



# **Papel da consulta aberta no controlo da hipertensão arterial**

**João Pedro Salgado Leite Rodrigues**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Miguel Castelo-Branco  
Coorientador: Prof. Doutor Manuel de Carvalho Rodrigues

**Junho de 2021**

## **Dedicatória**

**Dedico este trabalho aos meus pais, Rosa e Paulo, aos meus irmãos, Alexandra e Rafael, e à minha avó Lurdes.**

## **Agradecimentos**

Agradeço aos meus pais, sem eles não seria, de todo, possível.

Agradeço ao meu orientador Prof. Doutor Miguel Castelo-Branco por todo o apoio e conhecimentos que me proporcionou ao longo do curso, assim como, pela visão crítica e oportuna que empenhou na orientação da realização desta dissertação.

Agradeço ao meu coorientador Prof. Doutor Manuel de Carvalho Rodrigues pelos conhecimentos adquiridos no âmbito da medicina cardiovascular, que em muito contribuíram para o interesse no tema e realização desta dissertação.

Ao Dr. Ernesto Rocha pelos valores que me transmitiu enquanto docente, tornando-se numa referência para a vida.

Aos amigos por toda a força e motivação, e em especial, um obrigado aos que me apoiaram mais de perto na realização do trabalho, por toda a atenção, dedicação, paciência e compreensão.

A todos os funcionários da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, docentes e não-docentes, pela contribuição que tiveram nesta minha formação.

## Resumo

**Introdução-** A hipertensão arterial é uma patologia crónica muito frequente, e mesmo sob tratamento, pode apresentar episódios de descontrolo que podem evoluir para descompensação de órgão alvo de gravidade variável. A gestão destas crises hipertensivas no sistema de saúde português encaminha os doentes para os serviços de urgência sendo a abordagem muito heterogênea e o acompanhamento subsequente pouco efetivo. A heterogeneidade desta abordagem nos serviços de urgência, e o insuficiente acompanhamento destes doentes, põe em causa a sua saúde, não prevenindo de maneira eficaz a recorrência destas crises, representando um risco acrescido de eventos cardiovasculares adversos, e uma gestão de baixa eficiência na dicotomia custo-efetividade da alocação de recursos em saúde.

**Objetivos** – Esta dissertação analisa a abordagem e gestão da hipertensão arterial e da crise hipertensiva no âmbito dos serviços de urgência, como uma problemática decorrente do descontrolo da hipertensão arterial, esclarecendo e perspetivando com base nas evidências, o papel da implementação de um regime de consulta aberta especializada de HTA poderá desempenhar, na abordagem e tratamento destes utentes, para obtenção de maiores ganhos em saúde e melhor eficiência na gestão de recursos.

**Materiais e Métodos** – A presente dissertação constitui uma revisão de literatura, e para sua elaboração, foi realizada uma pesquisa da literatura científica na base de dados Pubmed, de artigos que contivessem os termos "arterial hypertension", "hypertensive crisis" e "walk-in appointment", primeiro isoladamente, e depois miscigenando os termos. Procedeu-se também à pesquisa por sinónimos do termo "walk-in appointment", tais como, "open access" e "same-day access". Para artigos referentes a estudos de ensaios clínicos e estudos de caso controlo, a pesquisa foi limitada a resultados publicados nos últimos 20 anos, elaborados em Inglês, referentes exclusivamente a Humanos. No caso de artigos contendo revisões, revisões sistemáticas e meta-análises de literatura, a pesquisa limitou-se a resultados publicados nos últimos 5 anos, em Inglês. Foram também incluídos dados estatísticos de relatórios de instituições governamentais. A seleção dos artigos atendeu à relevância e pertinência perante o tema, à análise do seu resumo, métodos, desenvolvimento e conclusões. Foram incluídos segundo estes critérios um total de 60 artigos.

**Desenvolvimento** – O desenvolvimento desta revisão bibliográfica foi dividido em quatro capítulos, sendo que o primeiro capítulo – O controlo da HTA – aborda a problemática do mau controlo da HTA em Portugal, sob o prisma da saúde pública, referindo estatísticas e características populacionais que lhe estão associadas. O segundo capítulo – A Crise Hipertensiva – pretende avaliar o estado da arte da crise hipertensiva, evidenciando as dificuldades subjacentes à homogeneização de uma abordagem diagnóstica e terapêutica, assim como, sublinhar a questão da sobremedicação e erros terapêuticos comuns, que põe em causa a segurança dos doentes. O terceiro capítulo – A abordagem da HTA em contexto de SU – desenvolve-se em torno da abordagem ao utente com HTA no âmbito dos serviços de urgência, salientando a menor vocação destes serviços para diagnosticar, aconselhar, tratar e acompanhar esta patologia. No quarto capítulo – A Consulta Aberta – pretendeu-se caracterizar o conceito deste regime de consulta, expondo o seu contributo para os sistemas de saúde, prevendo as vantagens em relação ao SU, na gestão dos utentes com HTA e crise hipertensiva. O capítulo da discussão, equaciona a partir das dificuldades aferidas na revisão da bibliografia, o papel da consulta aberta especializada em HTA, na gestão da doença e na superação das barreiras e dificuldades que esta impõe na sua gestão no SNS.

## **Palavras-chave**

Hipertensão Arterial; Crise Hipertensiva; Consulta Aberta

## Abstract

**Background** – Arterial hypertension is a very common chronic pathology which may lead, even under treatment, to episodes of lack of control that can evolve to decompensation of a target organ of varying severity. Portuguese Health System manages this hypertensive crisis sending patients to the emergency services, being the approach very heterogeneous and the follow-up ineffective. The heterogeneity of this approach in the emergency services, and the insufficient follow-up of these patients, don't effectively prevent the recurrence of these crises, representing an increased risk of adverse cardiovascular events, and low efficiency management in cost-effectiveness dichotomy in the allocation of health resources.

**Objective** – This dissertation analyzes the approach and management of arterial hypertension and hypertensive crisis in the context of emergency services, as a problem arising from the lack of control of arterial hypertension, clarifying the role that an open consultation regime specialized in arterial hypertension will be able to perform, in the approach and treatment of these users, in order to obtain greater gains in health and a better efficiency in the management of resources.

**Materials and Methods** – The present dissertation constitutes a literature review, and for its elaboration, a search of the scientific literature was carried out in the Pubmed database, of articles that contained the terms "arterial hypertension", "hypertensive crisis" and "walk-in appointment", first in isolation, and then mixing the terms. It has been searched for synonyms of the term "walk-in appointment", such as "open access" and "same-day access". For articles referring to clinical trial studies and case control studies, the research was limited to results published in the last 20 years, prepared in English, referring exclusively to Humans. In the case of articles containing reviews, systematic reviews and meta-analyses of literature, the search was limited to results published in the last 5 years, in English. Statistical data from government institutions' reports were also included. The selection of articles took into account the relevance and pertinence to the theme, the analysis of its abstract, methods, development and conclusions. According to these criteria, a total of 60 articles were included.

**Discussion** – The development of this bibliographic review was divided into four chapters, the first of which - "the control of hypertension" - addresses the problem of poor control of hypertension in Portugal, from the perspective of public health, referring to statistics and associated population characteristics to the lack of hypertension control. The second chapter - "The Hypertensive Crisis" - aims to assess the state of the art of the hypertensive crisis, highlighting the difficulties underlying the homogenization of a diagnostic and therapeutic approach, as well as to underline the issue of over-medication and common therapeutic errors, which calls into question safety of the sick. The third chapter - "The approach to arterial hypertension in the context of emergency room (ER)" - develops around the approach to the patient with arterial hypertension in the context of emergency services, highlighting the lower vocation of these services to diagnose, advise, treat and monitor this pathology. In the fourth chapter - "The Open Consultation" - it was intended to characterize the concept of this consultation regime, exposing its contribution to the health systems, foreseeing the advantages in relation to the ER, in the management of users with hypertension and hypertensive crisis. The "Discussion" chapter intends to address, based on the difficulties assessed in the literature review, the role of open consultation specialized in arterial hypertension, in the management of the disease and in overcoming the barriers and difficulties that it imposes in its management in the national health system (NHS).

## **Keywords**

Arterial Hypertension; Hypertensive Crisis; Walk-in appointment

# Índice

<b>Lista de Figuras</b>	ix
<b>Lista de Tabelas</b>	x
<b>Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas</b>	xi
<b>Capítulo 1 - Introdução</b>	
1.1 Enquadramento do tema	1
1.2 Objetivos	2
<b>Capítulo 2 - O controlo da HTA</b>	
2.1 Estatísticas do controlo da HTA em Portugal	3
2.2 Estatísticas do controlo da HTA no âmbito dos CSP	5
2.3 Características populacionais associadas ao não controlo da HTA	6
<b>Capítulo 3 - A Crise Hipertensiva</b>	
3.1 O conceito e epidemiologia da CH	8
3.2 As dificuldades subjacentes à abordagem diagnóstica da CH	10
3.3 O encaminhamento dos utentes com CH para o SU	13
3.4 A heterogeneidade da abordagem terapêutica da CH	15
3.5 Erros comuns na aplicação de medidas terapêuticas na CH	18
3.6 A necessidade de assegurar a continuidade de cuidados pós-CH	19
<b>Capítulo 4 - A abordagem da HTA em contexto de SU</b>	
4.1 Associação entre HTA não-controlada e CH	22
4.2 A gestão da TA elevada em SU	22
4.3 Barreiras ao diagnóstico de HTA em SU	25
4.4 Insuficiência da prescrição terapêutica para HTA em SU	27
4.5 As falhas do SU no acompanhamento de utentes com TA elevada	28
<b>Capítulo 5 - A consulta aberta</b>	
5.1 Conceito e características da consulta aberta	30
5.2 A adaptação dos sistemas de saúde ao contexto socioeconómico	31
5.3 Impactos da implementação de um sistema de consulta aberta	34
<b>Capítulo 6 - Discussão</b>	37
<b>Capítulo 7 - Conclusão</b>	42
<b>Referências Bibliográficas</b>	44

## Lista de Figuras

Figura 1 - Evolução dos indicadores demográficos da hipertensão arterial	3
Figura 2 - Proporção de hipertensos inscritos, vigiados e acompanhados nos CSP em 2019	5
Figura 3 - Frequência das diferentes apresentações da emergência hipertensiva	10
Figura 4 - Frequência de utilização dos diferentes MCDT na Crise Hipertensiva	13
Figura 5 – Diferenças no tipo de encaminhamento dos utentes que se dirigem ao SU com crise hipertensiva	15
Figura 6 - Número de visitas ao SU por 100 habitantes	32
Figura 7 - Monitorização Diária dos Serviços de Urgência – ARS. Dados correspondentes ao período entre 01/11/2016 até 31/12/2020	33

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 – Classificação da Hipertensão Arterial	1
Tabela 2 – Definição de emergência e urgência hipertensiva	8
Tabela 3 – Principais LOA representantes de emergência hipertensiva	8
Tabela 4 – Exames complementares de diagnóstico na suspeita de LOA	11
Tabela 5 – Recomendações terapêuticas da emergência hipertensiva	16
Tabela 6 – Recomendações da ACEP para gestão da TA elevada em SU	23
Tabela 7 – Barreiras identificadas ao diagnóstico e tratamento da HTA em SU	25

## **Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas**

AAFP	American Academy of Family Physicians
ACC	American College of Cardiology
ACEP	American College of Emergency Physicians
AHA	American Heart Association
AINES	Anti-Inflamatórios Não Esteroides
AMPA	Auto-Medição da Pressão Arterial
CH	Crise Hipertensiva
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CV	Cardiovascular
DGS	Direção Geral de Saúde
ECG	Eletrocardiograma
EH	Emergência Hipertensiva
ESC	European Society of Cardiology
ESH	European Society of Hypertension
EUA	Estados Unidos da América
HTA	Hipertensão Arterial
IMC	Índice de Massa Corporal
LDH	Lactato Desidrogenase
LOA	Lesão em Órgão Alvo
MAPA	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PAS	Pressão Arterial Sistólica
RM	Ressonância Magnética
SCORE	Systematic Coronary Risk Evaluation
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SU	Serviço de Urgência
TA	Tensão Arterial
TC	Tomografia Computadorizada
TFGe	Taxa de Filtração Glomerular estimada
UH	Urgência Hipertensiva
USF	Unidade de Saúde Familiar

# Capítulo 1 – Introdução

## 1.1. Enquadramento do tema

A hipertensão arterial (HTA) caracteriza-se pela elevação sustentada da tensão arterial (TA) a partir de um patamar em que, os benefícios documentados do controlo farmacológico desta elevação da TA se sobrepõe aos riscos do tratamento. Esta caracterização tem por base, estudos que comprovam que os benefícios da terapêutica farmacológica da TA são inequivocamente superiores aos riscos do tratamento quando os valores de TA se mantêm superiores a 140/90 mmHg, pelo que, estes valores definem o ponto a partir do qual se considera o diagnóstico da HTA. <sup>(1)</sup> O benefício de intervir farmacologicamente a partir destes valores de TA, deriva das evidências do risco acrescido que a elevação crónica a partir deste nível de TA acarreta para desenvolvimento de lesões em diversos órgãos e sistemas vasculares. <sup>(1)</sup> Assim, a HTA constitui-se como o principal fator de risco prevenível para o desenvolvimento de diversas patologias de etiologia cérebro-cardiovascular (CV), entre as quais, o acidente vascular cerebral e o enfarte agudo do miocárdio, que se constituem como a principal causa de morbimortalidade em Portugal. <sup>(1,2)</sup> A HTA classifica-se em vários graus, conforme a TA apresentada pelo paciente, desde o grau 1 até ao grau 3 (representados na tabela 1). <sup>(1)</sup>

**Tabela 1** - Classificação da Hipertensão Arterial

<b>Categoria</b>	<b>PAS (mmHg)</b>		<b>PAD (mmHg)</b>
Normal	120-129	e/ou	80-84
Pré-Hipertensão	130-139	e/ou	85-89
HTA Grau 1	140-159	e/ou	90-99
HTA Grau 2	160-179	e/ou	100-109
HTA Grau 3	≥180	e/ou	≥110
HTA Sistólica Isolada	≥140	e	<90

**Fonte:** Adaptado de: 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of Arterial Hypertension. <sup>(1)</sup>  
**PAS=** Pressão Arterial Sistólica; **PAD=** Pressão Arterial Diastólica; **HTA =** Hipertensão Arterial;

Ainda que se considere, pela razão explicada, a patologia de HTA a partir de valores de 140/90 mm Hg, existem cada vez mais evidências de que se deve intervir para valores de TA abaixo desse limiar, pelo menos não farmacologicamente, nomeadamente em pacientes com risco elevado por presença de comorbilidades (ex. diabetes ou dislipidemia), e/ou doença CV estabelecida, que apresentem valores de TA elevados na faixa pré-hipertensiva (com PAS entre 130-139 mmHg e PAD entre 85-89 mmHg). <sup>(3,4)</sup> Enquanto que as recomendações no âmbito da HTA da ESC/ESH consideram apenas a intervenção não

farmacológica para utentes que apresentem valores de TA no patamar pré-hipertensivo, a ACC/AHA considerou em 2017, na revisão das suas recomendações, a inclusão de valores de TA a partir de 130/85 mmHg, como integrantes da definição de HTA de grau 1, à luz de novos estudos que evidenciaram os benefícios do estabelecimento de uma terapia farmacológica para utentes que apresentem estes níveis de TA. <sup>(1,3,4)</sup>

Apesar dos esforços no sentido de adaptar o sistema de saúde ao melhor controlo e gestão da doença hipertensiva, nomeadamente ao nível do seu acompanhamento nos cuidados de saúde primários (CSP), o controlo da TA nos doentes com HTA é ainda insuficiente, apresentando taxas de controlo muito reduzidas, sendo uma patologia que mesmo sob terapêutica eficaz, poderá apresentar episódios de descontrolo da TA que podem resultar em situações agudas de subida abrupta da TA e de crise hipertensiva, que por sua vez, carecem de uma gestão eficaz ao nível do Serviço Nacional de Saúde (SNS). <sup>(5)</sup> A crise hipertensiva (CH) é uma situação patológica proveniente do descontrolo da HTA, caracterizando-se pela elevação dos níveis tensionais para níveis de HTA de grau 3 (superiores a 180/110 mmHg), com presença ou não de lesões em órgãos alvo (LOA) agudas, provocadas por este aumento abrupto da TA. <sup>(1)</sup> Estas situações de CH resultam no encaminhamento dos utentes para os serviços de urgência (SU), onde representam situações de abordagem diagnóstica e tratamento muito heterogéneas, com insuficiente acompanhamento subsequente. A presença de LOA agudas, caracteriza a CH em emergência hipertensiva (EH) e representam situações de risco de vida eminente. As LOA agudas mais comuns na EH são o enfarte (38%), o edema agudo do pulmão (35%) e a síndrome coronária aguda (25%). <sup>(6)</sup>

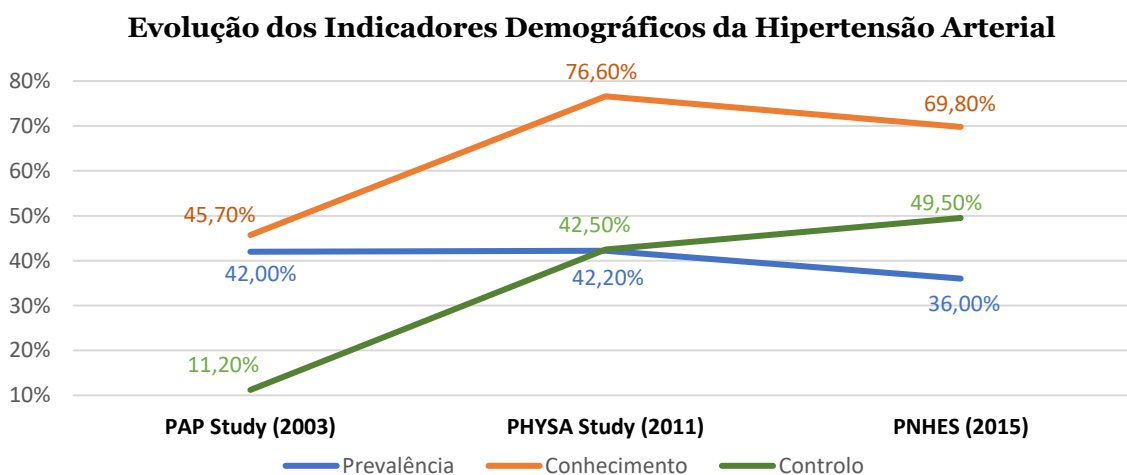
## **1.2. Objetivos**

Este trabalho debruça-se sobre a problemática da abordagem no SNS à HTA e aos seus episódios de descontrolo, averiguando as dificuldades que estão inerentes ao SU para diagnóstico, tratamento e acompanhamento destas situações. A partir da análise desses entraves, pretende-se equacionar o papel da existência de uma consulta aberta especializada em HTA na gestão dessas crises, procurando olhar para os ganhos que poderá representar o atendimento destes pacientes num regime de consulta especializado, tanto para a saúde dos utentes como para a gestão mais eficiente dos recursos do SNS.

## Capítulo 2 – O controlo da HTA

### 2.1. Estatísticas do controlo da HTA em Portugal

A HTA constitui-se como uma patologia prevalente e que carece ainda de um controlo adequado entre a população portuguesa. Trata-se de uma doença predominantemente silenciosa durante o seu curso, que requer um cuidado e uma participação ativa dos cidadãos na sua vigilância e controlo. O desconhecimento do diagnóstico entre a população com TA elevada, e o controlo ineficiente da HTA, acarretam uma probabilidade aumentada de ocorrência de eventos CV adversos que colocam os pacientes em risco de vida eminente. <sup>(1)</sup> A evolução dos indicadores demográficos relativos à HTA referentes à taxa de prevalência, conhecimento do diagnóstico e controlo da doença, ao longo de três estudos efetuados em Portugal encontra-se representada na figura 1.



**Figura 1** - Evolução dos indicadores demográficos da hipertensão arterial

**Fonte:** Dados adaptados de 3 estudos realizados em Portugal sobre a HTA <sup>(5,7,8)</sup>

**Legenda:** PNHEs = Portuguese National Health Examination Survey

Um estudo na população portuguesa em 2015, estimou a taxa de prevalência da HTA em cerca de 36%. <sup>(7)</sup> Estes números de prevalência da HTA seguiram uma tendência decrescente ao longo do tempo nos últimos estudos analisados, desde os 42% verificados num estudo em 2011 até aos referidos 36% em 2015. <sup>(5,7)</sup> Neste estudo em 2015, quando considerados apenas indivíduos de uma faixa etária elevada, entre os 65 e os 74 anos, a prevalência da HTA sobe abruptamente, situando-se em cerca de 71%. <sup>(7)</sup>

Em relação ao conhecimento da condição de hipertenso, no estudo levado a cabo em 2015, 30,2% dos participantes com medições de TA elevada (>140/90 mmHg) nunca tinham tido o seu historial de TA analisado por um clínico para efeitos de diagnóstico de HTA, desconhecendo se seriam ou não hipertensos. <sup>(7)</sup> Ainda que este resultado não possa ser considerado completamente satisfatório, o nível de conhecimento e alerta para a condição de hipertenso aumentou desde 2003, onde um estudo nesta altura verificou que cerca de 55% da população desconhecia o diagnóstico, não estando a par da sua condição de hipertenso. <sup>(7,8)</sup> Entre os indivíduos mais desconhecedores da sua condição, estão os indivíduos mais novos (25-44 anos) e os do sexo masculino, sugerindo uma menor perceção do risco e maior descuido para a saúde por parte destes. <sup>(7)</sup> Apesar da melhoria positiva desde 2003, o estado de conhecimento da doença sofreu uma regressão entre 2011 e 2015.

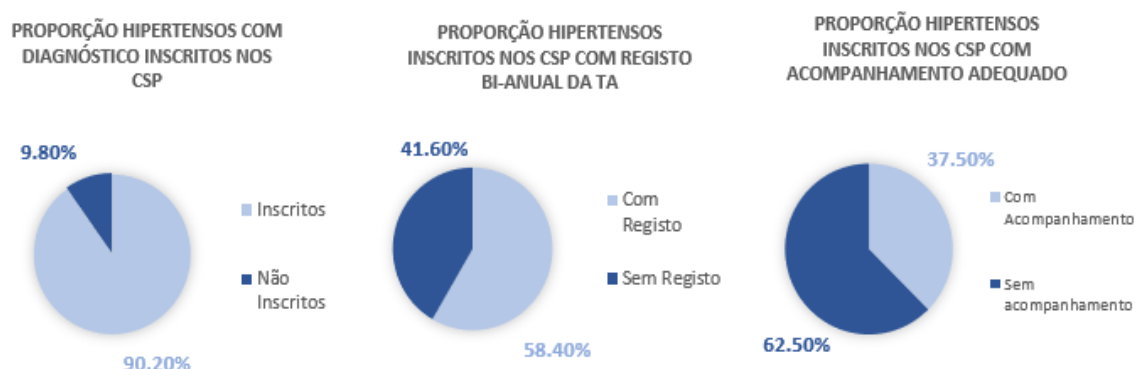
O controlo da TA entre os indivíduos diagnosticados e sob tratamento para a HTA apresentou uma melhoria ao longo do tempo nos estudos analisados, verificando-se no estudo em 2015, que 49,5% dos hipertensos apresentavam a sua HTA controlada, contrastando com os outros estudos anteriores, que indicavam um controle da TA entre os hipertensos de 42% em 2011 e de 11,2% em 2003 <sup>(5,7,8)</sup> Estes números eram inaceitavelmente baixos em 2003, e a sua melhoria poderá ser explicada pelas reformas em saúde levadas a cabo desde então nos cuidados de saúde primários (CSP), que se traduziram em ganhos para a saúde na sua generalidade e também nesta perspetiva do controlo da HTA.

É de salientar que em relação ao referido estudo de 2015, apenas participaram indivíduos voluntariamente, com uma taxa de participação de 43,9% dos que seriam considerados elegíveis, pelo que este fator poderá ser causador de viés, subestimando a prevalência da HTA e sobrestimando as taxas de conhecimento e de controlo. <sup>(7)</sup> A taxa de prevalência poderá estar subestimada uma vez que se assume que quem não participa em ensaios e estudos clínicos terá mais tendência a ser menos interessado e cuidadoso com sua saúde, levando a crer que a taxa de prevalência de HTA nos não participantes poderá ser maior, fazendo assim aumentar este valor de 36% aferido no estudo. Pelas mesmas razões do menor cuidado com a saúde, a taxa de conhecimento entre os não participantes poderá ser menor, pelo que se aponta para que o valor da taxa de conhecimento na população geral poderá ser mais baixo do que os 69,8% averiguados. Para além disto, preconiza-se que os não participantes terão menos comportamentos saudáveis essenciais entre as medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da HTA, levando a crer que a taxa de controlo poderá estar sobrestimada, devendo ser mais baixa que os 49,5% aferidos se fosse incluída a parte da população não participante. <sup>(7)</sup>

Como se constata a partir da análise destes dados, apesar da melhoria na capacidade de diagnóstico e rastreio, o controlo da HTA em Portugal possui ainda valores insuficientes, sendo que menos de metade da população hipertensa se encontra controlada.

## 2.2. Estatísticas do controlo da HTA no âmbito dos CSP

A equidade e acessibilidade universal, são um componente fundamental na prestação de cuidados de saúde no SNS, assumindo um papel central na prevenção de doença, promoção da saúde e interligação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados. A HTA é uma das patologias que mais beneficia do processo assistencial contínuo proporcionado pelos CSP, tendo estes sido ao longo dos últimos anos, fundamentais para melhorias dos determinantes e indicadores já analisados anteriormente. Os indicadores em relação ao ano de 2019 nos CSP, da percentagem de utentes hipertensos inscritos, com registo bianual de TA e acompanhamento adequado estão representados na figura 2.



**Figura 2** - Proporção de hipertensos inscritos, vigiados e acompanhados nos CSP em 2019

**Fonte:** Adaptado com dados de: "Relatório Anual de ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE NOS ESTABELECIMENTOS DO SNS E ENTIDADES CONVENCIONADAS EM 2019".<sup>(9)</sup>

**Legenda:** CSP= Cuidados de Saúde Primários; TA= Tensão arterial

Em relação ao acompanhamento, gestão e controlo da doença nos CSP (dados de um relatório governamental em 2019) estimam que a proporção da população portuguesa com diagnóstico de HTA que se encontrava inscrita em centros de saúde era de 90,2%.<sup>(9)</sup> Entre a totalidade da população hipertensa inscrita em centros de saúde, 58,4% apresentavam um registo bianual regular de TA.<sup>(9)</sup> Apesar da elevada taxa de inscrição em centros de saúde entre os que possuem diagnóstico de HTA, e dos esforços de vigilância através do registo de TA bianual, a percentagem destes utentes com acompanhamento adequado nos CSP, ou seja, vistos em consulta regular bianual, com registos anuais de análise de vários parâmetros ( ex: TA, peso, IMC, perfil lipídico) e registos anuais de gestão ou manutenção terapêutica (hábitos alimentares, exercício físico, gestão medicamentosa), foi apenas de 37,5%. No entanto, este valor de utentes com acompanhamento adequado seguiu uma tendência positiva (desde os 28%) verificados em 2014.<sup>(9)</sup> A falta de acompanhamento

regular adequado evidenciada por estes números põe em causa a capacidade de controlo da doença.

Um estudo publicado em 2016, apontava para que entre os hipertensos registados nos CSP em Portugal, apenas 46% teriam a sua HTA controlada, enquanto que outro estudo em 2018 para a mesma amostra, estimou que 56,7% dos utentes teriam a sua hipertensão controlada. <sup>(10,11)</sup> Apesar de se verificar uma melhoria num curto espaço temporal, quase metade dos utentes com HTA diagnosticada e com acompanhamento em CSP, não possuem a sua hipertensão controlada, demonstrando as dificuldades que a patologia apresenta em relação à eficácia do seu controlo. O fato da taxa de controlo (56,7%) entre os hipertensos inscritos no centro de saúde ser maior, do que a taxa de acompanhamento adequado (37,5%), pode evidenciar a existência de utentes que utilizam outra via alternativa aos CSP para acompanhamento e controlo da sua HTA. <sup>(9,11)</sup>

### **2.3. Características populacionais associadas ao não controlo da HTA**

A HTA é uma doença que se constitui como o principal fator de risco prevenível de patologias e eventos CV adversos, e que, por sua vez se encontra frequentemente associada a outros fatores de risco CV. Um estudo de uma amostra de indivíduos hipertensos sobre os principais fatores de risco CV associados à HTA, revelou que o fator de risco mais frequentemente associado à HTA foi a hipercolesterolemia (82,1%), seguida do sedentarismo (71,4%). Outros fatores de risco documentados no estudo como frequentemente associados à HTA são a obesidade, diabetes mellitus tipo 2 e critérios eletrocardiográficos de hipertrofia ventricular esquerda. <sup>(11)</sup> Para além destes, existem outros fatores de risco ligados ao desenvolvimento de HTA, tais como o consumo excessivo de sal, tabagismo e excesso de consumo de álcool e o stress. <sup>(1)</sup>

O mau controlo da HTA encontra-se frequentemente relacionado com fatores de desconhecimento do diagnóstico e de falta de adesão terapêutica, estando estes por sua vez, associados a características sociodemográficas tais como idade, sexo, raça, nível socioeconómico e escolaridade. Ao longo de vários estudos, foi verificado que o não controlo da HTA é mais prevalente em indivíduos do sexo masculino, com menor grau de escolaridade e com condições económicas menos favoráveis. <sup>(7,10,11)</sup> Em relação à idade, estudos realizados em Portugal, revelaram que o não controlo da HTA é predominante em indivíduos nas faixas etárias entre os 45 e os 54 anos e entre os 65 e os 74 anos, os primeiros porventura por menor perceção do risco e necessidade de cuidar da sua saúde, e os segundos por maior dificuldade do controlo da TA em idades mais tardias. Foi notado que na faixa etária entre os 55 e os 64 anos o controlo da doença é relativamente maior. <sup>(7,11)</sup> A falta de

adesão terapêutica é associada, para além dos fatores sociodemográficos referidos, a esquemas terapêuticos com maior complexidade e constituintes de um maior número de fármacos, fatos estes, que se verificam em doentes com comorbilidades, HTA de grau mais elevado ou resistente à terapêutica. <sup>(10,12)</sup>

Estudos na Europa e nos EUA em populações de imigrantes, averiguaram existir menor controlo e maior prevalência da HTA nestas populações em comparação com as populações nativas. <sup>(10,13)</sup> Em Portugal, notou-se que alguns dos motivos que levam a um menor nível de controlo nestes grupos populacionais, prendem-se com a não adesão intencional à terapêutica, crenças sobre o papel e benefício da medicação, e o não seguimento de indicações dadas pelos clínico sobre a necessidade de continuidade terapêutica mesmo após melhoria de uma crise de descontrolo tensional. <sup>(10)</sup> De salientar que, num estudo efetuado com imigrantes maioritariamente dos PALOP, estes utilizavam menos os CSP em relação à restante população, tendo sido apontados como principais motivos, a falta de documentação legal, longos tempos de espera e não atribuição de médico de família. Ainda neste estudo, foi verificado que os imigrantes hipertensos não controlados tendem a recorrer menos aos serviços de urgência que os nativos, recorrendo por sua vez, mais a serviços prestados por farmacêuticos. A perceção da importância da saúde e prevenção da doença nestas populações é também relativamente inferior, tendendo a recorrer a serviços de saúde apenas em casos de extrema necessidade. <sup>(10)</sup>

O entendimento dos fatores de risco CV mais prevalentes e a persistência de HTA não controlada em doentes hipertensos, mesmo sob medicação, sugere que a gestão diagnóstica e terapêutica atual não é adequada. Os potenciais benefícios na redução da morbimortalidade associada às patologias e eventos CV adversos passam pela realização de uma avaliação abrangente dos doentes de risco desde a delineação de uma estratégia diagnóstica e terapêutica individualizada, comunicação aberta e adaptada ao utente, coordenação de serviços, apoio na superação de dificuldades sentidas pelo utente na alteração das suas crenças e dos seus estilos de vida, e, por fim, na monitoração contínua do utente e resultados terapêuticos obtidos. <sup>(11)</sup>

## Capítulo 3 – A Crise Hipertensiva

### 3.1. O conceito e epidemiologia da Crise Hipertensiva

A crise hipertensiva (CH) define-se como a elevação da TA para valores de PAS e/ou PAD acima de 180-120 mmHg, podendo apresentar-se de maneira muito heterogénea, desde assintomática até uma condição de perigo de vida eminente devido a LOA agudas provocadas pelo aumento abrupto da TA. <sup>(1,3)</sup> (Tabela 2)

**Tabela 2** - Definições de Emergência e Urgência Hipertensiva

	Definição	Valores de TA
<b>Emergência Hipertensiva</b>	Elevação abrupta e severa da TA, associada a LOA aguda ou agravamento agudo de LOA pré-existente	PAS > 180 mmHg e ou PAD > 120 mmHg
<b>Urgência Hipertensiva</b>	Elevação abrupta e severa da TA, sem evidência clínica, instrumental ou laboratorial de LOA aguda	

**Fonte:** Adaptado de Paini et Al. (2018)<sup>(14)</sup>;

**Legenda:** LOA = Lesão em Órgão Alvo; TA= Tensão Arterial

A associação desta elevação abrupta da TA, com presença de lesões agudas em órgãos-alvo influencia o tratamento e o prognóstico, sendo definida nestes termos como uma emergência hipertensiva (EH). O tipo de LOA é o principal determinante da escolha do tipo de terapêutica, dos valores de TA que se pretende alcançar, e do espaço temporal em que a redução deverá ocorrer. De referir que certos órgãos são sensíveis à redução demasiado abrupta da TA, podendo ser ultrapassada a sua capacidade de autorregulação e levar a uma situação de isquemia. <sup>(1,3)</sup> Situações clínicas de LOA frequentes na emergência hipertensiva encontram-se discriminadas na tabela 3. <sup>(3,14)</sup>

**Tabela 3** - Principais LOA representantes de Emergência Hipertensiva

Lesões cerebrovasculares	Encefalopatia hipertensiva Acidente vascular cerebral isquémico ou hemorrágico Hemorragia subaracnóide
Lesões cardiovasculares	Síndromes coronarianas agudas (infarto agudo do miocárdio/ angina instável) Edema agudo de pulmão Dissecção aguda de aorta

Lesões renais	Insuficiência renal rapidamente progressiva
Gestação	Pré-eclâmpsia/ eclâmpsia
Crises catecolaminérgicas	Crise de feocromocitoma Overdose com drogas simpatomiméticas [ácido lisérgico dietilamida (LSD), cocaína, fenilpropanolaminas] Hipertensão devido ao efeito de ricochete após retirada de anti-hipertensivos (clonidina ou $\beta$ -bloqueantes)

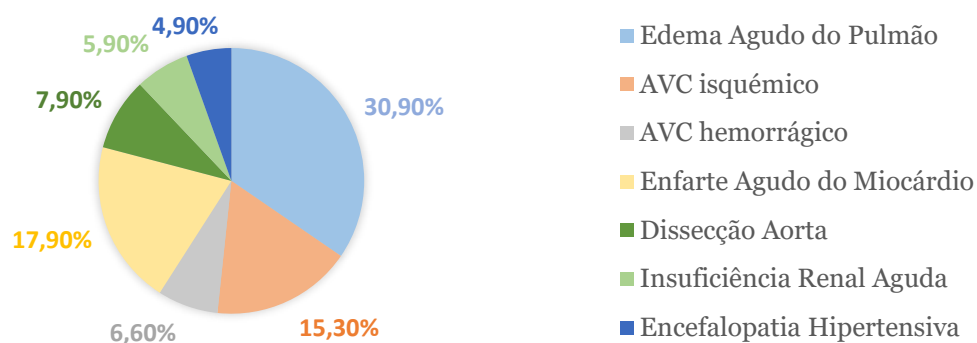
**Fonte:** Adaptado de ESC Council on hypertension position document on the management of hypertensive emergencies<sup>(3)</sup>

Por seu lado, a elevação da PAS e/ou da PAD acima de 180-120 mmHg sem evidência clínica, laboratorial ou instrumental de LOA, define-se como urgência hipertensiva (UH), sendo este um diagnóstico de exclusão.<sup>(4,3)</sup> Devido ao prognóstico e às indicações terapêuticas para esta entidade não diferirem da HTA não controlada assintomática, é um termo com pouca utilidade clínica e que tem caído em desuso, sendo cada vez mais referida como uma elevação severa assintomática da TA.<sup>(3,15)</sup>

Estima-se que a CH acometa cerca de 1% da população hipertensa. Os resultados de estudos sobre a afluência de CH entre o total de admissões em SU variam entre 0,45% e 3,16%.<sup>(14,16)</sup> Esta discrepância explica-se conforme a inclusão de episódios de pseudo- crise hipertensiva, tipo de hospital e de urgência, assim como, das características sociodemográficas da população que abrange.<sup>(14)</sup> Ao longo dos estudos realizados, foi também apurado que a EH possui uma prevalência menor do que a UH, representando cerca de 25% das ocorrências de CH.<sup>(16)</sup>

A afluência aos serviços de urgência (SU) por CH tem aumentado nos últimos anos e, embora a mortalidade devido a estas tenha diminuído, a EH teve um aumento de incidência nos EUA de 16,2%, apresentando uma taxa de 0,02% do total de admissões em SU.<sup>(17)</sup> Um estudo de Pinna et al.<sup>(16)</sup> realizado em vários SU italianos, aferiu as diferentes frequências em SU de patologias representantes de EH, encontrando-se representadas na figura 3.

### FREQUÊNCIA DAS DIFERENTES APRESENTAÇÕES DA EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA



**Figura 3** - Frequência das diferentes apresentações de Emergência Hipertensiva

**Fonte:** Adaptado com dados de artigo de Pinna et Al. (2014)<sup>(16)</sup>

**Legenda:** AVC= Acidente Vascular Cerebral

Entre os pacientes admitidos em SU com CH, a maioria (70% a 88%) apresentam diagnóstico prévio de HTA, o que sugere que existe uma elevada taxa de descontinuação ou não adesão ao tratamento para a HTA nestes pacientes.<sup>(14,18,19)</sup>

## 3.2. As dificuldades subjacentes à abordagem diagnóstica de crise hipertensiva

A abordagem ao diagnóstico de um paciente com CH, que inclui a necessidade urgente de exclusão de EH e LOA aguda, é ainda muito heterogênea entre os diferentes serviços de saúde. A dificuldade em criar guidelines generalizadas de atuação, assenta na necessidade de individualização da abordagem conforme cada caso, e da necessidade de recurso a diversos MCDT que nem sempre estão acessíveis e implicam uma elevada quantidade de alocação de recursos. É crucial que o diagnóstico e tratamento da EH sejam realizados prontamente para prevenir a progressão do desenvolvimento agudo de LOA e prevenção da mortalidade nestes pacientes.<sup>(20)</sup>

Para avaliação geral de um utente com CH assintomática, deve proceder-se à repetição das medições de TA após repouso, uma vez que existem evidências de que na UH, o repouso possui um efeito semelhante à realização de terapêutica anti-hipertensora imediata.<sup>(21)</sup> No caso de uma apresentação de CH com sintomas, específicos ou inespecíficos leve a suspeitar de possível LOA, é imperativo a realização de uma história clínica dirigida à doença hipertensiva, exame físico completo que inclua a fundoscopia, assim como o recurso a alguns MCDT gerais que permitam excluir uma LOA oculta ou pouco evidente.<sup>(1,3)</sup> A suspeita

de existência de uma LOA aguda específica é um fator individualizante para haver indicação do recurso a outros MCDT mais específicos. (1,3,22) Os MCDT a utilizar na CH com suspeita de LOA estão discriminados na tabela 4.

**Tabela 4** - Exames complementares de diagnóstico na suspeita de LOA

MCDT gerais para todas as potenciais causas	MCDT específicos e Indicações conforme LOA	
Fundoscopia	Troponina T, CK-MB, NT-proBNP	Suspeita de envolvimento Cardíaco
ECG de 12 derivações	Radiografia do tórax	Sobrecarga de fluídos
Hemoglobina, contagem plaquetas, fibrinogénio	Ecocardiograma	Dissecção aórtica, falência cardíaca ou isquemia
Creatinina, TFG <sub>e</sub> , eletrólitos, LDH, haptoglobina	Angiografia por TC do tórax ou do abdómen	Dissecção aórtica
Relação albumina/creatinina, hematúria, leucocitúria, cilindros hialinos	Ecografia renal	Suspeita de diminuição da função renal ou estenose da artéria renal
Teste de gravidez em mulheres em idade fértil	TC ou RM <i>crânio-encefálica</i>	Suspeita de envolvimento do SNC
	Teste urinário de deteção de drogas	Suspeita de uso de metanfetamina ou cocaína

**Fonte:** Adaptado de ESC Council on hypertension position document on the management of hypertensive emergencies. (3)

**Legenda:** **CK-MB**= Creatina Quinase-músculo/cérebro; **ECG**= eletrocardiograma; **LDH**= lactato desidrogenase; **MCDT**= meios complementares de diagnóstico; **NT-proBNP**= N-terminal péptido natriurético tipo B; **RM**= ressonância magnética; **TC**= tomografia computadorizada; **TFG<sub>e</sub>**= Taxa de filtração glomerular estimada

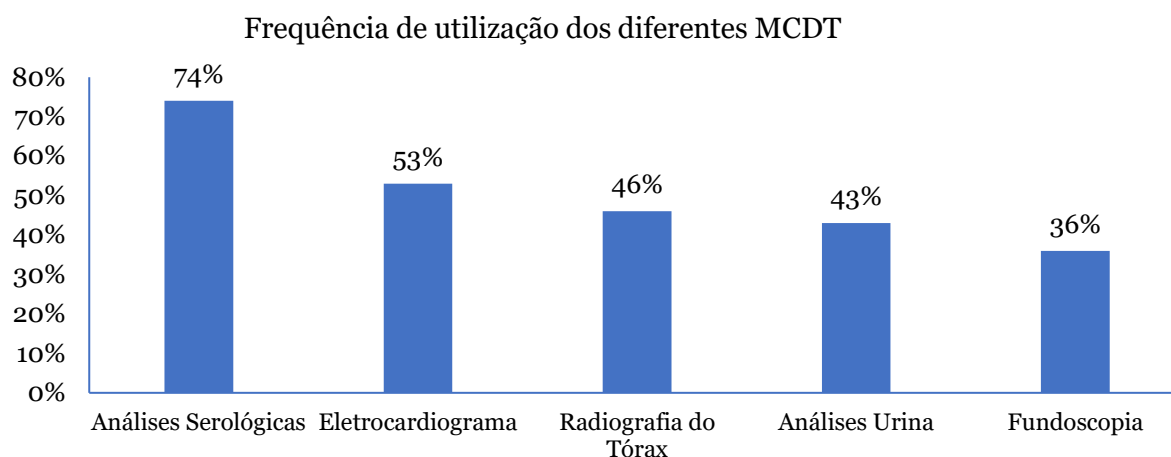
Muitos destes MCDT apresentados caracterizam-se pela necessidade elevada em termos de recursos materiais e humanos, requerendo elevado grau de especialização, treino e certificação dos clínicos para serem realizados, nem sempre estando acessíveis em todas as situações, como por exemplo os exames de imagem, como a ecografia e a TC, em que é normalmente necessário o auxílio dos clínicos de outros serviços hospitalares para serem realizados, apresentando limitações na sua disponibilidade, por exemplo por questões de horário. Outro exemplo característico da heterogeneidade de acesso a recursos é a fundoscopia direta, que sendo um procedimento integrante do exame físico fundamental para avaliação do desenvolvimento de LOA em qualquer CH, requer a existência de recursos materiais e humanos especializados para realização e análise das imagens obtidas no exame, havendo necessidade de treino e experiência do clínico do SU, ou mais comumente, a colaboração de especialistas como neurologistas, oftalmologistas ou outros especialistas.

Estudos neste âmbito concluíram que apesar de ser um exame altamente recomendado para avaliação geral da CH, a fundoscopia é ainda subutilizada, tanto por negligência da sua importância (50% dos clínicos não consideraram a importância do exame), como por falta de acesso a este recurso (25% declarou que não estava acessível), com taxas de utilização entre 10% a 36% nos estudos analisados, exemplificando estes fatos, a heterogeneidade existente nas abordagens da CH e no acesso aos diferentes MCDT. <sup>(16,23,24)</sup> Esta vasta panóplia de MCDT que devem ser realizados para avaliação da CH, traduz-se na necessidade de haver por parte dos clínicos, um escrutínio rigoroso da sua indicação e individualização de cada situação, principalmente na ausência de LOA evidentes, uma vez que se tornaria impraticável do ponto de vista da alocação de recursos recorrer a todos estes MCDT sem haver indicação baseada em evidências para a sua realização, configurando-se também este fato como uma das razões para a heterogeneidade das abordagens na CH.

Uma das dificuldades da abordagem da CH, assenta na diversidade de apresentações clínicas, que por sua vez, se sujeitam a uma diversidade de interpretações por parte dos clínicos. Existem sintomas, como por exemplo, a dispneia aguda ou a dor retro esternal típica, que prontamente despertam a desconfiança dos clínicos para uma LOA específica. No entanto, a maioria das apresentações da CH é assintomática ou acompanhada de sintomatologia inespecífica, tal como Pinna et Al. <sup>(16)</sup> aferiu num estudo sobre a sintomatologia associada à CH, em que a maioria (55,6%) das apresentações clínicas da CH foi acompanhada de sintomatologia inespecífica, como cefaleia sem défices neurológicos, epistaxe, vômitos ou palpitações. <sup>(16)</sup> Dos utentes com CH, apenas uma minoria se apresentaram com sintomas específicos, cerca de 30% dos doentes com sintomas do foro cardíaco, como dispneia ou dor retro esternal, e 16% com défices neurológicos focais. <sup>(16)</sup> A frequência de apresentações pouco específicas torna muitas vezes difícil, pelo exposto, a diferenciação entre as duas entidades da crise hipertensiva e de possível presença de LOA, sendo necessário o recurso a diversos MCDT para avaliação da situação.

Num outro estudo realizado por Salvetti et al. <sup>(23)</sup>, apenas 30% dos clínicos do SU inquiridos por questionário consideraram a presença de sintomas inespecíficos como tonturas, zumbidos (tinnitus) ou epistaxe, como sendo sugestivos de possível presença de LOA, o que demonstra a heterogeneidade dos conhecimentos demonstrados. Por outro lado, nesse mesmo estudo, a dor torácica foi o sintoma mais comumente apontado como sugestivo de LOA. <sup>(23)</sup> A heterogeneidade de conhecimentos aferida não permite aos clínicos muitas vezes a exclusão com segurança de determinado diagnóstico, assim como dificulta o direcionamento de uma suspeição que permita especificar a abordagem em termos de recurso a MCDT.

Karras et Al.<sup>(24)</sup> sublinhou no estudo realizado, a heterogeneidade existente no processo diagnóstico da CH, concluindo que apenas 6% dos utentes teriam realizado todos os MCDT gerais para avaliação da sua condição.<sup>(24)</sup> A frequência de utilização de cada MCDT encontra-se representada na figura 4.



**Figura 4** - Frequência de utilização dos diferentes MCDT na Crise Hipertensiva

**Fonte:** Dados adaptados do estudo de Karras et Al.<sup>(24)</sup>

O MCDT mais comumente utilizado foram as análises sanguíneas laboratoriais, ainda assim, realizadas apenas em 74% dos utentes. Neste mesmo estudo, perto de metade dos utentes realizaram ECG ou análises urinárias.<sup>(24)</sup> Em relação à fundoscopia, parte integrante do exame físico considerada indispensável em qualquer CH, pela sua capacidade de deteção de LOA em desenvolvimento precoce, foi realizada apenas em 36% dos utentes, espelhando a baixa taxa de utilização deste exame essencial.<sup>(24)</sup>

A natureza observacional destes estudos permitiu induzir algumas razões para a não realização de todos os exames recomendados, tais como a crença dos clínicos na inexistência da necessidade de testagem para excluir LOA oculta, possibilidade dos clínicos não se encontrarem a par de todas as recomendações atuais para o manuseamento da CH, a incapacidade para reconhecer situações clínicas ocultas de potenciais problemas relacionados com a elevação abrupta da TA, e a privação de acesso a MCDT por falta de recursos humanos ou materiais.<sup>(16,23,24)</sup>

### **3.3. O encaminhamento dos utentes com crise hipertensiva para SU**

As recomendações da AAFP e da DGS que visam a abordagem da CH num paciente com UH, sem sintomatologia associada a LOA, reforçam a importância da não realização de MCDT em primeira instância, devendo-se proceder à reavaliação da TA do utente após 30 minutos de repouso, à colheita de história clínica para pesquisa do perfil tensional anterior e de doença cardiovascular previamente conhecida, e por fim à averiguação de qualquer tipo

de medicação que possa despoletar a CH, como contraceptivos orais, AINES ou antidepressivos. <sup>(1,22)</sup> Acontece que muitas das apresentações clínicas em utente com CH, apesar de inespecíficas, não são totalmente desprovidas de sintomatologia, requerendo a avaliação por exame físico incluindo a fundoscopia que é inacessível no âmbito dos CSP. A incerteza resultante para a diferenciação da CH em UH ou EH pode gerar alguma insegurança nos clínicos dos CSP, em tratar e acompanhar este tipo de situações em regime de ambulatório, levando a que muitos destes utentes com sintomas inespecíficos sejam encaminhados para os SU. A tendência natural dos clínicos encaminharem para o SU situações de CH com apresentação inespecífica, prende-se com o fato de que, uma EH exige a necessidade de abordagem e tratamento emergente a ser realizada no hospital, e não possuindo meios para excluir com segurança o desenvolvimento de uma LOA aguda, torna-se inevitável o encaminhamento destes utentes para SU.

A variabilidade de apresentações clínicas explica assim o elevado grau de complexidade adjacentes ao diagnóstico e diferenciação de situações de crise hipertensiva em urgência e emergência hipertensiva, tanto a nível da necessidade de uma história clínica dirigida e exame físico cuidado, como da disponibilidade de acesso a diversos MCDT. Adicionalmente, é necessário diferenciar LOA de desenvolvimento crónico, de LOA agudas que coloquem o utente em perigo de vida eminente. Estes fatores esclarecem a dificuldade da criação de protocolos que permitam aos clínicos dos CSP e de outras instituições, gerir com segurança situações CH sem evidências explícitas de LOA, resultando no encaminhamento para os SU de utentes que seriam eficientemente geridos em regime de ambulatório. Estudos demonstram que a referenciação hospitalar de utentes com crise hipertensiva sem LOA, está associada a um maior número de hospitalizações e a uma maior utilização de recursos do SNS sem benefícios para a saúde, representando uma problemática importante na gestão destes doentes e do custo-benefício das intervenções. <sup>(19)</sup> Ainda neste contexto, importa ainda salientar, que se aferiu num estudo de Pinna et Al. <sup>(16)</sup>, que 7,3% dos pacientes admitidos por CH tenham sido encaminhados pelos cuidados de saúde primários, 39,2% pelos serviços de emergência médica e os restantes 53,4% dos pacientes recorreram ao SU hospitalar sem qualquer referenciação. <sup>(16)</sup> As conclusões deste estudo (representadas na figura 5) sublinham a influência que as perceções dos utentes, tanto da oferta ilimitada existente em SU em comparação aos CSP, como da gravidade do seu próprio estado de saúde, têm na escolha e procura do serviço de saúde a que acorrem. <sup>(16)</sup>

### DIFERENÇAS NO TIPO DE ENCAMINHAMENTO DOS UTENTES COM CRISE HIPERTENSIVA QUE SE DIRIGEM AO SU



**Figura 5** - Diferenças no tipo de encaminhamento dos utentes que se dirigem ao SU com crise hipertensiva

**Fonte:** Adaptado de Pinna et Al. (2014) <sup>(16)</sup>

**Legenda:** CSP= cuidados de saúde primários

Acrescendo à dificuldade em criar guidelines generalizadas para uma abordagem da CH sem evidência de LOA em contexto dos CSP, as recomendações existentes carecem de adaptação à realidade dos CSP em Portugal, por exemplo devido à importância da realização da fundoscopia para exclusão de LOA aguda, que devido à inexistência de recursos materiais e treino profissional especializados, não se constitui como uma prática comum a ser efetuada pelos clínicos dos CSP. Outros exemplos da não adequação das guidelines aos CSP em Portugal, são a necessidade de realização de ECG ou de avaliação laboratorial, que não se encontram disponíveis na grande maioria das USF, levam à inevitabilidade do encaminhamento dos pacientes para os SU hospitalares.

### 3.4. A heterogeneidade da abordagem terapêutica da crise hipertensiva

A abordagem da EH, pela necessidade da brevidade no seu diagnóstico e instituição pronta de um tratamento anti hipertensor que previna maiores danos provocados pelo desenvolvimento da LOA, possui atualmente recomendações e protocolos delineadores da ação dos clínicos. Nesta entidade, o tipo de LOA encontrada vai definir os objetivos da terapêutica anti-hipertensiva, tais como, fármacos a utilizar, TA alvo e período de tempo em que pretendemos atingir esse objetivo terapêutico. <sup>(1,3)</sup> Os objetivos terapêuticos conforme LOA estão expostos na tabela 5. Na terapêutica da EH, é na generalidade requerido um controlo rápido da TA, embora a sua redução deva ser faseada e ter em conta alvos específicos de TA a atingir conforme a LOA em questão, sendo necessário o internamento hospitalar em SU para monitorização da terapêutica e estabilidade hemodinâmica do paciente. Para o efeito, utilizam-se fármacos endovenosos, preferencialmente com mecanismo de ação rápido, rapidamente reversíveis, com o menor número possível de efeitos adversos e que sejam facilmente tituláveis. <sup>(1,3)</sup>

**Tabela 5** - Recomendações terapêuticas das Emergências Hipertensivas

<b>Apresentação Clínica</b>	<b>Tempo de redução da TA</b>	<b>TA Alvo</b>	<b>Tratamento de 1ª Linha</b>
Hipertensão maligna com ou sem MAT ou IRA	Algumas Horas	Redução da TAM: 20% a 25%	Labetalol ou Nicardipina
Encefalopatia Hipertensiva	Imediata	Redução da TAM: 20% A 25%	Labetalol ou Nicardipina
AVC isquémico	1 hora	TAM -15%	Labetalol ou Nicardipina
AVC hemorrágico	Imediata	130 mmHg < PAS < 180 mmHg	Labetalol ou Nicardipina
Síndrome Coronária Aguda	Imediata	PAS < 140 mmHg	Nitroglicerina ou Labetalol
EAP cardiogénico	Imediata	PAS < 140 mmHg	Nitroprussiato de Sódio ou Nitroglicerina + Diurético da Ansa
Dissecção Aórtica	Imediata	PAS < 120 mmHg + FC < 60 b.p.m.	Esmolol ou Nitroprussiato de Sódio
Eclâmpsia/ Pré-Eclâmpsia ou S. HELLP	Imediata	PAS < 160 mmHg + PAD < 105 mmHg	Labetalol ou Nicardipina + Sulfato de Magnésio

**Fonte:** Adaptado de ESC Council on hypertension position document on the management of hypertensive emergencies. <sup>(3)</sup>

**Legenda:** **AVC**= Acidente Vascular Cerebral; **EAP**= Edema Agudo do Pulmão; **HELLP**= Hemólise, Enzimas Hepáticas elevadas, Plaquetas baixas; **IRA**= Insuficiência Renal Aguda; **MAT**= Microangiopatia Trombótica; **PAD**= pressão arterial diastólica; **PAS**= pressão arterial sistólica; **TA**= tensão arterial; **TAM**= tensão arterial média;

Apesar de recomendações bem delineadas sobre o alvo terapêutico a atingir conforme a apresentação clínica e LOA da EH, comorbilidades e características dos doentes, um estudo revelou que apenas 27% dos clínicos inquiridos tinha em conta estes fatores para definir o objetivo terapêutico. No estudo levado a cabo por Salvetti et Al. <sup>(23)</sup>, a maioria dos clínicos apontaram com sendo ideal efetuar uma redução dos valores de TA abaixo de 160/90 mm Hg (44%) ou abaixo de 140/90 mm Hg (23%), independentemente da LOA ou características dos utentes, expressando a existência de heterogeneidade de conhecimento apresentado pelos clínicos em relação à terapia ideal da EH. Esta heterogeneidade de conhecimento poderá levar a abordagens terapêuticas muito diversificadas e que nem sempre se coadunam com as melhores recomendações. <sup>(23)</sup>

Ao contrário da EH que possui recomendações terapêuticas mais exatas conforme cada situação clínica, na UH existe uma maior ambiguidade no modo de atuação terapêutica. Em relação a este tipo de CH sem evidência de LOA, recomendações da ESC/ESH e de outras entidades como AAFP, indicam que o controlo tensional deverá ser atingido num prazo mais

alargado do que na EH, entre 24 a 48 horas, através de terapêutica administrada preferencialmente por via oral, que pode ser realizada em ambulatório com segurança. <sup>(1)</sup> Opostamente a esta estratégia terapêutica, uma outra forma de atuação é ainda comumente utilizada, consiste na redução abrupta em curto espaço de tempo da TA em contexto de SU. Esta forma de atuação na redução rápida da TA é imprópria na UH, e deverá cair cada vez mais em desuso pela demonstração dos riscos acrescidos que acarreta devido à possibilidade de se exceder a capacidade de autorregulação do fluxo sanguíneo de diversos órgãos e tecidos, levando a isquemia e provocação de danos pela redução tensional demasiado abrupta. <sup>(25)</sup> Além destes riscos, estudos demonstraram que a aplicação de uma redução mais célere da TA do que o recomendado não acarreta benefícios adicionais nem ganhos para a saúde, fato evidenciado pelas semelhanças na taxa de mortalidade por todas as causas e na taxa de readmissão em SU a 30 dias, quando comparados os resultados da prescrição de medidas terapêuticas de administração endovenosa para controlo imediato da TA, com a prescrição de terapêutica por via oral para controlo em ambulatório. <sup>(26)</sup> Foi também concluído que, os pacientes com UH tratados em SU com terapêutica endovenosa tinham um rácio de recorrência e de internamento hospitalar em sete dias mais elevado. <sup>(26)</sup> Por fim, quando comparados os dois métodos de tratamento, não se verificam alterações significativas no prognóstico a seis meses, tanto para a ocorrência de eventos CV adversos, como a nível de controlo tensional. <sup>(19,27)</sup> Estes achados apoiam a evidência da segurança com que pode ser instituído um tratamento em ambulatório neste tipo de doentes, assim como o facto de que, o prognóstico a nível de eventos CV adversos ou controlo tensional, não melhora pela referenciação e tratamento mais agressivo de utentes com UH em SU hospitalar. <sup>(19,25,27)</sup> No entanto, como já referido, o encaminhamento destes utentes para SU por serviços de saúde como os CSP é ainda uma prática frequente. A crescer a este fato, muitos clínicos no SU continuam a optar pela referida estratégia de redução mais agressiva da TA, apesar de não existirem evidências de que esta rápida redução se traduza em ganhos para a saúde dos utentes.

Concluindo, ao contrário do que se sucede na EH, onde existem recomendações bem delineadas e que regem a atuação dos clínicos, na UH continua a existir a necessidade de homogeneização das guidelines de atuação, sendo fundamental a consolidação de recomendações a nível da referenciação para SU vs. instituição de terapêutica em ambulatório, da melhor abordagem diagnóstica e MCDT a utilizar, e da abordagem terapêutica realizada pelos clínicos em contexto de urgência. <sup>(3,19)</sup>

### **3.5. Erros comuns na aplicação de medidas terapêuticas na crise hipertensiva**

Como exposto anteriormente, a abordagem terapêutica da UH é muito heterogênea, constituindo-se como um erro ainda muito frequente, a escolha de terapia anti-hipertensora endovenosa, com o propósito de obter uma redução rápida da TA em contexto de urgência, sem que isso traga benefícios ou vantagens em relação à instituição de uma terapêutica em ambulatório com fármacos por via oral. Apesar dessas evidências, o estudo de Salvetti et Al.<sup>(23)</sup> aferiu que, 27% dos clínicos do SU declararam tratar UH com terapia endovenosa, 70% dos clínicos admitiu tratar UH com terapêutica por via oral para uso em ambulatório, e que 3% dos clínicos, perante UH, aconselhavam o utente a procurar acompanhamento para a TA elevada sem prescrever quaisquer medidas terapêuticas. Num outro estudo de Patel et Al.<sup>(19)</sup> foi também averiguado o uso de terapia endovenosa, na UH, em 24% dos utentes.

Para além deste erro comum na abordagem da terapêutica da UH, existem ainda práticas na terapêutica da CH, relacionadas com a escolha de fármacos, que constituem erros pela não recomendação do seu uso. A título de exemplo representativo, a nifedipina sublingual é um fármaco que é ainda amplamente utilizado, apesar dos perigos, bem documentados, que a sua administração acarreta devido à produção de efeitos hipotensores imprevisíveis, derivados do seu potente efeito hipotensor aliado à dificuldade em titular a sua dosagem. Numa amostra de um estudo em Itália, 23% dos clínicos do SU admitiram o uso frequente de nifedipina sublingual no manuseamento da CH sem LOA confirmada, apesar dos riscos inerentes de ocorrência de isquemia miocárdica ou cerebral, distúrbios de condução, sofrimento fetal agudo (no caso de pacientes grávidas) e morte.<sup>(23,28,29)</sup>

Outro erro comum na abordagem terapêutica da UH, é a utilização de clonidina por via intramuscular ou intravenosa, que apenas está indicada em algumas situações muito específicas de EH. Em relação a esta terapêutica, 60% dos clínicos admitiram, num estudo, usá-la frequentemente na UH, apesar de não haver indicação para sua utilização nestas situações, uma vez que o seu uso por via endovenosa possui efeitos imprevisíveis na redução da TA e perfusão cerebral.<sup>(23,27)</sup> O uso deste anti-hipertensivo por via oral é também muito frequente, devido ao seu baixo custo e eficiência anti-hipertensora, no entanto, apesar da frequência do seu uso, é um fármaco que deve ser prescrito com cautelas, principalmente relativamente a utentes não complacentes ou iniciantes na terapêutica hipotensora, dado que a sua descontinuação provoca um aumento abrupto da TA e é causa conhecida de vários episódios de retorno ao SU por CH.<sup>(27)</sup>

O erro na abordagem terapêutica da UH por via endovenosa preconizando rápida redução da TA em contexto de urgência, representa uma problemática de situação de sobremedicação desnecessária, e que, não correspondem às melhores práticas terapêuticas

baseadas na evidência, podendo acarretar riscos acrescidos para a segurança dos doentes. Pelo oposto a esta sobremedicação em contexto de urgência, a não prescrição de qualquer controlo tensional para uso em ambulatório, possui também evidências de aumentar o risco de recorrência ao SU. <sup>(30)</sup> Para além destas problemáticas, as situações de uso de fármacos obsoletos ou sem indicações nas recomendações atuais são ainda frequentes, demonstrando a heterogeneidade existente de conhecimentos e procedimentos na abordagem terapêutica da CH, constituindo-se situações de má prática que poderão acarretar riscos acrescidos para os utentes.

### **3.6. A necessidade de assegurar a continuidade de cuidados pós crise hipertensiva**

As taxas de recorrência ao SU por crise hipertensiva e o mau controlo da HTA, permanecem uma problemática importante no âmbito da saúde pública, tanto pelo prognóstico reservado que situações de crise hipertensiva podem acarretar, como pela elevada alocação de recursos humanos e materiais que estas situações implicam no âmbito dos SU. <sup>(30)</sup> A taxa de recorrência elevada de utentes pós CH, está relacionada com valores de TA mais elevados aquando o episódio de CH, diagnóstico prévio de HTA, não seguimento em CSP ou não atribuição de médico de família, sintomatologia específica apresentada no episódio da crise como dispneia, taquicardia e convulsões, e presença de historial de readmissão prévia em outros episódios de CH. <sup>(26,31,32)</sup> Outros fatores de risco para o aparecimento de CH e a sua recorrência, que se relacionam com a adesão terapêutica e a importância de um seguimento após a crise, são a existência de esquemas terapêuticos complicados com múltiplos fármacos, presença de comorbilidades como diabetes e dislipidemia, e o não acompanhamento no âmbito dos CSP.

Existem ainda características dos utentes recorrentes na CH, que se constituem como fatores de risco merecedores da atenção dos clínicos, nomeadamente para efeitos de rastreio e avaliação de grupos de risco, tais como a presença de obesidade, patologia cardíaca provocada por hipertensão crónica e patologia coronária, tabagismo, consumo excessivo de álcool ou de drogas ilegais como a cocaína ou metanfetaminas. <sup>(19,20,33)</sup> Estes motivos de risco para o desenvolvimento de CH e para a sua reincidência configuram-se um achado importante na identificação de utentes com maior risco de CH e de recorrência.

Se considerarmos que a maioria dos utentes que se apresenta com CH possuem um diagnóstico prévio de HTA, e que é consensual que o maior fator de risco para o desenvolvimento de CH é o não controlo da HTA e a não adesão terapêutica, percebemos que a prescrição de uma terapia farmacológica anti-hipertensora para uso em ambulatório poderá não ser eficiente sem a existência de um acompanhamento efetivo para avaliação

dos resultados terapêuticos no controlo da HTA. <sup>(19,22,24)</sup> A necessidade de acompanhamento pós crise, compõe-se ainda de maior relevância se considerarmos as indicações terapêuticas da UH, que devendo ser realizada em ambulatório, com redução dos valores de TA para níveis normais (<140-90 mmHg) em 24 a 48 horas, pressupõe a necessidade de seguimento para reavaliação, com objetivos de analisar a eficácia terapêutica e incluir medidas de controlo tensional a longo prazo, de modo a evitar a reincidência da CH. <sup>(1)</sup>

Apesar da existência de poucos estudos no sentido da melhor abordagem de seguimento a longo prazo, é razoável extrapolarmos as guidelines gerais referentes à hipertensão severa. Em pacientes sob tratamento e prescrição de longo prazo, a insistência na importância da adesão à terapêutica e das medidas não farmacológicas são fulcrais para a prevenção de complicações e recorrência ao SU por CH. Evidências apontam que perante um episódio de CH, existe a necessidade de reavaliação da terapêutica anteriormente em vigor, considerando o aumento da dose terapêutica previamente existente ou a necessidade de adição de outro agente anti-hipertensor, preferencialmente através de combinações de toma única. É importante ter em conta que esta reavaliação da terapêutica não deve ser desligada da necessidade de acompanhamento e seguimento do utente, uma vez que a descontinuação da terapêutica em utentes de risco é comum na HTA. <sup>(22)</sup> Estudos demonstraram também que a aplicação de medidas terapêuticas em SU, para controlo da HTA a longo prazo, reduzem a taxa de readmissão e recorrência. <sup>(30,31)</sup> A importância da restrição de sal na dieta e o combate ao sedentarismo, representam medidas terapêuticas não farmacológicas que devem ser incluídas como medidas importantes a relembrar em todas as oportunidades com o utente, pois as alterações de comportamentos e estilos de vida, caracterizam-se por ter pouca continuidade temporal. <sup>(3,28)</sup> Apesar das recomendações sobre a necessidade de reavaliação de terapêutica e prescrição de terapia para controlo tensional, estudos verificaram que a maioria dos utentes continuaram com valores de PA elevada após alta, e apenas 27% tiveram o seu plano terapêutico prévio avaliado aquando o episódio da crise. <sup>(24,34)</sup>

O acompanhamento pós episódio da CH é essencial, pela necessidade reavaliação tanto dos valores tensionais e da eficácia terapêutica, assim como das possíveis causas do descontrolo tensional prévio. O seguimento pós crise é particularmente importante também, em indivíduos que não possuam um diagnóstico prévio de HTA e que por isso necessitam de uma abordagem diagnóstica, de tratamento e de acompanhamento da doença. Apesar disso, a referenciação e instrução dos utentes para acompanhamento posterior ao episódio de crise, pelos clínicos do SU é ainda insuficiente. Karras et Al. <sup>(24)</sup> notaram que, apenas 24% dos utentes foram referenciados com nota escrita para serem acompanhados pelos CSP. Para além deste fato que comprova a insuficiência na referenciação, notou-se que a efetividade da referenciação por parte dos clínicos do SU foi

inferior à de outros serviços hospitalares, demonstrando as dificuldades na capacidade de referenciação destes utentes pelos clínicos do SU. <sup>(24)</sup> Patel et Al. <sup>(19)</sup> averiguaram também que mais de 20% dos utentes que se apresentaram com UH no SU, não tiveram uma consulta de seguimento nos 6 meses após o episódio. A acrescer a isto, a maioria dos pacientes com crise hipertensiva, 59,7%, não tinham a sua hipertensão controlada depois de 6 meses, o que reitera a importância do acompanhamento de pacientes com HTA e mais especificamente dos que desenvolvem crise hipertensiva. <sup>(19)</sup>

## **Capítulo 4 - A Abordagem da HTA nos SU**

### **4.1. Associação entre HTA não-controlada e CH**

Tal como referido anteriormente, a HTA não controlada encontra-se intimamente relacionada com o surgimento de CH, como se comprova pelo fato de a maioria das crises hipertensivas terem como denominador comum o diagnóstico prévio de HTA.<sup>(18)</sup> A acrescer a isso, cada vez mais se considera o diagnóstico de UH como sinónimo de HTA não controlada assintomática, com a falta de adesão à terapêutica, como sendo um fator chave na interpretação desta ligação.<sup>(14,19)</sup>

O ainda insuficiente acompanhamento e seguimento da HTA em consultas programadas, assim como o declínio do número de visitas aos CSP que se tem verificado nos últimos anos, faz com que a tendência da prevalência de HTA não controlada em contexto de urgência seja cada vez mais elevado.<sup>(35,36)</sup> Isto torna também previsível o aumento observado na prevalência de CH, mesmo que as taxas de mortalidade em relação a esta patologia continuem a diminuir.<sup>(17)</sup>

Além do exposto, o aumento do número de casos de TA elevada fora da faixa de CH, em contexto de SU, é também uma realidade que se constata, quer seja em pacientes com diagnóstico prévio de HTA, quer seja em pacientes que não possuem diagnóstico nem conhecimento da condição de HTA, pondo em evidência e aumentando a relevância do papel dos SU na abordagem da HTA e manuseio de comorbilidades crónicas.<sup>(36)</sup> Para além do cuidado individual nestes pacientes, é imposto cada vez mais aos clínicos do SU, o desempenho de um papel importante na questão da saúde pública, através da identificação de HTA não diagnosticada ou não controlada, particularmente importante em utentes pertencentes a grupos de risco, tais como por exemplo, os cidadãos com menor acesso aos CSP como os pertencentes a minorias étnicas.<sup>(34,36)</sup>

### **4.2. A gestão da TA elevada em SU**

A ocorrência de valores de TA elevados aquando da triagem nos SU é muito prevalente, ocorrendo em taxas maiores do que na população geral.<sup>(37,38)</sup> Para além disto, a frequência de valores de TA elevados em SU, é maior do que em ambulatório, como por exemplo nos CSP, provavelmente devido ao fato de que indivíduos com piores condições de saúde tem mais probabilidade de se dirigirem ao SU do que aos CSP.<sup>(32)</sup> Alguns dos utentes que se apresentam com TA elevada não possuem diagnóstico prévio de HTA, e a atenção prestada

pelos clínicos a este valor elevado de TA, é muitas vezes insuficiente, priorizando-se outros problemas agudos ou não atribuindo significado patológico ao valor de TA observado, perdendo-se muitas vezes a oportunidade de diagnosticar a HTA. (37,39,40)

A abordagem da TA elevada em SU, requer idealmente condições para as quais os SU não se encontram vocacionados. O fato de a TA elevada ser muitas vezes assintomática e não representar a queixa principal do utente, perfaz um dos motivos da menor atenção prestada à TA elevada, devido à tendência natural dos clínicos do SU para tratar o problema agudo que constitui normalmente a causa da visita. (41) Nesse sentido, em 2013, a ACEP atualizou um conjunto de recomendações, listadas na tabela 6, na tentativa de orientar a tomada de decisão e despertar a atenção dos clínicos para a gestão do problema da TA elevada em SU. Porém, a aderência a estas guidelines não é consistente, tanto pelo baixo grau de evidência e especificidade que as recomendações possuem, como pelas dificuldades e barreiras que se impõe aos clínicos em SU, na identificação dos utentes de risco e gestão da TA elevada. (41,42,43).

**Tabela 6 -** Recomendações da ACEP para gestão da TA elevada em SU

<b>Em pacientes com TA elevada assintomática, o rastreio de LOA possui efeitos de reduzir eventos adversos?</b>	
Em pacientes no SU com TA elevada assintomática os testes de rotina para despiste de LOA (ex: creatinina sérica, análises de urina, ECG) não estão indicados	<b>Recomendação Nível C</b>
Em pacientes de risco (ex: sem acompanhamento nos CSP) com TA elevada assintomática, o rastreio de elevação da creatinina possui evidências de identificar frequentemente doença renal por elevação crónica da TA	<b>Recomendação Nível C</b>
<b>Em pacientes com TA elevada assintomática, a intervenção do clínico de SU reduz eventos adversos?</b>	
Pacientes com elevação marcada da TA e assintomáticos não necessitam de intervenção hospitalar, podendo ser geridos em regime de ambulatório	<b>Recomendação Nível C</b>
Em pacientes de risco (ex: sem acompanhamento nos CSP) com TA elevada assintomática, os clínicos do SU devem iniciar terapêutica anti-hipertensiva de longo prazo.	<b>Recomendação Nível C</b>
Todos os pacientes com TA elevada assintomática devem ser referenciados para acompanhamento em ambulatório	<b>Recomendação Nível C</b>

**Fonte:** Adaptado de Wolf et Al. (43)

**Legenda:** CSP= Cuidados de Saúde Primários; ECG= eletrocardiograma; LOA= lesão em órgão alvo; SU= serviço de urgência; TA= tensão arterial;

Como podemos aferir a partir da análise das recomendações, o encaminhamento para o SU de um utente com TA marcadamente elevada sem sintomatologia, não traz benefícios para a sua saúde, e o rastreio por LOA, nestes utentes, possui poucas evidências de alterar a ocorrência de desfechos adversos, para o utente, pelo aumento agudo da TA, tendo sido encontrado apenas em alguns estudos, sinais de afeção renal por aumento crónico da TA elevada, em utentes de risco sem qualquer seguimento médico. <sup>(43)</sup> Outra conclusão das recomendações, é a de que o clínico do SU deve identificar os utentes de risco, como os utentes sem seguimento em CSP ou outro serviço de saúde, para deste modo iniciar uma terapêutica anti-hipertensora e proceder a uma referência para o seu acompanhamento. Daqui conclui-se a necessidade de o médico em SU ser capaz de identificar grupos e utentes de risco, assim como a importância do acompanhamento para gestão da TA a longo prazo. <sup>(43)</sup>

Em utentes que se apresentam com TA elevada na triagem, é importante aceder à possibilidade de diagnóstico prévio de HTA e respetiva adesão terapêutica, assim como, identificar a possível necessidade de estabelecer um diagnóstico em utentes não diagnosticados. Para tal, é necessária a realização de uma história clínica extensiva e direcionada à HTA, que permita a avaliação do perfil tensional e de adesão do utente, pesquisando a presença de fatores de risco associados à história familiar prévia, comportamentos e estilo de vida, e à não adesão à terapêutica. <sup>(1,11)</sup> Estes fatos ligados à identificação de doentes de risco e de novos diagnósticos, evidenciam a necessidade de os clínicos terem um contato prolongado com o utente, para realização de uma história clínica dirigida à HTA e aos seus fatores de risco. A brevidade que caracteriza o contato médico-doente no SU, apresenta-se como um fator impeditivo e dissuasor da gestão da TA elevada, contribuindo para a dificuldade em identificar utentes de risco e aplicar as orientações da ACEP para iniciar terapêutica e referenciar para acompanhamento.

Para além da dificuldade inerente à identificação de doentes de risco e de estabelecer diagnóstico de HTA, a incapacidade dos clínicos de SU em agendarem o seguimento, perfaz também um dos entraves à implementação de medidas terapêuticas. O acompanhamento configura-se também essencial na prescrição de um plano terapêutico de longo prazo, necessário para avaliação da eficácia terapêutica, atender a dificuldades do utente relacionadas com efeitos adversos, e reforço das medidas aplicadas.

As principais barreiras identificadas em questionários realizados a clínicos do SU, inerentes ao diagnóstico e iniciação terapêutica da HTA em contexto de urgência, encontram-se discriminadas na tabela 7, sendo abordadas nos subcapítulos subsequentes.

**Tabela 7** - Barreiras identificadas ao diagnóstico e tratamento da HTA em SU

<b>Barreiras ao SU para diagnóstico de HTA</b>	<b>Barreiras à prescrição de anti-hipertensivos</b>
Crença errônea de que medições de TA elevada em SU se devem à dor ou ansiedade associadas ao processo de doença aguda	A associação de ansiedade e dor a valores de TA elevados leva à crença de que não será necessário tratar
Perspetiva de que o diagnóstico deve ser apenas realizado por clínicos com capacidade de assumir a responsabilidade de acompanhamento a longo prazo	Falta de perspectiva de poder acompanhar o utente e responsabilizar-se pelo plano terapêutico a longo prazo
O diagnóstico de HTA em SU poderá encorajar o uso inapropriado destes serviços por parte da população	Receio de sujeitar o utente a efeitos adversos da terapia anti-hipertensiva sem possibilidade de acompanhamento para poder reavaliar o plano terapêutico
Não familiarização com os critérios de diagnóstico e classificação da HTA	Não familiarização com as guidelines definidoras de classes e doses terapêuticas indicadas
Falta de meios materiais e humanos para realizar medições rigorosas e espaçadas no tempo para reavaliar a TA	Receio de encorajar o uso inapropriado dos SU por parte dos utentes para renovação e reavaliação de terapêutica

**Fonte:** Adaptado de Brody et Al. <sup>(28)</sup>

**Legenda:** HTA= hipertensão arterial; SU= serviço de urgência; TA= tensão arterial;

### 4.3. Barreiras ao diagnóstico de HTA em SU

Os clínicos do SU estão adaptados, pela necessidade que se lhes impõe, a identificar e tratar situações de urgência correspondentes a um leque muito variado de problemas e doenças agudas, pelo que, será expectável não estarem familiarizados com a totalidade das recomendações e guidelines de diversas áreas médicas, principalmente aquelas que se referem a patologias crónicas que estão fora do seu âmbito normal de atuação. <sup>(39,41,44)</sup> Estudos nesse sentido, referentes às guidelines definidoras da HTA, demonstraram a dificuldade dos clínicos do SU em identificar com precisão todos os diferentes níveis de HTA, onde apenas uma minoria respondeu corretamente quando inquiridos sobre as definições de pré-hipertensão, hipertensão de grau 1, grau 2 e grau 3. <sup>(39,42)</sup> A não familiarização dos clínicos do SU com as guidelines mais atualizadas de classificação e gestão da HTA, é um dos fatores explicativos da menor atenção prestada em SU aos valores de TA elevados e à necessidade de diagnóstico ou reavaliação da HTA. <sup>(39,42,44)</sup> A perceção de que problemas crónicos são idealmente tratados em CSP, onde existe possibilidade de seguimento dos utentes, é também um dos fatores explicativos da dissuasão para atender à TA elevada no SU. <sup>(41,44)</sup> Para além deste fato, um estudo de Southfront et Al. <sup>(37)</sup> averiguou que, 40% dos clínicos do SU não se encontravam familiarizados com as políticas

recomendadas pela ACEP, resultando daí menos avaliações conscientes e rigorosas da TA elevada, no sentido de identificar utentes de risco, não sendo assim promovido o diagnóstico, tratamento e seguimento destes pacientes. <sup>(39)</sup>

Uma das barreiras que resulta da falta de capacidade de seguimento do utente pelos clínicos do SU, e que se constitui um entrave ao diagnóstico de HTA no âmbito deste serviço, é a necessidade de reavaliação e repetição das medições de TA obtidas na triagem. Os valores de TA elevados obtidos na triagem não podem ser considerados patognomónicos de HTA, pela necessidade de se repetir a medição e verificar a manutenção dos valores de TA elevados. <sup>(1)</sup> Apesar disso, a aferição de valores de TA elevados em triagem deverão servir de alerta, pois existem evidências de que este valor tem baixa probabilidade de baixar para níveis tensionais normais, mesmo após repetição de medições. Para além disto, quanto maior o grau de HTA representado pela faixa de valores obtidos, menos provável será que esses valores regressem a valores de TA normais, frequentemente permanecendo superiores a 140/90 mm Hg. <sup>(34,45)</sup> No entanto, estudos comprovam que em âmbito de SU, a repetição das medições leva na maioria das vezes à obtenção de valores de TA mais baixos, diminuindo em alguns casos para valores de TA normais. <sup>(38,45)</sup> Estas considerações revelam a necessidade de uma reavaliação da medição obtida em triagem nos pacientes que se apresentam com TA elevada, tanto pelo valor preditivo que esta medição apresenta, como pela necessidade de verificar a manutenção da sua elevação, para excluir falsos positivos. Apesar da importância da reavaliação, a repetição da medição da TA efetuada em triagem assim como a interpretação do seu valor, é ainda realizada de forma insuficiente nos SU. <sup>(45,46)</sup>

A causa mais frequente de apresentação de valores de TA elevados em SU é a HTA não controlada ou não diagnosticada, não existindo relação estatística que comprove que a dor ou a ansiedade, constituam causas principais e frequentes de TA elevada na triagem. <sup>(40)</sup> A crença errônea verificada entre os profissionais de saúde, de que valores de TA elevados no âmbito de SU, estão frequentemente relacionados com a dor adjacente a um fenómeno de doença aguda, ou com a ansiedade apresentada pelos doentes relacionada ao episódio de urgência (HTA bata branca), constitui-se como uma das principais razões apontadas pelos clínicos da menor atenção à necessidade de reavaliação da TA elevada. <sup>(41)</sup> A crença de que, caso os utentes não estivessem em situação de doença aguda seriam normotensos, é desvalorizadora da necessidade de prestar o devido cuidado aos valores de TA elevados obtidos na triagem. <sup>(40,42)</sup>

Para o processo de diagnóstico de HTA, exige-se também a realização de uma história clínica e familiar cuidada, que permita a identificação de comorbilidades e doenças CV pré-estabelecidas para estratificação do risco CV absoluto através da aplicação da escala SCORE, permitindo a definição do prognóstico e estratégias terapêuticas a adotar. <sup>(1)</sup> A natureza da

brevidade que caracteriza o episódio de urgência, com pouco tempo de interação com o utente e incapacidade de agendar seguimento, explica a dificuldade em realizar uma reavaliação da TA espaçada no tempo, não existindo oportunidade de efetuar uma reavaliação espaçada por 24 horas tal como recomendado. <sup>(1)</sup> Outra dificuldade para o diagnóstico da HTA resultante dessa brevidade e da incapacidade de seguimento que caracteriza os episódios de SU, prende-se com a impossibilidade de recorrer a técnicas de medição da TA em ambulatório, como o MAPA ou a AMPA, com instrumentos especializados para obtenção de valores de TA em várias alturas do dia, tal como recomendado pelas guidelines para diferenciação do diagnóstico de HTA. <sup>(1,38)</sup> Esta brevidade característica do episódio de urgência, constitui-se também como um obstáculo ao diagnóstico de HTA, devido à necessidade de disponibilidade de tempo que acarreta a colheita de uma história clínica pormenorizada, essencial tanto para a averiguação da presença de diversos fatores de risco e comorbilidades frequentes, como para despiste da presença de LOA de desenvolvimento crónico. Estes processos são cruciais na estratificação do risco CV do utente e aplicação da escala SCORE, e importantes na progressão diagnóstica e definição da terapêutica da HTA.

Por fim, outra das barreiras apontadas pelos clínicos para proceder ao diagnóstico e gestão da HTA em contexto de SU, prende-se com a crença de que, este tipo de intervenção tem o potencial de encorajar o uso indevido e inapropriado do SU para questões que devem ser geridas em CSP. <sup>(4)</sup> Isto resulta no aconselhamento verbal dos utentes a procurar assistência no âmbito dos CSP, sem se proceder a uma referência detalhada por escrito, levando a que muitos utentes não sejam acompanhados efetivamente.

#### **4.4. A insuficiência da prescrição terapêutica para HTA em SU**

A instauração de medidas terapêuticas de longo prazo em utentes com TA elevada, quer seja na faixa da HTA, quer seja na faixa de CH, é comprovadamente uma medida benéfica e eficaz no controlo da TA pós-alta e traz ganhos para a saúde dos utentes. <sup>(28,44)</sup> No entanto, a atuação farmacológica por parte dos clínicos do SU perante queixas de baixa especificidade ou acuidade, e em problemas não urgentes, é ainda vista por muitos como um comportamento abusivo e desnecessário, enquanto que por seu lado, os pacientes e as suas famílias olham para o SU como uma oportunidade legítima de atuar nestes problemas, principalmente quando o acesso aos CSP é limitado. Esta atitude de julgamento dos problemas do utente mais paternalista leva a estratégias de comunicação e atenção menosprezadoras da problemática da TA elevada, não promovendo o papel centralizador

do utente na decisão terapêutica e manutenção da sua saúde. <sup>(44)</sup> Se considerarmos que as populações economicamente de maior risco e as minorias étnicas têm mais probabilidade de utilização do SU para problemas não urgentes, esta atitude soma efeitos prejudiciais na gestão da TA, em populações que já de si apresentam maiores problemas no controlo da doença. <sup>(32,44)</sup>

A literatura no âmbito da TA elevada em contexto do SU, tem enfatizado cada vez mais os potenciais benefícios para a saúde a longo prazo, que o rastreio de HTA prévia não controlada ou não diagnosticada, aplicação de medidas terapêuticas e referenciação para serviços de acompanhamento podem apresentar, particularmente em populações de maior risco. Não obstante, em âmbito de SU a aplicação de medidas terapêuticas para controlo da TA, carece ainda de adesão às recomendações, com insuficiências na frequência de instauração de tratamento e referenciação necessárias. <sup>(39,41,42)</sup> A falta de capacidade para diagnóstico de HTA e identificação de pacientes de risco, a falta de perspetivas de acompanhamento para reavaliação dos utentes pós instauração de nova terapia a longo prazo, a não familiarização com guidelines definidoras dos fármacos e respetivas doses a utilizar, e a exposição dos utentes a possíveis efeitos adversos (ex: angioedema e hipotensão), não avaliáveis sem seguimento, são fatores referidos pelos clínicos do SU que explicam a inércia ou relutância em prescrever ou reapreciar esquemas terapêuticos relativos à HTA. <sup>(41,44)</sup>

#### **4.5. As falhas do SU no acompanhamento de utentes com TA elevada**

A adesão terapêutica e a presença de HTA, são problemáticas intimamente relacionadas, sabendo-se que a maioria dos utentes com TA elevada que ocorre ao SU, possui taxas significativas de baixa adesão a terapia previamente prescrita. <sup>(40)</sup> A problemática do não controlo da HTA e falta de adesão terapêutica, constituem um revês para prescrição ou reavaliação de planos terapêuticos prévios, uma vez que nestes doentes o risco de descontinuação do plano terapêutico e ineficiência do controlo da HTA a longo prazo são elevados, principalmente se não existirem perspetivas de acompanhamento para poder avaliar a eficácia das medidas terapêuticas tomadas. A aplicação de medidas terapêuticas em SU, não pode ser desligada da necessidade de uma referenciação efetiva pós-alta, sendo a falta de perspetivas de acompanhar e reavaliar o utente um dos motivos que leva à relutância dos clínicos para instaurar ou reavaliar terapêuticas anti-hipertensoras. <sup>(41)</sup>

Assim, a insuficiência na iniciação terapêutica pelos clínicos do SU está tão associada à incapacidade de diagnóstico e gestão da HTA em SU, como à falta de capacidade de acompanhamento apresentada por estes serviços. <sup>(41)</sup> Estudos comprovam que a taxa de acompanhamento e referência pós-alta de SU, por problemas relacionados com TA elevada, é muito baixa, permanecendo abaixo dos 10%, para além de, a quantidade de referências ser sobrestimada por parte dos clínicos. <sup>(38,40,39)</sup> A frequência de referência é tanto menor quanto menor for a gravidade dos níveis de TA apresentados, sendo que Baumann et Al. <sup>(38)</sup>, verificou num estudo, que das escassas referências efetivadas, a maioria ocorreu por valores de HTA extremamente elevados, o que permite antever que aqueles que possuem valores de TA menos elevados, que são a grande maioria dos utentes, não teve qualquer tipo de referência ou acompanhamento pós-alta do SU, mesmo sabendo que o risco de eventos hipertensivos adversos permanece elevado em utentes com níveis de TA moderadamente elevados. <sup>(42,46)</sup> O fato de estudos comprovarem que cerca de metade dos utentes com TA elevada na triagem do SU, permanecem hipertensos após alta, reforça a necessidade de acompanhamento. <sup>(34,40,45)</sup> Outro estudo comprovou que as taxas de referência para seguimento dos utentes com HTA ou TA elevada em SU melhoram para o dobro, perante os clínicos familiarizados com as recomendações da ACEP para gestão da TA elevada em contexto de SU, assim como, perante os que reportaram melhores níveis de conhecimento e competências relacionados com a HTA, sendo estes fatores de maior confiança e maior alerta para a necessidade de referenciar pacientes com TA elevada. <sup>(39)</sup>

## Capítulo 5 - A Consulta Aberta

### 5.1. Conceito e características da consulta aberta

A consulta aberta é um regime de consulta que tem como principal objetivo o atendimento imediato, ou num período de até 24 horas, a partir do momento em que o utente se dirige à instituição de saúde na procura de cuidados de saúde.<sup>(47)</sup> A marcação desta consulta poderá ser realizada por vontade do doente ou por reencaminhamento de outra unidade de saúde, normalmente feita por marcação presencial ou telefónica. Este tipo de consulta destina-se à resolução de situações agudas, urgentes ou que careçam de resolução rápida, podendo também ser procurada pelo utente devido ao agravamento de um problema crónico pré-existente.<sup>(47)</sup> O atendimento neste tipo de regime é geralmente realizado por ordem de marcação, dispensando-se a triagem para definição de prioridades.

Em Portugal, este tipo de consulta começou a surgir nos finais do século XX, no âmbito da necessidade que se perspetivava da reforma dos CSP, de maneira a reestruturar o atendimento de urgências médicas no nosso país. A implementação deste regime de consulta visa aumentar a acessibilidade dos cidadãos aos serviços de saúde, permitindo uma nova porta de entrada para a assistência médica, presumindo-se como um fator que pudesse desviar utentes menos urgentes dos SU hospitalares, de maneira a resolver um problema de sobrelotação que lhes é inerente à escala mundial.<sup>(48)</sup> Foi então um regime de consulta cuja existência tornou-se necessária para melhor corresponder a uma das premissas que nortearam a criação do SNS, nomeadamente a de disponibilizar de igual forma a todos os cidadãos em Portugal, independentemente da sua condição económica, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, salvaguardando a eficiência e racionalidade na gestão e distribuição dos recursos necessários.

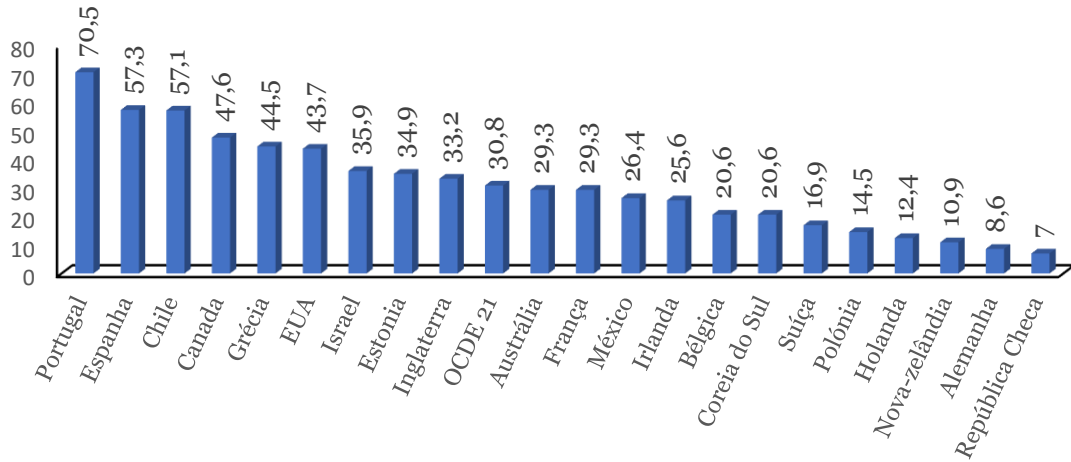
Vários modelos de consulta aberta têm sido experimentados e implementados a nível mundial. Para além da existência de regimes de consulta aberta implementados em centros prestadores de CSP, existem cada vez mais exemplos de regimes de consulta aberta implementados em estabelecimentos hospitalares, com intuito de funcionarem em paralelo com os SU na mesma instituição.<sup>(49,50)</sup> Em Portugal, a existência de regimes de consulta aberta cingiu-se durante os seus primeiros anos, ao âmbito de atividade dos CSP. Durante a reforma para os CSP, este regime de consulta foi implementado em todas as USF do país, existindo a obrigatoriedade destas unidades de saúde apresentarem diariamente um período de consulta com marcação presencial ou telefónica só no próprio dia, para garantir a intersubstituição. Já na segunda década do século XXI, a consulta aberta começou a surgir também em diversos estabelecimentos hospitalares pelo país, como medidas autonomamente implementadas pelos centros hospitalares, para melhorar a gestão dos

serviços e recursos em saúde, sendo exemplos desta prática, a implementação de consultas abertas em funcionamento paralelo ao SU, não só de medicina geral mas também com algum grau de especialização, por exemplo no âmbito da gripe, impulsionadas pela sobrelotação que esta patologia provoca nos SU.

## **5.2. A adaptação dos sistemas de saúde ao contexto socioeconómico**

A tendência de aumento da procura de serviços saúde capazes de responder prontamente, no momento em que o cidadão sente a necessidade de acesso a cuidados de saúde, é uma cultura cada vez mais enraizada na sociedade. Esta alteração do padrão de necessidades dos utentes, imposta por diversos motivos socioeconómicos, acarreta indícios de menor atenção e disponibilidade para cuidar da saúde, existindo falta de disponibilidade para atender às atividades programadas em saúde, descuido na prevenção e manutenção do seu estado de saúde, e falta de literacia em saúde especificamente para a sua própria condição patológica.<sup>(48)</sup> A falta de literacia para a patologia, leva os utentes a fazer escolhas errôneas, que levam por exemplo, ao aumento da procura pelos SU, devido à dificuldade em determinar a gravidade do seu problema de saúde e ao desejo injustificado de evitar danos potenciais pela gestão do seu problema no âmbito dos CSP.<sup>(50)</sup> Assim, é necessário obter um equilíbrio no modo da prestação de cuidados e gestão eficiente dos recursos disponíveis, resultando que, a par com o esforço que deve ser desenvolvido na tentativa de mudança da filosofia do “tudo, e tudo agora”, a implementação da consulta aberta é cada vez mais, pela conjuntura económica e social, inevitavelmente, uma medida a ser ponderada, para que o SNS continue a proporcionar uma resposta adequada às necessidades da população que serve. Segundo a OCDE (figura 6), Portugal é o país com maior taxa de utilização de SU por cada 100 habitantes.<sup>(48)</sup>

**Comparação do número de visitas aos serviços de urgência por 100 habitantes, em países da OCDE, no ano de 2011**



**Figura 6** - Número de visitas ao SU por 100 habitantes

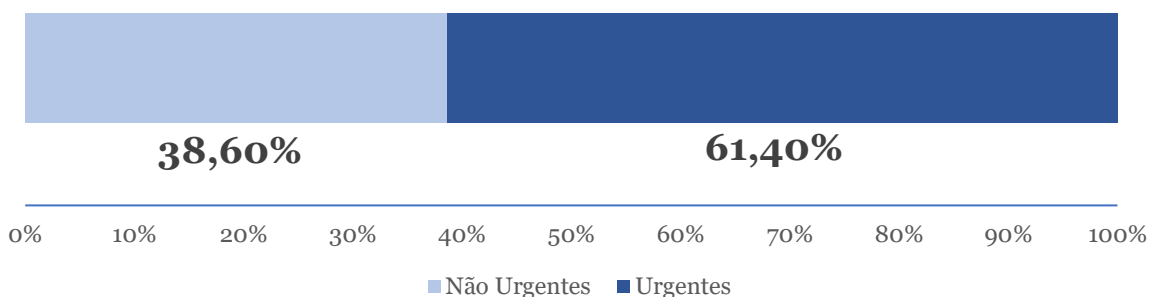
**Fonte:** Adaptado de OECD Health Working Papers No. 83<sup>(48)</sup>

**Nota:** Existem diferenças quanto à classificação de episódio de urgência nos diversos países. Países como a Austrália contabilizam episódios de consulta e internamento em SU, ao contrário de países como a Alemanha ou Suíça que apenas contabilizam os episódios de SU que levam a internamento hospitalar.

A consulta aberta, surge como uma necessidade de responder à sobrelotação que se verifica nos SU hospitalares e uma tentativa de aumento da acessibilidade dos doentes aos cuidados de saúde. A alta prevalência do uso inadequado dos SU (figura 7), contribui para o desvio de recursos humanos e materiais dos episódios de doença grave (comprometendo a acessibilidade e igualdade no acesso a uma assistência rápida e segura dos doentes mais graves). Para além disso, o desgaste dos profissionais, a quebra na qualidade do atendimento, e a diminuição dos índices de satisfação dos utentes, sobretudo pelo aumento dos tempos de espera, são também consequências da sobre-utilização dos SU.<sup>(48)</sup> Ainda de referir que, os custos financeiros associados à utilização inapropriada dos SU são proeminentes, apesar de em Portugal não existirem dados publicados, em Inglaterra o custo de visitas inapropriadas foi estimado em cerca de 100 milhões de libras entre 2011 e 2012.

(48)

**Proporção de utentes Urgentes/Não Urgentes classificados por triagem de Manchester de um total de 24 713 372 episódios de SU verificados em Portugal entre 01/11/2016 e 31/12/2020**



**Figura 7** - Monitorização Diária dos Serviços de Urgência – ARS. Dados correspondentes ao período entre 01/11/2016 até 31/12/2020.

**Fonte:** Adaptado de SNS – Monitorização dos Serviços de Urgência – Monitorização Diária – Acessível em <https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/servicos-de-urgencia/>

**Nota:** Contabilizados como episódios não urgentes todos os utentes que receberam pulseira de cor azul ou verde de acordo com a triagem de Manchester realizada nos SU.

Quando nos debruçamos sobre as características sociodemográficas dos utilizadores da consulta aberta nos CSP em Portugal, verificámos que a maioria dos utentes são jovens adultos, até aos 44 anos, em grande parte profissionalmente ativos e com habilitações literárias de ensino secundário e superior. (47) Isto remete-nos para o fato de que motivos socioeconómicos, nomeadamente a ocupação profissional, principalmente em adultos de idades mais jovens e com maiores habilitações literárias, poderão estar entre as razões que levam os utentes a procurar um tipo de consulta onde o atendimento se realize de forma imediata. A acrescer à ligação com a atividade profissional, a maior afluência à consulta aberta entre os jovens adultos foi também relacionada com o fato de terem à sua responsabilidade crianças, limitando a sua disponibilidade de programar consultas em determinados horários. (51,52) Para além das características expostas, a presença de comorbilidades psicológicas - ansiedade e depressão - é um fator predisponente de uma maior taxa de utilização dos serviços de saúde de urgência por parte destes utentes, tendo sido associado também a um maior uso da consulta aberta, a par do que se verifica noutros estudos que aferiram a ligação de problemas psicológicos com uma maior taxa de uso dos SU. (52) A elevada percentagem de faltas a atividades programadas nos CSP, principalmente por utentes com estas características, é também um indicador da necessidade de adaptação dos sistemas de saúde às expectativas e necessidades dos cidadãos. As consultas perdidas por falta do paciente, têm efeitos nefastos, quer ao nível do aumento dos gastos financeiros em saúde por parte dos utentes e do SNS, quer ao nível da degradação da relação médico-doente. O não comparecimento a consultas em CSP, resulta também no aumento da procura

de cuidados de saúde noutros serviços que não os CSP, nomeadamente nos SU hospitalares. A gestão de doenças crónicas e a prevenção das suas agudizações, é comprometida pelo não comparecimento dos utentes às atividades programadas, constituindo-se a consulta aberta como uma oportunidade de reencontro do utente com o seu diagnóstico e plano terapêutico. A existência de uma modalidade de consulta que favoreça utentes menos assíduos, é também uma das perspetivas guiadoras da necessidade de reestruturação dos serviços de saúde prestados, havendo evidências, após vários estudos, de que a existência de consultas abertas tem impacto positivo na diminuição das taxas de não comparecimento às consultas.

(53)

### **5.3. Impactos da implementação de um sistema de consulta aberta**

Já desde o final do século XX, vários estudos têm tentado aferir quais os impactos da existência da consulta aberta e o seu potencial benefício em vários parâmetros, tais como tempos de espera até à realização da consulta, satisfação do paciente tanto em relação aos serviços de saúde como ao processo da consulta, continuidade de cuidados, diminuição das faltas à consulta e utilização indevida dos serviços de saúde.

Em populações abrangidas pela existência de regimes de consulta aberta, quer em centros de saúde ou integrados em unidades hospitalares, os tempos de espera verificados no SU hospitalar têm tendência a reduzir. (49,50,54,55) Esta redução dos tempos de espera está relacionada com uma menor taxa de atendimento no SU devido ao desvio de utentes com episódios menos urgentes, através da segregação dos menos urgentes para a consulta aberta. (55,56) Sem a possibilidade de encaminhar estes utentes para outro regime de atendimento, nomeadamente de consulta aberta, os SU são colocados sobre maior pressão, resultando em maiores tempos de espera no atendimento de utentes. (49)

A redução dos tempos de consulta em regime de consulta aberta em relação ao episódio de SU é também uma das vantagens do atendimento de utentes menos urgentes neste regime, onde um estudo comprovou a redução do tempo necessário para cada episódio, para cerca de metade. (56) Para além da redução do tempo de duração do episódio, o recurso a meios de diagnóstico adicionais, também diminuiu significativamente. (56)

Outra conclusão do estudo analisado de Thijssen et Al. (54) é a de que, a consulta aberta teve a capacidade de diminuir a percentagem da ocorrência de episódios sem referenciação em SU em 99,5%, pelo que se induz, que grande parte dos doentes que se dirigem ao SU sem qualquer tipo de indicação, terão motivos menos urgentes, podendo ser geridos em regime de consulta aberta. (54) A redução da afluência de utentes ao SU fora do horário de funcionamento da consulta aberta, é também um aspeto a destacar, permitindo antever que

os utentes apresentam elevada taxa de satisfação das suas necessidades em saúde ao poderem ser atendidos numa consulta aberta. <sup>(50,55)</sup> Assim, a existência de uma consulta aberta tem demonstrado melhorias no acesso dos utentes aos cuidados de saúde, evidenciado pela redução dos tempos de espera, quer para os doentes mais urgentes em SU, quer para os menos urgentes que têm oportunidade de serem atendidos em regime de consulta aberta em vez de em SU.

O impacto da existência de um regime de consulta aberta na satisfação dos utentes em relação à prestação de cuidados e satisfação das suas necessidades em saúde, é uma temática amplamente abordada na literatura científica. A possibilidade de ter uma consulta no próprio dia da marcação, assim como a perceção de que os cuidados de saúde lhes são prestados em tempo que consideram útil, é o principal fator de impacto positivo na satisfação dos utentes que acorrem à consulta aberta. <sup>(57,58)</sup> Esta perceção do próprio estado de saúde, tem então influência nos níveis de satisfação dos utentes, tendo-se verificado que a satisfação do atendimento num regime de consulta aberta é tanto maior, quanto maior a urgência percecionada pelo utente sobre o seu problema de saúde. <sup>(57)</sup> Em relação às características dos utentes, os jovens adultos, do sexo feminino e profissionalmente ativos estão entre os utentes que apresentam maiores índices de satisfação com os cuidados prestados em consulta. O fato de sendo profissionalmente ativo, estar relacionado com maior índice de satisfação, presume que o horário de trabalho não permita a estes pacientes, facilidade de acesso a consultas pré-agendadas, pelo que a existência de uma consulta aberta lhes proporciona um maior acesso a cuidados de saúde, e conseqüentemente, um aumento no seu nível de satisfação em relação aos serviços de saúde. <sup>(59)</sup> Este aumento da taxa de satisfação evidenciada pelos utentes com o atendimento num regime de consulta aberta, leva a uma diminuição da probabilidade destes utentes se dirigirem aos SU, levando a melhorias nas suas taxas de afluência. <sup>(50)</sup> Para além deste benefício, a satisfação dos utentes perante os cuidados de saúde prestados tem também resultados positivos a nível clínico, ao nível da adesão terapêutica e assiduidade no seguimento da sua patologia, principalmente importante em patologias crónicas. <sup>(59,60)</sup>

Em relação ao seguimento pós-episódio de consulta, a consulta aberta demonstrou num estudo efetuado por Thijssen et Al. <sup>(54)</sup> na Holanda, a capacidade de melhorar a taxa de referenciação e de utentes que recebem consulta de seguimento nos CSP em relação aos episódios verificados em SU. Este estudo demonstra uma melhoria na questão da integração dos cuidados e movimento de utentes, tendo-se observado o aumento de referenciações externas para CSP, em cerca de 6%, e o aumento de utentes com consulta efetiva de seguimento em CSP em 30%. <sup>(54)</sup> Outro estudo comparou a proporção de follow-up em CSP em utentes com doenças crónicas (depressão, doença coronária arterial e diabetes), tendo verificado que após a implementação de um regime de consulta aberta, a taxa de follow-up

nestes pacientes aumentou de 15,4% para 33%.<sup>(60)</sup> A melhoria na continuidade de cuidados prestados é uma das principais vantagens aferida pelos estudos analisados, principalmente relevante em utentes com perfil de grandes utilizadores dos serviços de saúde de urgência e que são pouco assíduos às atividades programadas dos CSP.<sup>(54,60)</sup>

## Discussão

Por motivos socioeconómicos, o contexto da sociedade em que nos inserimos, exige a adaptação dos sistemas de saúde no sentido de satisfazer as necessidades da população. Apesar da HTA ser idealmente gerida em contexto de CSP, muitos utentes com HTA não são efetivamente seguidos nestes serviços, apresentando assim uma taxa reduzida de hipertensos com acompanhamento adequado, resultando em que muitos utentes procurem os SU na perspetiva de obterem cuidados de saúde para a sua doença crónica, e contribuindo assim para a elevação da percentagem de utentes pouco urgentes e sem qualquer referenciação que se dirigem aos SU. A utilização do SU por parte destes utentes para gestão da TA elevada e da HTA, é vista por muitos clínicos deste serviço como um motivo impróprio para ser gerido em SU, levando a que muitos destes negligenciem este problema. Assim, a flexibilidade na marcação e atendimento caraterísticos da consulta aberta especializada em HTA, constituem-na como uma porta de entrada alternativa, que se adapta às especificidades da patologia e às necessidades de certos utentes no acesso a cuidados de saúde, permitindo o encontro ou reencontro destes com o seu diagnóstico e plano terapêutico, potenciando-se o aumento do diagnóstico da doença em relação aos SU, e a redução da não adesão e da descontinuação terapêutica, uma problemática prevalente nos pacientes com esta patologia.

Perante episódios de descontrolo e CH, os clínicos dos CSP e de outros serviços de saúde na comunidade, como por exemplo, das instituições integrantes da rede de cuidados continuados, não possuem as ferramentas ideais para diferenciar e excluir uma emergência hipertensiva. Apesar das recomendações que indicam que perante uma CH o utente apenas deve ser referenciado para SU hospitalar, caso apresente sinais e sintomas que sugiram presença de LOA aguda, estas não se adaptam à realidade do sistema de saúde português. A falta de recursos materiais e profissionais especializados, promove a incapacidade para realizar no âmbito dos CSP, exames gerais como a fundoscopia, o ECG ou análises laboratoriais, tornando assim, difícil a gestão de utentes com sintomas inespecíficos e exclusão de uma situação de emergência, resultando muitas vezes no encaminhamento destes utentes para os SU. A existência de uma consulta aberta especializada na instituição hospitalar tem aqui uma importância central no recebimento destes utentes encaminhados de outros serviços de saúde, possibilitando uma gestão do utente mais especializada, e consequentemente, evitando os problemas subjacentes à heterogeneidade da abordagem a que estes utentes estão sujeitos no SU. A consulta aberta especializada possui também outra vantagem na gestão de doentes com TA elevada em relação aos CSP e outras instituições externas ao âmbito hospitalar, nomeadamente, no acesso mais próximo a MCDT essenciais

ao diagnóstico da HTA e à estratificação do risco CV absoluto, permitindo uma maior celeridade tanto para os diagnósticos de novo como para a caracterização da condição de HTA previamente existente. A existência desta alternativa na gestão desta doença crónica fornece também a estes utentes previamente diagnosticados um acesso diferenciado aos cuidados de saúde, permitindo-lhes o reencontro com o seu diagnóstico e a reintegração do seu plano terapêutico, sendo particularmente importante em doentes de risco, nomeadamente os menos assíduos aos cuidados de saúde nos CSP, menos cumpridores do plano terapêutico, que não possuam médico de família, e também naqueles com entraves ao comparecimento às atividades programadas em CSP, nomeadamente por entraves socioeconómicos como o horário de trabalho extenso ou a dificuldade na obtenção de transporte.

Pacientes com TA elevada, HTA e crise hipertensiva, possuem um perfil de “grandes utilizadores” do SU, com uma elevada taxa de readmissão na urgência. A frequência da apresentação de utentes com TA elevada em SU, que configuram episódios relativamente pouco urgentes, é uma das razões que favorece a implementação da consulta aberta especializada em HTA. A existência de um regime de consulta aberta tem evidências de produzir efeitos na diminuição da taxa de afluência ao SU, principalmente por redução do número de utentes menos urgentes, que passam a poder ser atendidos num regime de consulta aberta. A sobrelotação dos SU e os elevados tempos de espera daí resultantes, faz com que o desvio destes utentes para o atendimento em regime de consulta aberta especializada tenha também o potencial de aumentar a satisfação destes com os cuidados prestados, através da redução dos tempos de espera para o atendimento, e do aumento da sua literacia para o seu problema de saúde, proporcionada pela obtenção de informação que um clínico mais especializado na patologia de hipertensão arterial lhe pode proporcionar. A melhoria dessa satisfação traduz-se num previsível aumento da adesão à terapêutica e ao seguimento por parte dos pacientes, promovendo o empoderamento e a centralidade do seu papel nas decisões para a saúde, sendo este um fator fundamental na gestão de uma doença crónica como a HTA. O aumento da literacia em saúde permite também a redução da afluência destes utentes aos SU, porque o melhor conhecimento da condição patológica permite ao utente realizar escolhas mais sensatas e responsáveis no acesso aos serviços de saúde.

A abordagem diagnóstica e terapêutica em SU de episódios de descontrolo da HTA e crise hipertensiva é muito heterogénea, nem sempre respeitando as melhores recomendações de boas práticas para a gestão dessa TA elevada em SU. A falta de vocação dos clínicos do SU para a gestão de condições crónicas, assim como outras barreiras que são imputadas ao SU no diagnóstico, tratamento e referenciação de TA elevada, faz com que os

utentes hipertensos não obtenham ganhos na saúde e na prevenção do seu problema crónico pelo seu atendimento nestes serviços.

Em relação ao diagnóstico da CH, a brevidade do contato médico-doente característica dos episódios de SU não favorece a atenção dos clínicos ao problema da TA elevada, não possibilitando a realização de histórias clínicas detalhadas para a doença hipertensiva prévia que permita identificação tanto de LOA existentes de desenvolvimento crónico, como dos pacientes em maior risco de não adesão terapêutica ou HTA não controlada. A maior especialização dos clínicos da consulta aberta de HTA apresenta vantagens também na realização do exame físico, por exemplo, aumentando o acesso à realização de fundoscopia, que requer especialização profissional e que é um exame essencial na avaliação da CH para despiste do desenvolvimento de LOA agudas, principalmente na CH assintomática ou de sintomas inespecíficos. Em relação à terapêutica da UH, a familiarização com as guidelines e recomendações específicas para a gestão da TA elevada sem evidência de LOA, permite aos clínicos mais especializados, implementar e transmitir com maior eficiência e segurança as medidas e o plano terapêutico mais indicados consoante a situação clínica, salvaguardando a segurança dos doentes no que toca à sobremedicação, e podendo implementar medidas de controlo da TA de longo prazo. A sobremedicação em situações de UH é ainda uma realidade nos SU que põe em causa segurança dos doentes se considerarmos que, se constitui ainda uma prática comum a realização de terapêuticas anti-hipertensoras endovenosas na UH, que permitem a redução imediata da TA, mas que acarretam riscos acrescidos para o utente, para além de não possuírem efeitos benéficos na manutenção do controlo da TA pós episódio de urgência, acarretando os mesmos riscos a longo prazo que o não tratamento na incidência de eventos CV e na reincidência da CH. Nesse sentido, a existência de um regime de consulta aberta especializada onde estes utentes podem ser atendidos e acompanhados, promove um seguimento mais efetivo para reavaliação do controlo da TA e manutenção do plano terapêutico, abolindo uma das barreiras à prescrição de terapia anti-hipertensora de ambulatório por via oral verificadas no âmbito de SU, no qual os clínicos manifestam insegurança e relutância na prescrição de medidas terapêuticas de longo prazo sob pena de não poderem agendar um acompanhamento efetivo para reavaliar a sua eficácia, existência de efeitos adversos e adesão às mesmas. Sendo assim, a gestão de doentes com CH na consulta aberta especializada, principalmente de utentes com UH, poderá apresentar vantagens em relação à sua gestão em SU, a nível de diagnóstico da situação, melhor definição da terapia a implementar e promoção de um seguimento mais efetivo.

Em relação à doença hipertensiva, a consulta aberta de HTA possui pela sua especialização, um maior potencial de acuidade relativamente ao SU, não só para o diagnóstico de HTA, assim como, para identificação de doentes de risco que apresentem um

maior descuido para com o seu estado de saúde, tais como os não aderentes à terapêutica. Perspetiva-se uma melhoria dos processos diagnósticos em relação ao SU, uma vez que, a atenção à patologia e seus sinais, assim como a capacidade de diagnóstico da mesma, se encontram inibidos pelas características de brevidade do contato médico-doente e de impossibilidade de marcação de seguimento para reavaliação tensional do utente, que representam entraves à gestão da TA elevada em SU. Como já foi exposto, a necessidade de medição criteriosa da TA e reavaliação espaçada no tempo de valores tensionais elevados, assim como, a necessidade de colheita de uma história clínica e familiar extensiva dirigida à HTA, constituem-se como barreiras imputadas aos SU para a o seu diagnóstico, resultando em dificuldades de gestão da doença neste contexto. Do atendimento de utentes por valores tensionais elevados em SU, resultam também taxas insuficientes de seguimento e acompanhamento, existindo evidências de incapacidade dos clínicos em promover referências efetivas para seguimento dos pacientes. O acompanhamento e reavaliação subsequente é essencial nesta patologia, não só para o diagnóstico, mas também para a aplicação de medidas terapêuticas, pois o risco CV a longo prazo não pode ser eficientemente gerido se não houver oportunidade de acompanhamento e seguimento dos utentes, tanto para reavaliação do efeito da terapêutica no controlo da doença, como para a averiguação e destacamento da importância da adesão terapêutica às medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Assim, através de um maior cuidado despendido à HTA em regime de consulta aberta especializada, os clínicos possuem uma maior capacidade para o diagnóstico e estratificação do risco CV dos utentes, podendo promover um agendamento de seguimento efetivo, por exemplo, através da marcação de nova consulta para reavaliação das medições tensionais ou através de referência direta por escrito para acompanhamento do utente em consulta de ambulatório, tanto na própria instituição hospitalar como nos CSP. Na consulta aberta especializada, os clínicos podem assim promover a integração do utente com o seu diagnóstico e plano terapêutico, assim como a integração dos vários níveis de serviços de saúde na gestão destes utentes, fomentando assim um processo assistencial integrado, essencial na gestão desta condição crónica e que se apresenta como uma das dificuldades impostas ao SU pela baixa capacidade de diagnóstico e referência que este apresenta. Através da maior acuidade para o diagnóstico desta patologia, é também permitido aos clínicos instituir com segurança planos terapêuticos individualizados de acordo com a condição do doente, e transmitir informações mais detalhas e especializadas para o problema do utente, ajustando a comunicação ao utente e às dificuldades que este apresenta. Como referido, o aumento da literacia e da qualidade de informação através de um contato médico-doente mais próximo e eficaz durante os processos diagnóstico e

definição terapêutica, responsabiliza e proporciona ao utente um papel central na gestão da sua patologia, incrementando a sua capacidade para tomar melhores decisões em saúde.

## Conclusão

A consulta aberta é no contexto da sociedade atual uma alternativa promotora da acessibilidade aos cuidados de saúde, sendo que a nível hospitalar se constitui cada vez mais como uma alternativa de atendimento, com resultados mais eficientes no custo/benefício da abordagem de patologias menos urgentes, tais como a HTA, em relação ao SU. A abordagem direcionada e atenta à TA elevada e HTA em consulta especializada, permite uma maior obtenção de ganhos em saúde, tanto para os pacientes como para os serviços de saúde. A gestão destes utentes num regime de consulta aberta de HTA permite a prestação de cuidados mais especializados à TA elevada e ao diagnóstico de HTA, muitas vezes negligenciado nos episódios de SU, perspetivando-se melhores resultados no atingimento do controlo da doença, e deste modo, obtendo-se melhorias na prevenção da sua agudização e dos danos em órgãos-alvo provocados pela cronicidade de elevação da TA, resultando numa redução dos eventos cardiovasculares que tem como principal fator de risco a HTA e que se constituem como a principal causa de morbimortalidade em Portugal.

Se tivermos em conta que a causa mais comum para o surgimento de episódios de descontrolo tensional e CH é o mau controlo da HTA, a maior atenção despendida ao diagnóstico da doença, à avaliação da eficácia e adesão terapêutica previamente prescrita, assim como a maior especialização dos clínicos que se traduz numa maior capacidade de prescrição e referenciação, confere ao atendimento destes utentes em regime de consulta aberta especializada em HTA, uma maior eficácia na gestão da doença, perspetivando-se resultados positivos na diminuição da frequência de situações de descontrolo e CH. Assim, espera-se melhorias na capacidade de prevenção de episódios de crise hipertensiva que podem colocar os pacientes em risco de vida eminente, e conseqüente, a redução da sua afluência aos serviços de saúde de urgência por este tipo de patologias.

A existência deste regime de consulta em funcionamento paralelo ao SU, permite o acolhimento de utentes encaminhados de outros serviços de saúde ou que se dirigem ao SU sem qualquer referenciação, podendo estes últimos ser encaminhados para a consulta após verificação de TA anormalmente elevada na triagem do SU, representando-se assim uma medida eficaz no sentido de integrar os vários níveis de prestação de cuidados de saúde. A proximidade desta consulta hospitalar aos diversos MCDT, relativamente por exemplo aos CSP, permite tanto uma abordagem e caracterização da HTA mais célere, assim como, uma diferenciação da CH em urgência e emergência hipertensiva mais eficaz. O atendimento destes utentes por clínicos especializados na patologia, possui também evidências de melhorar a capacidade de referenciação para posterior acompanhamento, promovendo-se assim, em comparação com o SU, uma abordagem destes utentes num processo assistencial que integra ativamente e de maneira mais eficaz o utente e os vários serviços de saúde, numa

gestão da doença que possui resultados superiores na obtenção de ganhos em saúde, tanto para o utente, como para o SNS, pela melhoria na dicotomia do custo/eficácia que a gestão desta patologia, em regime de consulta aberta especializada, apresenta em relação à heterogeneidade da abordagem em SU.

## Referências bibliográficas

1. Williams B, Mancia G, Spiering W. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018; 39(33): p. 3021-3104.
2. Ministério da Saúde. Retrato da Saúde em Portugal. [Online].; 2018. Acesso 21 de Fevereiro de 2021. Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf).
3. Van den Born BJH, Lip GY, Brguljan-Hitij J. ESC Council on hypertension position document on the management of hypertensive emergencies. *Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother*. 2019; 5(1): p. 37-46.
4. ACC;AHA;AAPA;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).
5. Polonia J, Martins L, Pinto F. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. *Journal of Hypertension*. 2014; 32: p. 1211-1221.
6. Tocci G, Presta V, Volpe M. Hypertensive crisis management in the emergency room: time to change? *J Hypertens*. 2020; 38(1): p. 33-34.
7. Rodrigues AP, Gaio V, Kislaya I. Sociodemographic disparities in hypertension prevalence: Results from the first Portuguese National Health Examination Survey. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2019; 38(8): p. 547-555.
8. Macedo ME, Lima MJ, Silva AO, Alcantara P, Ramalhinho V, Carmona J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal: the PAP study. *Journal of Hypertension*. 2006; 23: p. 1661-1666.
9. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Acesso. Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas em 2019..
10. Lopes E, Alarcão V, Simões R. Hypertension Control at the Primary Health Care: A Comparison Among Portuguese Natives and Portuguese Speaking African Countries Immigrants. *Acta Médica Portuguesa*. 2016; 29(3): p. 193-204.
11. Marques da Silva P, Lima MJ, Neves PM. Prevalência de factores de risco cardiovascular e outras comorbilidades em doentes com hipertensão arterial assistidos nos Cuidados de Saúde Primários: estudo precise. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2019; 38(6): p. 427-437.

12. Villalva CM, Alvarez-Muiño XL, Mondelo TG. Adherence to Treatment in Hypertension. *Adv Exp Med Biol.* 2017; 956: p. 129-147.
13. Agyemang C, Kieft S, Snijder MB. Hypertension control in a large multi-ethnic cohort in Amsterdam, The Netherlands: the HELIUS study. *Int J Cardiol.* 2015; 15(183): p. 180-189.
14. Paini A, Aggiusti C, Bertacchini F. Definitions and Epidemiological Aspects of Hypertensive Urgencies. *High Blood Press Cardiovasc Prev.* 2018; 25(3): p. 241-244.
15. Heath I. Hypertensive Urgency-Is This a Useful Diagnosis? *Jama Intern Med.* 2016; 176(7): p. 988-989.
16. Pinna G, Pascale C, Fornengo P. Hospital admissions for hypertensive crisis in the emergency departments: a large multicenter Italian study. *PLoS One.* 2014; 9(4).
17. Janke AT, McNaughton CD, Brody AM. Trends in the incidence of hypertensive emergencies in US emergency departments From 2006 to 2013. *J Am Heart Assoc.* 2016; 5(12).
18. Vilela-Martin JF, Vaz-de-Melo RO, Kuniyoshi CH. Hypertensive crisis: clinical-epidemiological profile. *Hypertens Res.* 2011; 34(3): p. 367-371.
19. Patel K, Young L, Howell EH. Characteristics and Outcomes of Patients Presenting with Hypertensive Urgency in the Office Setting. *JAMA Intern Med.* 2016; 176(7): p. 981-988.
20. Ipek E, Oktay A, Krim S. Hypertensive crisis: an update on clinical approach and management. *Curr Opin Cardiol.* 2017; 32(4): p. 397-406.
21. Park SK, Lee DY, Kim WJ. Comparing the clinical efficacy of resting and antihypertensive medication of hypertensive urgency: a randomized, control trial. *J Hypertens.* 2017; 35(7): p. 1474-1480.
22. Wallbach M, Lach N, Stock J. Direct assessment of adherence and drug interactions in patients with hypertensive crisis - A cross-sectional study in the Emergency Department. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2018; 21(1): p. 55-63.
23. Salvetti M, Bertacchini F, Saccà G. Hypertension Urgencies and Emergencies: The GEAR Project. *High Blood Press Cardiovasc Prev.* 2020; 27(2): p. 129-132.
24. Karras DJ, Kruus LK, Cienki JJ. Evaluation and treatment of patients with severely elevated blood pressure in academic emergency departments: a multicenter study. *Ann Emerg Med.* 2006; 47(3): p. 230-236.

25. Jacobs ZG, Najafi N, Fang MC. Reducing Unnecessary Treatment of Asymptomatic Elevated Blood Pressure with Intravenous Medications on the General Internal Medicine Wards: A Quality Improvement Initiative. *J Hosp Med.* 2019; 14(3): p. 144-150.
26. Sricharoen P, Poungnil A, Yuksen C. Immediate Prescription of Oral Antihypertensive Agents in Hypertensive Urgency Patients and the Risk of Revisits with Elevated Blood Pressure. *Open Access Emerg Med.* 2020; 12: p. 333-340.
27. Levy PD, Mahn JJ, Miller J. Blood pressure treatment and outcomes in hypertensive patients without acute target organ damage: a retrospective cohort. *Am J Emerg Med.* 2015; 33(9): p. 1219-1224.
28. Brody A, Rahman T, Reed B. Safety and efficacy of antihypertensive prescription at emergency department discharge. *Acad Emerg Med.* 2015; 22(5): p. 632-5.
29. Angeli F, Reboldi G, Verdecchia P. Hypertensive urgencies and emergencies: Misconceptions and pitfalls. *Eur J Intern Med.* 2020; 71: p. 15-17.
30. Sánchez-Fabra D, Sanz M, Ferrer T. Hypertensive urgencies: Description of clinical characteristics, management, variables associated with re-entry and short-term prognosis. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2019; 36(3): p. 122-129.
31. Gore JM, Peterson E, Amin A. Predictors of 90-day readmission among patients with acute severe hypertension. The cross-sectional observational Studying the Treatment of Acute hyperTension (STAT) study. *Am Heart J.* 2010; 160(3): p. 521-527.
32. Garcia CT, Bernstein AB, Bush MA. Emergency department visitors and visits: who used the emergency room in 2007? *NCHS Data Brief.* 2010; 38: p. 1-8.
33. Andrade DO, Santos SP, Pinhel MA. Effects of acute blood pressure elevation on biochemical-metabolic parameters in individuals with hypertensive crisis. *Clin Exp Hypertens.* 2017; 39(6): p. 553-561.
34. Poon SJ, Roumie CL, O'Shea CJ. Association of Elevated Blood Pressure in the Emergency Department With Chronically Blood Pressure. *Journal of the American Heart Association.* ; 9(12).
35. Ganguli I, Lee TH, Mehrotra A. Evidence and Implications Behind a National Decline in Primary Care Visits. *J Gen Intern Med.* 2019; 34(10).
36. Miller J, McNaughton C, Joyce K. Hypertension Management in Emergency Departments. *Am J Hypertens.* 2020; 33(10): p. 927-934.
37. Souffront K, Gestal C, Melkus GD. Recognition of Asymptomatic Hypertension in an Urban Emergency Department: Where Are We Now? *Adv Emerg Nurs J.* 2016; 38(4): p. 320-326.

38. Baumann B, Abate NL, Cowan RM. Differing prevalence estimates of elevated blood pressure in ED patients using 4 methods of categorization. *Am J Emerg Med.* 2008; 26(5): p. 561-565.
39. Souffront K, Chyun D, Kovner C. Barriers and Facilitators to Referral for Asymptomatic Hypertension in the emergency department and differences between provider-type. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2016; 17(3): p. 207-214.
40. Svenson JE, Replinger M. Hypertension in the ED: still an unrecognized problem. *Am J Emerg Med.* 2008; 26(8): p. 913-917.
41. Brody A, Sharma V, Singh A. Barriers to emergency physician diagnosis and treatment of uncontrolled chronic hypertension. *Am J Med.* 2016; 34(11): p. 2241-2242.
42. Tanabe P, Cline DM, Cienki JJ. Barriers to screening and intervention for ED patients at risk for undiagnosed or uncontrolled hypertension. *J Emerg Nurs.* 2011; 37(1): p. 17-23.
43. Wolf SJ, Lo B, Shih RD. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients in the emergency department with asymptomatic elevated blood pressure. *Ann Emerg Med.* 2013; 62(1): p. 59-68.
44. Broody A, Janke A, Sharma V. Public Health, Hypertension, and the Emergency Department. *Curr Hypertens Rep.* 2016; 18(6).
45. Backer HD, Decker L, Ackerson L. Reproducibility of increased blood pressure during an emergency department or urgent care visit. *Ann Emerg Med.* 2003; 41(4): p. 507-512.
46. Baumann B, Cline DM, Cienki JJ. Provider self-report and practice: reassessment and referral of emergency department patients with elevated blood pressure. *Am J Hypertens.* 2009; 22(6): p. 604-610.
47. Rocha H, Braga R, Cavadas LF. Caracterização da consulta aberta de uma Unidade de Saúde Familiar: quem, quando e porquê? *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.* 2020; 36(2).
48. Berchet C. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. *OECD Health Working Papers.*
49. Sharma A, Inder B. Impact of co-located general practitioner (GP) clinics and patient choice on duration of wait in the emergency department. *Emerg Med J.* 2011; 28(8): p. 658-661.
50. Arain M, Campbell MJ, Nicholl JP. Impact of a GP-led walk-in centre on NHS emergency departments. *Emerg Med J.* 2015; 32(4): p. 295-300.

51. Robb C, Haley WE, Becker MA. Attitudes towards mental health care in younger and older adults: similarities and differences. *Aging Ment Health*. 2003; 7: p. 142-152.
52. Riedl B, Kehrer S, Werner C. Do general practice patients with and without appointment differ? Cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2018; 19(1).
53. Mallard S, Leakeas T, Duncan J. Same-day scheduling in a public health clinic: a pilot study. *J Public Health Manag Pract*. 2004; 10(2): p. 148-155.
54. Thijssen WA, Wijnen-van Houts M, Koetsenruijter J. The impact on emergency department utilization and patient flows after integrating with a general practitioner cooperative: an observational study. *Emerg Med Int*. 2013.
55. O'Kelly F, Teljeur C, Carter I. Impact of a GP cooperative on lower acuity emergency department attendances. *Emerg Med J*. 2010; 27(10): p. 770-773.
56. Wang M, Wild S, Hilfiker G. Hospital-integrated general practice: a promising way to manage walk-in patients in emergency departments. *J Eval Clin Pract*. 2014; 20(1): p. 20-26.
57. Richter J, Downs L, Beauvais B. Does the Proportion of Same-Day and 24-Hour Appointments Impact Patient Satisfaction? *Qual Manag Health Care*. 2017; 26(1): p. 22-28.
58. Prentice JC, Davies M, Pizer S. Which outpatient wait-time measures are related to patient satisfaction? *Am J Med Qual*. 2014; 29(3): p. 227-235.
59. Lagbaa I, Locatelli I, Bischoff T. Patients satisfaction in an academic walk-in centre: a new model of residents training achieved by family doctors. *BMC Research Notes*. 2014; 7(874).
60. Solberg L, Maciosek M, Sperl-Hillen J. Does improved access to care affect utilization and costs for patients with chronic conditions? *Am J Manag Care*. 2004; 10(10): p. 717-722.