

Artigo

## Guia para tratamento farmacológico da hipertensão em adultos da Organização Mundial de Saúde - 2021

Luiz Aparecido Bortolotto<sup>1,#</sup>

<sup>1</sup>Instituto do Coração, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

**Resumo.** O guia de tratamento farmacológico de hipertensão arterial da Organização Mundial de Saúde lançado em 2021 trouxe atualizações sobre as recomendações de tratamento anti-hipertensivo para serem aplicadas em todo o mundo, sobretudo em países com menos recursos, visando à redução do impacto global da doença. Os principais destaques do guia foram: 1) o início da terapia para valores < 140/90 mmHg para todos ou para valores de pressão arterial sistólica entre 130-139 para aqueles com doença cardiovascular presente; 2) a estratificação de risco cardiovascular com equações factíveis para todos os pacientes; 3) a escolha da terapia inicial entre as três principais classes terapêuticas (diuréticos tiazídicos, bloqueadores de canais de cálcio, inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona); 4) uso da terapia combinada mais precocemente, sobretudo em combinação fixa em único comprimido, para facilitar a adesão e persistência ao tratamento; 5) meta pressórica < 140/90 mmHg para todos hipertensos e pressão sistólica < 130 mmHg para os pacientes com doença cardiovascular; 6) intervalo de consultas mensais até atingir a meta e, de 3 a 6 meses quando a pressão estiver controlada; 7) papel da equipe multiprofissional no manejo farmacológico do paciente hipertenso.

**Palavras-chave:** hipertensão arterial, tratamento farmacológico, combinação fixa, risco cardiovascular, equipe multiprofissional.

*Recebido: 3 de Março de 2022; Aceito: 20 de Abril de 2022.*

## Guide for pharmacological treatment of hypertension in adults from the World Health Organization - 2021

**Abstract.** The pharmacological hypertension treatment guide of World Health Organization released in 2021 has brought updates on antihypertensive treatment recommendations to be applied worldwide, especially in low-income countries, to reduce the impact of the disease worldwide. The main highlights of the guide were: 1) the initiation of therapy for values < 140/90 mmHg for all or for systolic blood pressure values between 130-139 mmHg for those with cardiovascular disease; 2) cardiovascular risk stratification for all patients with feasible equations; 3) the choice of initial therapy among the three main therapeutic classes (thiazide diuretics, calcium channel blockers, renin-angiotensin-aldosterone system inhibitors); 4) use of combination therapy earlier, especially in a single-pill fixed combination, to facilitate adherence and persistence of the treatment; 5) blood pressure < 140/90 mmHg for all hypertensive patients and systolic blood pressure < 130 mmHg for patients with cardiovascular disease; 6) monthly interval between consultations until reaching the goal, and from 3 to 6 months when controlled blood pressure; 7) role of the multidisciplinary team in the pharmacological management of the patient.

**Keywords:** arterial hypertension, pharmacological treatment, fixed combination, cardiovascular risk, multiprofessional team.

<sup>#</sup>Autor de correspondência. E-mail: [hipbortolotto@gmail.com](mailto:hipbortolotto@gmail.com).

## 1. Introdução

No segundo semestre de 2021, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o Guia para o Tratamento Farmacológico da Hipertensão em Adultos<sup>1</sup> para fornecer um guia de saúde pública global baseado nas mais recentes e relevantes evidências para o início do tratamento medicamentoso para a hipertensão arterial (HA) em adultos que foram apropriadamente diagnosticados com HA. O tratamento farmacológico é recomendado, além das modificações de estilo de vida aconselhadas, para todo paciente hipertenso, e visa à diminuição das complicações cardiovasculares e renais associadas à HA. O guia farmacológico da OMS não enfoca as diversas formas de medida de pressão arterial (PA) ou o diagnóstico de HA, concentrando-se na farmacoterapia em indivíduos com o diagnóstico confirmado, como já normalmente recomendado pelas diferentes diretrizes internacionais.

Para elaborar esse documento, a OMS contou com médicos especialistas em hipertensão, nefrologistas, cardiologistas, farmacêuticos, enfermeiros, pesquisadores, acadêmicos, gestores de saúde, representantes de grupos de pacientes, técnicos e representantes do ministério da saúde de países com poucos recursos, garantindo que as recomendações estivessem alinhadas com as necessidades globais atuais.

A metodologia utilizada incluiu primeiramente estabelecer as questões do método conhecido por PICO (*population, intervention, comparison, outcome*), voltadas aos principais objetivos do guia. Foi desenvolvida uma lista de desfechos terapêuticos mais relevantes para o cuidado de indivíduos com HA, e estabelecida uma graduação para a importância desses desfechos. Extensa revisão de evidências, incluindo as plataformas PubMed, Embase, The Cochrane Library e Epistemonikos foi realizada. A partir disso, para definir as recomendações, utilizou-se a abordagem GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) para a relevância das evidências.

## 2. Objetivos do Guia da OMS

Os objetivos do guia foram:

- 1) Estabelecer valor de PA basal para o início do tratamento anti-hipertensivo.
- 2) Determinar:
  - exames laboratoriais ou estratificação de risco cardiovascular (CV) necessários antes de iniciar o tratamento;
  - os fármacos indicados para iniciar o tratamento;
  - quando iniciar tratamento com monoterapia, terapia dupla ou combinações em pílula única.
- 3) Estabelecer alvos para o controle da PA em HA e quais intervalos para seguimento dos pacientes hipertensos.
- 4) Determinar quais profissionais de saúde não médicos podem participar do manejo da HA.

## 3. Recomendações principais do Guia da OMS

As principais recomendações estão apresentadas na Tabela 1 e discutiremos brevemente como elas poderiam ser aplicadas ou adaptadas à nossa realidade. O termo “recomendação” é baseado em evidências relevantes enquanto o termo “sugestão” é aconselhável, mas sem evidências robustas.

Tabela 1 - Principais recomendações do guia do tratamento farmacológico para HA em adultos da OMS – 2021.

---

**Recomendação:** início do tratamento farmacológico anti-hipertensivo para indivíduos com diagnóstico confirmado de hipertensão e PAS  $\geq$  140 mmHg/ou PAD  $\geq$  90 mmHg e indivíduos com DCV e PAS entre 130-139 mmHg.

**Sugestão:** tratamento farmacológico anti-hipertensivo para indivíduos sem DCV

**Sugestão:** obter testes de rastreio para comorbidades e hipertensão secundária quando iniciar tratamento anti-hipertensivo

**Sugestão:** estratificação do risco de DCV no início do tratamento farmacológico da hipertensão ou após

**Recomendação:** para adultos com indicação de tratamento farmacológico

**Sugestão:** terapia combinada

**Recomendação:** meta de pressão arterial  $<$  140/90 mmHg em todos os pacientes com hipertensão sem comorbidades e PAS  $<$  130 mmHg em pacientes com hipertensão e DCV conhecida.

**Sugestão:** meta de pressão arterial  $<$  130 mmHg em pacientes com hipertensão sem DCV e com alto risco CV

**Sugestão:** seguimento mensal até paciente atingir a meta de PA e a cada 3-6 meses em pacientes com PA controlada.

**Sugestão:** o tratamento farmacológico pode ser feito por profissionais não médicos

---

### 3.1. Recomendações para início da terapia farmacológica anti-hipertensiva

As principais recomendações do guia da OMS para o início da terapia anti-hipertensiva são similares às das últimas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (DBHA) em 2020<sup>2</sup>, e podem ser aplicadas na rotina do atendimento do paciente hipertenso, desde a atenção primária, evitando-se atraso no início da terapia. Para os valores de PAS entre 130-139, é importante enfatizar a evidência da presença da doença CV (DCV) e da estratificação do risco CV para nortear o tratamento. Salientamos a importância de uma história clínica e exame físico bem executados para estratificação do risco CV, antes mesmo de exames complementares, que podem ser solicitados para confirmar e melhor estratificar o paciente. Essa recomendação ainda precisa ser mais difundida para que se consiga melhor benefício nessa população. O início da terapia deve ser feito até 4 semanas do diagnóstico de HA, mas se a PAS for  $\geq 160$  mmHg ou PAD  $\geq 100$  mmHg, ou evidência de lesão de órgãos-alvo, o tratamento deve ser iniciado de imediato.

### 3.2. Testes laboratoriais antes e durante o tratamento anti-hipertensivo

Os testes sugeridos ao iniciar o tratamento farmacológico da HA, desde que não atrasem o seu início, incluem eletrólitos séricos, creatinina, perfil lipídico, hemoglobina glicada ou glicemia de jejum, sedimento urinário e eletrocardiograma. O guia orienta que em regiões com poucos recursos ou não servidas de assistência laboratorial, onde há dificuldades para os testes, o tratamento não deve ser retardado, e os exames podem ser feitos na sequência.

Pode-se levar em conta também que medicamentos como os bloqueadores de canais de cálcio (BCC) podem ser mais adequados para iniciar o tratamento sem necessidade de exames, se comparados aos diuréticos ou inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), onde a necessidade dos testes é mais exigida.

A atenção primária dispõe desses exames básicos, que devem sempre ser solicitados, embora em alguns locais possa haver demora na sua realização. O importante é registrar os resultados e valorizar as alterações encontradas, que podem auxiliar na escolha da medicação, na obtenção das metas e no acompanhamento clínico.

### 3.3. Estratificação do risco cardiovascular como um guia para iniciar o tratamento anti-hipertensivo

A estratificação é uma sugestão importante a ser seguida, devendo ser lembrado que a maioria dos pacientes com PA  $\geq 40/90$  mmHg são de alto risco CV e não precisam dessa estratificação para iniciar o tratamento, mas para a obtenção das metas. A estratificação tem mais relevância para indicação da terapêutica nos pacientes com níveis de PAS entre 130-139 mmHg. Um ponto crucial é que todos os fatores de risco presentes devem ser controlados, além da PA, para obter uma redução global dos eventos CV. Deve-se ficar atento aos diversos sistemas de estratificação de risco disponíveis, e na ausência de uma equação adequada para a população local, utilizar a estratificação mais factível de ser utilizada com maior praticidade. As DBHA 2020<sup>2</sup> recomendam estratificação de risco que acompanha as diretrizes de prevenção cardiovascular, mas a que se torna mais prática é a que leva em conta os níveis de PA e a presença de comorbidades, lesões de órgãos-alvo ou presença de DCV ou renal associada. Cada vez mais tem sido incentivada a estratificação de risco para que o controle dos fatores seja mais adequado com benefício global do paciente. Como a estratificação pode inicialmente ser feita pela história clínica e exame físico, antes mesmo dos exames complementares, ressalta-se a importância da consulta médica e multiprofissional nesse cenário.

### 3.4. Classes farmacológicas a serem usadas como primeira escolha terapêutica

As indicações do uso de qualquer das três classes - diuréticos tiazídicos ou tiazídico-like, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores da angiotensina I (BRA) - ou BCC como tratamento inicial, preferencialmente as que tenham mais longa ação, estão de acordo com as principais indicações de diretrizes recentes<sup>2-5</sup>. Algumas indicações específicas incluem diuréticos ou BCC para idosos acima de 65 anos ou afrodescendentes, betabloqueadores em doença cardíaca isquêmica, inibidores do SRAA em pacientes com diabetes, proteinúria, insuficiência cardíaca ou doença renal crônica (DRC). Essas recomendações podem ser aplicadas em nosso país tanto na atenção primária quanto em outros níveis de assistência, visto a disponibilidade dos fármacos recomendados. A única recomendação mais difícil de aplicar no Brasil refere-se à preferência pelos BCC em afrodescendentes, visto a miscigenação de nossa população, e por isso não recomendada na DBHA 2020<sup>2</sup>.

### 3.5. Terapia combinada

Esta é a recomendação do guia da OMS que mais merece discussão, pela ênfase dada ao uso precoce da terapia combinada para o tratamento anti-hipertensivo.

O racional para recomendar o tratamento com combinação, particularmente em combinação fixa de única pílula, foi baseado em algumas condições: a) a maioria dos pacientes com HA necessita de dois ou mais anti-hipertensivos para atingir o controle da PA; b) a combinação de duas classes complementares proporciona maior eficácia na redução da PA; c) doses mais baixas de cada fármaco são necessárias, resultando em diminuição de efeitos colaterais tanto pelas doses menores quanto pela possibilidade de uma classe mitigar o efeito colateral da outra; d) aumento na adesão e persistência no tratamento; e) simplificação na logística de armazenamento dos fármacos por necessidade de menor quantidade de frascos.

A maioria das diretrizes internacionais mais recentes<sup>3-5</sup> e a DBHA 2020<sup>2</sup> mencionam a importância da associação de classes agonistas para o início de terapia anti-hipertensiva, sobretudo em pacientes de risco mais alto ou mesmo naqueles com menor risco como uma opção de atingir-se mais rapidamente o controle, visando à melhor proteção.

A recomendação da pílula única não pode ser atualmente aplicada na atenção primária, visto não estar disponível na rede pública nenhuma forma de associação combinada em um único comprimido. Já existe, no entanto, um movimento dentro das entidades governamentais para tentar validar algumas das combinações disponíveis no mercado brasileiro que sejam custo-efetivas para o uso mais amplo na população. Outra dificuldade é a disponibilidade das doses para a combinação fixa, o que, às vezes, pode dificultar a titulação. Mesmo na ausência de pílula única, a associação de duas classes agonistas deve ser utilizada sempre que indicada.

### 3.6. Meta de pressão arterial

Assim como a maioria das diretrizes<sup>2-5</sup>, há recomendação baseada em forte evidência de meta < 140/90 mmHg para todos os hipertensos sem comorbidades e PAS < 130 mmHg em pacientes hipertensos com doença CV. Em pacientes com alto risco CV, diabetes ou DRC, a recomendação da OMS é mais comedida que as demais diretrizes, sugerindo e não recomendando com ênfase uma meta de PAS < 130 mmHg, visto o grau de evidência ter sido considerado menor.

### 3.7. Frequência de intervalo entre consultas

Uma interessante recomendação com impacto prático desse guia é o tempo de intervalo entre as consultas, de um mês até atingirem-se as metas ou de 3-6 meses se a PA estiver controlada. Essa recomendação é muito útil para os gestores de saúde organizarem as agendas e estabelecerem uma meta, visto que é bem reconhecida a dificuldade encontrada para esses agendamentos devida à sobrecarga do sistema. Ao mesmo tempo, quanto mais rápido se atingir a meta de PA, dentro das condições clínicas, mais espaçados podem ser os intervalos. Além disso, outras alternativas podem ser consideradas, tais como a teleconsulta, sobretudo se o paciente tem a disponibilidade de aferir a PA com aparelhos validados e calibrados em sua residência, o que diminuiria a necessidade desses agendamentos mensais presenciais.

### 3.8. Abordagem terapêutica com profissionais não médicos

Este tópico de extrema importância sugere a participação de multiprofissionais no manejo farmacológico do paciente com HA, desde que adequadamente treinados e autorizados a fazê-lo sob supervisão médica. Cada vez mais tem sido reconhecido que o tratamento da HA envolve o trabalho de equipe multiprofissional, com benefícios comprovados no controle da PA e na qualidade de vida do paciente. Este tópico também é destacado nas DBHA 2020<sup>2</sup>, que dedicam um capítulo à equipe multiprofissional, abrangendo várias áreas da saúde como parte fundamental do tratamento do paciente hipertenso, tanto no que diz respeito ao tratamento não farmacológico, como também como suporte no tratamento farmacológico. Infelizmente, nem todas as Unidades Básicas de Saúde têm os integrantes de equipe multiprofissional para esse apoio, mas o Programa de Saúde da Família, nos lugares com acesso a tal, são um bom exemplo dessa integração entre as equipes. A OMS também destaca o papel dos agentes de saúde, que podem auxiliar na educação do paciente, fornecimento de medicações, aferições de PA e monitoramento.

### 3.9. Outros tópicos relevantes

Um tópico interessante e mais do que atual é abordado pelo guia da OMS referente ao impacto de desastres naturais, pandemias e emergências humanitárias no controle da HA. A pandemia da Covid-19 está tendo um grande impacto no tratamento dos pacientes hipertensos por diferentes motivos, e há evidências de que esses efeitos podem começar a aparecer, tais como aumento da incidência de eventos cardiovasculares e renais, com reflexo direto na área da saúde. Mais recente ainda, a eclosão da guerra entre Rússia e Ucrânia pode trazer também muitos reflexos tardios da falta de tratamento adequado de doenças crônicas como a hipertensão, além dos já conhecidos efeitos dos próprios combates sobre a população. Também as recentes enchentes e tragédias por chuva em vários pontos do Brasil podem impactar esses cuidados. Os pontos críticos, consequências dessas catástrofes que podem impactar o tratamento da HA, incluem, dentre outros: perda ou destruição dos estabelecimentos de saúde, restrição aos medicamentos, falta ou ausência de suprimentos ou equipamentos de saúde ou prejuízo no acesso primário e secundário<sup>1</sup>.

## 4. Conclusão

Em conclusão, o guia farmacológico para o tratamento da hipertensão da OMS está em consonância com as diretrizes mais recentes de HA<sup>2-4</sup>, exceto as americanas<sup>5</sup>, e tem uma preocupação maior em fornecer informações em recomendações para todos os países do mundo, sobretudo aqueles com poucos recursos, com o objetivo maior de controlar melhor a PA e reduzir o número de mortes por doença cardiovascular globalmente.

## Referências

1. OMS. Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial-2020. Arq. Bras Cardiol. 2021;116(3):516-658.
3. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018;39:3021-104.
4. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al., 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 2020 Jun;75(6):1334-57.
5. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al., 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension. 2018;71(6):e13-e111.



*Hipertensão*. Sociedade Brasileira de Hipertensão- ISSN: 1809-4260 – under a license Creative Commons - Version 4.0