

Mudando o aparelho de pressão arterial: o fim do equipamento aneroide em consultórios

Paulo Andrade Lotufo¹

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)

O “Global Burden of Diseases” mostrou que o fator de risco mais associado a mortalidade e perda de anos de vida com incapacidade no Brasil é a hipertensão arterial. Valores elevados de pressão arterial aumentam a incidência da síndrome coronariana aguda e do acidente vascular cerebral, as duas principais causas de morte; da insuficiência cardíaca, uma das duas principais causas de internação; e de insuficiência renal, uma das doenças de maior custo por indivíduo afetado em qualquer sistema.¹

Um ponto importante já abordado nesta página refere-se ao tratamento inadequado ou distante daquele recomendado por diretrizes baseadas em ensaios clínicos de qualidade. Por exemplo, o uso pouco frequente da classe de anti-hipertensivos bloqueadores de canal de cálcio na população de hipertensos, principalmente em negros, a preferência pela hidroclorotiazida, menos efetiva em relação à clortalidona e indapamida, ou então, o uso pouco frequente da espironolactona como terceira opção nos casos definidos como hipertensão resistente.²

A questão a ser abordada agora refere-se ao diagnóstico de hipertensão arterial, porque há indivíduos que foram diagnosticados, ou talvez rotulados como hipertensos de forma inadequada, ou então de hipertensos que não são identificados como tal. A primeira situação é a hipertensão da roupa branca (ou, nos tempos atuais, do jaleco branco), um exame

falso-positivo, em que são auferidos valores mais elevados no consultório médico do que os observados no cotidiano do indivíduo. A segunda situação é a hipertensão mascarada, um exame falso-negativo, onde não se identifica hipertensão na consulta médica. Como reduzir a proporção de ambos os casos?

Na situação da hipertensão do jaleco branco, há solução a ser implementada em consultórios, ambulatorios e na atenção primária à saúde. Um ponto inicial é a de considerar a pressão arterial obtida na primeira consulta como sendo “provisória”. A diretriz britânica publicada em 2011 indica que, após duas medidas em consultório de pressão arterial sistólica acima de 140 mm Hg (mas inferior a 180 mm Hg), ou então diastólica maior que 90 mm Hg (mas, inferior a 110 mm Hg), se proceda à monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) em 24 horas ou então à medida domiciliar, por no mínimo quatro dias, mas idealmente em uma semana. Essa proposição é interessante, mas implica custo relativamente elevado para realizar o MAPA e disponibilizar equipamento para uso doméstico.³

O segundo ponto é a de aceitar essa proposta, mas mudar o equipamento em uso no consultório. Abandonar o esfigmomanômetro aneroide de medida auscultatória e introduzir o esfigmomanômetro automático oscilométrico. A diretriz canadense publicada em 2015 apresenta um novo algoritmo para o diagnóstico que parte exatamente da mudança de equipamento de aferição de pressão arterial.⁴

¹Professor titular de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Presidente da Câmara de Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Diretor Científico da Associação Paulista de Medicina 2014-17. Editor das revistas São Paulo Medical Journal e Diagnóstico & Tratamento.

Endereço para correspondência:

Paulo Andrade Lotufo

Centro de Pesquisa Clínica e Epidemiológica, Hospital Universitário, Universidade de São Paulo

Av. Prof. Lineu Prestes, 2.565

Butantã — São Paulo (SP) — Brasil

Tel. (+55 11) 3091-9300

E-mail: palotufo@hu.usp.br

Fonte de fomento: nenhuma declarada — Conflitos de interesse: Nenhum declarado

A base empírica dessa proposta vem de vários estudos, um deles publicado por Myers e colegas no Canadá.⁵ Eles compararam a medida ao acordar do MAPA tanto com a mensuração em consultório por dispositivo oscilométrico automático como também aquela medida efetuada anteriormente, por médico utilizando o método auscultatório clássico. Houve diferenças importantes. Primeiro, o valor médio das pressões sistólicas pelo MAPA e pelo aparelho automático no consultório foram semelhantes, mas ambas foram significativamente menores do que as medidas pelo método auscultatório em consultório. Segundo, em decorrência desse fato, a prevalência de hipertensão do jaleco branco (utilizando o MAPA como exame referência) pelo método oscilométrico automático foi de 16% e aquela decorrente do método auscultatório foi de 55%. Esse fenômeno se repetiu em estudos epidemiológicos onde há rigor e padronização maiores de todas as medidas. No Brasil, a validação da medida automática no estudo ELSA-Brasil mostrou uma prevalência muito baixa de hipertensão do jaleco branco (4%)

comparada⁶ à de outro estudo realizado em ambulatorios na Espanha, utilizando o método auscultatório (20%).⁷

O uso de aparelhos oscilométricos automáticos para medida de pressão arterial deve ser estimulado porque produz maior qualidade do diagnóstico conforme as evidências apresentadas e corroboradas, agora, pela diretriz canadense. O contraponto a ser apresentado seria o custo do aparelho automático comparado ao tradicional esfigmomanômetro para medida auscultatória. No entanto, pesquisa realizada na internet (setembro de 2016) mostrou que, apesar da variação grande de preços de ambos os tipos de aparelhos, o preço do automático é em média o dobro do tradicional. Porém, a qualidade da medida supera a diferença de custo, que poderá ser absorvida facilmente.

Uma medida mais acurada de pressão arterial permitirá diagnósticos mais precisos. Se associada às políticas de redução de pressão arterial na população e na melhora no uso de classes farmacológicas com efetividade comprovada, apresentará avanço importante na contenção dos efeitos da hipertensão no perfil epidemiológico brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. GBD 2013 Risk Factors Collaborators, Forouzanfar MH, Alexander L, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386(10010):2287-323.
2. Lotufo PA. Melhorando o controle da hipertensão arterial. Dados iniciais do estudo longitudinal de saúde do Adulto (ELSA-Brasil) [Improving the control of hypertension. Initial data from the study of adult health longitudinal (ELSA - Brazil)]. *Diagn Tratamento*. 2015;20(3):85-7.
3. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults. NICE guideline draft (February 2011). Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg127/documents/hypertension-update-draft-nice-guideline2>. Acessado em 2016 (4 out).
4. Cloutier L, Daskalopoulou SS, Padwal RS, et al. A New Algorithm for the Diagnosis of Hypertension in Canada. *Can J Cardiol*. 2015;31(5):620-30.
5. Myers MG, Valdivieso M, Kiss A. Use of automated office blood pressure measurement to reduce the white coat response. *J Hypertens*. 2009;27(2):280-6.
6. Nascimento LR, Molina MC, Faria CP, Cunha RS, Mill JG. Reprodutibilidade da pressão arterial medida no ELSA-Brasil com a monitorização pressórica de 24h [Reproducibility of arterial pressure measured in the ELSA-Brasil with 24-hour pressure monitoring]. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(suppl 2):113-21.
7. Sierra C, de la Sierra A, Sobrino J, et al. Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): características clínicas de 31.530 pacientes [Ambulatory blood pressure monitoring (CABPM): clinical characteristics of 31,530 patients]. *Medicina Clínica*. 2007;129(1):1-5. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775307727367>. Acessado em 2016 (4 out).