de modo a assegurar a continuidade assistencial.</p>

Médico de Família (MF) e/ou Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
6 Avaliação e estratificação do RCV	<p>6.1 A avaliação do RCV pelo MF é efetuada nos termos da NORMA 005/2013, a saber:</p> <ol style="list-style-type: none"> peessoa dos 18 aos 39 anos: de acordo com o ponto i da alínea C dos critérios da Norma; peessoa dos 40 aos 65 anos: de acordo com os pontos 1 a 5 da Norma; peessoa com mais de 65 anos: de acordo com o ponto ii da alínea C dos critérios da Norma. <p>6.2 A avaliação do RCV, nos termos da NORMA 005/2013, é efetuada:</p> <ol style="list-style-type: none"> sem necessidade do cálculo do SCORE e registada em (A) do SOAP, na data da consulta (ex: escrever "RCV muito alto"); com necessidade do cálculo de SCORE, automaticamente através da inserção das variáveis necessárias no programa informático: <ol style="list-style-type: none"> para toda a população, dentro da ficha individual, executando duplo click de forma a que o registo fique visível em (O) de SOAP (exemplo: RCV=12%); se pessoa hipertensa, deve ser cumulativamente calculado o RCV dentro do programa de hipertensão.

Médico de Família (MF) e/ou Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
	<p>6.3 Uma nova avaliação deve ser efetuada, para qualquer idade, após as intervenções nos estilos de vida e/ou farmacológicos, cuja periodicidade deve ser definida caso a caso, nos termos da NORMA 005/2013, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) o sucesso da intervenção decidida para cada pessoa de 40 a 65 anos de idade é avaliado por um posterior cálculo do RCV, quer pela redução do risco absoluto, quer pela mudança do nível de risco face a uma nova avaliação de fatores de risco vascular (por exemplo, evoluir de um nível de risco alto para um risco moderado); b) nos outros grupos etários, não abrangidos pelo SCORE, o cálculo do RCV: <ul style="list-style-type: none"> (i) na pessoa adulta com idade inferior a 40 anos, será realizado cada 5 anos, salvo indicação clínica em contrário; (ii) na pessoa com idade superior a 65 anos, será monitorizado de forma individual, segundo critérios clínicos baseados no custo-benefício de cada intervenção, tendo em atenção a presença de fatores de risco (tabaco, obesidade, história familiar prematura de DCCV, entre outros). <p>6.4 O MF regista no processo clínico e nos termos da NORMA 005/2013, o RCV avaliado e estratificado.</p> <p>6.5 INF O MF esclarece e informa a pessoa com RV de forma adequada e propõe, caso a caso, as medidas que são negociadas e acordadas no plano de cuidados.</p> <p>CONSULTAR: <i>Anexo 4 – Avaliação do RCV “Score” (Systematic Coronary Risk Evaluation)</i></p>

Médico de Família (MF) e/ou Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
7 Intervenção básica sobre o estilo de vida	<p>7.1 As intervenções dirigidas à modificação do estilo de vida são tão importantes como as medidas farmacológicas e em muitos casos, com eficácia superior, melhorando o controlo dos FRV e a morbilidade e mortalidade vasculares, pelo que se devem implementar de forma personalizada na pessoa com RCV conforme NORMA 026/2013 e sempre que se aplique, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) adoção de uma dieta variada, nutricionalmente equilibrada, rica em legumes, leguminosas, verduras e frutas e pobre em gorduras (totais e saturadas); b) prática regular e continuada de exercício físico, 150 min/semana de atividade ligeira a moderada (ex. marcha) ou 60min/semana de atividade intensa (ex. jogging ou ciclismo); c) controlo e manutenção de peso normal, isto é, índice massa corporal igual ou superior a 18,5 mas inferior a 25 e perímetro da cintura inferior a 94 cm no homem e inferior a 80 cm na mulher; d) cessação do consumo de tabaco (ver atividade 8 adiante descrita); e) restrição do consumo excessivo de álcool conforme metodologia plasmada na NORMA 030/2012 (ver actividade 9 adiante descrita); f) diminuição do consumo de sal (valor ingerido inferior a 5,8 g/dia), conforme estratégia da DGS para o consumo de sal (ver Introdução deste PAI). <p>7.2 As intervenções dirigidas à modificação do estilo de vida são sempre registadas no processo clínico, de forma adequada.</p> <p>7.3 INF As intervenções dirigidas à modificação do estilo de vida deverão, sempre que possível, ser fornecidas por escrito, previamente negociadas com a pessoa adulta com RV e de acordo com o plano de cuidados.</p>

Médico de Família (MF) e Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
<p>8 Intervenção específica sobre o estilo de vida: Tabagismo</p>	<p>8.1 O MF e o EF avaliam o consumo de tabaco e registam na ficha clínica, conforme atividade 2 acima descrita.</p> <p>8.2 No caso de pessoa fumadora, realiza a intervenção breve (5 As) ou muito breve (aconselhar a parar e informar sobre a existência de opções de tratamento: medicamentos ou encaminhamento para consulta de apoio intensivo).</p> <p>8.3 Sempre que se aplique, o MF prescreve um medicamento de apoio à cessação tabágica e marca consulta de seguimento ou assegura o encaminhamento para consulta intensiva de cessação tabágica do ACES/Unidade de Saúde nos termos do plano de cuidados.</p> <p>8.4 No caso de mulher fumadora em idade fértil, a contraceção deverá ter em conta o descrito em atividade 15.</p> <p>8.5 INF O MF e o EF esclarecem e informam adequadamente a pessoa com RV acerca dos malefícios do tabagismo e propõem, caso a caso, as medidas que são negociadas e acordadas no plano de cuidados.</p> <p>CONSULTAR: <i>Anexo 6 – Abordagem das intervenções no tabagismo em contexto clínico</i> <i>Anexo 9 – Contraceção</i></p>

Médico de Família (MF) e/ou Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
<p>9 Intervenção específica sobre o estilo de vida: Alcoolismo</p>	<p>9.1 O MF e/ou EF avalia o consumo excessivo de álcool, de acordo com a NORMA 030/2012, utilizando a ferramenta AUDIT:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) consumo de risco (8 a 15 pontos); b) consumo nocivo (16 a 19 pontos); c) dependência (=> 20 pontos). <p>9.2 Na presença de consumo de risco ou consumo nocivo, os profissionais de saúde orientam nos termos da NORMA 030/2012. Quando existir um consumo sugestivo de dependência, o médico referencia a consulta especializada.</p> <p>9.3 INF O MF e o EF esclarecem e informam adequadamente a pessoa com RV acerca do alcoolismo e propõem, caso a caso, as medidas que são negociadas e acordadas no plano de cuidados.</p>
<p>10 Hipertensão Arterial: diagnóstico, classificação e periodicidade de seguimento</p>	<p>10.1 O MF e EF avaliam a PA nos termos da NORMA 020/2011, registando-a no respetivo processo clínico médico e de enfermagem, conforme atividade 2 acima descrita, tendo em consideração as regras para medição correta da PA.</p> <p>10.2 O MF e EF valorizam a informação cedida pela pessoa com HTA através dos seus registos ambulatoriais dos valores de PA, caso existam.</p> <p>10.3 O MF classifica a PA obtida e de acordo com a NORMA 005/2013, nos seguintes termos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) ótima; b) normal; c) normal alta; d) HTA de grau 1; e) HTA de grau 2; f) HTA de grau 3; g) HTA sistólica isolada (e respetivo grau). <p>10.4 O MF regista no processo clínico, na data da sua avaliação, em "A" de SOAP (ex: SCLÍNICO) a classificação obtida no número anterior.</p> <p>10.5 O MF deve ter em atenção a exclusão de qualquer causa de hipertensão arterial secundária.</p>

Médico de Família (MF) e/ou Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
	<p>10.6 O MF e EF procedem, conforme NORMA 020/2011, relativamente à periodicidade recomendada para a confirmação de HTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) se PA < 130 / 85 mmHg, reavaliação até dois anos; b) se PA 130-139 / 85-89 mmHg, reavaliação dentro de um ano; c) se PA 140-159 / 90-99 mmHg, confirmação dentro de dois meses; d) se PA 160-179 / 100-109 mmHg, confirmação dentro de um mês; e) se PA ≥ 180 / 110 mmHg, avaliar e iniciar tratamento imediatamente, ou avaliar dentro de uma semana, de acordo com o quadro clínico. <p>10.7 Na população já classificada como hipertensa, a periodicidade preconizada das consultas no plano de cuidados é:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) se HTA controlada, de 6 em 6 meses; b) se HTA não controlada, segundo critério clínico. <p>10.8 INF O MF esclarece e informa adequadamente a pessoa com RV e propõe, caso a caso, as medidas que são negociadas e acordadas no plano de cuidados.</p> <p>CONSULTAR:</p> <p><i>Anexo 3 – Definição e diagnóstico da HTA</i> <i>Anexo 7 – Causas de Hipertensão Arterial Secundária</i> <i>Anexo 10 – Avaliação inicial da pessoa com HTA</i> <i>Anexo 11 – Medição da Pressão Arterial</i></p>

Médico de Família (MF) e/ou Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
11 Hipertensão Arterial: estratificação do risco absoluto associado e terapêutica adequada	<p>11.1 O MF estratifica o risco absoluto associado na avaliação da pressão arterial, nos termos da NORMA 026/2011 a saber:</p> <ol style="list-style-type: none"> risco baixo; risco moderado; risco alto; risco muito alto. <p><i>(Nota: estão definidas atualmente categorias de risco intermédias)</i></p> <p>11.2 O MF regista no processo clínico, na data da sua avaliação, em "A" de SOAP (ex: SCLÍNICO) a estratificação obtida no número anterior.</p> <p>11.3 Como complemento à avaliação da PA na consulta, o MF recorre, quando indicado, às medições ambulatoriais da tensão arterial (AMPA e MAPA).</p> <p>11.4 O MF, antes de qualquer intervenção farmacológica, promove as intervenções sobre o estilo de vida nos termos da atividade 7 acima descrita, com registo no processo clínico. No entanto, nas pessoas com risco alto e muito alto, o início do tratamento farmacológico é imediato.</p> <p>11.5 A escolha inicial da terapêutica farmacológica anti-hipertensora respeita a NORMA 026/2011, nomeadamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> medicamentos de toma única diária; escolha, entre fármacos de igual eficácia, daquele de menor custo; sempre que necessário e indicada a utilização de dois fármacos, preferência por associação fixa. <p>11.6 No tratamento da HTA de risco baixo ou moderado, pode ser utilizado qualquer fármaco considerado de primeira linha:</p> <ol style="list-style-type: none"> diurético dito tiazídico ou análogo, como a clorotalidona (12,5 -50,0 mg uma vez dia*) ou indapamida (1,5 mg de libertação modificada uma vez ao dia, ou 2,5 mg uma vez dia); modificador do eixo renina-angiotensina-aldosterona, preferencialmente inibidor da enzima de conversão da angiotensina (IECA) ou, em alternativa, antagonista do recetor da angiotensina (ARA) de baixo custo; <p><i>*Em Portugal existe a dosagem de 50 mg por comprimido</i></p>

Médico de Família (MF) e/ou Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
	<p>c) bloqueador da entrada de cálcio (BCC), com duração de ação adequada (longa);</p> <p>d) a associação, preferencialmente, de um diurético ou bloqueador da entrada de cálcio com um inibidor da enzima de conversão da angiotensina, ou com um antagonista do recetor da angiotensina, se em baixa dose e de baixo custo.</p> <p>11.7 No tratamento da hipertensão arterial de risco alto ou muito alto, deverá ser utilizada uma associação de fármacos com mecanismo de ação complementar, assim como sempre que seja previsível uma menor adesão à terapêutica:</p> <p>a) de diurético tiazídico ou análogo com modificador do eixo renina-angiotensina (IECA ou ARA, de baixo custo);</p> <p>b) de bloqueador da entrada de cálcio com modificador do eixo renina-angiotensina (IECA ou ARA, de baixo custo).</p> <p>11.8 No caso de existir doença coronária associada ou insuficiência cardíaca ou certos tipos de arritmia cardíaca e assim como nos jovens com presumível grande atividade simpática, poder-se-á justificar a utilização de bloqueadores adrenérgicos beta (BB) com efeitos vasodilatadores, como o carvedilol ou o nebivolol, que apresentam menor, ou nenhuma, ação dismetabólica.</p> <p>11.9 Perante a ausência de controlo da pressão arterial com a associação de dois fármacos dever-se-á adicionar um terceiro, de classe diferente, isto é:</p> <p>a) bloqueador da entrada de cálcio de ação prolongada, no caso da terapêutica inicial constar de uma associação de diurético com modificador do sistema renina-angiotensina-aldosterona;</p> <p>b) diurético, quando a terapêutica foi iniciada com a associação de bloqueador da entrada de cálcio com modificador do sistema renina-angiotensina-aldosterona.</p> <p>11.10 Quando a pessoa adulta com HTA não apresenta valores tensionais controlados, apesar de terapêutica instituída e otimizada com associação de três fármacos de classes farmacológicas diferentes, incluindo já um diurético (hipertensão arterial refratária), deverá ser referenciada a serviço hospitalar especializado, conforme atividade 17 adiante descrita.</p>

Médico de Família (MF) e/ou Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
<p>12 Dislipidemia: diagnóstico, terapêutica e periodicidade de seguimento</p>	<p>11.11 INF O MF esclarece e informa adequadamente a pessoa com HTA e propõe, caso a caso, as medidas que são negociadas e acordadas no plano de cuidados.</p> <p>CONSULTAR: <i>Anexo 3 – Definição e diagnóstico da HTA</i> <i>Anexo 4 – Avaliação do RCV “Score”(Systematic Coronary Risk Evaluation)</i> <i>Anexo 5 – Estratificação do risco e início da terapêutica na hipertensão arterial.</i> <i>Anexo 7 – Causas de Hipertensão Arterial Secundária</i> <i>Anexo 12 – Tratamento farmacológico na HTA</i></p> <p>12.1 Na avaliação da pessoa com suspeita ou diagnóstico de dislipidemia o MF deverá fazer a prescrição de exames laboratoriais de acordo com a NORMA 066/2011.</p> <p>12.2 Na abordagem terapêutica da dislipidemia o MF e EF promovem todas as necessárias intervenções no estilo de vida, adequadas caso a caso e segundo o ponto 7.1 acima descrito.</p> <p>12.3 São objetivos terapêuticos, nos termos da NORMA 019/2011, a saber:</p> <ol style="list-style-type: none"> na pessoa com risco cardiovascular muito alto procurar obter um valor do CT inferior a 155 mg/dl e um C-LDL inferior a 70 mg/dl; se não for possível atingir o valor alvo de CT e C-LDL, é desejável uma redução igual ou superior a 50% do diferencial para o respetivo valor alvo. <p>12.4 Apesar de não serem definidos objetivos terapêuticos específicos para o C-HDL e triglicéridos, concentrações de C-HDL inferior a 40 mg/dl no homem ou inferior a 45 mg/dl na mulher e de triglicéridos superior a 150 mg/dl, são consideradas marcadores de risco cardiovascular acrescido, podendo ser encarados como objetivos terapêuticos secundários e influenciadores da opção antidislipidémica escolhida.</p>

Médico de Família (MF) e/ou Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
	<p>12.5 O MF deverá ter em conta, para a melhor opção terapêutica farmacológica, o valor alvo de C-LDL (segundo o risco SCORE determinado nos termos da NORMA 005/2013) e privilegiar a estatina com melhor relação custo eficácia, nos termos dos pontos 2, 3, 4, 5 e 6 da NORMA 019/2011.</p> <p>12.6 Em prevenção secundária, a estatina é utilizada em todas as pessoas com RCV alto e muito alto.</p> <p>12.7 O MF deverá ter em conta, no caso de hipertrigliceridemia, a NORMA 019/2011, não descurando sempre e previamente, as intervenções no estilo de vida adequadas e já anteriormente referidas, com registo no processo clínico.</p> <p>12.8 A monitorização e periodicidade de seguimento, incluindo MCDT, deverá ser realizada de acordo com as NORMA 019/2011 e NORMA 066/2011.</p> <p>12.9 INF O MF esclarece e informa adequadamente a pessoa com RV acerca da dislipidemia e propõe, caso a caso, as medidas que são negociadas e acordadas no plano de cuidados.</p> <p>CONSULTAR: <i>Anexo 4 – Avaliação do RCV “Score”(Systematic Coronary Risk Evaluation)</i> <i>Anexo 8 – Abordagem da dislipidemia de acordo com o RCV</i></p>
<p>13 Diabetes Mellitus</p>	<p>13.1 Segundo as orientações do PAI DM tipo 2.</p>
<p>14 Obesidade e Pré-obesidade</p>	<p>14.1 Segundo as orientações do respetivo PAI, Normas Clínicas e Orientações específicas.</p>

Médico de Família (MF) e/ou Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
15 Contraceção: critérios de elegibilidade	<p>15.1 A escolha do método contraceptivo deverá ter em conta a presença de FRV e/ou DCCV estabelecida.</p> <p>15.2 Δ Na presença de múltiplos fatores de risco cardiovasculares (MFRCV), o risco cardiovascular aumenta com o uso de contraceção hormonal combinada (CHC), pelo que esta não deverá ser utilizada.</p> <p>15.3 O MF deve considerar, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) na HTA controlada, embora os estrogénios possam ser utilizados, outros métodos serão mais adequados, se disponíveis; a descontinuação de CHC em mulher com HTA pode melhorar o controlo tensional; b) as alterações do perfil lipídico em mulher sob CHC são limitadas e existem sobretudo na presença do levonorgestrel, mas sem significado estatístico ou evidência de consequências clínicas, pelo que o seu rastreio não está indicado por rotina; c) Δ o uso de CHC associado ao tabaco aumenta o risco de DCCV, pelo que neste caso deverá atender-se ao referido na atividade 8 acima descrita; d) Δ o uso de CHC na mulher com obesidade aumenta de forma muito significativa o risco de tromboembolismo venoso. <p>15.4 INF O MF esclarece e informa adequadamente a pessoa com RV acerca da contraceção e propõe, caso a caso, as medidas que são negociadas e acordadas no plano de cuidados.</p> <p>CONSULTAR: <i>Anexo 9 – Contraceção</i></p>

Médico de Família (MF) e/ou Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
16 Outras intervenções terapêuticas	<p>16.1 O MF deverá considerar as seguintes intervenções, sempre que se aplique:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) terapêutica antiagregante, de acordo com o preconizado na NORMA 014/2011: o fármaco antiagregante de eleição é o ácido acetil-salicílico (AAS), na dose de 75-100 mg/dia, numa toma única; no entanto, considerar, <ul style="list-style-type: none"> (i) em caso de alergia ou intolerância ao AAS, a alternativa mais eficaz e segura é o clopidogrel, na dose de 75 mg/dia; b) deve estabelecer-se terapêutica antiagregante também nos seguintes casos: <ul style="list-style-type: none"> (i) pessoa em prevenção secundária; (ii) pessoa em prevenção primária com um RCV muito alto (iii) ($\geq 10\%$, na tabela de SCORE), sempre que a PA estiver controlada; (iv) na presença de DM, considerar tratamento antiagregante no homem, com idade superior a 50 anos e na mulher, com idade superior a 60 anos, que possuam, pelo menos, mais um fator de risco <i>major</i> (história familiar de DCCV, HTA, tabagismo, dislipidemia ou albuminúria ou evento cérebro/cardiovascular prévio). c) utilização de Beta Bloqueantes (BB): <ul style="list-style-type: none"> (i) na pessoa que tenha tido um enfarte agudo do miocárdio, salvo contra-indicação. d) utilização de inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA): <ul style="list-style-type: none"> (i) recomenda-se a sua utilização na pessoa que tenha tido um enfarte do miocárdio, tenha tido ou não disfunção do ventrículo esquerdo, salvo contra-indicação. <p>16.2 INF O MF esclarece e informa adequadamente a pessoa com RV sobre as terapêuticas prescritas e propõe, caso a caso, as medidas que são negociadas e acordadas no plano de cuidados.</p>

Médico de Família (MF) e/ou Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
17 Critérios clínicos para referência hospitalar	<p>17.1 O MF referencia aos CH os casos clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) doença isquémica estabilizada e tratada, que surge com agravamento significativo da sintomatologia; b) AVC crónico e estabilizado, agravado por acidente isquémico transitório, ou com aparecimento de sinais de deterioração cognitiva; c) agravamento de sintomas de claudicação intermitente; d) aparecimento, ou agravamento, de sintomas e sinais de insuficiência cardíaca; e) agravamento clínico súbito de hipertensão arterial estabilizada; f) hipertensão secundária suspeita ou confirmada; g) HTA refratária ou resistente, descontado o efeito bata branca (EBB) e excluídas outras eventuais causas de má resposta terapêutica; h) HTA na gravidez; i) dislipidemia resistente à terapêutica instituída, ao fim de 6 meses de efetiva adesão tratamento. <p>17.2 INF O MF esclarece e informa adequadamente a pessoa com RV sobre os motivos da referência.</p>

Médico e Enfermeiro CH e SU

Atividades	Características da Qualidade
18 Referenciação dos CSP: procedimentos	<p>18.1 O Médico e o Enfermeiro dos CH trabalham em equipa multidisciplinar, garantindo a continuidade assistencial da pessoa com RV proveniente dos CSP.</p> <p>18.2 A avaliação inicial da pessoa referenciada, inclui, entre outros: peso, estatura, perímetro da cintura, IMC, PA, glicemia capilar, perfil lipídico, função renal.</p> <p>18.3 Toda a informação clínica dos CSP e meios complementares de diagnóstico que a acompanham são adequadamente analisados e integrados no processo clínico.</p>

Médico e Enfermeiro CH e SU

Atividades	Características da Qualidade
	<p>18.4 A cada pessoa adulta com DCCV é definido um estudo clínico adequado, com recurso aos meios complementares de diagnóstico que se justifiquem, no sentido de se responder ao pedido de referenciação e garantir o tratamento e encaminhamento adequados.</p> <p>18.5 O MF e EF recebem informação clínica adequada de retorno, informação relativa ao plano de cuidados subsequente.</p> <p>18.6 Em caso de internamento, no momento da alta, procede-se conforme o ponto anterior.</p> <p>18.7 Sempre que necessário, mantendo-se a pessoa em consulta hospitalar em uma ou mais especialidades, há lugar informação de retorno dirigida aos profissionais de saúde dos CSP a emitir pelos profissionais de saúde do H.</p> <p>18.8 Sempre que a pessoa adulta com RV não tiver tido entrada pelos CSP, os profissionais de saúde hospitalares cumprem com as atividades anteriormente descritas (atividades 2, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12 e 16).</p> <p>18.9 INF A pessoa com DCCV recebe, bem como o familiar/cuidador, toda a informação necessária, preferencialmente por escrito, relativa à sua situação clínica bem como todas as indicações relativas à medicação, eventual execução de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e demais informações inerentes à monitorização e evolução da sua situação clínica.</p>

Médico e Enfermeiro CH e SU

Atividades	Características da Qualidade
Serviço de Urgência	<p>18.10 Em caso de emergência hipertensiva, ou de urgência hipertensiva, é dada prioridade clínica nos termos da triagem hospitalar em vigor, procedendo-se em conformidade com a severidade/gravidade de cada caso clínico (ver atividade 17 acima descrita).</p> <p>18.11 No momento da alta, os profissionais do SU procedem-se conforme o ponto anterior 18.5.</p> <p>18.12 INF A pessoa com DCCV recebe, bem como o familiar/cuidador, toda a informação necessária, preferencialmente por escrito, relativa à sua situação clínica bem como todas as indicações relativas à medicação, eventual execução de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e demais informações inerentes à monitorização e evolução da sua situação clínica no âmbito da DCCV, no momento da alta do SU.</p> <p>CONSULTAR:</p> <p><i>Anexo 2 – Expectativas do Cidadão/Cuidador e dos Profissionais de Saúde</i></p> <p><i>Anexo 3 – Definição e diagnóstico da HTA</i></p> <p><i>Anexo 4 – Avaliação do RCV “Score”(Systematic Coronary Risk Evaluation)</i></p> <p><i>Anexo 5 – Estratificação do risco e início da terapêutica na hipertensão arterial.</i></p> <p><i>Anexo 6 – Abordagem das intervenções no tabagismo em contexto clínico</i></p> <p><i>Anexo 7 – Causas de Hipertensão Arterial Secundária</i></p> <p><i>Anexo 8 – Abordagem da dislipidemia de acordo com o RCV</i></p> <p><i>Anexo 9 – Contraceção</i></p> <p><i>Anexo 10 – Avaliação inicial da pessoa com HTA</i></p> <p><i>Anexo 11 – Medição da Pressão Arterial</i></p> <p><i>Anexo 12 – Tratamento farmacológico na HTA</i></p> <p><i>Anexo 13 – Urgência e Emergência Hipertensivas</i></p>

Profissionais de saúde dos CSP, CH, SU e CCI

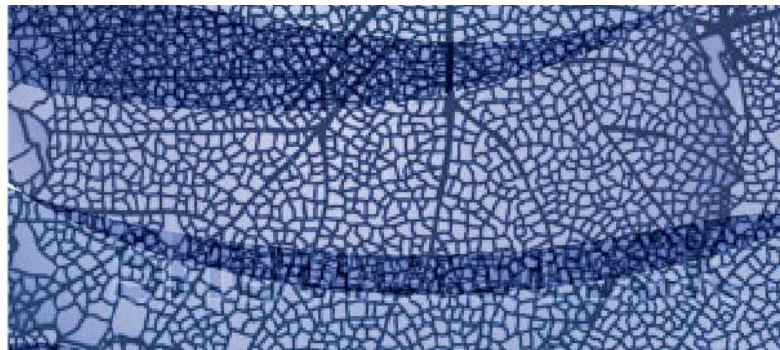
Atividades	Características da Qualidade
19 Critérios de referência aos CCI	<p>19.1 A pessoa com DCCV é referenciada à rede nacional de CCI pelos CSP ou pela equipa de gestão de alta dos CH, de acordo com a legislação em vigor.</p> <p>19.2 INF A pessoa com DCCV recebe, bem como o familiar/cuidador, toda a informação necessária, preferencialmente por escrito, relativa à sua situação clínica bem como todas as indicações relativas à medicação, eventual execução de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e demais informações inerentes à monitorização e evolução da sua situação clínica no âmbito da DCCV, no momento da referência aos CCI.</p> <p>CONSULTAR: <i>Anexo 2 – Expectativas do Cidadão/Cuidador e dos Profissionais de Saúde</i> <i>Anexo 3 – Definição e diagnóstico da HTA</i> <i>Anexo 4 – Avaliação do RCV “Score”(Systematic Coronary Risk Evaluation)</i> <i>Anexo 5 – Estratificação do risco e início da terapêutica na hipertensão arterial.</i> <i>Anexo 6 – Abordagem das intervenções no tabagismo em contexto clínico</i> <i>Anexo 7 – Causas de Hipertensão Arterial Secundária</i> <i>Anexo 8 – Abordagem da dislipidemia de acordo com o RCV</i> <i>Anexo 9 – Contraceção</i> <i>Anexo 10 – Avaliação inicial da pessoa com HTA</i> <i>Anexo 11 – Medição da Pressão Arterial</i> <i>Anexo 12 – Tratamento farmacológico na HTA</i></p>
20 Seguimento da pessoa com RV	<p>20.1 Os profissionais de saúde asseguram e garantem a continuidade assistencial e a transmissão da informação clínica entre os diferentes níveis de cuidados.</p> <p>20.2 A monitorização deve ser individualizada segundo o nível de prevenção, o RV em caso de prevenção primária e os FRV presentes e os objetivos terapêuticos, conforme plano de cuidados.</p> <p>20.3 Deve acordar-se com a pessoa adulta com RV as atividades ou intervenções a realizar e a sua periodicidade, conforme plano de cuidados, disponibilizando-se eventuais recursos da comunidade, devendo implicar-se/envolver-se ativamente os familiares/cuidadores.</p>

Médico e Enfermeiro CH e SU

Atividades	Características da Qualidade
	<p>20.4 Deve recalcular-se o RV, no sentido de avaliar a variação do risco global, após as intervenções, ao fim de 1 a 2 anos, a definir caso a caso e segundo o risco prévio, adaptando-se medidas adequadas à nova situação e sempre que existam modificações dos fatores de risco vasculares.</p> <p>20.5 INF Os profissionais de saúde informam de forma clara e compreensível a pessoa adulta com RV e quando for caso, os familiares/cuidadores, sobre a situação clínica, as complicações e o prognóstico, em qualquer nível de cuidados (CSP, CH, SU, CCI).</p> <p>CONSULTAR:</p> <p><i>Anexo 2 – Expectativas do Cidadão/Cuidador e dos Profissionais de Saúde</i></p> <p><i>Anexo 3 – Definição e diagnóstico da HTA</i></p> <p><i>Anexo 4 – Avaliação do RCV “Score”(Systematic Coronary Risk Evaluation)</i></p> <p><i>Anexo 5 – Estratificação do risco e início da terapêutica na hipertensão arterial.</i></p> <p><i>Anexo 6 – Abordagem das intervenções no tabagismo em contexto clínico</i></p> <p><i>Anexo 7 – Causas de Hipertensão Arterial Secundária</i></p> <p><i>Anexo 8 – Abordagem da dislipidemia de acordo com o RCV</i></p> <p><i>Anexo 9 – Contraceção</i></p> <p><i>Anexo 10 – Avaliação inicial da pessoa com HTA</i></p> <p><i>Anexo 11 – Medição da Pressão Arterial</i></p> <p><i>Anexo 12 – Tratamento farmacológico na HTA</i></p> <p><i>Anexo 13 – Urgência e Emergência Hipertensivas</i></p>

6

COMPETÊNCIAS



Para efeitos do PAI RV entende-se por competência a atitude do profissional de saúde e a sua capacidade de integrar os conhecimentos associados às boas práticas da profissão, na sua prática diária e na resolução de problemas.

A gestão por competências é indispensável à efetiva implementação dos PAI e à obtenção de resultados de qualidade.

Neste contexto, falar de competências significa efetuar a abordagem de comportamentos observáveis e mensuráveis, suscetíveis de melhoria e que estão diretamente relacionados com o desempenho desejável numa organização determinada.

O enfoque desta abordagem está centrado naquilo que o profissional faz (conhecimentos, capacidades e atitudes).

Neste processo assistencial integrado incorporam-se apenas competências específicas, técnicas ou funcionais, relacionadas com fatores críticos de sucesso e indispensáveis para garantir o desenvolvimento e implementação do mesmo, não se descrevendo competências profissionais de carácter geral.

Adiante descrevem-se sucintamente essas competências, relacionadas com os diferentes grupos de atividades e focadas nos resultados esperados.

COMPETÊNCIA 1 - Informação ao Cidadão	Evidências específicas Informação - PAI RV	Med	Enf	Adm	Outro
O profissional de saúde proporciona a informação necessária para promover a participação e decisão da pessoa com RV (incluindo o familiar/cuidador), permitindo-lhe que exerça os seus direitos	Informação clara e precisa fornecida à pessoa com RV (familiar/cuidador) ou em risco.	•	•	•	1,2,3
	Formulário de consentimento informado, se aplicável.	•	•		
	Registo adequado no processo clínico/individual das informações e orientações prestadas à pessoa com RV ou em risco.	•	•		1,2,3

1 - Nutricionista/dietista; 2 - Assistente social; 3 - Psicólogo

LEGENDA: Med-médico Enf-enfermeiro Adm-secretariado clínico/administrativo

COMPETÊNCIA 2 – Educação para a Saúde, aconselhamento e medidas de prevenção	Evidências específicas Educação para a Saúde – PAI RV	Med	Enf	Adm	Outro
O profissional de saúde assegura a realização de atividades educativas, a avaliação do RV e medidas preventivas, no sentido de se promover a saúde e a prevenção do desenvolvimento de DCCV	Informação clara e orientações compreensíveis fornecidas à pessoa com RV (familiar/cuidador) ou em risco, preferencialmente por escrito.	•	•	•	1,2,3
	Avaliação do risco de desenvolver DCCV a 10 anos.	•			
	Informação à pessoa sem DCCV. Registo adequado no processo clínico/individual.	•	•		
	Estimulação para a modificação dos estilos de vida, nomeadamente para a alimentação saudável e prática de atividade física, a cada pessoa em RV ou com DCCV.	•	•		1
	Informação e promoção do abandono dos hábitos tabágicos.	•	•		3
	Realização de ações de formação e reflexão crítica e ativa sobre o desempenho, para melhorar a intervenção profissional.	•	•	•	1,2,3

1 – Nutricionista/dietista; 2 – Assistente social; 3 – Psicólogo

LEGENDA: Med-médico Enf-enfermeiro Adm-secretariado clínico/administrativo

COMPETÊNCIA 3 - Comunicação/ entrevista/ consulta clínica	Evidências específicas Entrevista clínica - PAI RV	Med	Enf	Adm	Outro
O profissional de saúde assegura a comunicação mais eficaz com cada pessoa com RV, aplicando as técnicas de comunicação próprias do seu âmbito profissional	Informação clara e precisa à pessoa com RV sobre a necessidade e plano da monitorização dos fatores de risco.	•	•		1
	Negociação com a pessoa com RV sobre os objetivos individuais e anuais no controlo de fatores de risco.	•	•		
	Informação à pessoa com RV sobre a necessidade do adequado cumprimento terapêutico.	•	•		
	Informação à pessoa com RV sobre os potenciais efeitos secundários da medicação em curso.	•	•		
	Registo no processo clínico/individual do plano de cuidados e orientações fornecidas.	•	•		1,2,3

1 - Nutricionista/dietista; 2 - Assistente social; 3 - Psicólogo

LEGENDA: Med-médico Enf-enfermeiro Adm-secretariado clínico/administrativo

COMPETÊNCIA 4 – Capacidade para a tomada de decisões clínicas, de diagnóstico e terapêutica	Evidências específicas Decisão clínica – PAI RV	Med	Enf	Adm	Outro
O profissional de saúde assegura cuidados clínicos de qualidade, atualizados e baseados na melhor evidência científica, no âmbito profissional da sua especialidade	Realização de avaliação clínica correta, pedido e interpretação de exames complementares de diagnóstico.	•			
	Estabelecimento de juízo/conclusão clínica adequados e definição de um plano de atuação e de cuidados de acordo com a situação clínica da pessoa com RV a cada momento.	•			
	Cumprimento e monitorização do Plano Nacional de Vacinação e outras vacinas.	•	•		
	Cumprimento das Normas e Orientações específicas para as diferentes atividades de monitorização da pessoa com RV.	•	•		
	Registos de todas as intervenções e plano de cuidados no processo clínico/individual.	•	•		1,3
	Definição de terapêutica nutricional individualizada, de acordo com a situação clínica da pessoa com RV.				1

1 – Nutricionista/dietista; 2 – Assistente social; 3 – Psicólogo

LEGENDA: Med-médico Enf-enfermeiro Adm-secretariado clínico/administrativo

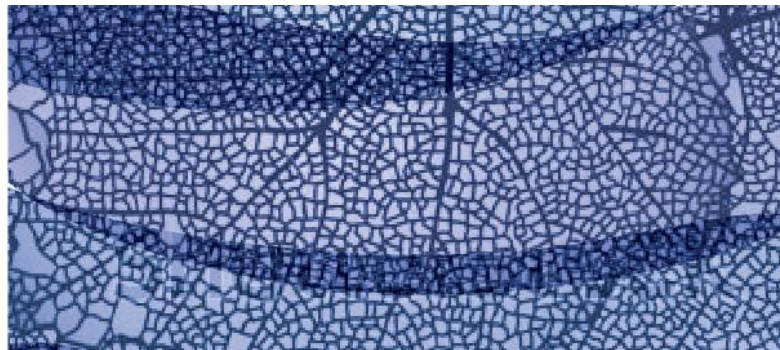
COMPETÊNCIA 5 – Continuidade assistencial	Evidências específicas Continuidade assistencial – PAI RV	Med	Enf	Adm	Outro
O profissional de saúde assegura continuidade de cuidados assistenciais à pessoa com RV no cumprimento deste PAI	Continuidade assistencial assegurada e apoiada nos registos do processo clínico: notas de alta de internamentos hospitalares e diagnósticos clínicos, plano individual de intervenção, orientações terapêuticas, entre outros.	•	•		1,2,3
	Difusão de recomendações para a vigilância clínica domiciliária, distribuição de informação em suporte papel.	•	•		
	Promoção do trabalho de equipa em ambiente domiciliário, elaboração de um plano multidisciplinar de cuidados adequado, de molde a evitar deslocações desnecessárias e/ou repetitivas.	•	•		1,2,3

1 – Nutricionista/dietista; 2 – Assistente social; 3 – Psicólogo

LEGENDA: Med-médico Enf-enfermeiro Adm-secretariado clínico/administrativo

7

RECURSOS E UNIDADES DE SUPORTE



Para a implementação deste PAI é necessário que os serviços onde se prestam os cuidados de saúde identifiquem, para as diferentes atividades, os recursos necessários, tanto em termos de recursos humanos (equipas multidisciplinares) como de instalações (que respeitem os direitos da pessoa com RV à privacidade, intimidade, conforto e segurança), como de sistemas de informação e comunicação e de materiais e equipamentos.

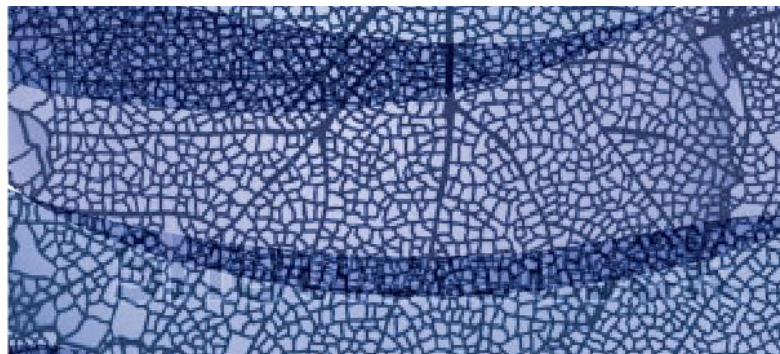
Na sua seleção/aquisição, incluindo os instrumentos de medição, devem ser elaboradas especificações de desempenho, sempre que aplicável, de acordo com o nível de precisão exigível. Todos os dispositivos médicos devem respeitar as determinações da diretiva dos dispositivos médicos (diretiva 2007/47/CEE) e, se aplicável, a conformidade com Normas de produto harmonizadas.

Os equipamentos de medição e monitorização devem ser sujeitos a manutenção preventiva e verificados/calibrados por forma a garantir a fiabilidade e exactidão das medições.

Para o sucesso deste PAI é imprescindível que os serviços de suporte (tais como os serviços de imagiologia, laboratório, manutenção de instalações e equipamentos, laboratórios de metrologia, e outros) sigam também a metodologia da abordagem por processos e garantam a conformidade com requisitos de controlo de qualidade pré-definidos.

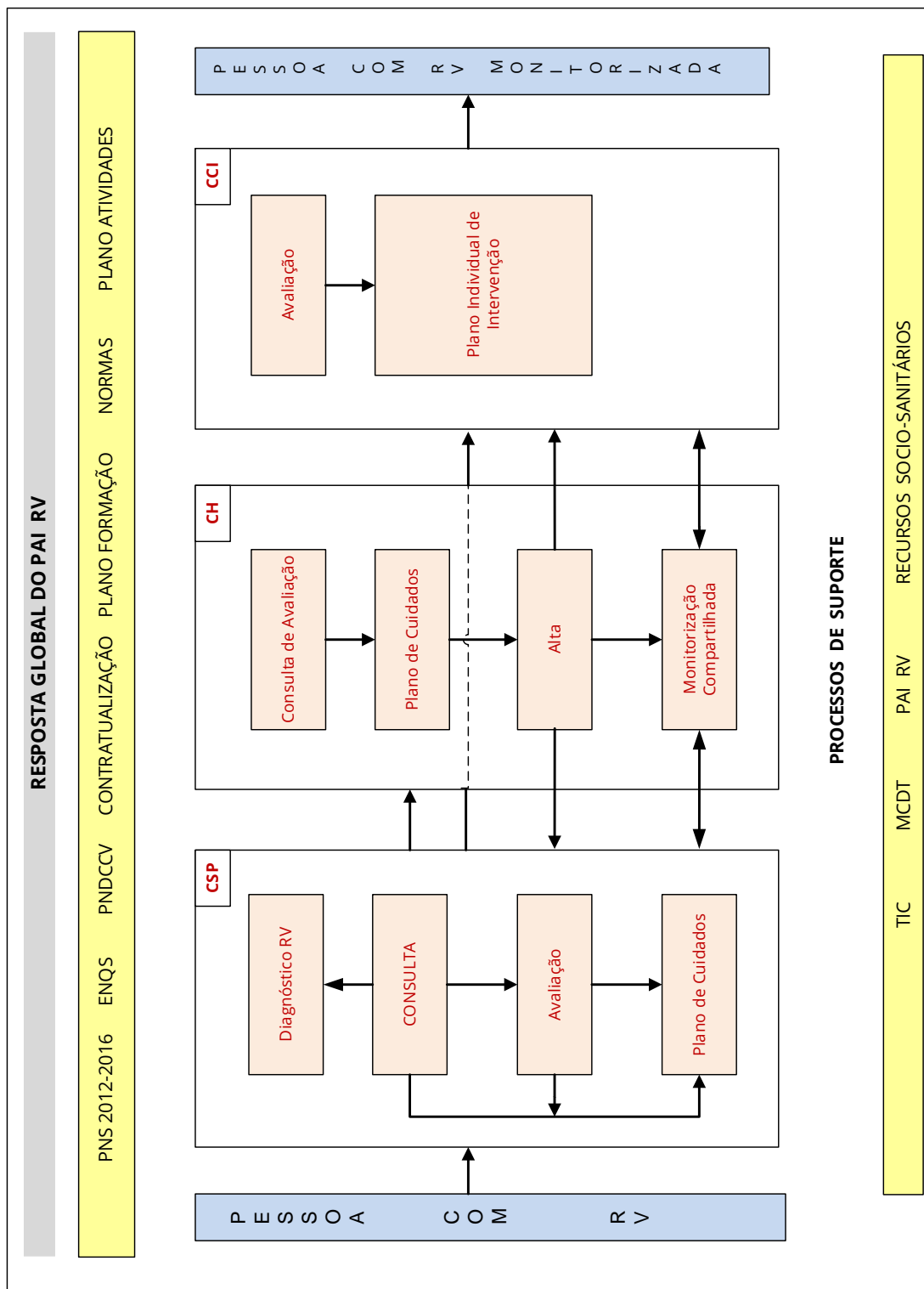
8

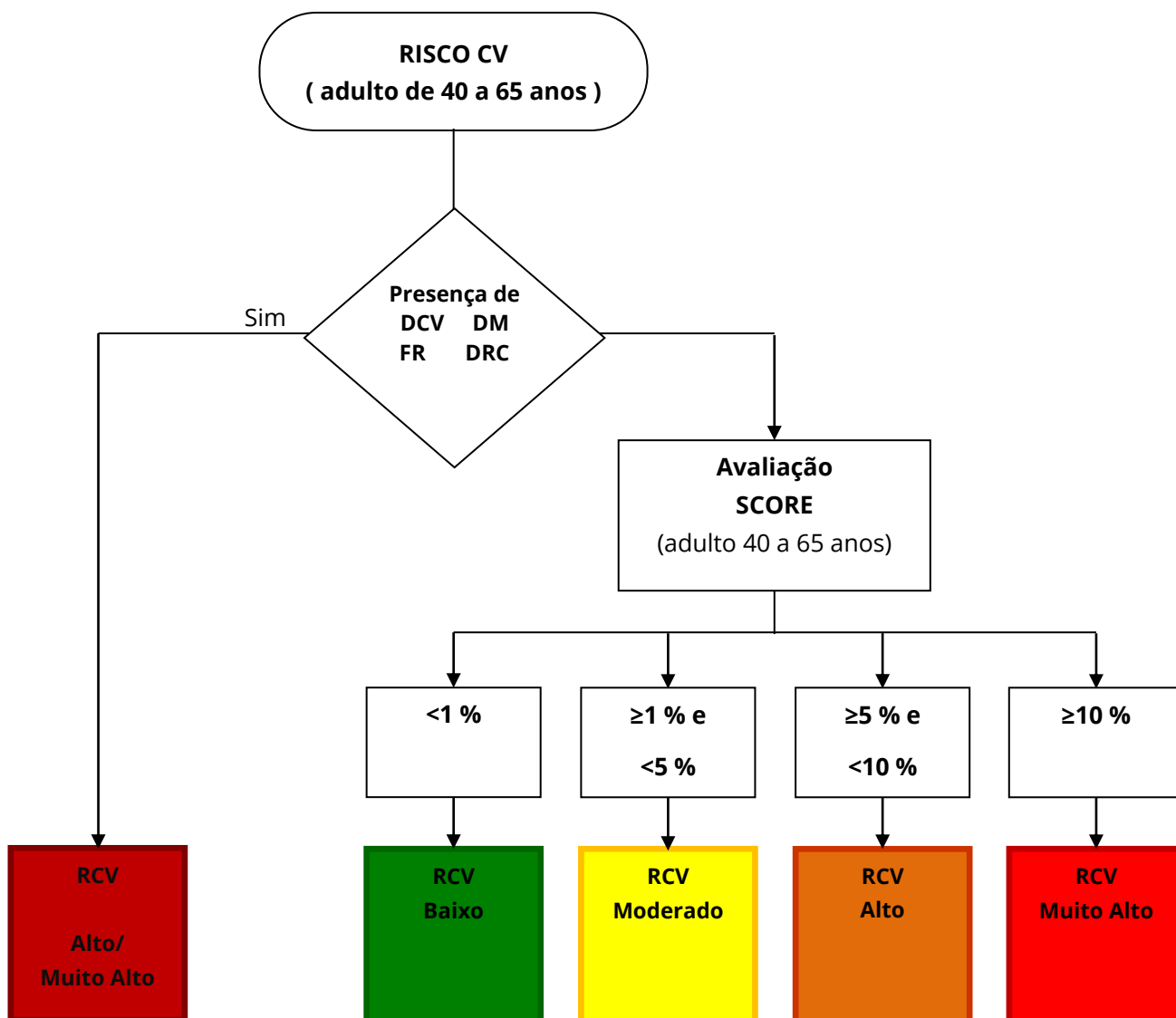
REPRESENTAÇÃO GRÁFICA



A representação gráfica do PAI RV permite visualizar a sua abrangência.

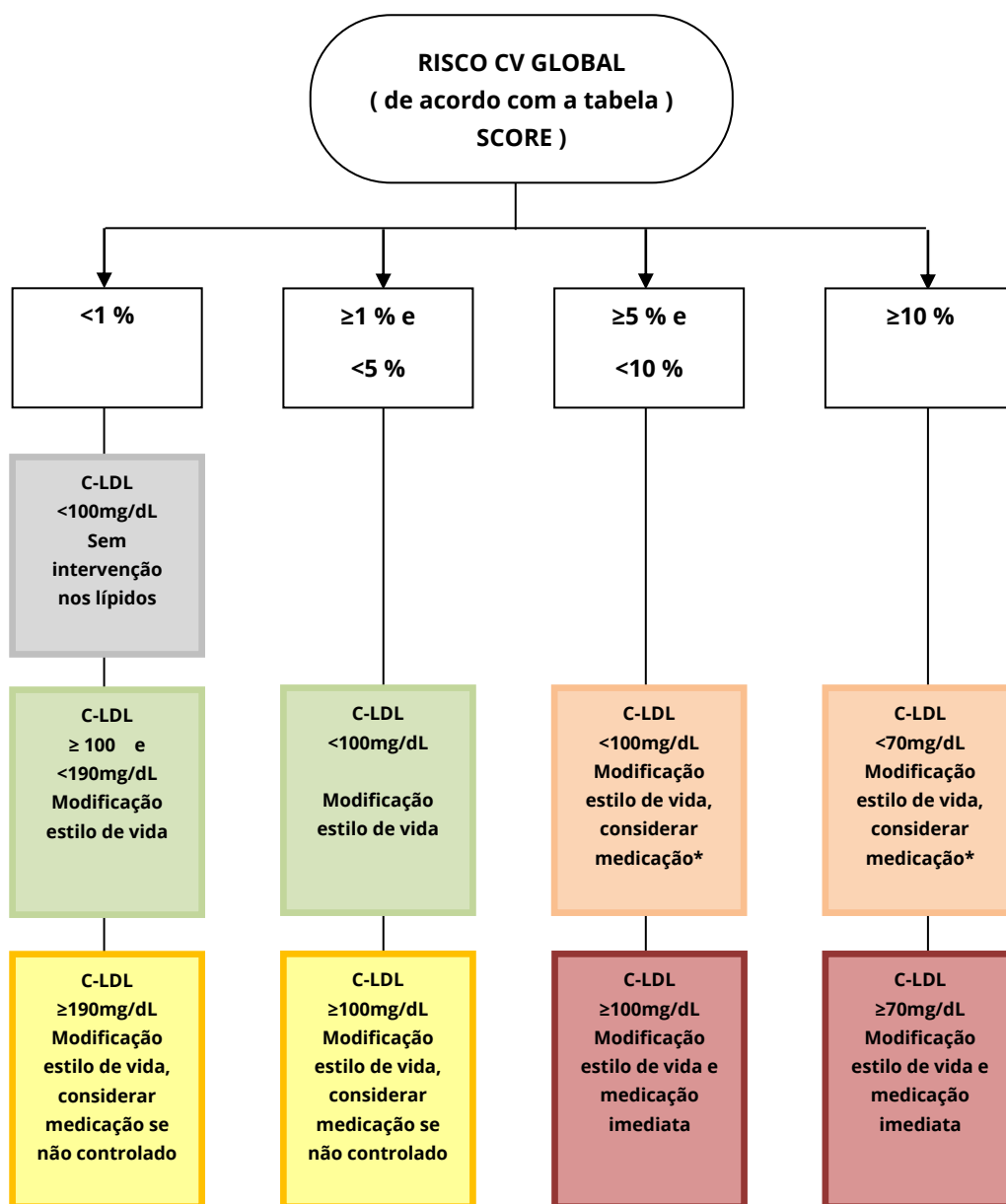
Depois do contato de qualquer pessoa com o SNS e de se confirmar ser portadora de RV, inicia-se o processo operativo, clínico-assistencial, nos diferentes níveis de cuidados de saúde, garantido os profissionais de saúde a continuidade assistencial à pessoa com RV, familiar e/ou cuidador (conforme o diagrama da resposta global do PAI RV, que a seguir se apresenta). Anexam-se ainda quatro fluxogramas respeitantes a Normas Clínicas citadas no capítulo 5.





DCV - doença cardiovascular (enfarte do miocárdio, síndrome coronário agudo, revascularização coronária ou outro procedimento de revascularização arterial, acidente vascular cerebral isquémico, doença arterial periférica);
DM - diabetes mellitus, tipo 2 ou tipo 1 (com um ou mais fatores de risco cardiovascular ou lesão dos órgãos-alvo tal como microalbuminúria);
FR - fatores de risco vascular isolados, muito elevados (hipertensão arterial grave, de grau 3, ou dislipidemia familiar);
DRC - doença renal crónica moderada a grave (taxa de filtração glomerular inferior a 60 ml/min/1.73 m²).

AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR SCORE



**em doentes com enfarte do miocárdio, a terapêutica com estatinas deve ser considerada, independentemente dos níveis de C-LDL.*

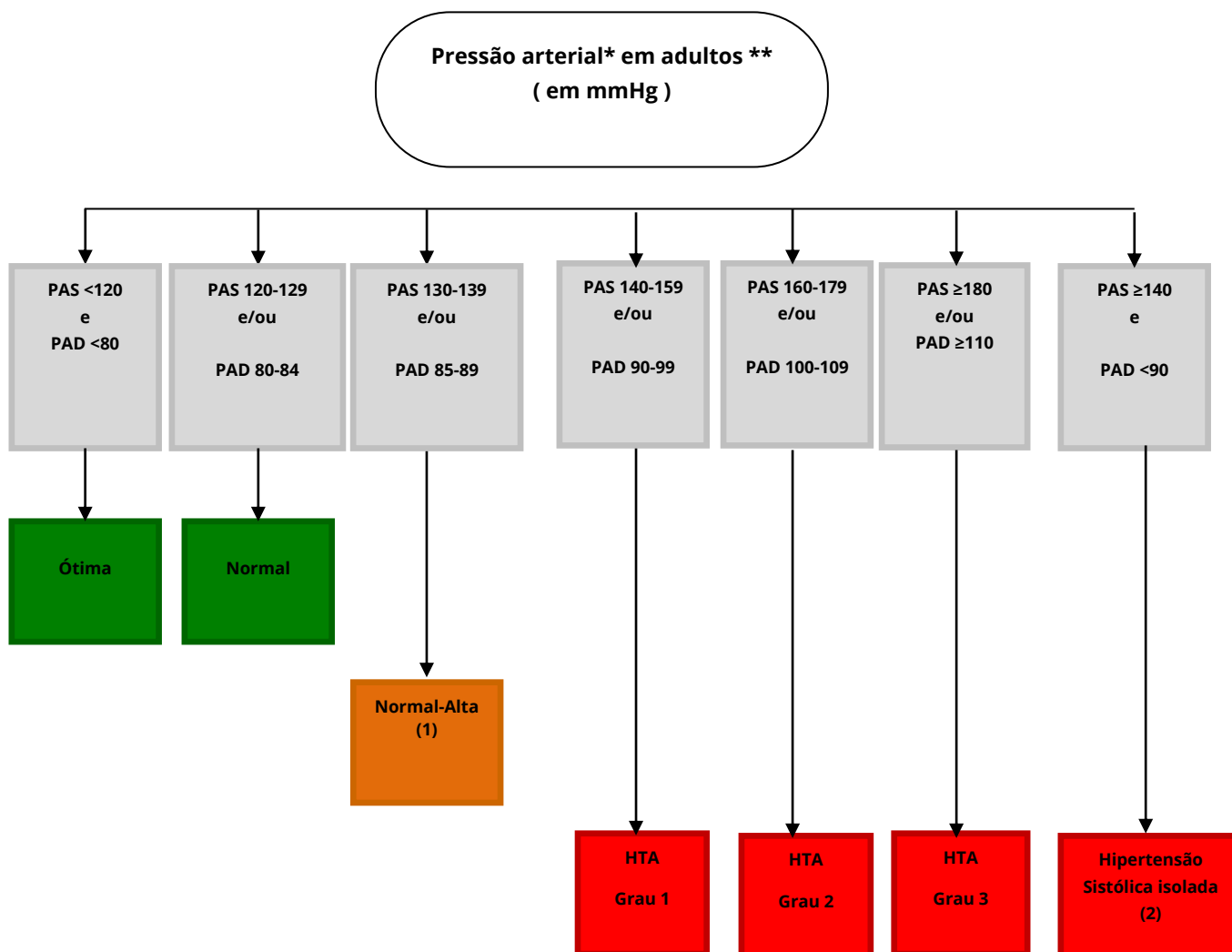
Legenda: CV = cardiovascular C-LDL = Colesterol das lipoproteínas de baixa densidade.

Fonte

Adaptado da Sociedade Portuguesa de Cardiologia

"Recomendações da ESC/EAS para a abordagem clínica das dislipidemias", 2011.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA DISLIPIDEMIA



Legenda:

HTA-hipertensão arterial
PAD-pressão arterial diastólica
PAS-pressão arterial sistólica

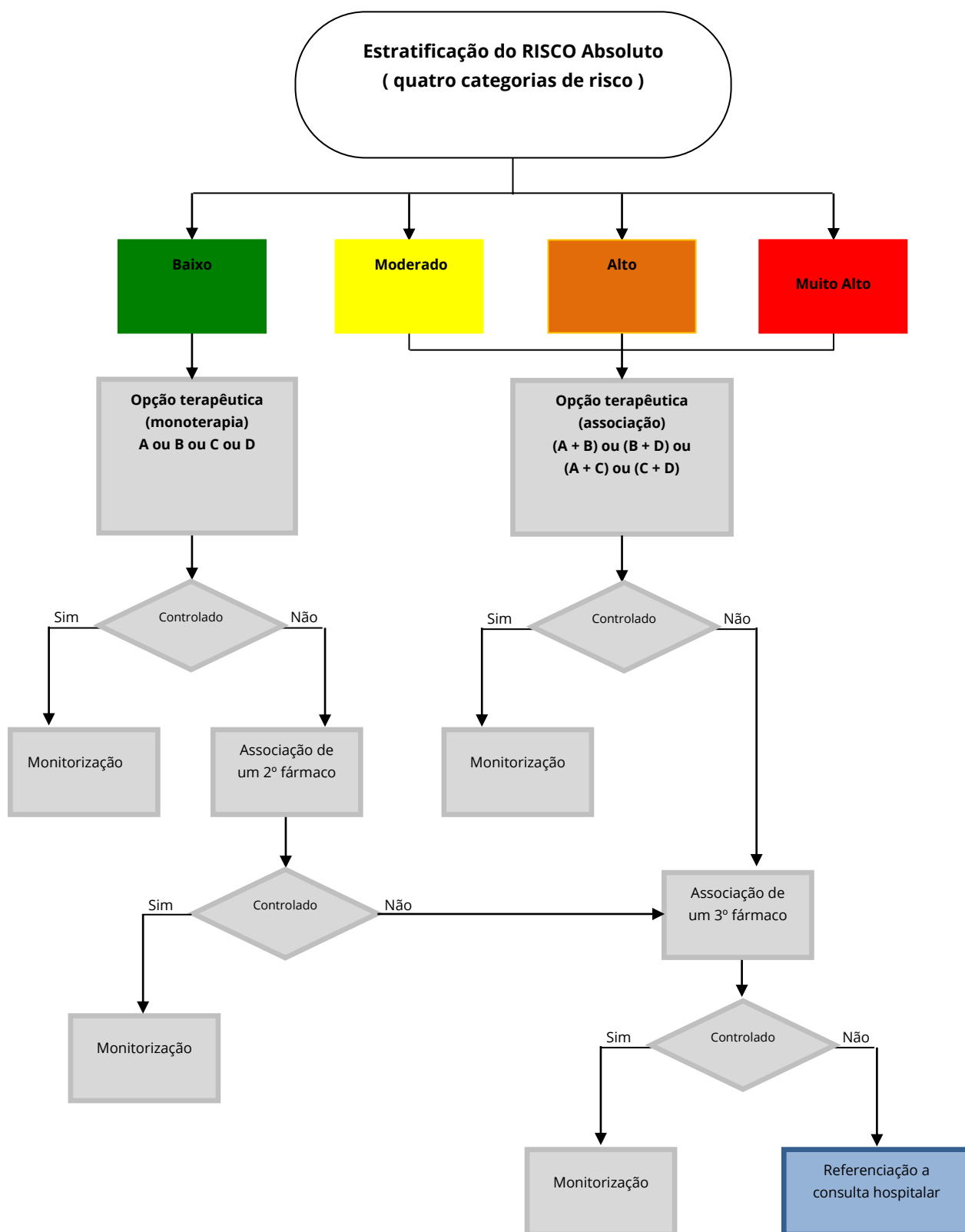
Notas:

*Valores médios de duas medições realizadas em, pelo menos, duas diferentes consultas, após a deteção inicial de valores elevados de pressão arterial.

**Esta classificação é válida para adultos com 18, ou mais, anos de idade que não estejam medicados com fármacos anti-hipertensores e não apresentem nenhum processo patológico agudo concomitante. Quando as pressões arteriais sistólica e diastólica estejam em diferentes categorias considera-se a categoria do valor mais elevado.

- (1) As pessoas com pressão arterial normal-alta têm risco cardiovascular mais elevado comparativamente às que apresentam uma pressão arterial ótima (risco relativo de 2.5 na mulher e 1.6 no homem).
- (2) Hipertensão Sistólica isolada: classifica-se também em graus de 1 a 3, segundo os seus valores de pressão arterial sistólica e com idênticos escalões aos da hipertensão arterial (HTA).

CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL



Legenda-

A - diurético

C - antagonista do recetor da angiotensina

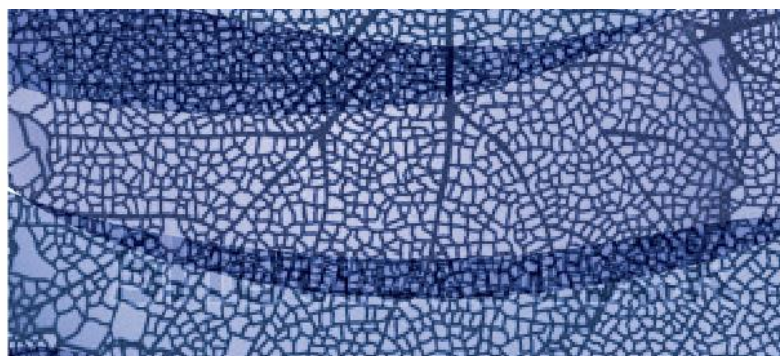
B - inibidor da enzima de conversão da angiotensina

D - antagonista do cálcio

ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

9

INDICADORES



Indicadores de Avaliação e de Monitorização

Indicadores

siglas pHTA => pessoa com hipertensão arterial

pDIS => pessoa com dislipidemia

os códigos citados pertencem à ICPC-2, Classificação Internacional dos CSP, 2.ª edição

Fórmula para todos :

$(\text{Numerador/Denominador}) \times 100$

1 - Avaliação ótima/normal da PA

(pessoas com avaliação ótima/normal, avaliação por médico ou enfermeiro, com registo no SCLÍNICO)

Número total de pessoas com pontuação de AVALIAÇÃO ÓTIMA/NORMAL

Número total de pessoas a quem foi avaliada a PA

2 - RCV Baixo/Moderado a 10 anos

(pessoas em risco baixo/moderado, avaliação por médico, com registo no SCLÍNICO)

Número total de pessoas com pontuação de RCV BAIXO/MODERADO a 10 anos

Número total de pessoas a quem foi avaliado o RCV no ano

3 – RCV Alto a 10 anos

(pessoas em risco alto, avaliação por médico, com registo no SCLÍNICO)

Número total de pessoas com pontuação de RCV ALTO a 10 anos

Número total de pessoas a quem foi avaliado o RCV no ano

4 – RCV Muito Alto a 10 anos

(pessoas em muito alto risco, avaliação por médico, com registo no SCLÍNICO)

Número total de pessoas com pontuação de RCV MUITO ALTO a 10 anos

Número total de pessoas a quem foi avaliado o RCV no ano

5 – Prevalência de HTA

(cálculo para 31-12 de cada ano)

Número total de pessoas com código K86/K87

Número total de pessoas inscritas na Unidade de Saúde

6 – Prevalência de DIS

(cálculo para 31-12 de cada ano)

Número total de pessoas com código T93

Número total de pessoas inscritas na Unidade de Saúde

7 – Incidência de HTA

(cálculo para 31-12 de cada ano)

Número total de casos novos de pHTA entre 1-1 e 31-12

Número total de pessoas inscritas na Unidade de Saúde

8 – Incidência de DIS

(cálculo para 31-12 de cada ano)

Número total de casos novos de pDIS entre 1-1 e 31-12

Número total de pessoas inscritas na Unidade de Saúde

9 – População com HTA em vigilância

(cálculo para 31-12 de cada ano)

Número total de pHTA com, pelo menos, 2 consultas registadas “com presença” no ano

Número total de pHTA inscritas/registadas

10 – Indicadores de Processo em HTA

prática de exercício físico regular (ver atividade 7)

(cálculo para o último registo do ano)

Número total de pHTA com prática de exercício físico regular

Número total de pessoas com RCV avaliado a 31-12 do ano

(cálculo para o último IMC do ano civil, estratificado)

Número total de pHTA com $IMC \leq 24,9$

Número total de pHTA em vigilância, a 31-12 do ano

Número total de pHTA com IMC entre 25,0 a 29,9 (inclusive)

Número total de pHTA em vigilância, a 31-12 do ano

Número total de pHTA com $IMC \geq 30,0$

Número total de pHTA em vigilância, a 31-12 do ano

(cálculo para o último registo do ano civil sobre hábitos tabágicos)

Número total de pHTA fumadoras de 1 ou mais cigarros/dia

Número total de pessoas com RCV a quem foi avaliado o consumo diário de cigarros

(cálculo para a última Pressão Arterial registada no ano, estratificada por grau de HTA)

Número total de pHTA com $PAS > 140$ e/ou $PAD > 90$ mmHg

Número total de pHTA em vigilância, a 31-12 do ano

(cálculo para o último C-LDL registado no ano)

Número total de pHTA com $C-LDL \geq 100$ mg/dl

Número total de pessoas com RCV avaliado e com registo de C-LDL, a 31-12 do ano

Número total de pHTA com avaliação de microalbuminúria positiva¹ no ano

Número total de pHTA em vigilância, a 31-12 do ano

11 - Indicadores de Resultado Final

Número total de pHTA em tratamento de diálise

Número total de pessoas com RCV avaliado em vigilância, a 31-12 do ano

Número total de pHTA com diagnóstico de EAM no ano

Número total de pessoas com RCV avaliado em vigilância, a 31-12 do ano

Número total de pHTA com diagnóstico de AVC no ano

Número total de pessoas com RCV avaliado em vigilância, a 31-12 do ano

Número total de pHTA com, pelo menos, um registo de internamento por DCCV em cuidados hospitalares² (2) no ano

Número total de pessoas com DCCV, a 31-12 do ano

¹ se taxa de excreção urinária de albumina for superior a 20 ug/min ou 30 mg/24h

² serviço público/convencionado/social/privado

12 – Avaliação global em 31-12 de cada ano civil

Número total de pessoas com RCV com “avaliação global”³ em 31-12

Número total de pessoas com RCV avaliado em vigilância, a 31-12 do ano

13 – Satisfação do cidadão

Número total de reclamações de pHTA e pDIS no ano

Número total de pessoas com RCV avaliado em vigilância, a 31-12 do ano

³ conceito de “avaliação global” neste indicador corresponde à condição cumulativa de (isto é, A e B e C e D e E) :

A IMC < 25

B PA Sistólica < 140 mmHg

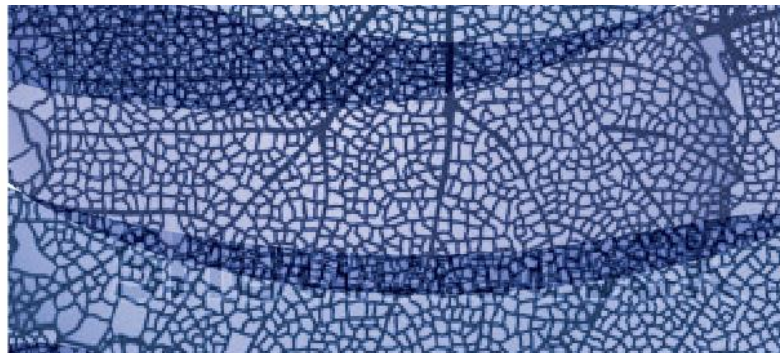
C PA Diastólica < 90 mmHg

D C-LDL < 100 mg/dl

E não ser fumador há 5, ou mais, anos

10

ANEXOS

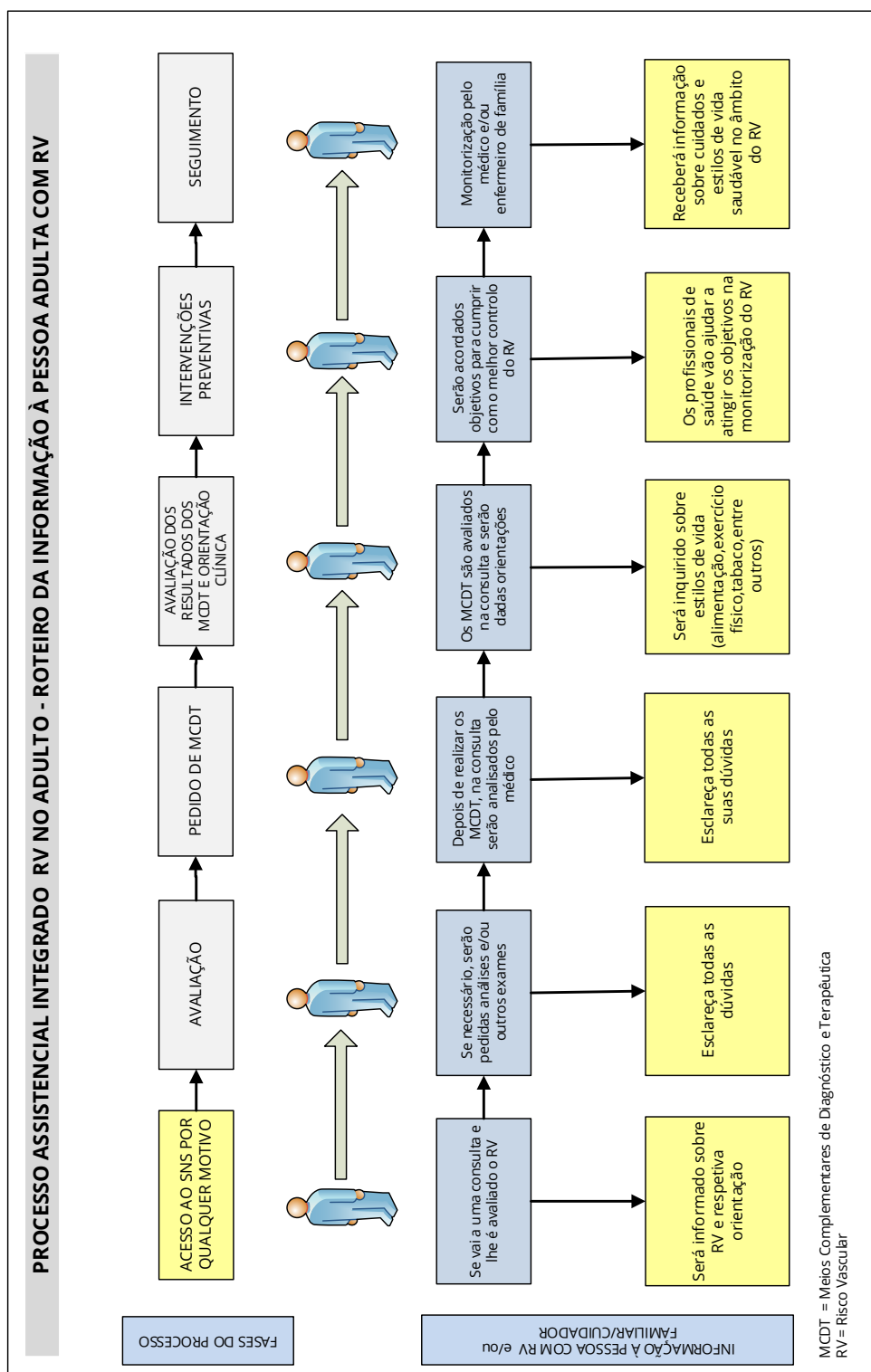


Anexo 1

O Roteiro de Informação à Pessoa com Risco Vascular

O roteiro de informação descreve a informação para a pessoa com risco vascular e/ou familiar/cuidador em diferentes momentos do desenvolvimento do PAI RV.

O seu objetivo é facilitar um melhor conhecimento do PAI, identificando a informação clínica a prestar em cada momento, nas diferentes fases do processo de cuidados de saúde e no âmbito da intervenção dos diferentes profissionais de saúde e das atividades que se vão desenvolver.



Anexo 2

Expectativas do Cidadão/Cuidador e dos Profissionais de Saúde

Destinatários, profissionais de saúde e expectativas

PESSOA COM RISCO VASCULAR

Acessibilidade

- Que haja acesso fácil nas marcações de consultas médicas ou de enfermagem.
- Que possa dispor de uma linha telefónica para o esclarecimento de dúvidas e apoio.
- Que possa solicitar essa marcação de consultas através de terceira pessoa/cuidador, por linha telefónica, por fax ou por e-mail, ou via e-agenda, através da plataforma de dados da saúde - portal do utente (PDS-PU).

Tangibilidade

- Que haja facilidade na obtenção de toda a medicação necessária, incluindo a renovação do receituário.

Capacidade da resposta

- Que exista facilidade e planificação nas marcações das consultas nos CS e H.
- Que possa obter as marcações de consultas hospitalares de forma fácil, programada e articuladas com consultas do Centro de Saúde.

Cortesia

- Que os médicos disponham do tempo adequado na sua consulta.
- Que tratem com cortesia em todas as situações, particularmente no SU.
- Que dediquem mais atenção à pessoa que ao computador.

Compreensão

- Que encontre empatia nos profissionais de saúde, que saibam perceber a pessoa com risco cardiovascular (perceções e representações).

Comunicação

- Que comuniquem o diagnóstico de forma clara, cuidada e não alarmante.
- Que atendam sem pressas e com humanidade.
- Que prestem informação sobre a doença e a sua evolução, numa linguagem simples e compreensível.
- Que prestem informação sem pressa, com trato agradável e próximo, sem comentários inoportunos.
- Que informem adequadamente sobre as indicações terapêuticas, como sejam, a medicação, o exercício físico e a alimentação adequadas.
- Que não seja fornecida informação contraditória (mensagens de conteúdo diferente e incompatível).
- Que se possa obter uma informação escrita sobre a sua situação clínica atual, de forma completa e sobre as alterações que se vão produzindo, sempre que solicitado.
- Que a obtenção e transmissão de informação clínica e dados pessoais respeitem a Lei da proteção de Dados Pessoais (Lei 67/98 de 26 de Outubro).

Competência

- Que possa contar com a competência dos profissionais de saúde no CS e no H.
- Que o processo clínico esteja adequadamente preenchido, atualizado e, sempre que possível, informatizado.
- Que no SU do H o atendimento seja também efetuado por pessoal especializado.
- Que os profissionais de saúde valorizem e reconheçam os seus conhecimentos.

Segurança

- Que se prestem cuidados de elevado nível de segurança.
- Que só sejam efetuados os meios complementares de diagnóstico e terapêutica estritamente necessários e nos momentos adequados.
- Que possa ter sempre, preferencialmente, a mesma equipa de saúde de referência no CS.
- Que possa dispor de uma linha telefónica para esclarecer quaisquer dúvidas.

FAMILIARES/CUIDADORES

Acessibilidade

- Que exista um horário programado e tempos de espera mínimos para aceder à consulta.
- Que tenha acesso no CS e H a profissionais com conhecimentos sobre risco cardiovascular, para poder esclarecer dúvidas ou problemas relativos à sua evolução.
- Que possa dispor de uma linha telefónica de apoio para orientação dos problemas e dúvidas que surjam no acompanhamento do seu familiar.

Comunicação

- Que seja fornecida a informação adequada sobre a doença, o seu controlo e a sua evolução.

MÉDICO DE FAMÍLIA (CSP)

Tangibilidade

- Que possa ter espaço e tempo reservados para prestar cuidados apropriados às pessoas com risco cardiovascular e para as atividades de Educação para a Saúde (EPS).
- Que possa contar com os equipamentos básicos e necessários para a monitorização do risco cardiovascular (entre outros, medidor de tensão arterial, balança, glicómetro, fita métrica e oftalmoscópio) e que estes forneçam leituras fiáveis.
- Que tenha possibilidade e facilidade para avaliar a prática clínica (sistema informático de registo clínico com módulo estatístico agregado) e comparar o desempenho a nível da sua Unidade de Saúde.

Comunicação

- Que a pessoa com risco cardiovascular e seus familiares tenham confiança no desempenho do Médico de Família.
- Que haja boa comunicação/cooperação com todos os outros profissionais de saúde implicados no processo.
- Que se promovam os cuidados de saúde em ambiente de cortesia e respeito.

- Que receba os relatórios clínicos atualizados quando forem atendidos por outros médicos especialistas, nomeadamente em consultas de CH.
- Que a pessoa com risco cardiovascular receba informação pertinente, clara e coerente.
- Que se evite a duplicidade de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.
- Que os critérios ou normas de atuação clínica sejam homogêneos e consensualizados por todas as partes implicadas.

ENFERMEIRO (CSP)

Tangibilidade

- Que possa ter espaço, material e tempo reservados para prestar cuidados apropriados às pessoas em risco cardiovascular, para as atividades de EPS.
- Que tenha possibilidade e facilidade para avaliar a prática clínica (sistema informático de registo clínico com módulo estatístico agregado) e comparar o desempenho a nível da sua Unidade de Saúde.

Comunicação

- Que possa integrar e cooperar com a equipa multidisciplinar de saúde.
- Que possa trabalhar em coordenação/cooperação com outros níveis de cuidados (entre outros, médicos especialistas e enfermeiros de CH).
- Que a população em geral receba informação sobre risco cardiovascular e meios de prevenção.

Competência

- Que sejam definidas competências específicas dos profissionais de CSP para prestarem cuidados a todas as pessoas com risco cardiovascular.

Capacidade da resposta

- Que a pessoa adulta com risco cardiovascular se responsabilize no autocuidado e controlo da pré-obesidade, incluindo a prevenção das suas complicações.
- Que os familiares/cuidadores se corresponsabilizem no tratamento e monitorização da pré-obesidade.

MÉDICO/ENFERMEIRO CH

Comunicação

- Que os médicos cooperem com os profissionais de enfermagem, de maneira a que não seja dada alta médica do hospital sem a devida coordenação com o Serviço de Enfermagem.
- Que haja adequada coordenação/cooperação/articulação com os enfermeiros e médicos dos CSP, sobretudo no que respeita ao plano global de cuidados e demais orientações clínicas.

SERVIÇO DE SECRETARIADO CLINICO

Capacidade da resposta

- Que os procedimentos administrativos sejam estabelecidos com clareza, procurando-se a melhor gestão de recursos humanos.
- Que cada pessoa esteja inequivocamente identificada no sistema informático da saúde, nomeadamente, nome completo, data de nascimento, morada e número nacional de utente devidamente atualizados.
- Que a marcação de consultas e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica a cada pessoa respeite a menor burocracia possível e seja do seu agrado.

OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (CSP, CH, CCI)

Capacidade da resposta

- Que todos os profissionais de saúde implicados disponham de informação completa onde constem os motivos/resultados da consulta por parte dos restantes profissionais, preferencialmente por via informática.
- Que haja trabalho em equipa de todos os profissionais de saúde implicados no processo.
- Que se promova entre todos a simplificação burocrática, minimizando-se eventuais transtornos à pessoa com risco cardiovascular e garantindo-se a permuta adequada de informação clínica.

Anexo 3

Definição e Diagnóstico da Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial define-se como a elevação persistente da pressão arterial acima de 140mmHg de PA Sistólica e/ou 90mmHg de PA Diastólica. Os valores limite de PA que permite a sua definição variam de acordo com o tipo de medição realizada (Quadro 1).

Por definição, é necessário que a PA se mantenha elevada em várias ocasiões. Em geral, recomenda-se, pelo menos, duas ou três consultas, com um intervalo mínimo entre elas de uma semana, ainda que isso dependa dos valores de PA iniciais (Quadro 2). O intervalo entre consultas poderá ser tanto maior quanto mais próximos da normalidade estejam os valores de PA. Em cada consulta deve medir-se a PA, pelo menos, duas vezes, com um intervalo mínimo entre elas de 2 minutos (idealmente no início e no fim da consulta).

QUADRO 1. Definição de HTA para os diferentes tipos de medições (mmHg)

Tipo de medição	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
Consultório	≥ 140	e/ou	≥ 90
24 horas	≥ 130	e/ou	≥ 80
Dia	≥ 135	e/ou	≥ 85
Noite	≥ 120	e/ou	≥ 70
Domicílio	≥ 135	e/ou	≥ 85

QUADRO 2. Periodicidade recomendada para a confirmação de HTA, de acordo com o valor inicial de PA

PA inicial (mmHg)		RECOMENDAÇÕES ^A
PA Sistólica	PA Diastólica	
<130	<85	Reavaliação até 2 anos
130-139	85-89	Reavaliação em 1 ano
140-159	90-99	Confirmação dentro de 2 meses
160-179	100-109	Confirmação dentro de 1 mês
≥180	≥110	Avaliação imediata ou confirmação em uma semana, de acordo com a situação clínica

^A Modificável de acordo com a informação disponível no que se refere a valores prévios de PA, outros FRCV ou lesão de órgãos alvo

Esta definição é válida para pessoas de qualquer idade a partir dos 18 anos, que não recebem tratamento farmacológico antihipertensor e não apresentam patologia aguda concomitante. Se a pessoa já está a receber tratamento farmacológico antihipertensor, considera-se à partida como hipertenso, independentemente dos seus valores tensionais. Se as PA são repetidamente normais e existem dúvidas razoáveis sobre a veracidade da sua condição de hipertenso, poderia reavaliar-se o diagnóstico após suspensão progressiva do tratamento, garantindo sempre uma vigilância apertada dos valores tensionais.

QUADRO 3. Classificação da PA em Adultos

Categoria¹	PA Sistólica (mmHg)³		PA Diastólica(mmHg)³
Ótima	<120	e	<80
Normal	120-129	e/ou	80-84
Normal-Alta²	130-139	e/ou	85-89
Hipertensão arterial (HTA)			
Grau 1	140-159	e/ou	90-99
Grau 2	160-179		100-109
Grau 3	≥180		≥110
Hipertensão Sistólica isolada (HSI)⁴	≥ 140	e	<90

¹ Esta classificação é válida para adultos maiores de 18 anos que não tomem fármacos anti-hipertensores e não apresentem nenhum processo patológico agudo concomitante. Quando as pressões arteriais sistólica e diastólica estejam em diferentes categorias considera-se a categoria do valor mais elevado.

² As pessoas com HTA normal-alta têm Risco Cardiovascular elevado comparativamente às que apresentam uma PA ótima (Risco Relativo de 2.5 em mulheres e 1.6 em homens).

³ Valores médios de duas leituras, realizadas em, pelo menos, duas visitas à consulta, após a deteção inicial de valores elevados de pressão arterial.

⁴ A HSI classifica-se em graus de 1 a 3, segundo os valores de Pressão Arterial sistólica

QUADRO 4. Classificação segundo a concordância entre a PA da consulta e a PA em ambulatório

		PA na Consulta	
		<140/90	≥140/90
PA em ambulatório ^A	<135/85	<i>PA normal</i>	<i>HTA da bata branca</i>
	≥ 135/85	<i>HTA mascarada ^B</i>	<i>HTA mantida</i>

A - Consideram-se valores normais de PA ambulatória os valores médios de PA, em período de atividade, inferiores a 135/85 mmHg

B - A HTA “mascarada” é um fenómeno pouco conhecido que parece afetar sobretudo os homens jovens, com frequência fumadores.

Anexo 4

Avaliação do RCV “Score” (*Systematic Coronary Risk Evaluation*)

Na avaliação do RCV a cada pessoa adulta com idade entre os 40 e 65 anos (valor de 40 e 65 incluídos no intervalo), a equipe de saúde deverá utilizar o SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*) nas condições abaixo indicadas. Para facilitar o seu uso na consulta clínica diária e operacionalizar planos de intervenção, a classificação obtida é registada no processo clínico, em quatro diferentes níveis de risco cardiovascular:

- a) risco cardiovascular muito alto:
 - i. sem necessidade de avaliação SCORE:
 - (i) a pessoa portadora de doença cardiovascular (DCV) aterosclerótica documentada, independentemente do território vascular afetado, como seja, enfarte do miocárdio, síndrome coronário agudo, revascularização coronária ou outro procedimento de revascularização arterial, acidente vascular cerebral isquémico, doença arterial periférica;
 - (ii) a pessoa com diabetes tipo 2 ou tipo 1, com um ou mais fatores de risco cardiovascular e/ou lesão dos órgãos-alvo (tal como microalbuminúria: 30-300 mg/24 horas);
 - (iii) a pessoa com doença renal crónica grave [taxa de filtração glomerular (TFG) inferior a 30 ml/min/1.73 m²].
 - ii. pessoa com avaliação SCORE igual ou superior a 10%.
- b) risco cardiovascular alto:
 - i. sem necessidade avaliação SCORE:
 - (i) a pessoa com fatores de risco vascular isolados e com níveis muito elevados, tais como hipertensão arterial grave (de grau 3) ou dislipidemia familiar;

- (ii) a pessoa com diabetes tipo 2 ou tipo 1, mas sem outros fatores de risco cardiovascular ou lesão de órgão-alvo;
 - (iii) a pessoa com doença renal crónica moderada (TFG entre 30-59 ml/min/1.73 m²).
- ii. pessoa com avaliação SCORE igual ou superior a 5% mas inferior a 10% .
- c) risco cardiovascular moderado:
 - i. pessoa com avaliação de SCORE igual ou superior a 1% mas inferior a 5%.
- d) risco cardiovascular baixo:
 - i. pessoa com avaliação de SCORE inferior a 1%;

Anexo 5

Estratificação do Risco e Início da Terapêutica na Hipertensão Arterial

Nos últimos anos a avaliação da hipertensão arterial, deixou de se basear somente nos valores de PA, mas começou a ter em consideração a presença de outros fatores de RCV, de lesões dos órgãos alvo ou a presença de diabetes ou doença renal crónica. Este fato deve-se a que a grande maioria dos doentes não apresenta simplesmente valores alterados de PA, mas também a concomitância de outros fatores de risco. Estes, no seu conjunto e ao potenciarem-se na sua ação, acarretam para cada doente um risco total que é geralmente superior ao risco atribuído ao simples valor da PA.

A classificação em baixo, moderado, alto e muito alto risco, é a utilizada nas últimas recomendações da Sociedade Europeia de Hipertensão. Os fatores nos quais a classificação é baseada estão sumarizados na figura nº 1 (**)

A estratificação do risco total associado aos valores da pressão arterial, tal como é referido acima, é utilizada igualmente para orientar o início da intervenção terapêutica na pessoa hipertensa, figura nº 2 (**).

A modificação dos estilos de vida é obrigatoriamente aplicada para todos os níveis de risco, já que na grande maioria das vezes potenciam o efeito antihipertensor dos fármacos e, nas pessoas com risco mais baixo, podem ser suficientes para a normalização dos valores da pressão.

A terapêutica farmacológica, na sua individualidade e opção, é adaptada a cada caso clínico, devendo os profissionais de saúde cumprir a boa prática clínica que consta da respetiva Norma Clínica, publicada no sítio da Direção-Geral da Saúde, na sua versão atualizada.

Pressão Arterial (mmHg)

Outros FR, LO assintomática ou doença	Normal/alta PAS 130-139 ou PAD 85-89	HTA grau 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HTA grau 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HTA grau 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Ausência de outros FR		Risco baixo	Risco moderado	Risco alto
1 ou 2 FR	Risco Baixo	Risco moderado	Risco moderado a alto	Risco Alto
≥ 3 FR	Risco baixo a moderado	Risco moderado a alto	Risco alto	Risco alto
LO, Doença renal crónica estadio 3 ou diabetes	Risco moderado a alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto a muito alto
DCV sintomática, Doença renal crónica estadio ≥ 4, diabetes com LO/FRs	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

FIGURA 1. Estratificação do Risco Absoluto em categorias de baixo, moderado, alto e muito alto, de acordo com a PAS e PAD e prevalência de fatores de risco (FR), lesão de órgão (LO) assintomática, diabetes, estadio de doença renal crónica (DRC) ou DCV sintomática. Pessoas com PA normal –alta de consultório e PA elevada fora do consultório (HTA mascarada) têm o seu RCV na linha da HTA. Pessoas com PA elevada de consultório mas PA normal fora do consultório (HTA de bata branca), particularmente sem diabetes, LO, DCV o DRC, têm risco inferior de que pessoas com HTA sustentada, para a mesma PA de consultório.

(**) Fonte: Traduzido e adaptado de 2013 ESH/ESC Guidelines for management of arterial hypertension. *J Hypertension* 2013;31:1281-1357)

Pressão Arterial (mmHg)

Outros FR, LO assintomática ou doença	Normal/alta PAS 130-139 ou PAD 85-89	HTA grau 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HTA grau 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HTA grau 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Ausência de outros FR	Não intervir na PA	Alterações do estilo de vida durante vários meses. depois tratamento farmacológico, objectivo PA ≤ 140/90	Alterações do estilo de vida durante vários meses. depois tratamento farmacológico, objectivo PA ≤ 140/90	Alterações no estilo de vida. Tratamento farmacológico imediato, objectivo PA ≤ 140/90
1 ou 2 FR	Alterações no estilo de vida. Não intervir na PA	Alterações do estilo de vida durante várias semanas. depois tratamento farmacológico, objectivo PA ≤ 140/90	Alterações do estilo de vida durante várias semanas. depois tratamento farmacológico, objectivo PA ≤ 140/90	Alterações no estilo de vida. Tratamento farmacológico imediato, objectivo PA ≤ 140/90
≥ 3 FR	Alterações no estilo de vida. Não intervir na PA	Alterações no estilo de vida durante várias semanas. depois tratamento farmacológico, objectivo PA ≤ 140/90	Alterações no estilo de vida. Tratamento farmacológico, objectivo PA ≤ 140/90	Alterações no estilo de vida. Tratamento farmacológico imediato, objectivo PA ≤ 140/90
LO, Doença renal crónica estadio 3 ou diabetes	Alterações no estilo de vida. Não intervir na PA	Alterações no estilo de vida. Tratamento farmacológico, objectivo PA ≤ 140/90	Alterações no estilo de vida. Tratamento farmacológico, objectivo PA ≤ 140/90	Alterações no estilo de vida. Tratamento farmacológico imediato, objectivo PA ≤ 140/90
DCV sintomática, Doença renal crónica estadio ≥ 4, diabetes com LO/FRs	Alterações no estilo de vida. Não intervir na PA	Alterações no estilo de vida. Tratamento farmacológico, objectivo PA ≤ 140/90	Alterações no estilo de vida. Tratamento farmacológico, objectivo PA ≤ 140/90	Alterações no estilo de vida. Tratamento farmacológico imediato, objectivo PA ≤ 140/90

FIGURA 2. Início das alterações do estilo de vida e do tratamento anti-hipertensor. Os objetivos do tratamento estão indicados.

(**) Fonte: Traduzido e adaptado de 2013 ESH/ESC Guidelines for management of arterial hypertension. *J Hypertension* 2013;31:1281-1357)

Anexo 6

Abordagem das Intervenções no Tabagismo em Contexto Clínico

Na abordagem clínica da pessoa fumadora distinguem-se e são possíveis dois tipos de intervenção:

- uma intervenção oportunista, em que se aproveitam todos os contactos do paciente com o profissional de saúde para se abordar o problema do tabagismo e, no caso de pacientes fumadores, se realizar uma **intervenção breve**;
- uma **intervenção de apoio intensivo**, que requer uma abordagem mais demorada, ao longo de várias sessões, efetuadas em consulta especificamente programada para o efeito, por profissionais habilitados e treinados (por regra, organizada como consulta de cessação tabágica).

Estas consultas realizam-se a nível dos ACES e a nível hospitalar.

A) **Intervenção breve**

A intervenção breve, visando ajudar uma pessoa fumadora a parar de fumar, assenta numa abordagem de curta duração, que contempla a avaliação do consumo de tabaco e da motivação do fumador para parar, bem como as estratégias que poderão ser adotadas para uma mudança de comportamento.

Pode assumir a forma de um aconselhamento mínimo, ou muito breve (até 2-3 minutos), ou de um aconselhamento mais aprofundado, que não excede, em regra os 10 minutos. A intervenção breve pode ser realizada por qualquer profissional de saúde. Este tipo de intervenção prevê o cumprimento de cinco passos, correspondendo à mnemónica dos “5Ás”:

- **a**bordar
- **a**conselhar
- **a**valiar
- **a**judar
- **a**companhar

1º A – (A)bordar hábitos: abordar e identificar sistematicamente todos os fumadores, registando a informação no processo clínico, relativamente às seguintes perguntas:

- fuma?
- já fumou?
- se deixou de fumar, fê-lo há mais ou menos de um ano?
- se fuma, quantos cigarros fuma por dia? Há quanto tempo?

2º A – (A)conselhar a parar: aconselhar todas as pessoas fumadoras a parar de modo claro: *“É importante parar de fumar e eu posso ajudá-lo”*; firme: *“Deixar de fumar é a atitude mais importante que pode fazer pela sua saúde”*; personalizado: informar sobre os riscos que aquele fumador naquela circunstância tem em continuar a fumar e os benefícios pessoais em parar. Perante um fumador que quer deixar de fumar, deve prosseguir-se a abordagem na mesma consulta ou em novo encontro clínico, avançando para os três passos restantes.

3º A – (A)valiar a motivação: nesta etapa deve-se avaliar se há ou não interesse em parar no próximo mês ou nos próximos 6 meses. A motivação para parar é um aspeto crucial no processo de cessação tabágica. No caso de estarmos perante um fumador motivado a parar de fumar nos 30 dias seguintes, deve-se continuar a intervenção através dos passos seguintes: *“ajudar”* e *“acompanhar”*.

4º A – (A)judar na tentativa: para aqueles que estão preparados para abandonar o tabaco, é aconselhável marcar uma data para deixar de fumar – o **dia D**, que corresponde ao dia igual a zero cigarros. É desejável fornecer informação prática com algumas estratégias para ultrapassar problemas. Pode ser dado um folheto informativo de autoajuda. Exemplos de informação prática - comunicar à família e amigos pedindo compreensão e apoio, antecipar dificuldades, discutir os sintomas de privação, remover produtos de tabaco antes de parar, entre outros. Se indicado, pode prescrever-se terapêutica farmacológica.

5º A – (A)companhar: programar o seguimento após o dia D, mediante marcação de consulta ou contacto telefónico, em função das necessidades. É de particular relevância envolver o cônjuge ou companheiro no apoio à pessoa fumadora em processo de cessação tabágica. Mostrar disponibilidade é muito importante. No caso da pessoa fumadora se mostrar pouco motivada ou recetiva à ideia de parar de fumar, o profissional de saúde pode tentar reforçar a motivação mediante uma abordagem estruturada em função dos chamados “5Rs”, a saber:

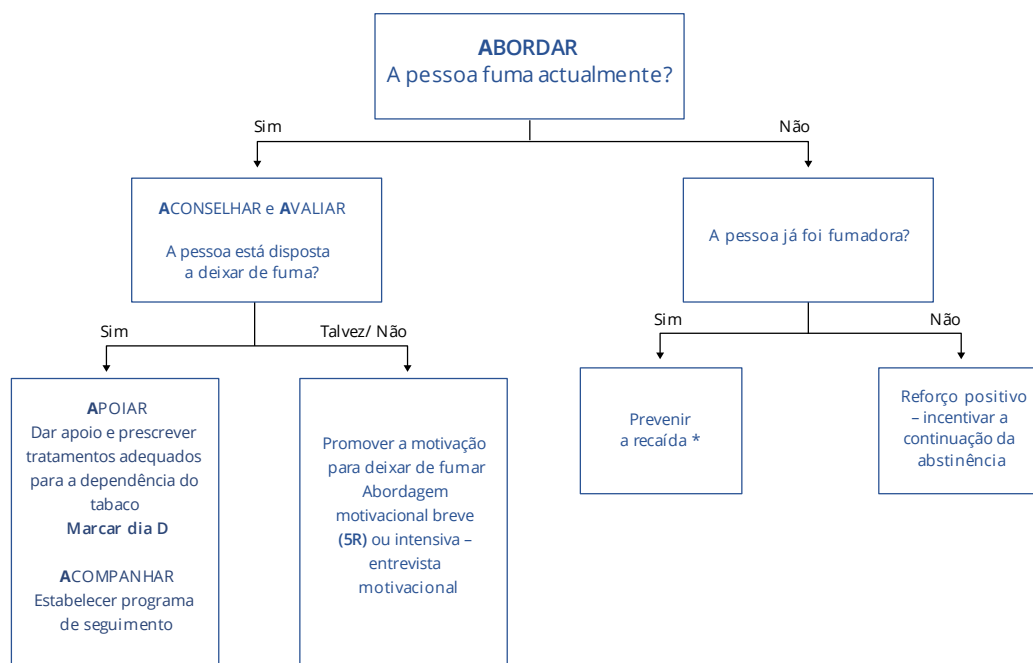
1.º R – (R)elevância dos benefícios: encorajar a pessoa fumadora a descrever em que medida o abandono do tabaco pode ser benéfico para o próprio e para a sua família. Pode ser útil listar os benefícios para si e para terceiros.

2.º R – (R)iscos em continuar: pedir à pessoa fumadora que identifique as potenciais consequências negativas do uso do tabaco, dando maior ênfase aos riscos que parecem mais relevantes, a curto e a longo prazo. Pode ser útil listar os riscos para si e para terceiros.

3.º R – (R)ecompensas: pedir à pessoa fumadora que identifique os potenciais benefícios de parar de fumar, reforçando os mais importantes, em particular para a sua saúde.

4.º R – (R)esistências: solicitar à pessoa fumadora que identifique as barreiras ou obstáculos que possam comprometer a decisão de parar ou o seu sucesso, como, por exemplo, o medo de falhar ou o receio dos sintomas de privação.

5.º R – (R)epetição: a intervenção deve ser repetida sempre que a pessoa fumadora não motivada se apresente ao profissional de saúde. Este deve estar atento à ocorrência de momentos de maior sensibilidade à mudança, tais como o diagnóstico de patologia grave que ponha a vida em perigo, ou um diagnóstico de gravidez. Em fumadores resistentes ou ambivalentes, o profissional de saúde deve recorrer a uma abordagem motivacional breve, mostrando empatia, utilizando perguntas abertas e uma atitude de escuta reflexiva, de modo a evitar situações de oposição e confronto direto, num processo interativo que crie condições para que a pessoa fumadora tome consciência não só das suas ambivalências, mas também das suas capacidades e necessidades para empreender a mudança.



* As intervenções de prevenção da recaída não são necessárias no caso do adulto que não fuma há mais de 5 anos.

FIGURA 1. Algoritmo de orientação clínica na intervenção de apoio na cessação tabágica adaptado de Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. *Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville MD, U.S. Department of Health and Human Services, 2000.*

B) Intervenção muito breve

Se o profissional não dispuser de tempo para realizar integralmente as tarefas atrás descritas, poderá realizar uma intervenção muito breve (“30 segundos”), centrada apenas em 3 tarefas agora descritas:

1º A – **(A)bordar/perguntar**: abordar e registar o consumo de tabaco, com base em perguntas factuais muito simples: – O Senhor(a) fuma? Ainda fuma? Ainda se mantêm sem fumar?

2º A – **(A)conselhar a parar/informar**: De modo simples dar informação sobre a importância de parar e a existência de opções terapêuticas: “Como sabe, atendendo à sua doença cardiovascular, é muito importante que pare de fumar. Hoje sabemos que o acompanhamento por um profissional de saúde e o uso de medicamentos podem ajudar a parar de fumar com mais sucesso.”

3º A – **(A)poiar/referenciar**: perguntar se a pessoa está interessada em marcar uma consulta de cessação tabágica no respetivo ACES ou se quer voltar a falar do assunto, com mais tempo, numa próxima consulta: “Está interessado em marcar uma consulta de cessação tabágica?” em caso afirmativo, marcar consulta ou indicar com fazê-lo. “Está interessado em voltar à minha consulta para falarmos melhor deste assunto?” Alguns pacientes podem não querer ser referenciados e preferir o apoio do seu médico de família, ou do seu médico assistente. Nesse caso, pode ser marcada uma consulta de seguimento para esse efeito.

De notar que, numa a abordagem muito breve, não se realizam algumas tarefas, como perguntar sobre a quantidade de cigarros fumados, há quanto tempo, se a pessoa quer parar de fumar ou qual o estágio de mudança ou o grau de motivação para parar. Estas tarefas são deixadas para a consulta de apoio intensivo de cessação tabágica.

A intervenção muito breve pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, mesmo por aqueles sem formação específica em cessação tabágica. É também uma boa opção, sempre que o tempo de consulta disponível para a abordagem deste assunto é limitado.

Requer, no entanto, uma boa articulação entre serviços e um adequado conhecimento sobre as consultas de cessação tabágica disponíveis e formas de referênciação.

Referenciação para a Consulta de Apoio Intensivo à cessação tabágica

De acordo com o Programa-tipo de cessação tabágica da DGS, (Circular Normativa n.º 26/DSPPS, de 28/12/2007), a intervenção de apoio intensivo assenta numa abordagem programada ao longo de vários meses, realizada em consulta específica para o efeito.

Este tipo de intervenção possibilita um maior tempo de interação entre o profissional de saúde e o paciente, o que permite aumentar a taxa de sucesso da cessação tabágica.

Todos os fumadores que o desejem podem ser atendidos numa consulta de apoio intensivo; contudo, a eficiência deste tipo de consulta será maior se forem utilizados critérios de acesso prioritário.

C) Intervenção de apoio intensivo

A intervenção de apoio intensivo assenta numa abordagem programada ao longo de vários meses, realizada em consulta específica para o efeito.

Este tipo de intervenção possibilita um maior tempo de interação entre o profissional de saúde e a pessoa fumadora, o que permite aumentar a taxa de sucesso da cessação tabágica.

Critérios prioritários de acesso à intervenção de apoio intensivo:

Todas as pessoas fumadoras que o desejem podem ser atendidas numa consulta de apoio intensivo; contudo, a eficiência deste tipo de consulta será maior se forem utilizados critérios de acesso prioritário.

Assim, deverão ter acesso prioritário a estas consultas todas as pessoas fumadoras que se encontrem motivados para mudar o seu comportamento, que não tenham cessado o consumo após tentativa apoiada por intervenção breve ou que apresentem uma dependência elevada à nicotina, associada a determinados critérios clínicos. São critérios de motivação e de dependência os seguintes:

- a) pessoa fumadora em fase de preparação/ação, ou seja, que encare seriamente deixar de fumar nos próximos 30 dias;
- b) pessoa fumadora que fume o 1.º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar;
- c) pessoa fumadora que consuma 20 ou mais cigarros por dia;

- d) pessoa fumadora que em tentativa anterior, mesmo com tratamento farmacológico adequado, não conseguiu manter-se sem fumar e registou síndrome de privação intensa;
- e) pessoa fumadora que, após ter parado de fumar, apresente uma síndrome de privação intensa.

Devem também ser referenciados para uma consulta deste tipo todos as pessoas fumadoras que apresentem determinadas patologias ou critérios clínicos:

- a) pessoa fumadora com patologia relacionada com o tabaco, em particular DPOC e tumor do pulmão;
- b) pessoa fumadora com cardiopatia isquémica, arritmia cardíaca ou hipertensão arterial não controlada;
- c) pessoa fumadora com outros comportamentos aditivos (álcool, drogas ilícitas, cafeísmo, jogo compulsivo, entre outros);
- d) pessoa fumadora com patologia psiquiátrica estabilizada;
- e) pessoa fumadora grávida ou em período de amamentação e mulher em planeamento familiar que não responda à abordagens do tipo “intervenção breve”.

Anexo 7

Causas de Hipertensão Arterial Secundária

QUADRO 1. Dados que podem sugerir uma causa secundária de HTA

Anamnese	Causa Possível
Consumo de álcool, drogas ou fármacos	HTA secundária ao consumo
Crises paroxísticas de HTA com palpitações, hipersudorese ou cefaleias	Feocromocitoma
Infeções urinárias de repetição; Glomerulonefrite ou hematúria	HTA secundária a doença do parênquima renal
Início de HTA antes dos 30 anos	HTA renovascular
Exame físico	
Massas renais e/ou hepática	Doença poliquística renal
Neurofibromas e/ou manchas “café-au-lait”	Feocromocitoma (com neurofibromatose)
“Moon facies”, obesidade troncular, estrias vinosas	Síndrome de Cushing
Sopro lombar ou epigástrico	HTA renovascular
Sopro interescapular, atraso dos pulsos femorais	Coartação da aorta
Meios Complementares de Diagnóstico	
Hipocaliémia	Hiperaldosteronismo primário, HTA renovascular
Hipercalcemia	Hiperparatiroidismo
Diminuição de TSH	Hipertiroidismo
Hematúria, proteinúria, cilindrúria, aumento de creatinina	HTA secundária a doença do parênquima renal

QUADRO 2. Causas mais frequentes de HTA Secundária

Tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> • Álcool • Cocaína, anfetaminas • Chumbo
Fármacos	<ul style="list-style-type: none"> • Contraceptivos orais • Anti-inflamatórios (corticoides; AINE) • Simpaticomiméticos • Ginseng • Ciclosporina • Eritropoietina • Carbenoxolona
Doenças Renais	<ul style="list-style-type: none"> • Doença parênquima renal: glomerulonefrite aguda, nefropatia crónica, doença poliquística renal, hidronefrose, nefropatia diabética • Renovascular: Estenose da artéria renal, outras causas de isquemia renal • Tumor productor de renina
Doenças Endócrinas	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Cushing • Hiperaldosteronismo primário • Feocromocitoma • Acromegalia • Hipercalcemia (hiperparatiroidismo)
Doenças Neurológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão intracraniana • Tetraplegia • Porfíria aguda • Síndrome de Guillian-Barré
Outras	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono • Stress agudo • Coartação da aorta • Bicarbonato, alcaçuz

Anexo 8

Abordagem da Dislipidemia de Acordo com o Risco Cardiovascular

O estudo INTERHEART mostrou que a dislipidemia é um dos fatores de risco modificáveis mais importantes em doentes com enfarte agudo do miocárdio, comparativamente a populações controlo.

A evidência obtida a partir dos ensaios controlados aleatorizados e das meta-análises aumentou a compreensão acerca da eficácia das intervenções sobre os estilos de vida e terapêuticas farmacológicas na redução do risco de doenças cardiovasculares. Mesmo com níveis de colesterol das LDL considerados baixos, indivíduos de alto risco continuam a ter um risco residual elevado.

As indicações para a prescrição da determinação laboratorial do perfil lipídico para avaliar o risco cardiovascular global são as seguintes:

- a) doença cardiovascular (DCV) aterosclerótica clinicamente evidente, independentemente do leito vascular afetado;
- b) diabetes mellitus, independentemente da idade;
- c) história familiar de DCV prematura (*Nível de evidência C, grau de recomendação I*): indivíduos do sexo masculino antes dos 55 anos, ou indivíduos do sexo feminino antes dos 65 anos de idade;
- d) história familiar de dislipidemia familiar;
- e) doença inflamatória crónica (p. ex. artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistémico, psoríase);
- f) doença renal crónica com taxa de filtração glomerular $< 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$;
- g) fatores de risco clássicos para DCV, para além de diabetes *mellitus*:
 - i. hábitos tabágicos;
 - ii. hipertensão arterial;
 - iii. $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ou perímetro da cintura $\geq 94 \text{ cm}$ (90 cm, se asiático) no homem e $\geq 80 \text{ cm}$ na mulher.

- h) pessoa sem fatores de risco cardiovasculares identificados nem DCV conhecida: homem com idade ≥ 40 anos e mulher com idade ≥ 50 anos ou na pós-menopausa.

O diagnóstico da dislipidemia realiza-se pela avaliação laboratorial, no sangue e em jejum de 12 horas, do colesterol total (CT), triglicéridos (TG), colesterol das HDL (C-HDL) e colesterol das LDL (C-LDL).

As recomendações de prescrição de exames laboratoriais para determinação de lípidos, com a finalidade da caracterização de dislipidemias, são:

- a) a utilização do C-LDL é recomendada como o principal parâmetro na avaliação lipídica; o CT pode ser considerado mas geralmente não é suficiente para caracterizar uma dislipidemia;
- b) avaliação do C-HDL;
- c) os TG adicionam informação sobre o risco e são indicados para o diagnóstico e escolha de tratamento.

O diagnóstico de dislipidemia deve ser confirmado por uma segunda avaliação laboratorial em jejum do CT, C-HDL e TG, realizada com um intervalo de mínimo de 4 semanas, antes de se iniciar qualquer terapêutica.

Em pessoa hospitalizada não se deve realizar a avaliação do perfil lipídico por rotina, mas apenas se existir indicação clínica específica (por exemplo: desconhecimento de valores lipídicos prévios, cálculo do risco cardiovascular global para decisão terapêutica, presença de esteato-hepatite não alcoólica, pancreatite aguda).

Após o início do tratamento com hipolipemiantes a prescrição de exames laboratoriais para determinação de parâmetros lipídicos para monitorização e eventuais reajustes terapêuticos deve ser efetuada a cada trimestre, até se atingirem os objetivos terapêuticos propostos. Após serem atingidos os objetivos terapêuticos definidos, a prescrição de novos exames laboratoriais deve ser efetuada anualmente.

A pessoa com suspeita de dislipidemia familiar ou outras patologias genéticas do metabolismo das lipoproteínas (devido à combinação de dados clínicos, perfil lipídico e história familiar de doença coronária prematura) deve ser enviada para uma investigação mais aprofundada num centro especializado.

Anexo 9

Contraceção

Critérios médicos de elegibilidade para o uso de um contraceptivo:

Os critérios de elegibilidade são apresentados e categorizados de 1 a 4 (Quadro 1).

- a) a categoria 1 inclui as situações em que não há restrição ao uso do contraceptivo;
- b) a categoria 2 indica que o método pode ser usado, requerendo o seu uso uma vigilância médica específica;
- c) a categoria 3 indica que o uso do método não é recomendado, a menos que outros métodos não estejam disponíveis ou não sejam aceites;
- d) a categoria 4 inclui as situações em que o uso do contraceptivo representa um risco não aceitável para a saúde.

Os critérios de elegibilidade 3 e 4 para a utilização de um método contraceptivo, em determinada situação clínica, vêm substituir as anteriores denominações de “contraindicações relativas e absolutas”.

QUADRO 1. Critérios de elegibilidade para o uso de contraceptivos

	Categorias	Observações
1	Sem restrição ao uso do método.	
2	A vantagem de utilizar o método supera os riscos teóricos ou comprovados.	A classificação nesta categoria indica que, de uma forma geral, o método pode ser utilizado, mas requer um acompanhamento cuidadoso.
3	Os riscos teóricos ou comprovados superam as vantagens de utilizar o método.	A disponibilidade do método a uma mulher com uma situação classificada nesta categoria exige uma avaliação clínica cuidadosa e acesso fácil aos Serviços. Deve ser ponderado o grau de gravidade da situação clínica, assim como a possibilidade de utilização e aceitabilidade de outros métodos alternativos.
4	Não deve ser utilizado.	

Fonte: OMS (2009)

QUADRO 2. Contraceção e RCV

	CHC	PO	Implante	P. Injetável	SIU-LNG	DIU-Cu
MFRCV (1) (Idade, tabagismo, diabetes e HTA)	3 / 4	2	2	3	2	1
HTA (2)						
1. Controlada	3	1	1	2	1	1
2. Não controlada						
1) PAS [140-159] mmHg ou PAD [90-94] mmHg;	3	1	1	2	1	1
2) PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 95 mmHg.	4	2	2	3	2	1
3. HTA com complicações	4	2	2	3	2	1
4. Antecedentes de HTA gestacional/ /pré-eclâmpsia ou eclâmpsia com TA normal	2	1	1	1	1	1
Dislipidemia (3)	2 / 3	2	2	2	2	1
Obesidade (4)						
1. IMC [30-34] kg/m ² ;	2	1	1	2	1	1
2. IMC [35-39] kg/m ² ;	3	1	1	2	1	1
3. IMC ≥ 40 kg/m ² .	4	2	2	2	1	1
Diabetes (5)						
1. Antecedentes de diabetes gestacional	1	1	1	1	1	1
2. Sem Lesão de Órgão Alvo (com/sem insulino-terapia)	2	2	2	2	2	1
3. Nefropatia / Retinopatia / Neuropatia	3 / 4	2	2	3	2	1
4. Outra doença vascular ou diabetes com > 20 anos de duração	3 / 4	2	2	3	2	1

Legenda:

CHC - contraceção hormonal combinada

DIU-Cu - dispositivo intrauterino com cobre

MFRCV - múltiplos fatores de risco cardiovascular

PO - progestativo oral

P.injetável - progestativo injetável

SIU-LNG - sistema intrauterino com levonorgestrel

Ver **notas** na página seguinte

NOTAS:

(1) Múltiplos fatores de risco de doença cardiovascular

Os de vários fatores de risco de doença cardiovascular presentes representam entre si um efeito multiplicador, pelo que a CHC não deve ser usada.

Certos progestativos aumentam o risco trombótico, porém, este aumento é substancialmente menor do que com a CHC. Os efeitos do progestativo injetável podem prolongar-se após suspensão do método.

(2) Hipertensão Arterial

Na HTA as categorias estão estabelecidas, assumindo que não estão presentes outros fatores de risco de doença cardiovascular. Quando múltiplos fatores de risco de doença cardiovascular estão presentes, o risco com o uso de CHC pode aumentar.

A mulher com HTA que não é possível monitorizar deve ser considerada com HTA não controlada.

HTA tratada e controlada

A mulher com HTA adequadamente tratada e controlada tem um risco reduzido de EAM e AVC, quando comparado com o da mulher com HTA não tratada.

As *guidelines* da Sociedade Inglesa de Cardiologia sugerem que, embora os estrogénios possam ser usados na mulher com HTA controlada, outros métodos serão mais adequados se disponíveis.

É limitada a evidência de que a mulher com HTA utilizadora de contraceptivo só com progestativo tenha um risco aumentado de complicações cardiovasculares quando comparada com a não utilizadora.

HTA tratada e não controlada

A mulher com HTA não controlada e utilizadora de CHC não tem um risco aumentado de morte súbita, enfarte e doença vascular arterial periférica, quando comparada com a não utilizadora de CHC.

A descontinuação da CHC numa mulher com HTA pode melhorar o controlo tensional.

Existe uma preocupação relacionada com o efeito hipoestrogénico e a redução do nível das HDL, particularmente na utilizadora de progestativo injetável. O efeito do progestativo injetável pode persistir depois da descontinuação do método. No entanto, esta preocupação não parece ser necessária quando se utilizam PO e implante.

Antecedentes de HTA gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia com TA normal

A mulher com antecedentes de HTA na gravidez que usem CHC têm um risco aumentado de enfarte agudo do miocárdio (EAM) e tromboembolismo venoso (TEV), comparado com a utilizadora de CHC sem estes antecedentes. O risco absoluto de EAM e TEV mantém-se muito baixo.

(3) Dislipidemia

O rastreio por rotina no uso de CHC não está indicado. Na presença de outros fatores de risco cardiovascular, o uso de CHC passa a categoria 3 ou 4.

A dislipidemia é um fator de risco cardiovascular, pelo que a categoria deve ser adaptada à severidade e presença de outros fatores de risco.

A hipercolesterolemia comum e da dislipidemia familiar combinada estão associadas a um aumento de risco de doença coronária, o que em geral acontece depois dos 60 anos.

A hipercolesterolemia familiar (autossómica dominante) tem uma prevalência de 1 em 500. A mulher com esta condição tem um risco quatro vezes maior de doença coronária.

(4) Obesidade

O risco de TEV aumenta com o aumento do IMC e quase duplica para um IMC > 30. A mulher com obesidade que usa CHC tem um risco aumentado de TEV, quando comparada com a não utilizadora. O risco absoluto mantém-se baixo. Os estudos são limitados, relativamente à interferência da obesidade na eficácia da CHC. A eficácia do sistema transdérmico diminui para mulher com peso superior a 90 Kg.

Os estudos mostram que a adolescente com obesidade e utilizadora de acetato de medroxiprogesterona tem um risco aumentado de aumento de peso. A mulher com obesidade e utilizadora de acetato de medroxiprogesterona tem um risco aumentado de irregularidades menstruais, relativamente à mulher sem obesidade e com o mesmo contraceptivo.

São controversos os estudos sobre a perda de eficácia do implante nas situações de IMC > 30.

(5) Diabetes

É limitada e inconsistente a evidência que a mulher utilizadora de CHC e com antecedentes de diabetes gestacional tenha um maior risco de diabetes, quando comparada com a não utilizadora de CHC. O perfil lipídico da mulher com antecedentes de diabetes gestacional não é influenciado pelo uso de CHC.

É limitada e inconsistente a evidência que a mulher utilizadora de progestativo oral e com antecedentes de diabetes gestacional tenha um maior risco de diabetes, quando comparada com a não utilizadora de CHC. Os progestativos orais não têm efeitos no perfil lipídico na mulher com antecedentes de diabetes gestacional.

Na mulher com diabetes, insulínodépendente ou não insulínodépendente, o uso de CHC tem um efeito limitado no controle da diabetes (ex. necessidade de insulina e nível de HgA1c) ou na progressão para retinopatia. As alterações no perfil lipídico e nos fatores de coagulação são limitadas e dentro dos parâmetros normais.

A maior preocupação com o uso de CHC na diabetes refere-se ao risco de doença vascular e ao risco adicional de trombose arterial.

É limitada a evidência de que o uso de métodos só com progestativo (orais, acetato de medroxiprogesterona, implante e SIU de levonorgestrel) interfira com o controle e com a evolução da diabetes insulínodépendente e não insulínodépendente, a curto e a longo prazo (ex. níveis de HbA1).

Na utilizadora de acetato de medroxiprogesterona e implante existe hipoestrogenismo que pode reduzir os níveis de HDL. Este efeito mantém-se por algum tempo após a descontinuação do método.

QUADRO 3. Tabagismo e uso de CHC

	Categoria 4	Categoria 3	Comentários
Tabagismo	Idade > 35 anos e ≥ 15 cigarros por dia	Idade > 35 anos e < 15 cigarros por dia	O uso de CHC associado ao tabaco aumenta o risco de DCV
		Idade > 35 anos, suspendeu tabaco há <de 1 an.	O risco de EM aumenta significativamente em mulher com CHC e que fume >15 cigarros por dia

Adaptado do CONSENSO SOBRE CONTRACEÇÃO 2011, Sociedade Portuguesa de Ginecologia
Sociedade Portuguesa da Contraceção, Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução.

Anexo 10

Avaliação inicial da pessoa com Hipertensão Arterial

QUADRO 1. Avaliação inicial da pessoa com HTA

Antecedentes familiares	Coronariopatia ou morte súbita precoce, HTA, diabetes <i>mellitus</i> , dislipidemia
Antecedentes pessoais	Hábitos tóxicos (álcool, tabaco, outras drogas) e consumo de fármacos Hipertensão: Grau de controlo, tratamento, tipo de acompanhamento realizado Doenças vasculares conhecidas Outros fatores de risco cardiovascular associados
Anamnese	Capacidade para modificar estilos de vida e para manter o tratamento Sintomas de causas secundárias de hipertensão Sintomas compatíveis com síndrome de apneia do sono
Medição de PA	Medição em consulta com esfigmomanómetro aneróide calibrado ou eletrónico validado, utilizando uma técnica correta Medições ambulatoriais (AMPA ou MAPA) segundo disponibilidade e se se suspeita da existência de efeito da bata branca. Especialmente úteis na avaliação da resposta terapêutica e no seguimento
Exame físico	Peso, altura e cálculo do índice de massa corporal: peso (Kg) /altura(m) ² Pescoço: bócio, pulsos e sopros carotídeos Auscultação cardiorrespiratória Abdómen: organomegalias, massas, sopros Extremidades: edemas, pulsos periféricos, sopros femorais
Fundo de olho	O exame do fundo ocular é recomendado principalmente na hipertensão grave. Alterações de grau ligeiro são, em grande parte, inespecíficas, exceto nas pessoas jovens. Hemorragias, exsudados e papiledema, apenas presentes na HTA grave, estão associados a risco CV acrescido.

Meios Complementares de Diagnóstico	Utilidade	Recomendação
Microalbuminúria	Marcador precoce de lesão vascular e fator independente de risco cardiovascular	Recomendada em todas as pessoas com hipertensão e imprescindível em pessoas com diabetes
Urina	Proteínas, sangue, sedimento	Recomendado
Creatinina	Marcador de lesão renal	Recomendado
Glicose	Clara relação com Risco CV	Recomendado
Perfil Lipídico (CT, TG, C-HDL)	Clara relação com Risco CV	Recomendado
Ácido úrico	Útil para selecionar e monitorizar alguns tratamentos	Recomendado
Ionograma (sódio, potássio, cálcio)	Parco rendimento diagnóstico para detetar HTA secundária, úteis para monitorizar alguns tratamentos	Recomendado
Radiografia Torácica	Pouco útil para detetar cardiomegalia	Quando exista outra condição associada que o indique
Eletrocardiograma	Deteção de arritmias, pouco sensível mas específico para deteção de Hipertrofia Ventricular esquerda	Recomendado
Ecocardiograma	Avaliação de disfunção ventricular esquerda e hipertrofia ventricular esquerda	Recomendado em casos selecionados

QUADRO 2. Lesões de órgãos alvo na HTA

Coração	Hipertrofia ventricular esquerda (HVE) detetada por ECG ou Ecocardiograma. Índice de massa do ventrículo esquerdo (IMVE), homem $\geq 115 \text{ gr/m}^2$; mulher $\geq 95 \text{ gr/m}^2$
Rim	Microalbuminúria (30-300 mg/24 horas ou quociente albumina creatinina $\geq 3,9 \text{ mg/g}$ no homem e $\geq 7,5 \text{ mg/g}$ na mulher. Proteinúria ($\geq 300 \text{ mg/24 horas}$). Aumento da creatinina plasmática (1,3-1,5 mg/dl no homem e 1,2-1,4 mg/dl na mulher) Diminuição da taxa de filtração glomerular (MDRD $< 60 \text{ ml/min}$)
Vasos	Placas de aterosclerose aórtica, carotídea, ilíaca ou femoral (radiografia, ecografia). Espessamento da intima-média carotídea $> 0,9 \text{ mm}$; ou placa ateromatosa. Velocidade da onda de pulso carótida-femoral $> 12 \text{ m/seg}$. Índice tornozelo-braço $< 0,9$.
Fundoscopia	Estenose focal ou generalizada das artérias retinianas
Cérebro	Enfartes silenciosos, lacunares, pequenas hemorragias (TAC e RMN)

QUADRO 3. Determinação e interpretação da excreção urinária de albumina

Definições	Urina de 24h (mg/24h)	Índice albumina/creatinina em amostra urinária	Urina/minutada ($\mu\text{g/min}$)
Normal	< 30	< 30	< 20
Microalbuminúria	30-299	30-299	20-199
Proteinúria	> 300	≥ 300	≤ 200

QUADRO 4. Critérios eletrocardiográficos de hipertrofia ventricular esquerda

Método	Descrição	Sensibilidade	Especificidade
Cornell	Homem: S em V3 + R em aVL > 28 mm	30 a 45%	90 a 100%
	Mulher: S em V3 + R em aVL > 20 mm		
Sokolow-Lyon	S em V1 + R em V5 > 35 mm		

QUADRO 5. Indicações de Ecocardiograma na HTA

Indicações Classe I (indicado)	Suspeita elevada de cardiopatia. Evidência clínica de disfunção cardíaca.
Indicações Classe II (controverso)	HTA severa de difícil controlo. Critérios de HVE no ECG. HTA ligeira, para decisão de início, ou não, de terapêutica farmacológica.
Indicações Classe III (não indicado)	HTA normal-alta sem suspeita de atingimento cardíaco. HTA ligeira estável.

Anexo 11

Medição da Pressão Arterial

QUADRO 1. Normas básicas para a medição correta da PA

Ambiente	Temperatura confortável (acima de 20°C). Ambiente tranquilo e sem ruídos (<i>nota - não na sala de espera e em público</i>).	
Observador	Treinado e sem pressa (<i>nota - não na sala de espera e em público</i>). Explicar sumariamente a técnica enquanto se prepara o material.	
Pessoa	Sentada. Relaxada e em repouso há, pelo menos, 5 minutos. Bexiga vazia. Sem ter comido ou fumado recentemente (30 minutos anteriores). Braço sem roupa, relaxado e apoiado sobre alguma superfície.	
Aparelho (A)	Manómetro aneróide calibrado ou manómetro eletrónico validado. Válvulas não obturadas, conexões herméticas e tubos de borracha em bom estado. Braçadeira enrolada sobre o centro do braço, à altura do coração e com saída dos tubos para cima. Tamanho da braçadeira adequado ao perímetro do braço: <ul style="list-style-type: none"> • tamanho standard (12-13 cm largura e 35 cm comprimentos) para circunferência do braço menor que 32cm • tamanho grande para obesos (perímetro do braço maior que 32cm) • tamanho pequeno para braços finos e crianças 	
Técnica	Auscultatória	Palpação da artéria umeral ou braquial e insuflação rápida da braçadeira até que desapareça o pulso radial. Estetoscópio 2 cm abaixo da braçadeira, no local onde se palpou o pulso, sem o apertar excessivamente. Desinsuflação lenta (2-3mmHg por segundo). Auscultação dos ruídos de Korotkoff: <ul style="list-style-type: none"> • PA sistólica: aparecimento dos primeiros ruídos, débeis e claros que aumentam de intensidade gradualmente durante pelo menos 2 batimentos consecutivos (Fase I de Korotkoff) • PA diastólica: desaparecimento completo dos ruídos (Fase V), ou o momento em que estes amortecem claramente (Fase IV), quando não chegam a desaparecer por completo

		<ul style="list-style-type: none"> • Se for necessário repetir a auscultação dos ruídos, desinsuflar por completo a braçadeira antes de a voltar a encher
	Oscilométrica	Segundo as características do modelo e indicações do fabricante

Notas práticas muito importantes

1-Na primeira consulta medir a PA nos dois membros superiores.

2-Nas consultas seguintes, medir no membro superior em que se obteve os valores tensionais mais elevados (membro superior controlo) e registar no processo clínico.

3-Calcular o valor médio das duas medições (ou mais se existem diferenças > 5mmHg) efetuadas em cada consulta.

4-Anotar a hora, os valores obtidos, membro superior, posição, tamanho da braçadeira e circunstâncias especiais durante a medição (ex: ansiedade, vazio auscultatório).

5- Medir a PA 1-3 minutos após posição ortostática na 1ª consulta em pessoa idosa, pessoa com diabetes ou portadora de outras condições em que a hipotensão ortostática seja frequente ou suspeitada (ex. polineuropatias)

6- Medir a frequência cardíaca e avaliar ritmo pela palpação do pulso (pelo menos, 30 segundos) após a 2ª medição da PA.

A - Validated blood pressure monitors, em www.bhsoc.org.

QUADRO 2. Principais causas de erro na medição da PA

Sobrestimada	Erro bidirecional	Subestimada
<ul style="list-style-type: none"> • Braçadeira pequena • Exercício, tabaco, álcool ou café recentes • Distensão vesical • Ansiedade ou dor • Braçadeira abaixo do nível do coração 	<ul style="list-style-type: none"> • Preferência por dígitos (0 e 5) • Aparelho mal calibrado • Temperatura ambiente inadequada 	<ul style="list-style-type: none"> • Vazio auscultatório • Pós-exercício intenso • Fumador em abstinência • Braço em abdução ou acima do nível do coração

Tipos de medição de PA

Ainda que o diagnóstico de HTA se baseie nos valores de PA obtidos na consulta pelo método auscultatório tradicional, esta prática vê-se limitada pelos erros próprios de uma técnica de medição indireta e pelas contínuas variações que a PA experimenta, devido a uma resposta a uma multiplicidade de circunstâncias fisiológicas e estímulos externos.

A própria medição pode induzir uma reação de alerta na pessoa que se manifesta por uma elevação transitória da PA, o “efeito da bata branca (EBB)”, que distorce o seu verdadeiro valor nas condições normais de vida. Esta resposta tende a ser transitória e pouco previsível de pessoa para pessoa.

Caracteristicamente, o EBB é mais intenso quando a medição é realizada por médicos do que quando é realizado por enfermeiros¹.

Conhecidas estas limitações, são necessárias estratégias de medição que, além de controlarem a variabilidade tensional, não estejam sujeitas a erros ou não sejam distorcidas pelo EBB. A aproximação mais razoável é a repetição das medições no ambiente próprio do doente, com aparelhos eletrónicos (medição ambulatória de PA). Na versão mais sensível, denominada automedição ambulatória domiciliária de PA (AMPA), o próprio doente ou os seus familiares medem a PA no domicílio com aparelhos de medida semiautomáticos, em diferentes momentos de dias distintos. Uma segunda estratégia, conhecida como monitorização ambulatória de PA (MAPA), permite praticar leituras pré-programadas durante um dia completo, no decurso das atividades habituais do doente e, inclusivamente, durante o sono, com dispositivos totalmente automáticos.

As medições ambulatórias obtidas por MAPA ou por AMPA são, no seu conjunto, mais reprodutíveis que as obtidas na consulta, tanto a curto como a longo prazo. Por outro lado, correlacionam-se melhor que estas últimas com várias formas de afeção orgânica hipertensiva e com a morbilidade cardiovascular^{2,3}.

Na atualidade, todos os grupos de peritos recomendam que as medições ambulatórias de pressão arterial (AMPA e MAPA) se usem mais como complemento do que como substituto das medições na consulta. Ambas permitem comprovar se as elevações de PA que se detetam na consulta se mantêm fora dela e avaliar a resposta ao tratamento antihipertensivo. Não são adequadas como método exclusivo de diagnóstico de HTA, são antes especialmente úteis no seguimento e controlo do doente hipertenso. Adicionalmente, o MAPA proporciona uma importante informação sobre a carga tensional a que está submetido o sistema cardiovascular e sobre o comportamento de PA em relação com as atividades normais da pessoa e durante o sono.

A AMPA deve considerar-se como um método destinado a melhorar o controlo da PA, utilizando-se sempre em doentes motivados e informados, sob supervisão médica. Com estas premissas, trata-se de um técnica sensível, barata e de fácil acesso, suficientemente exata e precisa e que não consome recursos humanos ou materiais em excesso, pelo que se deve implementar o seu uso ao longo do tempo. Embora existam importantes diferenças entre as duas metodologias, a escolha do método a utilizar depende principalmente da disponibilidade, facilidade e custo da sua utilização e da preferência do doente.

QUADRO 3. Características dos diferentes tipos de medida de PA disponíveis

Características ¹	Pressão arterial da consulta (PAC)	Monitorização ambulatória(MAPA)	Automedição domiciliária (AMPA)
Erros de medição	+	-	+/-
Frequência de leituras	+	+++	+++
Estimativa das variações circadianas	Impossível	Possível	Só durante o dia
Estimativa da PA noturna	Impossível	Possível	Impossível
Estimativa da PA a longo prazo	Inadequada	Inadequada	Adequada

Características ¹	Pressão arterial da consulta (PAC)	Monitorização ambulatória(MAPA)	Automedicação domiciliária (AMPA)
Estimativa do efeito farmacológico	Insuficiente (efeito placebo, uso da média, EBB)	Pode ser suficiente pelo uso da média	Adequada
Estimativa da duração do efeito farmacológico	Impossível	Possível	Adequada
Avaliação de HTA resistente	Inadequada	Adequada	Adequada
Estimativa do EBB	Impossível	Adequada	Adequada
Melhoria do cumprimento	?	?	Possível
Redução de custos		Possível	Possível
Valor prognóstico	Pobre	Bom	Bom
Correlação com o grau de afeção orgânica	Pobre	Boa	Boa

¹ Modificado a partir da Primeira Conferência Internacional de Consenso sobre o uso de automedicação de pressão arterial (4)

Indicações clínicas para o uso de automedicação domiciliária de PA (AMPA) ou de Monitorização Ambulatória de PA (MAPA)

QUADRO 4. Indicações para o uso de AMPA / MAPA

- 1) Suspeita de Hipertensão da bata branca:
HTA de grau 1 no consultório;
indivíduo com PA alta de consultório, sem lesão de órgão alvo (LOA) e RCV global baixo;
- 2) Suspeita de HTA Mascarada:
PA normal /alta no consultório
PA de consultório normal em pessoa com LOA e com risco CV global alto.
- 3) Identificação do efeito de bata branca em doentes hipertensos.
- 4) Grande variabilidade da PA no consultório na mesma ou em diferentes visitas.
- 5) Hipotensão postural, pós prandial, medicamentosa e autonómica.
- 6) PA elevada no consultório ou suspeita de preeclampsia, em mulher grávida.
- 7) Identificação de HTA resistente verdadeira ou falsa.
- 8) Avaliação da resposta ao tratamento farmacológico.
- 9) HTA resistente ou mau controlo tensional.
- 10) Hipotensão durante o tratamento.
- 11) Melhoria da adesão ao tratamento, em doentes selecionados.
- 12) Indicações específicas para AMPA.
- 13) Necessidade de controlo apertado da PA.
- 14) Indicações específicas para MAPA (ver quadro 6).

QUADRO 5. Regras para realização de AMPA

A AMPA tem valor clínico e está demonstrado o seu valor prognóstico

A) Deve ser aconselhada para:

- melhorar a informação sobre o efeito terapêutico, principalmente entre os intervalos das tomas
- melhorar a aderência ao tratamento

B) Não se deverá fazer e é desaconselhada:

- depois de comer
- depois de praticar exercício físico
- em situações de stress ou de dor
- com a bexiga cheia
- causar ansiedade ao doente
- possa induzir auto modificação da terapêutica

C) Para efetuar a medição

- evitar consumir café, álcool ou tabaco na hora prévia à medição
- permanecer sentado durante pelo menos 5 minutos antes da medição
- adotar uma postura cómoda e relaxada, com as costas apoiadas e evitando cruzar as pernas
- ambiente tranquilo, com temperatura amena
- utilizar apenas aparelhos validados para automedicação (A). Os aparelhos de medida de pulso ou de dedo não são atualmente recomendáveis por falta de exatidão e precisão
- colocar a braçadeira no centro do braço, 2-3 cm acima da prega do cotovelo
- apoiar o braço sobre uma mesa, sem roupa que o comprima e mantendo-o aproximadamente à altura do coração
- seguir as instruções do aparelho para realizar a medição
- não mover nem apertar o braço enquanto está a ocorrer a medição
- ler bem os valores ou os dados que aparecem no ecrã do monitor, que correspondem à pressão máxima (sistólica), à mínima (diastólica) e às pulsações por minuto (frequência cardíaca)
- anotar sempre os dados descritos no ponto anterior, juntamente com a data e a hora da medição

D) regras para a medição:

- medir várias vezes no mesmo dia:
 - de manhã, ao levantar ou antes de tomar a medicação (avalia o efeito residual do tratamento farmacológico em doentes medicados)
 - à noite, antes do jantar (avalia a duração do tratamento farmacológico e a necessidade de uma segunda dose vespertina)
 - ocasionalmente, podem ser necessárias medições antes das principais refeições (avaliam o efeito máximo ou “pico” do tratamento farmacológico)
- fazer duas ou três medições em cada momento, esperando dois ou três minutos entre elas e calcular a média dos valores obtidos
- periodicidade variável de acordo com a situação clínica:
 - com fins diagnósticos e para ajustes do tratamento, podem utilizar-se os valores médios obtidos em 6 dias não consecutivos durante duas semanas. Um registo mais curto de 3 dias laborais não consecutivos, eliminando os valores do primeiro dia, pode também ser suficiente.
 - em situações estáveis, controlos quinzenais ou mensais

IMPORTANTE: recordar que ...

- se o pulso é irregular, então fazer várias medições (3 a 5)
- os valores normais de PA para as automedições são < 135/85 mmHg
- fazer a revisão dos aparelhos de 6 em 6 meses, calibrando-os conforme recomendado pela marca

(A) – Validated blood pressure monitors, em; www.bhsoc.org.

QUADRO 6. Indicações específicas para uso de Monitorização Ambulatória de PA (MAPA)

A MAPA está indicada quando:

- há discordância marcada entre as medições em casa/consultório;
- avaliação do perfil “dipper”;
- suspeita de HTA noturna ou ausência de “dipping”, como acontece em utentes com apneia do sono, doença renal crónica ou diabetes;
- caracterização da variabilidade da PA.

Anexo 12

Tratamento Farmacológico na Hipertensão Arterial

QUADRO 1. Fármacos anti-hipertensores recomendados de acordo com as comorbilidades

Patologia associada	Fármacos
Lesão de órgão alvo assintomática:	
HVE	IECA, BCC, ARA
Aterosclerose assintomática	BCC, IECA
Microalbuminúria	IECA, ARA
Disfunção renal	IECA, ARA
Evento cardiovascular clínico:	
AVC prévio	Qualquer agente eficaz a baixar a PA
EAM prévio	BB, IECA, ARA
Angina de peito	BB, BCC
Insuficiência Cardíaca	Diurético, BB, IECA, ARA, antagonistas dos recetores mineralocorticoides
Aneurisma da aorta	BB
FA, prevenção	Considerar ARA, IECA, BB ou antagonistas dos recetores mineralocorticoides
FA, controlo de ritmo	BB, BCC não dihidropiridínicos
DRT/proteinúria	IECA, ARA
Doença arterial periférica	IECA, BCC
Outras situações:	
Idoso	Diuréticos, BCC
Síndrome metabólico	IECA, ARA, BCC
Diabetes <i>mellitus</i>	IECA, ARA
Gravidez	Metildopa, BB, BCC
Raça negra	Diuréticos, BCC

QUADRO 2. Grupos terapêuticos e fármacos

<i>Grupos Terapêuticos</i>	<i>Fármacos</i>
Diuréticos tiazídicos e análogos	Clorotalidona, Hidroclorotiazida (em associações), Indapamida, Metazolona
Diuréticos de ansa	Furosemida, Torasemida
Diuréticos poupadores de potássio (em associação)	Espirinolactona, Amiloride, Triantereno
Beta-Bloqueantes	Propranolol, Atenolol, Bisoprolol, Carvedilol, Labetalol, Metoprolol, Nebivolol
Modificadores do eixo renina-angiotensina	
Inibidores da enzima de conversão da angiotensina	Benazapril, Captopril, Cilazapril, Enalapril, Fosinopril, Imidapril, Lisinopril, Perindopril, Quinapril, Ramipril, Trandolopril
ARA II	Candesartan, Eposartan, Ibesartan, Losartan, Telmisartan, Valsartan, Olmesartan
Inibidores diretos da renina	Aliscireno
Antagonistas do Cálcio	
Dihidropiridínicos	Amlodipina, Felodipina, Lacidipina, Lercanidipina, Nicardipina, Nifedipina, Nivaldipina, Nimodipina, Nitrendipina
Não dihidropiridínicos	Diltiazem, Verapamil
Alfa bloqueantes **	Doxazosina, Fenoxibenzamina
Ação central	Alfametildopa, Clonidina, Rilmenidina, Moxonidina
Vasodilatadores **	Minoxidil, Hidralazina

** uso hospitalar

QUADRO 3. Indicações e contraindicações de acordo com as patologias associadas

Grupos terapêuticos	Contraindicação evidente	Contraindicação possível
Diuréticos (tiazídicos)	Gota	Síndrome metabólico, intolerância à glicose, gravidez, hipercalcémia, hipocalémia.
Beta-bloqueantes	Asma Bloqueio AV graus 2 e 3	Síndrome metabólico, intolerância glicose, atletas e pessoas fisicamente ativas, DPOC (exceto para BB mais cardioseletivos)
Bloqueadores dos canais de cálcio (dihidropiridínicos)		Taquiarritmias Insuficiência Cardíaca
Bloqueadores dos canais de cálcio (verapamil, diltiazem)	Bloqueio AV graus 2 e 3, disfunção severa do VE, insuficiência cardíaca	
IECA	Gravidez Angioedema Hipercalémia Estenose bilateral das artérias renais	Mulher com potencial para engravidar
ARA II	Gravidez Hipercaliémia Estenose bilateral das artérias renais	Mulher com potencial para engravidar
Antagonistas dos recetores mineralocorticoides	Insuficiência renal aguda ou severa (TFG <30mL/min) Hipercalémia	

QUADRO 4. Causas de resposta inadequada ao tratamento anti-hipertensor

<p>Pseudoresistência Efeito da bata branca Pseudo-hipertensão Medição incorreta de pressão arterial (tamanho inadequado de braçal)</p>
<p>Incumprimento terapêutico</p>
<p>Sobrecarga de volume Ingestão excessiva de sal Doença do parênquima renal Tratamento diurético inadequado ou insuficiente</p>
<p>Causas relacionadas com os fármacos Doses demasiado baixas Tratamento diurético inadequado Associações não sinérgicas Ações ou interações farmacológicas: simpático-miméticos (descongestionantes nasais, inibidores do apetite, cocaína ou outras drogas relacionadas, cafeína), AINEs, contraceptivos orais, esteroides, alcaçuz, ciclosporina, tacrolimus, eritropoietina, antidepressivos</p>
<p>Patologia associadas Tabagismo Obesidade Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono Consumo excessivo de álcool Ansiedade Dor crónica Vasoconstrição excessiva (vasculite, raynaud)</p>
<p>HTA secundária</p>

QUADRO 5. Principais falhas no cumprimento da terapêutica

Falhas no cumprimento da terapêutica

Não se acompanhar de informação adequada acerca da medicação em curso quando vai à consulta;

Falta de informação sobre a necessidade de tomar a medicação, o que leva a:

- a) não comprar os medicamentos ou não solicitar renovação da receita antes de terminar a medicação
- b) não tomar a dose diária, por esquecimento, ou por aumentar ou diminuir a mesma
- c) não tomar a medicação às horas indicadas
- d) trocar os medicamentos prescritos por outros
- e) abandono por melhoria clínica aparente ou abandono temporário

Receio de ter efeitos secundários e/ou aparecimento de efeitos secundários

Horário das tomas em desacordo com a sua atividade diária

Complexidade da prescrição terapêutica e/ou polimedicação

Má relação médico-doente e/ou insatisfação do doente

Preço elevado dos medicamentos

Falta de programação de nova consulta

Isolamento do doente e falta de apoio familiar

Anexo 13

Urgência e Emergência Hipertensivas

A) Definições

A **emergência hipertensiva** é definida como uma severa elevação da PA na presença de alteração aguda de órgão alvo: síndrome coronário agudo, dissecção da aorta, edema pulmonar, encefalopatia hipertensiva, enfarte cerebral agudo, hemorragia intracerebral, eclampsia, situações em que é necessária uma baixa imediata e controlada da PA no sentido de prevenir a progressão da lesão do órgão alvo.

A **urgência hipertensiva**, é caracterizada pela elevação severa da PA (> 180/120 mmHg) e sem evidência de lesão de órgão alvo. Deve ser investigado se houve interrupção da medicação habitual, situação de stress, tomada de medicamentos (AINES), ou ingestão excessiva de sal. Neste caso a PA pode ser reduzida no consultório, pela administração oral de medicamentos (por exemplo do quadro n.º 1, ou efetuando uma nova toma da medicação habitual), sendo vigiada localmente e programando-se futuras medições e consultas médicas de acompanhamento. Muito raramente nestes casos é necessário enviar o doente ao um Serviço de Urgência.

A todo o doente deve ser feita a necessária avaliação clínica, com atenção em relação à existência de estados emocionais ou de grande stress ou ainda à possibilidade de ter havido ingestão de drogas ou medicamentos. Nessa avaliação a medição da PA deve ser feita de forma calma e sossegada, tentando relaxar o doente e ter a devida precaução no anúncio dos valores tensioniais.

B) Tratamento

1. **Urgência hipertensiva** – na grande maioria dos doentes com HTA severa e sem sinais de atingimento dos órgãos alvo, a PA deve ser reduzida de forma gradual por um período de 24 a 48 horas e com terapêutica oral, seguida de vigilância ambulatória.

No quadro n.º 1 listam-se os medicamentos recomendados e de uso mais habitual. Não há vantagem na descida rápida da PA, esta até pode ser prejudicial.

ATENÇÃO: a utilização de nifedipina sublingual leva a uma descida de PA não previsível nem controlável, pelo que está contraindicada; também não se recomenda a utilização de captopril sublingual. De igual modo não deve ser repetida a dose de captopril num curto espaço de tempo (menos de 2 horas). Poderá ser preferível usar um medicamento de outro grupo farmacológico e mesmo, quando se justifica e for adequado utilizar-se, um sedativo.

QUADRO 1. Exemplos de fármacos a utilizar nas urgências hipertensivas (via oral)

Fármaco	Dose	Pico de ação	Semivida	Efeitos adversos
Captopril	12,5 -25 mg	15-60 min	1,9 h	Falência renal na estenose da artéria renal
Labetalol	200-400 mg	20-120 min	2,5-8 h	Broncoespasmo, depressão miocárdica
Furosemida	20-40 mg	1-2 h	0,5-1 h	Depleção volume
Amlodipina	5-10 mg	1-6 h	30-50 h	Cefaleia, taquicardia, flushing

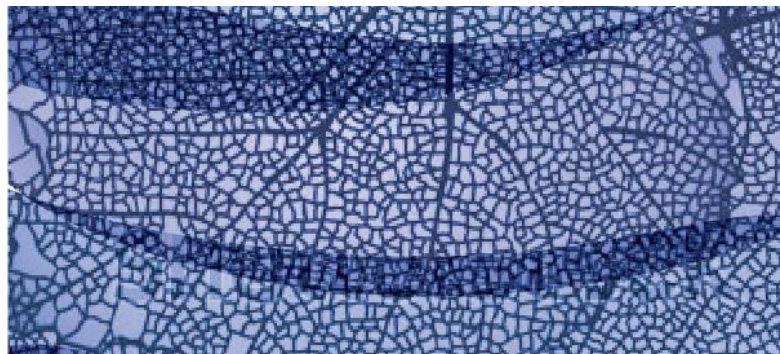
2. **Emergência hipertensiva:** a decisão da melhor terapêutica depende do quadro clínico que lhe está associado, no entanto, a descida a PA deve ser de forma célere e bem controlada. No quadro n.º 2 listam-se os fármacos mais utilizados e sempre por via endovenosa. Estes doentes devem ser rapidamente referenciados a um Serviço de Urgência hospitalar e transportados de forma adequada. Se a emergência e a demora prevista no transporte for elevada, poderá ser iniciada terapêutica no local (de acordo com as possibilidades locais e do tipo de transporte a utilizar – medicalizado ou não).

QUADRO 2. Fármacos para as emergências hipertensivas (via endovenosa)

Fármaco	Dose	Início de ação	Duração	Efeitos adversos
Nitroprussiato de sódio	0,25 -10 µg/kg/min	imediate	1-2 min	Hipotensão, vômitos, toxicidade do cianeto
Labetalol	20-80 mg bolus 1-2mg/min, infusão	5-10 min	2-6 h	Nausea, vômitos, broncoespasmo, Bloq.A-V
Dinitrato	5-100 µg/min	1-3 min	5-15 min	Cefaleias, vômitos
Furosemida	40-60 mg	5 min	4-6 horas	Hipotensão
Enalapril	1,25-5 mg, bolus	15 min	4-6 h	Hipotensão, insuf. renal
Nicardipina	2-10 mg/h	5-10 min	2-4 h	Taquicardia, flushing

11

ACRÓNIMOS E SIGLAS

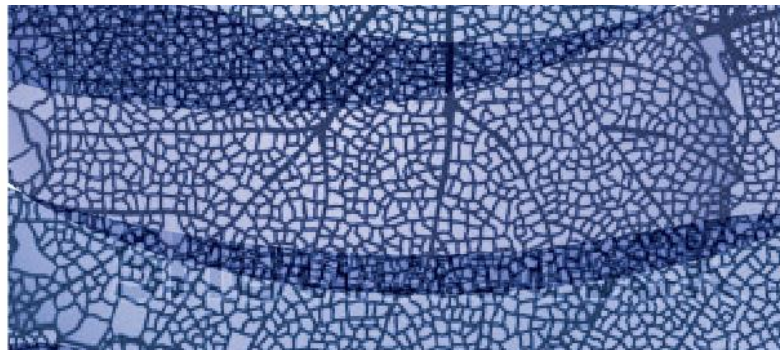


AAS	Ácido acetil-salicílico	EPS	Educação para a Saúde
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde	Ex	Exemplo
ADM	Administrativo, secretariado clínico	FA	Fibrilhação auricular
AMPA	Automedicação Ambulatória Domiciliária da Pressão Arterial	FRV	Fator de risco vascular
ARA	Antagonista do recetor da angiotensina	H	Hospital
AVC	Acidente vascular cerebral	HTA	Hipertensão arterial
BB	Bloqueador adrenérgico beta	HSI	Hipertensão arterial sistólica isolada
BCC	Bloqueador da entrada de cálcio	HVE	Hipertrofia Ventricular Esquerda
C-HDL	Colesterol das HDL, colesterol das lipoproteínas de alta densidade	IECA	Inibidor da enzima de conversão da angiotensina
C-LDL	Colesterol das LDL, colesterol das lipoproteínas de baixa densidade	IMC	Índice de massa corporal
CCI	Cuidados Continuados Integrados	Kg	Quilograma
CH	Cuidados hospitalares	MAPA	Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial
CHC	Contraceção hormonal combinada	MCDT	Meio complementar de diagnóstico e terapêutica
cm	Centímetro	MF	Médico de Família
CS	Centro de Saúde	MFRCV	Múltiplos fatores de risco cardiovascular
CT	Colesterol total	MGF	Medicina Geral e Familiar
CSP	Cuidados de Saúde Primários	OCDE	Organização da Cooperação e Desenvolvimento Económico
DCV	Doença cardiovascular	PA	Pressão arterial
DCCV	Doença cerebro-cardiovascular	PAD	Pressão Arterial Diastólica
DQS	Departamento da Qualidade na Saúde	PAI	Processo Assistencial Integrado
DGS	Direção-Geral da Saúde	PAS	Pressão Arterial Sistólica
DIC	Doença isquémica do coração	PDS-PU	Plataforma de dados da saúde – Portal do utente
DIS	Dislipidemia	PC	Perímetro da cintura
DM	Diabetes <i>mellitus</i>	PNDCCV	Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares
DRC	Doença renal crónica	PO	Progestativo oral
EAM	Enfarte agudo do miocárdio	RCV	Risco cardiovascular
EBB	Efeito bata branca	RV	Risco vascular
ECG	Eletrocardiograma		
EF	Enfermeiro de Família		
ENQS	Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde		

SCLÍNICO	Sistema Informático do Registo Clínico
SCORE	<i>Systematic Coronary Risk Evaluation</i>
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SOAP	Registo Clínico da consulta: S -Subjetivo; O-Objetivo; A-Avaliação; P-Procedimentos
SU	Serviço de urgência
TEV	Tromboembolismo venoso
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TG	Triglicerídeos
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação

12

BIBLIOGRAFIA



INTRODUÇÃO

Carlos Aguiar. Estudo VIVA. Rev.Port.Cardiologia 2012.

Carlos Perdigão, João Sequeira Duarte e Ana Santos. Prevalência e caracterização da Hipercolesterolemia em Portugal. Estudo HIPÓCRATES. Revista Fatores de Risco 2010;(17): Abri-Jun 2010 :12-19.

Direção-Geral de Saúde. Elementos Estatísticos de Saúde. Informação geral. dezembro de 2010. <http://www.dgs.pt>. Acedido em dezembro de 2010.

Estratégia para a redução do consumo de sal na alimentação em Portugal. Direção-Geral de Saúde, junho de 2013.

Estudo Epidemiológico de Caracterização do Perfil Lipídico da População Portuguesa. Instituto de Alimentação Becel, 2002.

Guía de diseno y mejora continua de Procesos asistenciales integrados, 2.ª edición. Junta de Andalucía.Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

J. Polónia, L. Martins, F. Pinto, J. Nazaré. Journal of Hypertension 2013; (Suppl A) e140.

L Gardete Correia, J Manuel Boavida, J Filipe Raposo, A Cristina Mesquita, S Massano Cardoso. Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal. Lisboa, 2010.

Lawes CMM, Vander Hoorn S, Rodgers A, et al, for the International Society of Hypertension. Global burden of blood-pressure-related disease,2001. Lancet 2008; 371: 1513–18.

M Espiga Macedo, P Marques da Silva. Prevalência dos Fatores de Risco Cardiovasculares em Doentes com Hipertensão Arterial. ESTUDO PRECISE. Rev. Port. Cardiologia 2010; supl.1, abstract, nº 183.

Mário Espiga Macedo e col. Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da HTA em Portugal. PAP Study. Porto, 2005.

O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, et al, on behalf of the INTERSTROKE investigators. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. Lancet 2010; 376: 112-123.

O Risco de morrer em Portugal. Instituto Nacional de estatística, 2014.

OECD (2011), *Health at a Glance 2012: OECD Indicators*, OECD Publishing.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en

OCDE (2013), *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing.
<http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm>

Orientação n.º 002/2013, de 18/02/2013, Processos Assistenciais Integrados. Direção-Geral da Saúde, 2013.

Proceso Asistencial Integrado Riesgo Vascular, 2ª edición. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

S Claiborne Johnston, Shanthi Mendis, Colin D Mathers. Global variation in stroke burden and mortality: estimates from monitoring, surveillance, and modeling. *Lancet Neurology* 2009; 8:345-354.

Sidney C. Smith Jr, Amy Collins, MA, Roberto Ferrari, David R. Holmes Jr; Susanne Logstrup, Cand. Jur, Diana Vaca McGhie, Johanna Ralston, Ralph L. Sacco, FAAN, FAHA, Hans Stam, Kathryn Taubert, David A. Wood, William A. Zoghbi. The writing committee members represent. Our time: a call to save preventable death from cardiovascular disease (heart disease and stroke). *European Heart Journal* 2012; 33, 2910–2916.

United Nations General Assembly. Resolution adopted by the General Assembly: 66/2: Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Adopted September 19, 2011; published January 24, 2012. Available at: http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf. Acedido June 26, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2013. GLOBAL ACTION PLAN, FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF NONCOMMUNICABLE DISEASES 2013-2020.

WORLD HEALTH STATISTICS. 2008.

WORLD HEALTH STATISTICS. 2013.

WORLD HEALTH STATISTICS. 2014.

ORIENTAÇÃO n.º 002/2013, de 18/02/2013 **Processos Assistenciais Integrados**

Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde – Despacho 14223/2009.

Guía de desenho y mejora contínua de Procesos asistenciales integrados, 2ª edición, Junta de Andalucía, Consejería de Salud.

Plano Nacional de Saúde 2012-2016.

Programa Nacional de Acreditação em Saúde - Manual de Acreditação de Unidades de Saúde-Gestão Clínica, 1ª edição.

NORMA n.º 20/2011, de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013

Hipertensão Arterial: definição e classificação

British Cardiac Society; British Hypertension Society; Diabetes UK; HEART UK; Primary Care Cardiovascular Society; Stroke Association. JBS 2: Joint British Societies "guidelines on prevention of cardiovascular disease in clinical practice". Heart 2005; 91 Suppl 5: v1-52.

Díaz JDG, Herraiz CG. Diagnóstico del riesgo cardiovascular asociado a la arteriosclerosis. In: Núñez-Cortés JM, ed. Medicina Cardiovascular. Arteriosclerosis. Tomo II. Barcelona: Masson S.A., 2005:1497-512.

Macedo ME, Lima MJ, Silva AO, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal: the PAP study. J Hypertens 2005;23: 1661-6.

Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens 2007;25: 1105-87.

Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. Hypertension 2009;27: 2121-58.

O risco de morrer em Portugal. DGS, Lisboa 2006.

Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J 2012;33: 1635-701.

Relatório Anual de 2011 do Observatório Nacional da Diabetes, Portugal 2011; 32.

Silva PM, Cálculo de risco cardiovascular global: um instrumento em evolução. Rev Port Card 2010; 29 (supl III): 75-88.

The Sixth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). Arch Intern Med 1997;157: 2413-46.

ORIENTAÇÃO n.º17/2013, de 05/12/2013

Avaliação antropométrica no adulto

Ashwell M, Gunn P and Gibson S. Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. Obesity Reviews 2012;13: 275-286.

Browning LM, Hsieh SD and Ashwell M. A systematic review of waist-to-height ratio as a screening tool for the prediction of cardiovascular disease and diabetes: 0,5 could be a suitable global boundary value. Nutrition Research Reviews 2010; 23: 247-269.

Gibson RS. Principles of Nutritional Assessment. 2th edition. Oxford: Oxford University Press, 2005.

Jelliffe DB, Jelliffe EPF. Community Nutritional Assessment. Oxford: Oxford University Press;1989.

Lohman TG, Roche AF, Martorell R, eds. Anthropometric Standardization Reference Manual. Champaign Illinois, USA: Human Kinetics Books, 1988.

Stewart, A., Marfell-Jones, M., Olds, T., and de Ridder, H. International standards for anthropometric assessment (2011). ISAK: Lower Hutt, New Zealand.

Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8-11 December 2008. World Health Organization, 2011.

Wang J, Thornton JC, Bari B *et al.* Comparisons of waist circumferences measured at 4 sites. American Journal of Clinical Nutrition 2003; 77:379-384.

WHO:2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008.

WHO Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000.

WHO Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995.

WHO STEPS surveillance, Part 3, Section 3: Guide to Physical Measurements, Last Updated: 12 December 2008.

NORMA n.º 30/2012, de 28/12/2012

Deteção precoce e Intervenção Breve no consumo excessivo de álcool no adulto

Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. Br J Gen Pract 2001;51:206-17.

Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions.: Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona.; 2005.

Anderson P, Moller L, Galea G. Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches: World Health Organization; 2012.

Babor T, Fuente J, Saunders J, Grant M. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care. 1st ed: World Health Organization; 1992.

Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. 2nd ed: World Health Organization; 2001.

Beich A, Gannik D, Saelan H, Thorsen T. Screening and brief intervention targeting risky drinkers in Danish general practice--a pragmatic controlled trial. Alcohol Alcohol 2007;42:593-603.

Bentele M, Kriston L, Clement HW, Harter M, Mundle G, Berner MM. The validity of the laboratory marker combinations DOVER and QUVER to detect physician's diagnosis of at-risk drinking. Addict Biol 2007;12:85-92.

Berks J, McCormick R. Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: a systematic literature review. Int Psychogeriatr 2008;20:1090-103.

Berner MM, Kriston L, Bentele M, Harter M. The alcohol use disorders identification test for detecting at-risk drinking: a systematic review and meta-analysis. J Stud Alcohol Drugs 2007;68:461-73.

Bertholet N, Daeppen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med 2005;165:986-95.

- Botelho R, Engle B, Mora JC, Holder C. Brief interventions for alcohol misuse. *Prim Care* 2011;38:105-23.
- Bradley KA, Boyd-Wickizer J, Powell SH, Burman ML. Alcohol screening questionnaires in women: a critical review. *JAMA* 1998;280:166-71.
- Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31:1208-17.
- Campos P, Ribeiro C. Rastreamento do consumo de álcool nos cuidados de saúde primários - atitudes dos utentes. *Rev Port Med Geral Fam* 2012;28:98-104.
- Coulton S, Drummond C, James D, et al. Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study. *BMJ* 2006;332:511-7.
- Coulton S, Watson J, Bland M, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of opportunistic screening and stepped care interventions for older hazardous alcohol users in primary care (AESOPS) - a randomised control trial protocol. *BMC Health Serv Res* 2008;8:129.
- Cunha J. Validação da versão portuguesa dos Questionários AUDIT e Five-Shot para identificação de consumo excessivo de álcool. Lisboa: Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul; 2002.
- Dillie KS, Mundt M, French MT, Fleming MF. Cost-benefit analysis of a new alcohol biomarker, carbohydrate deficient transferrin, in a chronic illness primary care sample. *Alcohol Clin Exp Res* 2005;29:2008-14.
- Fleming M, Manwell LB. Brief intervention in primary care settings. A primary treatment method for at-risk, problem, and dependent drinkers. *Alcohol Res Health* 1999;23:128-37.
- Frank D, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Kivlahan DR, Bradley KA. Effectiveness of the AUDIT-C as a screening test for alcohol misuse in three race/ethnic groups. *J Gen Intern Med* 2008;23:781-7.
- Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol* 2002;37:591-6.
- Guth S, Lindberg SA, Badger GJ, Thomas CS, Rose GL, Helzer JE. Brief intervention in alcohol-dependent versus nondependent individuals. *J Stud Alcohol Drugs* 2008;69:243-50.
- Haber P, Lintzeris N, Proude E, Lopatko O. Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems: Commonwealth of Australia; 2009.
- Isaacson JH, Butler R, Zacharek M, Tzelepis A. Screening with the Alcohol use Disorders Identification Test (AUDIT) in an inner-city population. *J Gen Intern Med* 1994;9:550-3.
- Kahan M, Wilson L, Becker L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review. *CMAJ* 1995;152:851-9.
- Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2007:CD004148.
- Kapoor A, Kraemer KL, Smith KJ, Roberts MS, Saitz R. Cost-effectiveness of screening for unhealthy alcohol use with % carbohydrate deficient transferrin: results from a literature-based decision analytic computer model. *Alcohol Clin Exp Res* 2009;33:1440-9.
- Knibbe RA, Derickx M, Kuntsche S, Grittner U, Bloomfield K. A comparison of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) in general population surveys in nine European countries. *Alcohol Alcohol Suppl* 2006;41:i19-25.

Koch H, Meerkerk GJ, Zaat JO, Ham MF, Scholten RJ, Assendelft WJ. Accuracy of carbohydrate-deficient transferrin in the detection of excessive alcohol consumption: a systematic review. *Alcohol Alcohol* 2004;39:75-85.

Lebel C, Roussotte F, Sowell ER. Imaging the impact of prenatal alcohol exposure on the structure of the developing human brain. *Neuropsychol Rev* 2011;21:102-18.

Lee HS, Mericle AA, Ayalon L, Arian PA. Harm reduction among at-risk elderly drinkers: a site-specific analysis from the multisite Primary Care Research in Substance Abuse and Mental Health for Elderly (PRISM-E) study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009;24:54-60.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol-use disorders: preventing harmful drinking. NICE 2010.

Ockene JK, Reed GW, Reiff-Hekking S. Brief patient-centered clinician-delivered counseling for high-risk drinking: 4-year results. *Ann Behav Med* 2009;37:335-42.

Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Prev Med* 1999;28:503-9.

Prochaska J, DiClemente C. Towards a comprehensive model of change. In: Plenum, ed. *Treating addictive behaviors: processes of change*. New York: Plenum; 1986:3-27.

Raistrick D, Heather N, Godfrey C. Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems: The National Treatment Agency for Substance Misuse; 2006.

Rehm J, Room R, Monteiro M, et al. Alcohol Use. In: *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attribution to Selected Major Risk Factors*: World Health Organization; 2004:959-1108.

Reiff-Hekking S, Ockene JK, Hurley TG, Reed GW. Brief physician and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinking. Results at 12-month follow-up. *J Gen Intern Med* 2005;20:7-13.

Ribeiro C. [Family medicine approach to alcohol consumption: detection and brief interventions in primary health care]. *Ata Med Port* 2011;24 Suppl 2:355-68.

Rubio G, Jimenez-Arriero MA, Martinez I, Ponce G, Palomo T. Efficacy of physician-delivered brief counseling intervention for binge drinkers. *Am J Med* 2010;123:72-8.

Saitz R. Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug Alcohol Rev* 2010;29:631-40.

Saunders JB, Aasland OG, Amundsen A, Grant M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption--I. *Addiction* 1993;88:349-62.

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction* 1993;88:791-804.

Seale JP, Shellenberger S, Boltri JM, Okosun IS, Barton B. Effects of screening and brief intervention training on resident and faculty alcohol intervention behaviours: a pre- post-intervention assessment. *BMC Fam Pract* 2005;6:46.

Serecigni J, Arriero M, Pastor F, Menéndez G, Guillamón M. Alcoholismo: Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la Evidencia Científica. 2 ed: Socidrogalcohol; 2007.

Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM. Primary care intervention to reduce alcohol misuse ranking its health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med* 2008;34:143-52.

U.S. Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement. *Ann Intern Med* 2004;140:554-6.

Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004;140:557-68.

Willenbring ML, Massey SH, Gardner MB. Helping patients who drink too much: an evidence-based guide for primary care clinicians. *Am Fam Physician* 2009;80:44-50.

NORMA n.º 5/2013, de 19/03/2013, atualizada a 26/11/2013

Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*)

British Cardiac Society; British Hypertension Society; Diabetes UK; HEART UK; Primary Care Cardiovascular Society; Stroke Association. JBS 2: Joint British Societies' guidelines on prevention of cardiovascular disease in clinical practice. *Heart* 2005; 91 Suppl 5: v1-52.

Díaz JDG, Herraiz CG. Diagnóstico del riesgo cardiovascular asociado a la arteriosclerosis. In: Núñez-Cortés JM, ed. *Medicina Cardiovascular. Arteriosclerosis*. Tomo II. Barcelona: Masson S.A., 2005: 1497-512.

Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2007; 25:1105-187.

Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens* 2009, 27:2121-58.

Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. 2012;33:1635-701. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22555213>.

Recomendações Portuguesas para a prevenção primária e secundária da aterosclerose da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, 2009.

Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J* 2011;32:1769-818.

Silva PM. Cálculo de risco cardiovascular global: um instrumento em evolução. *Rev Port Cardiol* 2010;29 (sup III):75-88.

NORMA n.º 26/2011, de 29/09/2011, atualizada a 19/03/2013
Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial

Arterial hypertension. Report of a WHO expert committee. World Health Organ Tech Rep Ser 1978; 628:7-56.

Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration, Turnbull F, Neal B, et al. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2008; 336:1121-3.

Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group: The effect of treatment on mortality in 'mild' hypertension: results of the Hypertension Detection and Follow-up Program. *N Engl J Med* 1982; 307:976-80.

Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ*. 2009;338:b1665.

Liu L, Zhang Y, Liu G, Li W, Zhang X, Zanchetti A, FEVER Study Group. The Felodipine Event Reduction (FEVER) Study: a randomized long-term placebo-controlled trial in Chinese hypertensive patients. *J Hypertens* 2005; 23:2157-72.

Management Committee. The Australian therapeutic trial in mild hypertension. *Lancet* 1980; 1:1261-7.

Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2007; 25:1105-87.

National Institution for Health and Clinical Excellence (NICE). Hypertension: The Clinical Management of Primary Hypertension in Adults: Clinical guidelines: Methods, evidence and recommendations. NICE. London, UK; 2011.

Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, et al. European Society of Hypertension. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens* 2009;27:2121-58.

Medical Research Council trial of treatment of mild hypertension: principal results. MRC Working Party. *BMJ* 1985; 291:97-104.

Rosendorff C, Black HR, Cannon CP, et al. Treatment of hypertension in the prevention and management of ischemic heart disease: a scientific statement from the American Heart Association Council for High Blood Pressure Research and the Councils on Clinical Cardiology and Epidemiology and Prevention. *Circulation* 2007; 115:2761-88.

Staessen JA, Wang JG, Thijs L Cardiovascular prevention and blood pressure reduction: a quantitative overview updated until 1 March 2003. *J Hypertens* 2003;21:1055-76.

Turnbull F, Neal B, Algert C, et al. Effects of different blood pressure-lowering regimens on major cardiovascular events in individuals with and without diabetes mellitus: results of prospectively designed overviews of randomized trials. *Arch Intern Med* 2005; 165:1410-9.

Weber MA, Julius S, Kjeldsen SE, et al. Blood pressure dependent and independent effects of antihypertensive treatment on clinical events in the VALUE Trial. *Lancet* 2004; 363:2049-51.

Zanchetti A, Grassi G, Mancia G. When should antihypertensive drug treatment be initiated and to what levels should systolic blood pressure be lowered? A critical reappraisal. *J Hypertens* 2009; 27:923-34.

ABORDAGEM DAS INTERVENÇÕES NO TABAGISMO EM CONTEXTO CLÍNICO

Aveyard P, Begh R, Parsons A, West, R. (2012), Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03770.

Direção-Geral da Saúde – Programa-tipo de cessação tabágica. Circular normativa n.º 26/DSPPS, de 28/12/2007.

Fiore M C, Jaen C R, Baker T B, Bailey W C, Benowitz N L, Curry S J et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2008, p. 1–256.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. PH001, 1–36. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2006.

Stead L. F., Bergson G., Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; Issue 2. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub3.

NORMA n.º 66/2011, de 30/12/2011, atualizada a 30/05/2013 Prescrição de Exames Laboratoriais para Avaliação de Dislipidemias

Betteridge DJ. Lipids and Vascular Disease. *Current Issues*. London: Martin Dunitz Ltd, 2000; 65-75.

Blackwell L, Emberson J, et al. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet* 2010;376:1670-81.

Cianflone K, Bilodeau M, Davignon J, Sniderman AD. Modulation of chylomicron remnant metabolism by an hepatic hydroxymethylglutaryl coenzyme A reductase inhibitor. *Metabolism* 1990; 39 (3):274-80.

De Baker G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): full text. The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J* 2012; 33:1635–701.

de Graaf J, van der Vleuten G, Stalenhoef AF. Diagnostic criteria in relation to the pathogenesis of familial combined hyperlipidemia. *Semin Vasc Med* 2004;4(3):290-40.

Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 019/2011.

Goldstein JL, Hobbs HH, Brown MS. Familial hypercholesterolemia. In: Sriver CR, Beaudet AL, Sly WS, Valle D, editors. *The metabolic basis of inherited disease*, vol. 120. New York: McGraw-Hill 2001; 2863-913.

Grundy SM, Cleeman JJ, Merz CN, et al. Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. *Circulation*. 2004; 110: 227-39. Errata in: *Circulation* 2004; 110(6): 763.

Gupta A, Guyomard V, Zaman MJ, et al. Systematic review on evidence of the effectiveness of cholesterol-lowering drugs. *Adv Ther* 2010; 27: 348-64.

Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Developed with the special contribution of: European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. *Eur Heart J* 2011; 32:1769-818.

Sniderman AD, Brown BG, Stewart BF, Cianflone K. From familial combined hyperlipidemia to hyperapoB: unravelling the overproduction of hepatic apolipoproteinB. *Curr Opin Lipidol* 1992; 3:137-42.

Sniderman AD, Vu H, Cianflone K. The effect of moderate hypertriglyceridemia on the relation of plasma total and LDL apoB levels. *Atherosclerosis* 1991;89(2-3):109-16.

Teng B, Thompson GR, Sniderman AD, et al. Composition and distribution of low-density lipoprotein fractions in hyperapobetalipoproteinemia, normolipidemia and familial hypercholesterolemia. *Proc Natl Acad Sci USA* 1983;80(21):6662-6.

Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, et al, on behalf of the INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364:937-52.

NORMA n.º 19/2011, de 28/09/2011, atualizada a 11/07/2013 **Abordagem terapêutica das dislipidemias**

Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001;285:2486-97.

Fletcher B, Berra K, Ades P, et al.; Council on Cardiovascular Nursing; Council on Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology; Council on Basic Cardiovascular Sciences; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Clinical Cardiology; Council on Epidemiology and Prevention; Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; Council on Stroke; Preventive Cardiovascular Nurses Association. Managing abnormal blood lipids: a collaborative approach. *Circulation* 2005;112:3184-209.

Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, et al.; European Society of Cardiology (ESC); European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (EACPR); Council on Cardiovascular Nursing; European Association for Study of Diabetes (EASD); International Diabetes Federation Europe (IDF-Europe); European Stroke Initiative (EUSI); International Society of Behavioural Medicine (ISBM); European Society of Hypertension (ESH); European Society of General Practice/Family Medicine (ESGP/FM/WONCA); European Heart Network (EHN). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14 Suppl 2:E1-40.

Grundty SM, Cleeman JI, Merz CN, et al; Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. *Circulation* 2004; 110: 227-39. Errata in: *Circulation* 2004;110(6):763.

Gupta A, Guyomard V, Zaman MJ, et al. Systematic review on evidence of the effectiveness of cholesterol-lowering drugs. *Adv Ther* 2010;27:348-64.

Miller M, Stone NJ, Ballantyne C, Bittner V, et al. Triglycerides and Cardiovascular Disease. A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2011; 123:2292-2333.

NICE clinical guideline 67. Lipid modification: Cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008 (reissued 2010).

Perk J, De Baker G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): full text. The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J* 2012; 33:1635–701.

Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Developed with the special contribution of: European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. *Eur Heart J* 2011; 32:1769-818.

Silva PM, Silva JM, Gil VM; Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Prevenção cardiovascular: recomendações para a abordagem do risco vascular associado às dislipidemias. Recomendações da Sociedade Portuguesa de Cardiologia em colaboração com a Sociedade Portuguesa de Aterosclerose e o apoio da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. *Rev Port Cardiol* 2002;21:1201-9.

Sociedade Portuguesa de Aterosclerose. Recomendações portuguesas para a prevenção primária e secundária da aterosclerose. Lisboa: SPA, 2008.

NORMA n.º 14/2011, de 14/07/2011, atualizada a 08/07/2013

Utilização e seleção de Antiagregantes Plaquetários em Doenças Cardiovasculares

2012 Writing Committee Members, Jneid H, Anderson JL, Wright RS, et al. 2012 ACCF/AHA focused update of the guideline for the management of patients with unstable angina/Non-ST-elevation myocardial infarction (updating the 2007 guideline and replacing the 2011 focused update): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation* 2012; 126:875-910.

A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). CAPRIE Steering Committee. *Lancet* 1996; 348: 1329-39.

Abraham NS, Hlatky MA, Antman EM, et al; ACCF/ACG/AHA. ACCF/ACG/AHA 2010 Expert Consensus Document on the concomitant use of proton pump inhibitors and thienopyridines: a focused update of the ACCF/ACG/AHA 2008 expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Expert Consensus Documents. *Circulation* 2010; 122: 2619-33.

Adams HP Jr, del Zoppo G, Alberts MJ, et al; American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council; American Heart Association/American Stroke Association Clinical Cardiology Council; American Heart Association/American Stroke Association Cardiovascular Radiology and Intervention Council; Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Working Group; Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Group. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. *Circulation* 2007 22;115:e478-534.

Alonso-Coello P, Bellmunt S, McGorrian C, et al. Antithrombotic Therapy in Peripheral Artery Disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2012; 141(2 Suppl): e669S-90S.

Baigent C, Blackwell L, Collins R, et al. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. Lancet 2009; 373:1849-60.

Beigel R, Hod H, Fefer P, et al. Relation of aspirin failure to clinical outcome and to platelet response to aspirin in patients with acute myocardial infarction. Am J Cardiol 2011; 107:339-42.

Bhatt DL, Fox KA, Hacke W, et al. Clopidogrel and aspirin versus aspirin alone for the prevention of atherothrombotic events. N Engl J Med 2006; 354:1706-17.

Boustière C, Veitch A, Vanbiervliet G, et al; European Society of Gastrointestinal Endoscopy. Endoscopy and antiplatelet agents. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy 2011; 43:445-61.

Bowry AD, Brookhart MA, Choudhry NK. Meta-analysis of the efficacy and safety of clopidogrel plus aspirin as compared to antiplatelet monotherapy for the prevention of vascular events. Am J Cardiol 2008; 101:960-6.

Chen ZM, Jiang LX, Chen YP, et al. Addition of clopidogrel to aspirin in 45,852 patients with acute myocardial infarction: randomised placebo-controlled trial. Lancet 2005;366:1607-21.

Clinical Knowledge Summaries. Stroke and transient ischaemic attack – Management - What antithrombotic treatment is recommended for someone who has had a stroke or TIA? National Health Service Evidence. Disponível em: http://www.cks.nhs.uk/stroke_and_tia/management/detailed_answers/stroke_tia_long_term_care_and_support/secondary_prevention_drug_treatments/antithrombotic_treatment.

Costa J, Ferro JM, Matias-Guiu J, et al. Triflusal for preventing serious vascular events in people at high risk. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3. Art. No.: CD004296. DOI: 10.1002/14651858.CD004296.pub2.

Diener HC, Bogousslavsky J, Brass LM, et al. Aspirin and clopidogrel compared with clopidogrel alone after recent ischaemic stroke or transient ischaemic attack in high risk patients (MATCH): randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet 2004; 364:331-7.

Diener HC, Cunha L, Forbes C, et al. European Stroke Prevention Study. 2. Dipyridamole and acetylsalicylic acid in the secondary prevention of stroke. J Neurol Sci 1996; 143:1-13.

Douketis JD, Spyropoulos AC, Spencer FA, et al; American College of Chest Physicians. Perioperative management of antithrombotic therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2012; 141(2 Suppl):e326S-50S.

European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. Cerebrovasc Dis 2008; 25: 457-507.

European Stroke Organisation; Tendera M, Aboyans V, Bartelink ML, et al. ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases: Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries: the Task Force on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Artery Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2011; 32:2851-906.

Focks JJ, Brouwer MA, van Oijen MG, et al. Concomitant use of clopidogrel and proton pump inhibitors: impact on platelet function and clinical outcome - a systematic review. Heart 2013; 99:520-7.

Furie KL, Kasner SE, Adams RJ, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2011; 42:227-76.

Grosser T, Fries S, Lawson JA, et al. Drug resistance and pseudo-resistance: an unintended consequence of enteric coating aspirin. *Circulation* 2013; 127:377-85.

Halkes PH, van Gijn J, Kappelle LJ, Koudstaal PJ, Algra A. Aspirin plus dipyridamole versus aspirin alone after cerebral ischaemia of arterial origin (ESPRIT): randomised controlled trial. *Lancet* 2006; 367:1665-73.

Hamm CW, Bassand JP, Agewall S, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2011; 32:2999-3054.

Hennekens CH, Cutlip D, Zehnder JL. Nonresponse and resistance to aspirin and clopidogrel. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2011.

Hirsh J, Bhatt DL. Comparative benefits of clopidogrel and aspirin in high-risk patient populations: lessons from the CAPRIE and CURE studies. *Arch Intern Med* 2004; 164:2106-10.

Kwok CS, Jeevanantham V, Dawn B, Loke YK. No consistent evidence of differential cardiovascular risk amongst proton-pump inhibitors when used with clopidogrel: Meta-analysis. *Int J Cardiol* 2012 Mar 29.

Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, et al. Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care (Update 2010). On behalf of the Canadian Stroke Strategy Best Practices and Standards Writing Group. 2010; Ottawa, Ontario Canada: Canadian Stroke Network. Disponível em: <http://www.strokebestpractices.ca/>.

National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE technology appraisal guidance 210 Clopidogrel and modified-release dipyridamole for the prevention of occlusive vascular events (review of technology appraisal guidance 90) National Institute for Health and Clinical Excellence. Disponível em: www.nice.org.uk/guidance/TA210.

National Stroke Foundation. Clinical Guidelines for Stroke Management 2010. Melbourne, Australia. Disponível em: http://www.strokefoundation.com.au/component?option=com_docman/task,doc_download/gid,330/Itemid,174/ [acedido a 15-01-2012].

Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) *Eur Heart J* 2012; 33: 1635-701.

Ringleb PA, Bousser MG, Ford G, et al. European Stroke Organisation. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovasc Dis* 2008; 25:457-507.

Sabatine MS, Cannon CP, Gibson CM, et al. Addition of clopidogrel to aspirin and fibrinolytic therapy for myocardial infarction with ST-segment elevation. *N Engl J Med* 2005; 352:1179-89.

Sacco RL, Diener HC, Yusuf S, et al. Aspirin and extended-release dipyridamole versus clopidogrel for recurrent stroke. *N Engl J Med* 2008; 359:1238-51.

Sanofi Pharma Bristol-Myers Squibb SNC. Plavix - resumo das características do medicamento. Disponível em: http://www.emea.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000174/WC500042189.pdf [acedido a 25-03-2012].

Schleinitz MD, Weiss JP, Owens DK. Clopidogrel versus aspirin for secondary prophylaxis of vascular events: a cost-effectiveness analysis. *Am J Med* 2004;116:797-806.

Smith SC Jr, Benjamin EJ, Bonow RO, et al. AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update: a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation endorsed by the World Heart Federation and the Preventive Cardiovascular Nurses Association. *J Am Coll Cardiol* 2011; 58:2432-46.

Steinhubl SR, Berger PB, Mann JT, 3rd, et al. Early and sustained dual oral antiplatelet therapy following percutaneous coronary intervention: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288:2411-20.

Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC), Steg PG, James SK, Atar D, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2012; 33:2569-619.

Yusuf S, Zhao F, Mehta SR, et al. Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation. *N Engl J Med* 2001; 345:494-502.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HIPERTENSIVAS

Asmar R, Zanchetti A. Guidelines for the use of self-blood pressure monitoring: a summary report of the first international consensus conference. *J Hypertens* 2000; 18: 493-508.

ESH Newsletter: update on Hypertension Management 2006;7:28.

Mayoral E, Lapetra J, Santos JM, López A, Ruiz J, Cayuela A. El efecto de bata blanca en atención primaria. Análisis en la hipertensión arterial de nuevo diagnóstico. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 485-489.

Ohkubo T, Imai Y, Tsuji I, Nagai K, Kato J, Kikuchi N et al. Home blood pressure measurement has a stronger predictive power for mortality than does screening blood pressure measurement: a population-based observation in Ohasama, Japan. *J Hypertens* 1998; 16: 971-975.

Verdecchia P. Prognostic value of ambulatory blood pressure. Current evidence and clinical implications. *Hypertension* 2000; 35: 844-851.



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa - Portugal
Tel: +351 21 843 05 00
Fax: +351 21 843 05 30
E-mail: geral@dgs.pt