

LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

DEZEMBRO
2019

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Governador

Carlos Moisés da Silva

Secretário de Estado da Saúde

Helton de Souza Zeferino

Superintendência de Gestão e Planejamento

Carmem Regina Delziovo

Diretoria de Atenção Primária à Saúde

Maria Simone Pan

Elaboração e Organização

Débora Batista Rodrigues

Maria Catarina da Rosa

Maria Seló Coelho

Maria Simone Pan

Silvana Helena de Oliveira Crippa

Avaliadores

Ângela Maria Blatt Ortiga – Doutora em Saúde Coletiva- SES/SC – Telessaúde/SC

Sônia Teresinha Franzoni Bodanese – Enfermeira COSEMS/SC

Mário Sérgio S. de Azeredo Coutinho – Médico Cardiologista - Instituto de Cardiologia/SC

Samara Eliane Rabelo Suplici - Doutora em Enfermagem - Enfermeira

Vilma Beltrame - Doutora em Gerontologia Biomédica - Enfermeira

Viviane da Rosa - Psicanalista

Gisele Damian Antonio Gouveia - Doutora em Saúde Coletiva - Farmacêutica

Apoio Núcleo Telessaúde SC

Design - Catarina Saad Henriques

Formatação e Organização Design Gráfico

Andréia Aparecida Guimarães Ribeiro

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	7
3. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	8
3.1. NÍVEIS DE ATENÇÃO.....	9
3.2. AÇÕES NOS PONTOS DE ATENÇÃO	11
4. LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM HAS	13
4.1. DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DA HAS	13
4.2. TÉCNICA RECOMENDADA PARA AFERIÇÃO DA PA	16
4.3. HIPERTENSÃO ARTERIAL NOS CICLOS DE VIDA	17
4.3.1. Crianças e Adolescentes	17
4.3.2. Gestantes e Adultos	18
4.3.3. Pessoa idosa.....	18
4.4. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO.....	19
4.5. FLUXOGRAMA ASSISTENCIAL	27
4.6. ATRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS NOS PONTOS DE ATENÇÃO	30
4.7. TECNOLOGIAS DE CUIDADO SUGERIDAS PARA A LINHA DE CUIDADO HAS	33
4.8. PLANO DE CUIDADO DA PESSOA COM HAS	36
4.8.1. Controle do peso	38
4.8.2. Padrão alimentar	38
4.8.3. Redução do consumo de sal.....	39
4.8.4. Exercício físico	40
5. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	40
5.1. PRINCÍPIOS GERAIS DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	42
5.2. AGENTES ANTI-HIPERTENSIVOS	42
5.3. COMBINAÇÃO DE MEDICAMENTOS	45
6. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO	46
7. REFERÊNCIAS	48
ANEXO I: Projeção do risco de doença arterial coronariana de acordo com o escore de Framingham - Homens.....	50
ANEXO II: Projeção do risco de doença arterial coronariana de acordo com o escore de Framingham - Mulheres.....	51
ANEXO III: Tabela para determinação de risco em 10 anos de doença arterial coronariana.....	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Os diferentes estratos de risco e correspondentes exemplos de ações predominantemente recomendadas para doenças crônicas cardiovasculares.....	10
Figura 2: Prevenção de DCNT ao longo da vida.....	19
Figura 3: Fluxograma Linha de Cuidados da pessoa com HAS.....	29
Figura 4: Modelo de fluxo na atenção contínua	33
Figura 5: Exemplo de plano autocuidado apoiado.....	35
Figura 6: Esquema de associações de medicamentos, de acordo com o mecanismo de ação e sinergia.....	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Composição da RAS de HAS.....	8
Quadro 2: Graus de severidade das condições crônicas cardiovasculares e exemplos.....	9
Quadro 3: Classificação de PA para adultos maiores de 18 anos.....	13
Quadro 4: Classificação da PA para crianças e adolescentes	14
Quadro 5: Fatores de risco para HAS.....	20
Quadro 6: Estratificação dos níveis pressórico	23
Quadro 7: Estratificação segundo fator de risco cardiovascular.....	24
Quadro 8: Exames para estratificação de risco	25
Quadro 9: Sugestão de periodicidade de solicitação de exame.....	26
Quadro 10: Atribuições das categorias profissionais, segundo os pontos de atenção.....	30
Quadro 11: Aspectos relevantes para o plano de cuidado à pessoa com HAS.....	36
Quadro 12: Modificações de estilo de vida e redução aproximada PAS.....	37
Quadro 13: Indicações das classes medicamentosas.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Sugestão de periodicidade de consulta de acompanhamento na APS.....	27
Tabela 2: Medicamentos disponíveis na Renome 2012.....	41

LISTA DE SIGLAS

AAE - Atenção Ambulatorial Especializada
AB - Atenção Básica
APS - Atenção Primária à Saúde
AVE - Acidente Vascular Encefálica
ACS - Agente Comunitário de Saúde
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV - Doenças Cardiovasculares
DIC - Doença Isquêmica do Coração
DM- Diabetes Mellitus
ECA - Enzima Conversora da Angiotensina
ESF - Estratégia Saúde da Família
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
HBB - Hipertensão da Bata Branca
HM - Hipertensão Mascarada
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
IC - Insuficiência Cardíaca
ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva
LC - Linhas de Cuidado
LOA - Lesões dos Órgãos Alvos
MACC - Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MAPA - Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
MRPA - Monitorização Residencial da pressão arterial
NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS - Organização Mundial da Saúde
PA - Pressão Arterial
PAD - Pressão Arterial Diastólica
PAS - Pressão Arterial Sistólica
RAS - Rede de Atenção à Saúde
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH - Sociedade Brasileira de Hipertensão
SIH- SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
UTI - Unidade de Terapia Intensiva

1. INTRODUÇÃO

Em 2010, o Ministério da Saúde divulgou as diretrizes para a conformação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como uma forma de organizar o sistema de saúde nos âmbitos local e regional, considerando as diferentes densidades e complexidades tecnológicas em um território definido.

Com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, para o período de 2011 a 2022, foi proposta a formação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, organizada por meio de Linhas de Cuidado (LC) prioritárias (doenças renocardiovasculares, hipertensão arterial, insuficiência renal crônica, diabetes mellitus, obesidade, doenças respiratórias crônicas e câncer) permitindo, assim, tanto a organização dos serviços quanto a delimitação da LC, com o fluxo a ser percorrido pelos usuários.

A LC pode ser definida como o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida ou de outro critério médico sanitário, a ser ofertado de forma articulada e contínua pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (VENANCIO et al., 2016).

Para a organização da Rede de Atenção às Condições Crônicas, construímos a LC da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que representa um dos maiores desafios em saúde pública no Brasil e no mundo, por ser principal fator de risco para complicações cardiovasculares. Este material tem como objetivo descrever a LC à pessoa com Hipertensão Arterial no Estado de Santa Catarina, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, Diretoria de Atenção Primária à Saúde.

O intuito deste documento é apresentar estratégias que facilitem o desenvolvimento de atividades de detecção precoce da HAS e seu controle. Trata-se de um material sobre o manejo da pessoa com diagnóstico de HAS na RAS, por meio da sua estratificação de risco, orientando os encaminhamentos e apoios necessários a partir da atenção primária à saúde (APS). Os profissionais da APS têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da HAS. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo.

Espera-se que a esta proposta da LC auxilie no processo de educação permanente dos profissionais de saúde e apoie a construção e o seguimento de protocolos que organizem a atenção à pessoa com doença crônica.

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Mundialmente, o número de adultos com HAS aumentou de 594 milhões em 1975 para 1,13 bilhões em 2015, sendo 597 milhões de homens e 529 milhões de mulheres. Esse aumento possivelmente foi devido ao envelhecimento e aumento da população. Hoje, a doença arterial coronariana é a principal causa de morte em todo o mundo, com 17,3 milhões de óbitos por ano. Até 2030 são esperados mais 23,6 milhões de óbitos por essa causa (NCD, 2017).

O Brasil figura no sexto lugar entre os países com a mais alta taxa de morte por doenças cardíacas, infartos e HAS, entre homens e mulheres de 35 a 74 anos. Verifica-se que, a taxa de incidência de HAS no Brasil passou de 22,5% em 2006 para 25,7% em 2016, sendo que as mulheres têm recebido mais diagnóstico de HAS (27,5) que os homens (23,6). Em Santa Catarina nos anos de 2012 a 2015 o estado tem apresentado um aumento no número de óbitos com causa base HAS totalizando uma média anual de 1336 óbitos, sendo a HAS a terceira causa de morte por aparelho circulatório, ficando atrás apenas das causas isquêmicas e cerebrovasculares (DATASUS, 2017).

A Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) descreve que 77% das pessoas com o primeiro episódio de Acidente Vascular Encefálica (AVE) têm HAS, e que ter HAS aumenta de 4 a 6 vezes o risco de AVE. A HAS contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular, no qual 75% das pessoas com insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e 69% das pessoas com primeiro infarto agudo do miocárdio (IAM) têm HAS. Sendo esta também a segunda causa de doença renal crônica.

Desde 2005 a Doença Isquêmica do Coração (DIC) e a doença cardiovascular são as principais causas de óbito no Brasil. Até 2015 houve aumento de 18,8% dos óbitos pela primeira e de 13,3% pela segunda causa. Nesse período, a DIC passou da segunda para a primeira causa de mortes prematuras (abaixo de 60 anos), com aumento de 8,5%.

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as Doenças Crônicas não Transmissíveis têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT et al., 2011).

3. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A RAS tem sido proposta para lidar com projetos e processos complexos de gestão e atenção à saúde, onde há interação de diferentes agentes e têm como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde a fim de prover uma atenção de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, 2012).

A formação de redes integradas e regionalizadas tem se mostrado como forma de organização de sistemas de saúde eficaz para responder a desafios estruturais e epidemiológicos, trazendo melhores resultados para os indicadores de saúde, contribuindo assim para a melhoria dos agravos e dos indicadores de morbimortalidade.

Sua composição é estruturada por níveis de atenção (primário, secundário e terciário), pontos de atenção e territórios sanitários, tendo a finalidade de formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção, espaços estes onde são ofertados os serviços de saúde.

Quadro 1: Composição da RAS de HAS

Nível de Atenção	Ponto de Atenção	Território Sanitário
Atenção Terciária à Saúde	Hospital com leitos UTI, Hospital e/ou Unidade de Cardiologia	Macrorregião Região de Saúde
Atenção Secundária à Saúde	Hospital Geral, Ambulatórios especializados; UPA, Melhor em Casa;	Região de Saúde Município
Atenção Primária à Saúde	UBS Telessaúde/Teleconsultoria/ Telemedicina	Município Área de Abrangência Microárea
	Domicílio/Escola /Comunidade	

Fonte: SES/SC

Saiba mais:

Leia mais sobre o cuidado às pessoas com doenças crônicas no Caderno de Atenção Básica, nº 35. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica.

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf

3.1. NÍVEIS DE ATENÇÃO

Os níveis de atenção à saúde são determinados por meio da Atenção Primária, Secundária e Terciária e seus pontos de atenção. Contudo, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) desenvolvido por Eugênio Vilaça Mendes (2012) estratifica em cinco níveis as intervenções de promoção da saúde até a gestão das condições crônicas muito complexas. Nesta mesma lógica, Sturmer e Bianchini (2012) apresentam uma proposta que integra a severidade da condição crônica estabelecida e a capacidade de autocuidado. No contexto das doenças cardiovasculares, podemos estabelecer quatro graus de severidade da condição crônica, em ordem crescente, conforme quadro 2 que segue.

Quadro 2: Graus de severidade das condições crônicas cardiovasculares e exemplos

Graus de severidade da condição crônica	Exemplos
Grau 1: presença de fatores de risco ligados aos comportamentos e estilos de vida na ausência de doença cardiovascular.	<ul style="list-style-type: none">• Tabagismo• Excesso de peso• Sedentarismo• Uso de álcool
Grau 2: condição crônica simples, com fatores biopsicológicos de baixo ou de médio risco.	<ul style="list-style-type: none">• DM e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) dentro da meta estabelecida, sem complicações, com baixo ou médio risco cardiovascular em avaliação por escores de risco, como o escore de Framingham
Grau 3: condição crônica complexa ou presença de fatores de alto risco para complicações cardiovasculares.	<ul style="list-style-type: none">• Alto risco para doença cardiovascular em avaliação de escores de risco• Microalbuminúria/proteinúria• Hipertrofia ventricular esquerda• Uso de insulina• DM2 acima da meta glicêmica• HAS acima da meta pressórica
Grau 4: condição crônica muito complexa ou de muito alto risco (complicação estabelecida com grande interferência na qualidade de vida).	<ul style="list-style-type: none">• Cardiopatia isquêmica• AVC prévio• Vasculopatia periférica• Retinopatia por DM• ICC classes II, III e IV• Insuficiência renal crônica• Pé diabético/neuropatia periférica

Fonte: (STURMER; BIANCHINI, 2012, adaptado de MENDES, 2012).

Stürmer e Bianchini (2012) propõem ainda cinco níveis de atenção com sugestão de ações de saúde predominantes e exemplo de atividades:

Figura 1 - Os diferentes estratos de risco e correspondentes exemplos de ações predominantemente recomendadas para doenças crônicas cardiovasculares

Nível de Atenção	Ação de Saúde Predominante	Exemplos de Atividades
5	Gestão de Caso	Discussão de caso, visitas domiciliares, abordagem familiar.
4	Atenção individual	Consultas sequenciais, multidisciplinares.
3	Atenção individual / compartilhada em atividade de grupo	Consultas sequenciais, multidisciplinares e/ou consulta coletiva – Particularizar conforme a necessidade individual.
2	Atenção compartilhada em atividade de grupo	Consulta Coletiva
1	Grupos de Educação em Saúde	Grupo de tabagismo, de caminhada, alimentação saudável.

Fonte: (STÜRMER; BIANCHINI, 2012).

O estrato 1, a situação de menor risco/vulnerabilidade, equivalente à maioria da população, representa as pessoas que possuem apenas os fatores de risco ligados a comportamentos e a estilo de vida, não apresentando doença estabelecida. Nessa situação, o apoio ao autocuidado é uma estratégia fundamental. A principal ação de saúde são atividades de educação em saúde direcionadas à abordagem dos fatores de risco (STÜRMER; BIANCHINI, 2012).

O estrato 2, considerado baixo risco, corresponde às pessoas com fatores biopsicológicos estabelecidos e que exigem cuidado profissional mais dirigido; mas o apoio ao autocuidado ainda é a base da abordagem. A constatação de baixo risco recomenda ações de apoio ao autocuidado e cuidado compartilhado entre os diferentes profissionais da equipe de saúde. A consulta coletiva pode ser um exemplo (STÜRMER; BIANCHINI, 2012).

O estrato 3 compreende um estrato intermediário, onde a condição crônica representa um risco maior, e a condição clínica determina o tipo de atenção à saúde a ser ofertado pela equipe. Por exemplo, quando a hipertensão não está controlada apesar do cumprimento do plano de cuidados, a atenção clínica precisa ser particularizada indo além das recomendações de protocolos, seja para investigação e/ou controle (STÜRMER; BIANCHINI, 2012).

O estrato 4 representa pessoas com alto risco e que apresentam insuficiente capacidade para o autocuidado, ou aquelas que já possuem enfermidade crônica muito complexa, mas possuem capacidade suficiente de autocuidado. Esse grupo demanda atenção mais concentrada e individual por parte dos profissionais, por exemplo, com consultas sequenciais realizadas pelos diferentes profissionais implicados no cuidado da condição de saúde (STÜRMER; BIANCHINI, 2012).

O estrato 5 corresponde às pessoas que necessitam da maior concentração de atenção profissional, pois, à gravidade da condição estabelecida soma-se a insuficiente capacidade de autocuidado (STÜRMER; BIANCHINI, 2012).

3.2. AÇÕES NOS PONTOS DE ATENÇÃO

Os níveis de atenção à saúde, enquanto oferta de serviços em grau crescente de especialização médica, de exames e de tratamento para as doenças e necessidades de saúde da população, devem atuar articuladamente por meio dos pontos de atenção para atender a demanda e complementar o cuidado à pessoa na sua integralidade.

Atenção Primária

A Atenção Primária está mais próxima da comunidade, serve como primeira referência nas situações de saúde e doença. Porém, sua proposta deve ir além da Unidade de Saúde, por meio da interação com a comunidade, deve desenvolver estratégia de promoção da saúde e prevenção de doenças. E, em articulação com outras áreas, como a educação e a assistência social, podem ser desenvolvidos projetos de integração e participação social, na busca por melhores condições de vida e cidadania.

Pontos de Atenção da Rede:

- Unidade Básica de Saúde (UBS): acompanha a comunidade e articula ações de educação em saúde, identifica as necessidades de vida da população, realiza a estratificação de riscos, o tratamento, subsidiando a organização do cuidado em toda a rede;
- Polo da Academia da Saúde: potencializa ações de cuidados individuais e coletivos na atenção primária, culturalmente inserido e adaptado aos territórios, contemplando práticas corporais e atividades físicas; produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; e mobilização da comunidade.

Estratégias para o apoio matricial e institucional às equipes:

- Núcleo de Ampliado da Saúde da Família (NASF-AB): realiza suporte clínico e pedagógico para qualificação da atenção por meio da educação permanente presencial e à distância, atendimentos individuais e coletivos compartilhados, atendimentos específicos e discussão de casos que necessitem a regulação da RAS, ampliando a oferta de serviços.
- Apoio institucional da Gestão: acompanha/orienta as equipes de saúde por meio da educação permanente à distância (minicursos, webpalestras e fóruns de discussão) a (re)organização do processo de trabalho da atenção primária para qualificar o acesso à APS no momento mais oportuno.

Atenção Secundária

- Unidade de Pronto Atendimento (UPA): faz parte da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Seu objetivo é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária;
- Hospital Geral: os pontos de atenção hospitalar, junto às UPA e ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), farão a interlocução entre a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Essa interface é fundamental no intuito de promover a assistência integral aos casos de agudização das doenças crônicas.
- Ambulatórios especializados: conjunto de serviços e ações eletivas de média e de alta complexidade.
- Melhor em Casa: realiza ações de tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado a domicílio.

Atenção Terciária

- Hospital com leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI): destinado ao acolhimento de pacientes em estado grave, prestando suporte e monitoramento constante (24 horas) às funções vitais enquanto se recuperam por meio de procedimentos de alta complexidade.
- Hospital e/ou Unidade de Cardiologia: assistência especializada ao paciente com doenças cardíacas de alta complexidade, como: insuficiência coronariana aguda, insuficiência cardíaca avançada, arritmias, doenças inflamatórias do miocárdio e pericárdio, hipertensão grave e cardiopatias congênitas.

4. LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM HAS

A padronização técnica de uma LC caracteriza-se por descrever o itinerário do paciente no sistema e por conter um conjunto de informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, cura e reabilitação a serem desenvolvidas nas unidades de atenção à saúde, bem como informações relativas aos recursos envolvidos nesses processos em cada uma dessas unidades.

A finalidade da LC Da HAS é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com esta condição crônica, por meio da integralidade, da longitudinalidade e a coordenação do cuidado em todos os pontos de atenção. O cuidado deve levar em consideração as necessidades individuais de cada pessoa após identificar os fatores de risco, avaliar as condições de saúde e solicitar exames necessários e que possam contribuir para a decisão terapêutica ou preventiva.

Saiba mais:

Leia mais sobre o cuidado às pessoas com doenças crônicas no Caderno de Atenção Básica, nº 37. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf

4.1 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DA HAS

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos. O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90 mmHg verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três. A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão.

Cabe salientar o cuidado de se fazer o diagnóstico correto da HAS, uma vez que se trata de uma condição crônica que acompanhará o indivíduo por toda a vida. Deve-se evitar verificar a PA em situações de estresse físico (dor) e emocional (luto, ansiedade), pois um valor elevado, muitas vezes, é consequência dessas condições.

Para o diagnóstico da HAS utiliza-se ainda anamnese, exame físico e exames complementares, se necessário. A classificação da PA de acordo com as medidas, em maiores de 18 anos, pode ser vista no Quadro 3.

Quadro 3: Classificação de PA para adultos maiores de 18 anos

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121 - 139	81 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; PA: pressão arterial. Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC, 2016

A interpretação dos valores de PA obtidos em crianças e adolescentes deve considerar idade, sexo e altura, segundo valores próprios para avaliar os níveis pressóricos normais em crianças e adolescentes.

Quadro 4: Classificação da PA para crianças e adolescentes

Classificação	Percentil* para PAS e PAD	Frequência de medida da pressão arterial
Normal	PA < percentil 90	Reavaliar na próxima consulta médica agendada
Limitrofe	PA entre percentis 90 a 95 ou se PA exceder 120/80mmHg sempre < percentil 90 até < percentil 95	Reavaliar em seis meses
Hipertensão estágio 1	Percentil 95 a 99 mais 5mmHg	Paciente assintomático: reavaliar em 1 a 2 semanas; se hipertensão confirmada encaminhar para avaliação diagnóstica. Paciente sintomático: encaminhar para avaliação diagnóstica
Hipertensão estágio 2	PA > percentil 99 mais 5mmHg	Considerar encaminhamento à atenção especializada
Hipertensão do avental branco	PA > percentil 95 em ambulatório ou consultório e PA normal em ambientes não relacionados à prática clínica	—

Fonte: (Modificado de SBC; SBH; SBN, 2010).

* Para idade, sexo e percentil de estatura. Consulte Anexos B, C e D.

Fonte: BRASIL, 2013

O uso da monitorização ambulatorial da PA durante 24 horas ou da monitorização residencial da PA pode auxiliar no diagnóstico para evitar a síndrome da Hipertensão da Bata Branca (HBB) e da Hipertensão Mascarada (HM).

O diagnóstico de HBB se faz quando a PA aferida no consultório é elevada e se apresenta como normal na monitorização ambulatorial da PA durante 24 horas ou na monitorização residencial da PA. Na HM, a situação ocorre de modo inverso.

Nessas duas situações, HBB e HM, a monitorização ambulatorial da PA durante 24 horas é obrigatória. Esta possibilita identificar as alterações circadianas da PA, especialmente as que estão relacionadas com o período de sono. Consideram-se elevação da PA na monitorização ambulatorial de 24 horas os seguintes valores: PA nas 24 horas $\geq 130/80$ mmHg, variação entre os períodos de vigília $\geq 135/85$ mmHg e sono $\geq 120/70$ mmHg. Para a monitorização residencial da PA, considera-se elevada a PA $\geq 135/85$ mmHg (MALACHIAS et al, 2016).

A hipertensão arterial essencial ou hipertensão arterial idiopática ou hipertensão primária é a forma de hipertensão que não tem uma causa atribuível e identificável. É o tipo mais comum de hipertensão e afeta cerca de 95% dos hipertensos (BRASIL, 2013).

Já a HAS secundária, acomete menos de 3% das pessoas com HAS e possui causa definida que precisa ser diagnosticada, pois é potencialmente tratável e/ou curável. A avaliação dessas pessoas é fundamental para o encaminhamento a especialistas. As causas mais comuns de HAS secundária estão vinculadas aos rins (parenquimatosa, arterial ou obstrutiva).

Características sugestivas de HAS secundária:

- Início súbito da HAS antes dos 30 anos ou após os 50 anos;
- HAS estágio II e/ou resistente à terapia;
- Aumento da creatinina sérica;
- Hipopotassemia sérica espontânea, menor que 3,0meq/l (hiperaldosteronismo primário);
- Exame de urina tipo 1 apresentando proteinúria ou hematúria acentuada;
- Presença de massas ou sopros abdominais;
- Uso de fármacos indutores do aumento da pressão arterial (anticoncepcional oral, corticoides, anti-inflamatórios não esteroides, descongestionantes nasais, supressores de apetite, antidepressivos tricíclicos, tetracíclicos e inibidores da monoamina oxidase);
- Tríade do feocromocitoma: palpitações, sudorese e cefaleia em crise;
- Acromegalia: aumento da língua, ganho de peso, hipersonolência, alterações grosseiras de fâcies e aumento de extremidades;
- Síndrome de Cushing: ganho de peso, hirsutismo, estrias, edema e fâcies típicos;
- Diminuição ou retardo da amplitude do pulso femoral e dos membros superiores (coarctação da aorta).

As causas de HAS secundária podem ser divididas em categorias:

- Causas renais: rim policístico, doenças parenquimatosas;
- Causas renovasculares: coarctação da aorta, estenose da artéria renal;
- Causas endócrinas: feocromocitoma, hiperaldosteronismo primário, síndrome de Cushing, hipertireoidismo, hipotireoidismo, acromegalia;
- Causas exógenas: drogas, álcool, tabagismo (especialmente em grandes quantidades), cafeína, intoxicação química por metais pesados (BRASIL, 2013).

4.2 TÉCNICA RECOMENDADA PARA AFERIÇÃO DA PA

- A medição da PA deve ser feita com esfigmomanômetro validado, calibrado e preciso, adequa-se a braçadeira à circunferência do braço (conforme a recomendação do fabricante). Como regra, a largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento, envolver pelo menos 80%.
- A braçadeira deve estar ajustada e posicionada 2 a 3 cm acima da fossa cubital, com a parte compressiva centrada sobre a artéria braquial. O braço deve estar apoiado e posicionado à altura do coração.
- A pessoa deve repousar previamente durante cinco minutos, em ambiente calmo, sentado com as costas apoiadas e as pernas descruzadas assentes no solo. Deve ainda estar descontraída, sem ter feito exercício nos últimos 30 minutos e sem fumar ou tomar álcool ou bebidas energéticas (inclusive café) até uma hora antes da aferição.
- A medição também poderá ser efetuada após dois minutos na posição supina com o braço apoiado, especialmente em pessoas com diabetes e idosos e na suspeita de hipotensão ortostática (também conhecida como hipotensão postural, ortostase e coloquialmente como tontura) é uma forma de hipotensão em que a PA cai abruptamente quando essa pessoa assume a posição de pé.

Lembrar que a PA na posição sentada servirá para tomada de decisão terapêutica, enquanto a da posição ortostática, para modificação do tratamento se estiver presente hipotensão ortostática.

- Insuflar a braçadeira rapidamente 30 mmHg acima do desaparecimento do pulso radial e proceder à sua deflação à velocidade aproximada de 2 mmHg/batimento. A PAS será determinada pela auscultação do primeiro som (fase I de Korotkoff) e a PAD pelo desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff). Na persistência dos batimentos até zero, atribuir o valor de PAD ao momento de abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff).
- Deve-se descartar a primeira medição, fazer duas medidas sequenciais nos dois membros e registrar-se a de maior valor.
- Registrar o valor de PA obtido para a pessoa com HAS. Reavaliação pelo menos mensal até ser atingido o controle da PA e posteriormente a cada três meses.

Manguitos mais longos e largos são necessários em pessoas obesas, para não haver superestimação da PA. Em braços com circunferência superior a 50 cm, onde não há manguito disponível, pode-se fazer a medida no antebraço e o pulso auscultado deve ser o radial. Há, entretanto, restrições quanto a essa prática, recomendando-se que sejam usados manguitos apropriados.

4.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL NOS CICLOS DE VIDA

4.3.1 Crianças e Adolescentes

O Ministério da Saúde considera criança a pessoa de 0 a 9 anos e o adolescente de 10 a 19 anos. A divisão em ciclos de vida, adotada pelo Ministério da Saúde, visa atender as especificidades nas fases de crescimento e desenvolvimento da criança e o início da puberdade nos adolescentes (BRASIL, 2012). As pessoas cadastradas no território da equipe de atenção primária devem ser acompanhadas longitudinalmente de acordo com as necessidades e especificidades identificadas pelas equipes.

Estudos epidemiológicos brasileiros têm demonstrado prevalência de HAS em crianças e adolescentes, entre 6% e 8%. Quanto mais jovem a pessoa e, mais altos os níveis da pressão arterial, maior a possibilidade de ser de causa secundária, principalmente as renais. Deve ser observada a presença de fatores de riscos, tais como história familiar, obesidade, erros dietéticos, tabagismo e sedentarismo. Existe uma importante associação entre excesso de peso e HAS, predominantemente no adolescente. A ingestão de álcool, o uso de drogas (particularmente a cocaína) e a utilização de hormônios esteroides, anabolizantes e anticoncepcionais orais devem ser considerados como possíveis causas de HAS na mesma faixa etária (SBC, 2016).

A média de idade, no Brasil, para o primeiro uso de álcool é de 12,5 anos. A forma mais comum de uso do álcool por adolescentes é *binge* (abuso episódico e em grandes quantidades). Além disso, estudos epidemiológicos têm mostrado que o início do consumo de álcool, cigarro e outras drogas ocorre predominantemente durante a adolescência (FORMIGONI,, 2017, p.72).

A medição da PA em crianças deve ser realizada em toda avaliação clínica, após os três anos de idade, pelo menos anualmente, como parte do atendimento pediátrico primário, devendo respeitar as padronizações estabelecidas para os adultos, pois é uma importante forma de diagnosticar a HAS infantil (SBC, 2016; BRASIL, 2013; PARANÁ, 2018).

4.3.2 Gestantes e Adultos

Existem duas formas principais de HAS que podem complicar a gravidez: hipertensão arterial crônica (preexistente) e hipertensão induzida pela gravidez (pré-eclâmpsia/eclâmpsia). A presença de hipertensão arterial crônica aumenta o risco de pré-eclâmpsia sobreposta.

Com relação à aferição de PA, na gestante deve ser efetuada com a mesma técnica e equipamentos recomendada para adultos.

Saiba mais:

Mais informações sobre a síndrome hipertensiva na gestação no Caderno de Atenção Básica, nº 32. Atenção ao Pré-natal de baixo risco. Disponível em:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

4.3.3 Pessoa idosa

Em decorrência de características próprias do envelhecimento, a pessoa idosa pode apresentar com maior frequência, o hiato auscultatório, quando, após a ausculta dos sons iniciais, ocorre o desaparecimento dos sons e o seu reaparecimento em níveis pressóricos mais baixos, o que subestima a verdadeira PAS ou superestima a PAD. Por isso deve-se auscultar até o total desaparecimento dos sons.

A pseudo-hipertensão, que está associada ao processo aterosclerótico, pode ser detectada pela Manobra de Osler que consiste em inflar o manguito até acima do nível da pressão sistólica e palpar a artéria radial. Nas pessoas idosas com calcificação vascular a artéria permanece palpável (sinal de Osler positivo). (SBC, 2016).

Hipotensão ortostática ocorre quando os níveis de PAS diminuem 20 mmHg ou mais, ou os níveis diastólicos diminuem 10 mmHg ou mais, um a três minutos após a pessoa assumir a postura ereta. A posição recomendada para a medida em pessoas idosas é a sentada e devem também ter uma medida de PA na posição ortostática para avaliação de disautonomia, principalmente se em uso de medicação anti-hipertensiva. (SBC, 2016).

Há maior ocorrência de HBB em pessoas idosas, hipotensão pós-prandial, arritmias como fibrilação atrial, podem dificultar a medição da PA. (SBC, 2016, BRASIL, 2013, PARANÁ, 2018).

4.4. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

O cuidado e a educação em saúde são componentes para a promoção da saúde e para uma vida com maior qualidade à população e devem ser o foco dos profissionais de saúde. Na promoção da saúde, a atenção ocorre durante todos os ciclos da vida, e é o ponto fundamental da atenção primária. As ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (figura 2) iniciam-se durante a gravidez, promovendo os cuidados pré-natais e a nutrição adequada, passam pelo estímulo ao aleitamento materno, pela proteção à infância e à adolescência quanto à exposição aos fatores de risco (álcool, tabaco) e quanto ao estímulo aos fatores protetores (alimentação equilibrada, prática de atividade física) e persistem na fase adulta e durante todo o curso da vida.

Figura2 : Prevenção de DCNT ao longo da vida

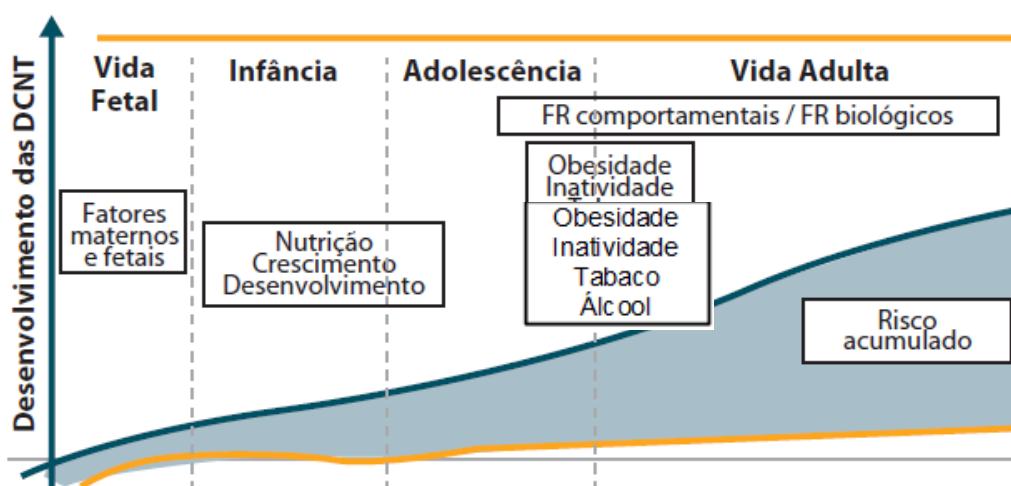


Figura 2: Benefícios na atuação sobre fatores ambientais e comportamento saudável ao longo do ciclo de vida.
Fonte: WHO, 2003 (apud BRASIL, 2011).

Fonte: Mendes, 2012.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a promoção da saúde, as estratégias envolvidas no controle e redução dos fatores de risco devem abordar os diferentes níveis de atenção à saúde por meio da prevenção primária, secundária e terciária.

Tendo como foco a prevenção da HAS a atenção primária precisa estar atenta para identificar na comunidade as pessoas com maior risco de desenvolverem a condição crônica e, quanto às pessoas que já possuem o diagnóstico, as com maior risco de complicações, precisam de cuidados e encaminhamentos necessários. Esse olhar diferenciado, com a estratificação de risco, pode facilitar o acesso aos serviços para as pessoas que mais necessitam.

Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à unidade de saúde para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de

pelo menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá ter sua PA avaliada e registrada.

As equipes de saúde devem organizar uma lista de pacientes com hipertensão que necessitam de acompanhamento regular e mais intensivo. Nestas listas devem constar: nome, cartão SUS, endereço completo, telefone, nome do ACS, acompanhamento de exames e consultas especializadas, plano de cuidado, lista de medicamentos. Esta lista deve ser periodicamente avaliada na reunião da equipe para acompanhamento e discussão da situação do usuário. Por exemplo, se está com algum exame atrasado, lembrar da data de consulta com especialista, se está aderindo ou não ao tratamento, etc. Esta lista deve preferencialmente ser organizada no *dropbox* ou algo similar.

Os fatores de risco são os componentes que podem levar à doença ou contribuir para o risco de adoecimento e manutenção dos agravos de saúde. A alimentação inadequada, a inatividade física, o uso de tabaco e o uso nocivo de álcool aumentam o risco de morte por DCNT. Demais fatores de risco, seguem apresentados abaixo.

Quadro 5: Fatores de risco para HAS

Fatores de risco não modificáveis

- Idade e história familiar prematura de doença cardiovascular (homens > 55 anos e mulheres > 65 anos);
- Sexo e etnia (prevalência entre mulheres (24,2%) e pessoas de raça negra (24,2%)*

Fatores de risco modificáveis

- Excesso de peso (circunferência da cintura > 102 cm nos homens e > 88 cm nas mulheres) e obesidade (índice de massa corporal ≥ 30 kg/m²);
- Ingestão de álcool;
- Ingestão de sal;
- Sedentarismo;
- Dislipidemia (triglicérides > 150 mg/dl; LDL-C > 100 mg/dl; HDL-C < 40 mg/dl)
- Estresse;
- Tabagismo.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC, 2016. *A prevalência e a gravidade da HAS na população negra é mais elevada, assim como a incidência de hipertensão arterial maligna, acidente vascular encefálico e insuficiência renal crônica, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos.

Os dados relevantes da história clínica dirigida à pessoa com HAS, tanto na avaliação inicial quanto no seguimento, são:

1. Identificação: sexo, idade, etnia, condição socioeconômica, situação familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade.

2. História atual:

- Data aproximada do diagnóstico da HAS e níveis de pressão alterados;
- Valores de pressão arterial em avaliações anteriores;
- Adesão e reações adversas aos tratamentos anteriores, motivos de abandono do tratamento;
- Resultado do tratamento atual;
- Participação em atividades de grupo da UBS, modificações realizadas no modo de viver, dúvidas, dificuldades encontradas;
- Uso de medicamentos prescritos, suplementos alimentares, fitoterapia, fórmulas magistrais, reações adversas;
- Alterações no peso;
- Como está se sentindo em relação à doença e ao tratamento;
- Avaliação dietética incluindo: consumo de sal, bebidas alcoólicas, gordura saturada e cafeína;
- Consumo de medicamentos ou drogas que podem elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento (corticoesteroides, anti-inflamatórios, anorexígenos, antidepressivos, hormônios).

3. Presença de outras comorbidades e disfunções: sintomas de doença arterial coronária: sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca; doença vascular encefálica; doença arterial periférica; doença renal; diabetes mellitus; indícios de hipertensão secundária; gota.

4. Investigação sobre os diversos aparelhos e fatores de risco: dislipidemia, tabagismo, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, perda de peso características do sono, função sexual, doença pulmonar obstrutiva crônica.

5. História pregressa: antecedentes de complicações agudas e avaliações de urgência em serviços de saúde; história sugestiva de complicações crônicas: gota, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca.

6. História vacinal.

7. Antecedentes ginecológicos e obstétricos: infertilidade; história sexual e contraceptiva.

8. História mórbida familiar: acidente vascular encefálico; doença arterial coronariana prematura (homens < 55 anos, mulheres < 65 anos); morte prematura e súbita de familiares próximos (de primeiro grau).

9. Condições e hábitos de vida: fatores ambientais e psicossociais; atividade física (no lazer, domicílio ou trabalho); tabagismo; uso de álcool ou drogas ilícitas; sintomas de depressão, ansiedade e pânico.

10. Adesão ao tratamento: A ausência de sintoma da HAS ou a percepção da melhoria imediata na presença do controle pressórico pode afetar o comportamento do usuário, induzindo à suspensão do tratamento, por acreditar que não há necessidade para o seu uso e de modificar hábitos relacionados ao trabalho, ao meio social e à dinâmica familiar, até que surjam as complicações provocadas pela doença. Levando em consideração aspectos socioculturais e psíquicos é importante reforçar a importância a adesão ao tratamento da hipertensão, após diagnosticada. Além do autocuidado (do sujeito hipertenso), outros atores têm papel desafiador para a adesão ao tratamento. São eles: a família e os profissionais da área da saúde. A família, ou, pelo menos, uma pessoa, precisa estar atenta em casa para perceber o comportamento do hipertenso no sentido de ver se o mesmo aderiu ao tratamento, ou se oferece resistência. Os familiares precisam ter ciência de que a doença tende a piorar, caso não haja adesão ao tratamento. Os profissionais de saúde, por sua vez, devem colaborar para o controle da adesão ao tratamento utilizando métodos indiretos para medi-la (MOREIRA et al., 2016, p. 347). " Cabe salientar o papel dos Agentes Comunitários de Saúde como de extrema importância nos cuidados com pacientes hipertensos, pois são os profissionais que tendem a ter mais contato com as famílias, principalmente, em domicílio. Os ACSs conseguem fazer a ponte entre sujeito hipertenso e médico da família, agilizando marcação de consultas, controle de medicação, troca de medicação, encaminhamento de exames. Tudo isto colabora para a adesão ao tratamento, pois o sujeito sente-se cuidado.

O exame físico deve ser minucioso, os dados relevantes do exame físico dirigido à pessoa com HAS, tanto na avaliação inicial quanto no seguimento, são:

- Aferição da PA;
- Frequência cardíaca: realizar palpação e ausculta dos pulsos periféricos;
- Avaliação nutricional: obtenção de peso e altura para cálculo do índice de massa corporal e aferição do perímetro da cintura;
- Inspeção: fácies e aspectos sugestivos de hipertensão secundária;
- Pescoço: palpação e ausculta das artérias carótidas, verificação de turgescência jugular e palpação de tireoide;
- Exame do precórdio: íctus sugestivo de hipertrofia ou dilatação do ventrículo esquerdo; arritmias; 3ª bulha, que sinaliza disfunção sistólica do ventrículo esquerdo; ou 4ª bulha, que sinaliza presença de disfunção diastólica do ventrículo esquerdo; hiperfonese de 2ª bulha em foco aórtico, além de sopros nos focos mitral e aórtico;
- Exame do pulmão: ausculta de estertores, roncos e sibilos;
- Exame do abdome: massas abdominais indicativas de rins policísticos, hidronefrose, tumores e aneurismas. Identificação de sopros abdominais na aorta e nas artérias renais;

- Extremidades: palpação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos. A diminuição da amplitude ou retardo do pulso das artérias femorais sugerem coarctação da aorta ou doença arterial periférica;
- Avaliação de edema;
- Exame neurológico sumário;
- Exame de fundoscopia: identificar estreitamento arteriolar, cruzamentos arteriovenosos patológicos, hemorragias, exsudatos e papiledema.

O exame de FUNDOSCOPIA deve ser sempre feito ou solicitado na primeira avaliação, em especial, em pacientes com HAS com estratificação de risco estágio 3, que apresentam Diabetes ou lesão de órgão alvo (LOA).

O risco deve ser avaliado individualmente. Para pessoas com HAS auxilia na decisão terapêutica e permite uma análise prognóstica. Na estratificação, deve-se avaliar os fatores de risco e relacioná-los com os níveis de PA.

Quadro 6: Estratificação dos níveis pressóricos

	PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sem fator de risco	Sem Risco Adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥ 3 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; DM: diabetes melito; LOA: lesão em órgão-alvo.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC, 2016.

Na prática clínica, a estratificação do risco da pessoa com HAS pode ser baseada em duas estratégias diferentes. Na primeira, o objetivo da avaliação é determinar o risco global diretamente relacionado à HAS. Nesse caso, a classificação do risco depende dos níveis da PA, dos fatores de risco associados, das LOA e da presença de doença cardiovascular ou doença renal.

Na segunda estratégia, o objetivo é determinar o risco de uma pessoa desenvolver doença cardiovascular, em geral, nos próximos 10 anos. Embora essa forma de avaliação não seja específica para a pessoa com HAS, pois pode ser realizada em qualquer pessoa entre 30 e 74 anos, vale ressaltar que a HAS é o principal fator de risco para doença cardiovascular. (SBC, 2016).

Deve-se destacar que a identificação de doença cardiovascular prévia, doença renal ou Diabetes Mellitus aumenta consideravelmente o risco de eventos cardiovasculares futuros, independente dos valores da PA. A avaliação do risco cardiovascular depende de informações obtidas na histórica clínica, no exame físico e através de exames complementares e recomenda-se a utilização do escore de Framingham (ANEXO 1). Este é definido como a probabilidade de um indivíduo ter um evento durante um período de tempo, por exemplo, 10 anos. (PAULA et al, 2013).

Quadro 7: Estratificação segundo fator de risco cardiovascular

Baixo risco/ Intermediário	Alto risco	
Tabagismo	AVC (acidente vascular cerebral) previamente	
HAS (hipertensão)	IAM (infarto agudo do miocárdio) previamente	
Obesidade	LESÃO PERIFÉRICA (LOA – lesão de órgão-alvo)	AIT (ataque isquêmico transitório)
Sedentarismo		HVE (hipertrofia de ventrículo esquerdo)
Sexo masculino		Nefropatia
Idade > 65 anos		Retinopatia
História familiar		Aneurisma de aorta abdominal
(H < 55a; M < 65a) – evento cardiovascular prévio		Estenose de carótida sintomática
	DM (Diabetes mellitus)	

Fonte: BRASIL, 2010.

Para se determinar o risco cardiovascular, deve-se primeiro classificar segundo seus fatores de risco, podendo fazer parte de um dos três grupos abaixo:

1. Se apresenta apenas um fator de risco baixo/intermediário, não há necessidade de calcular o risco cardiovascular, pois ele é considerado como baixo risco cardiovascular e terá menos que 10% de chance de morrer por acidente vascular encefálico (AVE) ou infarto agudo do miocárdio (IAM) nos próximos 10 anos.
2. Se apresentar ao menos um fator de risco alto cardiovascular, não há necessidade de calcular o risco cardiovascular, pois esse é considerado como alto risco cardiovascular e terá mais ou igual a 20% de chance de morrer por AVE ou IAM nos próximos 10 anos.
3. Se apresentar mais do que um fator de risco baixo/intermediário, há necessidade de calcular o risco cardiovascular, pois pode mudar para baixo, para alto ou permanecer como risco intermediário.

Saiba mais:

Leia mais sobre o cuidado às pessoas com doenças crônicas no Caderno de Atenção Básica, nº 29. Rastreamento. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf

A estratificação de risco é realizada pela equipe da Atenção Primária através da história clínica da pessoa com HAS e da análise dos exames indicados e sua periodicidade, conforme quadros 8 e 9 respectivamente.

Quadro 8: Exames para estratificação de risco

Exame (cód. SIGTAP)
Dosagem de glicose (0202010473)
Dosagem de creatinina (0202010317)
Dosagem de colesterol total (0202010295)
Dosagem de HDL - Colesterol (0202010279)
Dosagem de LDL - Colesterol (0202010287)
Dosagem de triglicérides (0202010678)
Dosagem de potássio (0202010600)
Dosagem de triglicérides (0202010678)
Dosagem de potássio (0202010600)
Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina (0202050017)
Eletrocardiograma (0211020036)
Fundoscopia (0211060100)

Fonte: Parâmetros para ações e serviços de saúde do SUS, (Brasil, 2015).

Quadro 9: Sugestão de periodicidade de solicitação de exames

Periodicidade da realização dos exames de acordo com a estratificação de risco			
Exames	Baixo Risco	Risco Intermediário	Alto Risco
Dosagem de glicose (em jejum)	Anual	Anual	Anual
Ácido úrico	Anual	Anual	Anual
Creatinina	Anual	Anual	Semestral
Estimativa da Taxa de Filtração Glomerular (estimativa*)	Anual	Anual	Semestral
Colesterol Total	Anual	Anual	Anual
LDL-Colesterol (cálculo**)	Anual	Anual	Anual
HDL-Colesterol	Anual	Anual	Anual
Triglicerídeos	Anual	Anual	Anual
Potássio	Anual	Anual	Semestral, se creatinina normal
Rotina de urina	Anual	Anual	Anual
Microalbuminúria em urina de 24 hs ou			
Relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina	-	Anual	Anual
Eletrocardiograma	A cada dois anos	Anual	Anual

* Estimar através da tabela de Taxa de filtração glomerular baseado na equação CKD-EPI

** Calcular o LDL-colesterol quando triglicerídeos <400 mg/dL pela fórmula: LDL-colesterol = colesterol total - HDL-colesterol - triglicerídeos/5 Em caso de alteração nos exames, eles deverão ser repetidos com maior frequência, dependendo do tipo e do grau da alteração.

Fonte: Adaptado, Linha Guia DM Paraná (Paraná, 2018).

A periodicidade das consultas da pessoa com HAS deve ser determinada conforme a estratificação de risco. Na Tabela 1, está apresentada uma sugestão de periodicidade de consulta de acordo com o escore de Framingham. Para os usuários com HAS com escore de Framingham na categoria de baixo risco, indica-se que consultem anualmente com o médico e com o enfermeiro. Aqueles com risco moderado deverão realizar consulta médica e de enfermagem semestralmente. Aqueles com risco alto farão acompanhamento médico e de enfermagem quadrimestral.

Tabela 1: Sugestão de periodicidade de consulta de acompanhamento na APS

Categoria	Risco de Evento Cardiovascular em 10 anos	Consulta Médica	Consulta de Enfermagem	Consulta Odontológica
Baixo	< 10%	Anual	Anual	Anual
Moderado	10 – 20%	Semestral	Semestral	Anual
Alto	20%	Quadrimestral	Quadrimestral	Anual

Fonte: BRASIL, 2013.

4.5. FLUXOGRAMA ASSISTENCIAL

O fluxograma da LC de HAS, destaca o percurso da pessoa a partir do seu acolhimento na UBS, com o estabelecimento do diagnóstico e a classificação de risco. Entretanto, todas as pessoas da comunidade fazem parte da atenção do serviço de saúde, com foco na promoção da saúde e na prevenção do risco de adoecerem. Nesse sentido, as UBS articulam-se com os setores da educação e assistência social, em campanhas e trabalhos conjuntos em prol da comunidade. Essa articulação também ocorre na busca por pessoas com risco para o HAS, com identificação e encaminhamentos das escolas e de eventos de campanhas de esclarecimentos/cuidados com a saúde.

É importante lembrar que não há necessidade de organizar o cuidado na Atenção Primária de forma fragmentada, por doenças, sendo fundamental garantir o acesso e o cuidado longitudinal para a pessoa independente de qual problema ela possui. Além do acompanhamento médico e da enfermagem e a atenção farmacêutica para uso racional dos medicamentos, o hipertenso necessita ser orientado quanto novas práticas em saúde, seu estilo de vida e sua saúde mental por toda equipe de saúde da Atenção Primária e do NASF-AB, promovendo sua saúde através de uma alimentação saudável (aquela livre de alimentos gordurosos e a base de sódio), das práticas integrativas, das práticas corporais e das atividades físicas (BRASIL, 2013).

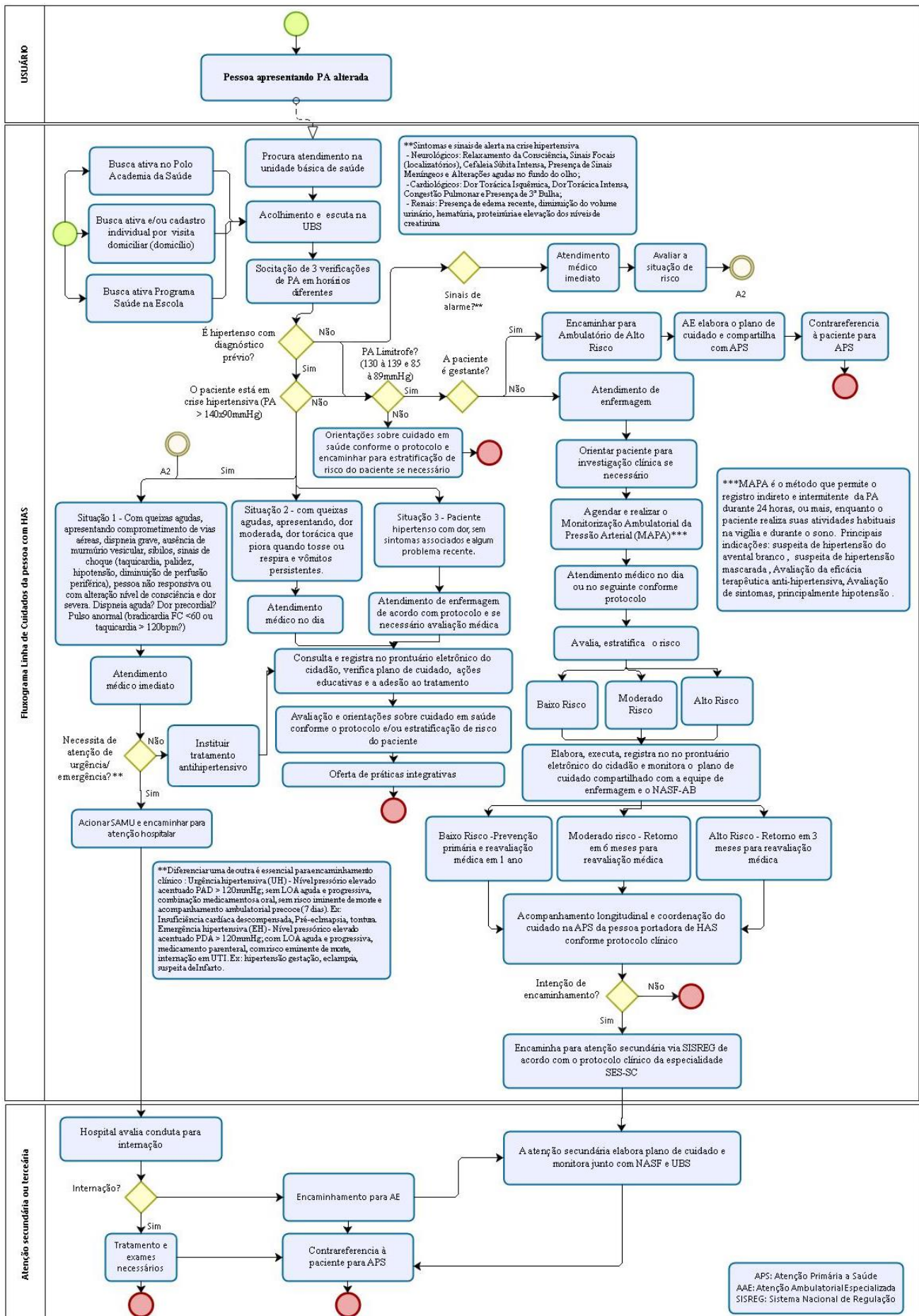
O Agente Comunitário de Saúde (ACS), também, tem um importante papel na identificação e no encaminhamento para avaliação nas UBS de pessoas com risco, como no caso de familiares de primeiro grau de pessoas com HAS e pessoas com sobrepeso/obesidade. Essas pessoas, devem ser avaliadas no serviço de saúde e dependendo da situação, elas serão orientadas quanto a medidas de promoção da saúde e prevenção do HAS, ou serão inscritas para o atendimento segundo a LC.

A aproximação da equipe da APS com usuários e familiares das pessoas com HAS é um ponto fundamental para atenção a saúde, tanto na prevenção do risco de adoecerem, quanto no apoio e engajamento nos cuidados da pessoa com HAS. Para que cuidados essenciais com a doença ocorram, como a mudança de estilo de vida, a pessoa não pode estar sozinha, o contexto social mais íntimo dela, a família, deve participar ativamente, assim todos se cuidam e são cuidados.

Também é importante promover a adesão ao tratamento e reforçar e relacionar com campanha de conscientização da população sobre os fatores de risco e estratégias de prevenção primária de AVC, visto que a doença tem como primeira causa a HAS. Apenas 30-40% dos pacientes com AVC são hospitalizados dentro de 4 horas após o início dos sintomas" (MARTINS et al., 2019, p. 676). Além disso, dados epidemiológicos preveem um aumento global no custo dos AVC. Uma das principais razões é o aumento da prevalência que resultará da queda nas taxas de mortalidade. Os dados são escassos sobre os custos de AVC em países de baixa e média renda, mas em países de alta renda, uma média de 3% do orçamento do governo em assistência médica é gasto em custos de AVC. Esse valor inclui custos hospitalares e indiretos devido a perdas de produtividade e mortalidade prematura. Estima-se que os custos hospitalares representem entre 28% e 83% do custo total dos acidentes vasculares cerebrais, sendo o percentual determinado em grande parte pelo método de cálculo usado para os custos sociais" (SAFANELLI et al., 2019, p. 405).

Na ocorrência do atendimento e do diagnóstico com a classificação de risco, as pessoas seguem no fluxo da LC, conforme apresenta a figura 3.

Figura 3: Fluxograma Linha de Cuidados da pessoa com HAS



Fonte: Adaptado de SÃO PAULO, 2019; MAJACHIAS et al 2016; BRASIL, 2014; BRASIL, 2013; FLORIANÓPOLIS, 2015; SBC, 2011.

4.6. ATRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS NOS PONTOS DE ATENÇÃO

A atribuição dos profissionais envolvidos, baseia-se em alguns pressupostos:

- Ênfase nas ações educativas e no autocuidado, considerando a pessoa com HAS como protagonista do plano de cuidado;
- Ênfase na abordagem integral do processo saúde-doença com atividades voltadas à promoção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação;
- Estímulo à formulação de plano de cuidado em qualquer unidade do sistema, o que pressupõe atuação multiprofissional e interdisciplinar;
- Coordenação do cuidado pela equipe da APS;
- Monitoramento sistemático da adesão da pessoa com HAS ao plano de cuidado proposto;
- Estratificação de risco de forma a identificar os casos que exigem maior atenção; definir o fluxo mais adequado para cada situação; e, otimizar os recursos existentes;
- Fluxo da pessoa com HAS determinado pela necessidade detectada a cada passo do processo assistencial, de forma flexível e multidirecional, permitindo o acompanhamento paralelo em diferentes unidades de atenção e permitindo que a pessoa mantenha o vínculo com sua UBS de origem.
- Consulta do enfermeiro no acompanhamento da pessoa com ou sem hipertensão instalada.

Quadro 10: Atribuições das categorias profissionais, segundo os pontos de atenção.

Atenção Primária à Saúde	
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar visita domiciliar de identificação, cadastro e acompanhamento das pessoas da comunidade; 2. Orientar a comunidade sobre aspectos gerais de promoção da saúde; 3. Identificar na população em geral pessoas com fatores de risco para HAS; 4. Discutir em reunião de equipe as pessoas identificadas com fatores de risco para HAS para organização do cuidado; 5. Realizar e atualizar o cadastro dos usuários com HAS; 6. Estimular e reforçar orientações do plano de cuidados dos usuários com HAS; 7. Registrar todas as visitas, intercorrências, e internações hospitalares.
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar as pessoas da comunidade sobre aspectos gerais de promoção da saúde; 2. Agendar e reagendar consultas médicas e de enfermagem para os casos indicados; 3. Registrar anotações do seu atendimento e técnicas realizadas na ficha da pessoa com HAS; 4. Encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência; 5. Acolher a pessoa com HAS que procura a unidade sem agendamento prévio; 6. Encaminhar para o atendimento de enfermagem as pessoas com HAS.
Enfermeiro	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar consulta de enfermagem (de acordo com protocolo ministerial ou outro) com estratificação de risco; 2. Orientar o autocuidado e monitorar o tratamento dos pacientes com HAS; 3. Acompanhar e monitorar todos os pacientes com HAS de médio e alto risco (lista de paciente por equipe); 4. Estabelecer junto com a equipe, estratégias que possam favorecer a adesão ao tratamento e participação de grupos; 5. Organizar com a equipe ações intersectoriais de promoção da saúde; 6. Promover educação em saúde.

Médico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar consulta com estratificação de risco para diagnóstico de HAS e seguimento; 2. Solicitar exames complementares mínimos estabelecidos nos consensos e quando necessário; 3. Tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso; 4. Prescrever tratamento não medicamentoso (o que inclui, avaliação da capacidade para a realização de atividade física, tendo como referência estado geral e comorbidades) e medicamentoso; 5. Participar de reuniões de equipe para acompanhamento de pessoas com HAS; 6. Encaminhar para a unidade de referência secundária (AAE) as pessoas com HAS de acordo com a avaliação clínica; 7. Encaminhar para a unidade de referência secundária (AAE) os casos de mulheres com HAS gestacional, gestantes com HAS e que necessitam de consulta especializada (cardiologia, oftalmologia, etc); 9. Motivar o paciente para o processo de educação e saúde que auxilie a pessoa com HAS a conviver melhor com a sua condição crônica, desenvolvendo habilidades para superar os problemas e se responsabilizando pelo autocuidado; 10. Organizar com a equipe ações intersetoriais de promoção da saúde; 11. Promover educação em saúde.
Cirurgião Dentista	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar o cuidado em saúde bucal da pessoa com HAS; 2. Orientar a equipe sobre os cuidados em saúde bucal de pessoas com HAS; 3. Participar de reuniões de equipe para acompanhamento de pessoas com HAS; 4. Organizar com a equipe ações intersetoriais de promoção da saúde; 5. Promover educação em saúde.
Atenção Primária à Saúde – NASF AB	
Fisioterapeuta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar o trabalho na perspectiva da atenção continuada, compartilhada em grupos operativos e de práticas corporais; 2. Colaborar com a equipe multiprofissional da APS na organização do plano de cuidado (matriciamento) de pessoas com HAS; 3. Promover atividades nas Academias da Saúde e apoiar os grupos de práticas corporais; 4. Participar das reuniões de equipe para realização de plano de cuidado e atividades de educação permanente; 5. Organizar com a equipe ações intersetoriais de promoção da saúde; 6. Promover educação em saúde.
Farmacêutico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar trabalho integrado com a equipe de saúde no atendimento as pessoas com HAS; 2. Dispensar medicamentos com apresentação de receita de acordo com a prescrição; 3. Orientar sobre o uso correto das medicações, efeitos colaterais e interações medicamentosas; 4. Participar das reuniões de equipe para realização de plano de cuidado e atividades de educação permanente; 5. Organizar com a equipe ações intersetoriais de promoção da saúde; 6. Promover educação em saúde.
Nutricionista	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar atendimento individual para pessoas com HAS encaminhadas pela equipe; 2. Prescrever e acompanhar o plano nutricional para pessoas com DM encaminhadas pela equipe; 3. Promover educação nutricional em grupo para crianças, adolescentes e adultos com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade e suas famílias; 4. Realizar e/ou acompanhar outros profissionais da equipe nas atividades voltadas para alimentação saudável; 5. Colaborar com a equipe multiprofissional da APS na organização do plano de cuidado (matriciamento) de pessoas com HAS; 6. Participar das reuniões de equipe para realização de plano de cuidado e atividades de educação permanente; 7. Organizar com a equipe ações intersetoriais de promoção da saúde; 8. Promover educação em saúde.
Educador Físico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desenvolver atividades em grupo para a promoção e integração social, melhoria da aptidão física e capacidade funcional; 2. Colaborar com a equipe multiprofissional da APS na organização do plano de cuidado (matriciamento) de pessoas com HAS; 3. Organizar atividades físicas, em parceria com a equipe, de acordo com a gravidade do HAS; 4. Promover atividades nas Academias da Saúde e apoiar os grupos de práticas corporais; 5. Participar de grupos de reeducação alimentar para crianças, adolescentes e adultos com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade e suas famílias, bem como de outros grupos;

	<ol style="list-style-type: none"> 6. Realizar atendimento individual para pessoas com HAS encaminhadas pela equipe; 7. Participar das reuniões de equipe para realização de plano de cuidado e atividades de educação permanente; 8. Organizar com a equipe ações intersetoriais de promoção da saúde. 9. Promover educação em saúde
Psicólogo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desenvolver capacitações com a equipe multidisciplinar para o acolhimento e escuta; 2. Colaborar com a equipe multiprofissional da APS na organização do plano de cuidado (matriciamento) de pessoas com HAS; 3. Realizar Grupo de Apoio Psicológico para pessoas com HAS encaminhadas pela equipe; 4. Participar de grupos de reeducação alimentar para crianças, adolescentes e adultos com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade e suas famílias bem como de outros grupos; 5. Realizar atendimento psicológico individual para pessoas com HAS encaminhadas da pela equipe; 6. Participar das reuniões de equipe para realização de plano de cuidado e atividades de educação permanente; 7. Organizar com a equipe ações intersetoriais de promoção da saúde. 8. Promover educação em saúde.
Atenção Ambulatorial Especializada	
Cardiologista	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar e confirmar a estratificação de risco da pessoa com HAS. 2. Identificar e explicitar no plano de cuidado de cada pessoa com HAS os seus fatores de risco cardiovascular. 3. Tratar as comorbidades cardiológicas (insuficiência cardíaca, etc.) 4. Solicitar e realizar os exames cardiológicos conforme cada indicação. 5. Instituir terapêutica específica de prevenção secundária e terciária se for o caso. 6. Elaborar, em conjunto com a equipe multiprofissional o plano de cuidados. 7. Pactuar com o usuário as metas do plano de autocuidado. 8. Registrar as informações no prontuário. 9. Organizar com a equipe multiprofissional as atividades de educação permanente a serem realizadas com a equipe da APS/NASF - AB. 10. Elaborar junto com a equipe multiprofissional as atividades de educação em saúde desenvolvidas na AAE. 11. Promover educação em saúde.
Nefrologista	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar, rever e reforçar o tratamento instituído e as metas terapêuticas. 2. Avaliar e tratar patologias decorrentes da Insuficiência Renal Crônica. 3. Instituir medidas de renoproteção. 4. Elaborar o plano de cuidado da pessoa com HAS. 5. Promover educação em saúde.
Oftalmologista	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar e tratar as complicações da HAS. 2. Solicitar e realizar os exames complementares necessários, quando indicado. 3. Elaborar o plano de cuidado da pessoa com HAS. 4. Promover educação em saúde.
Assistente Social	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obter dados psicossociais que auxiliem no tratamento. 2. Promover a garantia de direitos da pessoa com HAS. 3. Elaborar em conjunto com a equipe multiprofissional o plano de cuidados. 4. Pactuar com a pessoa com HAS as metas do plano de autocuidado. 5. Registrar as informações no prontuário. 6. Organizar com a equipe multiprofissional as atividades de educação permanente a serem realizadas com a equipe da APS/NASF-AB. 7. Elaborar junto com a equipe multiprofissional as atividades de educação em saúde desenvolvidas na AAE. 8. Promover educação em saúde.

Fonte: SES-SC, 2018; BRASIL, 2013.

4.7 TECNOLOGIAS DE CUIDADO SUGERIDAS PARA A LINHA DE CUIDADO HAS

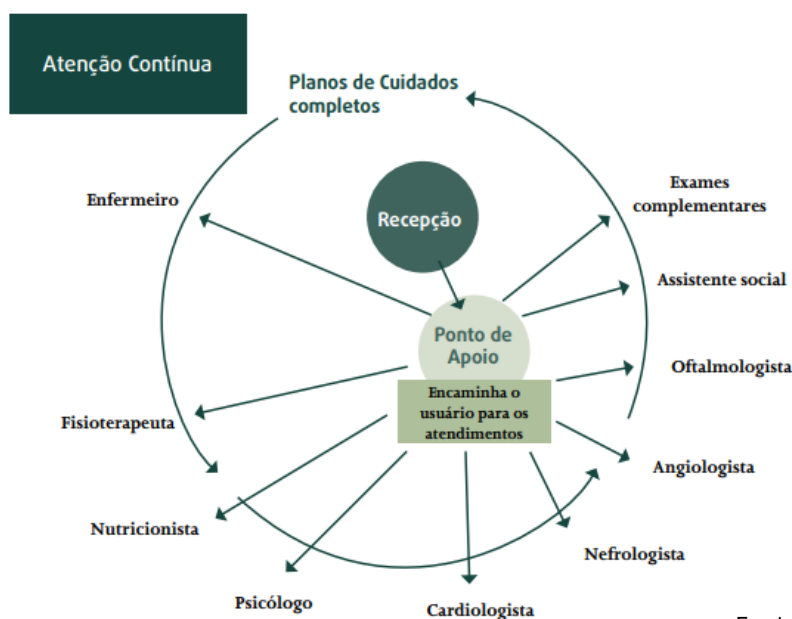
A educação em saúde é um processo, que visa a construção e transformação de conhecimentos. Nesse processo os profissionais de saúde e as pessoas com HAS, desenvolvem o conhecimento sobre saúde e doença, ações de autocuidado, promoção da saúde e prevenção dos riscos, pautados nas experiências e na realidade dessas pessoas. A aprendizagem se constrói por meio da ressignificação das experiências pessoais.

As estratégias educativas devem ser selecionadas de acordo com as características das pessoas com HAS, recursos disponíveis e objetivo educativo. As abordagens individuais e coletivas são importantes e complementares.

A equipe deve envolver as pessoas com HAS na implementação do seu plano de cuidado, estimulando-os a desenvolverem suas capacidades e explorar seus potenciais, em função de sua idade, estilo de vida, condições e exigências cotidianas, a fim de melhorar sua qualidade de vida.

ATENÇÃO CONTÍNUA: É o acompanhamento das pessoas com HAS, por vários profissionais, numa abordagem de educação e cuidado. Destinada as pessoas em situações não agudizadas, no primeiro atendimento após a estratificação de risco. O atendimento é individual e ocorre de forma sequenciada pela equipe multiprofissional. Ao final dos atendimentos, o plano de cuidados é elaborado interdisciplinarmente e pactuado com cada pessoa com HAS.

Figura 4: Modelo de fluxo na Atenção Contínua



Fonte: PARANÁ, 2018.

ATENÇÃO COMPARTILHADA EM GRUPO: atenção coletiva multiprofissional e interdisciplinar aos usuários estáveis com risco semelhante que possam participar de atividade em grupo. Embasada no compartilhamento das experiências dos cidadãos e no processo colaborativo para elaboração ou monitoramento do plano de cuidado individualizado. É uma intervenção programada onde os profissionais não são os personagens centrais da atividade e não são realizadas palestras. Deve ser utilizado preferencialmente na APS podendo também ser utilizado no Centro de Especialidades.

GRUPO OPERATIVO: utilizado para mudança de hábitos de um grupo determinado com condições de trabalhar em grupo. Tem duração, temas, tarefas e objetivos definidos e mensuráveis. Pressupõe a construção de vínculo e trocas de conhecimentos sobre qualidade de vida e processo saúde-doença, por isso é o método de eleição para ser utilizado na APS. É necessário um coordenador e um observador, habilitados para trabalhar nesse grupo. Não há palestras pelos profissionais de saúde.

PLANO DE CUIDADO: Ferramenta imprescindível para o manejo das condições crônicas por permitir o cuidado interdisciplinar e agregar o cuidado profissional ao autocuidado apoiado. O objetivo é mudar da assistência prescritiva para o cuidado participativo. Trata-se de um roteiro documental compartilhado entre pessoa com HAS, atenção primária e secundária, que contempla diagnóstico biopsicossocial, definição da terapêutica, e intervenções para manutenção ou recuperação da saúde. Ele é indicado às pessoas com fatores de risco modificáveis com condição crônica que demandem cuidados individualizados. Suas etapas compõem as ações de cuidado da equipe além do autocuidado apoiado:

- Diagnóstico clínico e estratificação de risco;
- Diagnóstico das necessidades biopsicossociais e do conhecimento em saúde;
- Definição das metas clínicas (de acordo com a LC);
- Definição das intervenções (o usuário e equipe devem compreender);
- Definição das ações de educação em saúde;
- Elaboração do plano de cuidado apoiado;
- Monitoramento periódico de acordo com estratificação de risco ou detecção de novas condições clínicas.

O plano de cuidado é de propriedade da pessoa com HAS, devendo esta, ter uma cópia, assim como, a APS e AAE devem manter o registro e as atualizações do mesmo, compartilhando entre si essas informações. O modelo do plano de cuidado deve ser elaborado em conjunto pelas equipes da atenção primária e secundária para se adequar à realidade de cada região.

AUTOCUIDADO APOIADO: intervenção educacional e de apoio realizada pela equipe para apoiar a pessoa a se autocuidar. Suas etapas fundamentais são:

1. Avaliação do conhecimento;
2. Aplicação da entrevista para avaliar a prontidão para a mudança;
3. Aconselhamento e orientação;
4. Elaboração do Acordo do plano de ação com metas;
5. Assistência e acompanhamento periódico do processo de mudança.

Figura 5: Exemplo de plano de autocuidado apoiado

Nome: _____ 1. Meta: O quê? Onde? Quanto? Quando? Com que frequência? Exemplo: Essa semana caminharei na Praça JK durante 30 minutos, após o café da manhã, todos os dias. 2. As principais barreiras para alcançar essa meta são: _____ _____ 3. As ações que posso fazer para superar essas barreiras são: _____ _____ 4. Meu grau de confiança em alcançar a meta é (de 0, totalmente sem confiança, a 10, totalmente confiante)	Data: _____ 5. Monitoramento <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="padding: 2px;">Dia</th> <th style="padding: 2px;">Checklist</th> <th style="padding: 2px;">Comentários</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 2px;">Segunda-feira</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Terça-feira</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Quarta-feira</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Quinta-feira</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Sexta-feira</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Sábado</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Domingo</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">*O plano de autocuidado apoiado deve ser elaborado assim que as fases de avaliação e aconselhamento forem concluídas. Deve ser pactuado com a pessoa, assinado por ela e pela equipe de saúde que presta assistência.</p>	Dia	Checklist	Comentários	Segunda-feira			Terça-feira			Quarta-feira			Quinta-feira			Sexta-feira			Sábado			Domingo		
Dia	Checklist	Comentários																							
Segunda-feira																									
Terça-feira																									
Quarta-feira																									
Quinta-feira																									
Sexta-feira																									
Sábado																									
Domingo																									

Fonte: Adaptado de Mendes, 2012.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS: O Ministério da Saúde propõe que as práticas integrativas e complementares sejam inseridas como estratégias para a promoção e prevenção de condições crônicas como a hipertensão. Existem várias práticas integrativas que podem complementar o tratamento farmacológico dentre as quais estão: acupuntura, fitoterapia, dietoterapia, práticas corporais e o yoga (PEREIRA et al, 2017).

4.8. PLANO DE CUIDADO DA PESSOA COM HAS

Algumas questões devem ser monitoradas (quadro 10) no manejo da pessoa com HAS, pois o ideal é que ocorra o melhor cuidado possível diante do contexto que se realiza esse cuidado.

Quadro 11: Aspectos relevantes para o plano de cuidado à pessoa com HAS

ASPECTO DO PLANO	OBJETIVOS E METAS	ORIENTAÇÕES DE CUIDADO
HÁBITOS DE VIDA	Alimentação saudável, prática regular de atividade e abstinência de fumo.	Em todas as avaliações de saúde.
MEDIDAS CORPORAIS	Manter o peso saudável: IMC até 24,9 Kg/m ² OU perda de 5 a 10% do peso se houver sobrepeso ou obesidade. Manter circunferência abdominal < 80 cm em mulheres e < 94 cm em homens ou redução se houver sobrepeso ou obesidade.	Em todas as avaliações de saúde.
PRESSÃO ARTERIAL	< 140/90 mmHg.	Em todas as avaliações de saúde.
CONTROLE LIPÍDICO	Colesterol total: < 200 mg/dl. LDL-colesterol: < 100 mg/dl (se doença vascular presente, LDL < 70 mmHg). HDL-colesterol: > 45 mg/dl. Triglicerídeos: < 150 mg/dl	Anual – principalmente se idade > 40 anos, com FRCV ou dislipidemia (após controle lipídico).
FUNÇÃO RENAL	TFG > 90 ml/min e relação albumina-creatinina < 30 mg/g em urina).	Anual, semestral e/ou especialista, conforme necessidade. Estágios 1, 2 e 3.
SAÚDE MENTAL	Prevenção ou tratamento de transtornos mentais associados.	Estratificação de risco de saúde mental anual (Linha de Cuidado de Saúde Mental).
SAÚDE BUCAL	Prevenção ou tratamento de cáries e doença periodontal.	Estratificação de risco de saúde bucal anual (Linha de Cuidado de Saúde Bucal).
PLANEJAMENTO FAMILIAR	Promover o planejamento familiar. Reduzir o risco de complicações materno-infantis.	Orientar sobre importância do planejamento da gravidez. Conversar sobre risco gestacional e indicar métodos contraceptivos.

Fonte: BRASIL, 2006.

No controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares como obesidade e dislipidemia, o tratamento não medicamentoso é fundamental. Ele envolve mudanças no estilo de vida, que devem ser incorporadas no cotidiano das pessoas com HAS. As modificações no estilo de vida podem refletir no retardo do aparecimento da HAS em pessoas com pressão limítrofe, assim como, tem impacto favorável nos fatores de risco envolvidos no desenvolvimento ou agravamento da HAS.

A redução no uso de bebidas alcoólicas é uma das modificações necessárias. O álcool é fator de risco reconhecido para HAS e pode dificultar o controle da doença. O uso de anticoncepcionais hormonais orais também é um fator a ser modificado, sua substituição por outros métodos contraceptivos promove a redução da PA em mulheres com HAS.

As pessoas com HAS que fumam devem ser apoiadas no abandono desse hábito. O tabagismo aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias em pessoas com HAS e aumenta a progressão da insuficiência renal. O tabagismo é a maior causa isolada e evitável de doença e morte, sendo responsável por 25% das mortes por doenças coronarianas, 25% das mortes por doenças cerebrovasculares. Além disso, a cessação do tabagismo pode diminuir rapidamente o risco de doença coronariana entre 35% e 40%. Uma boa resposta terapêutica depende do apoio da família, da comunidade e da equipe de saúde, por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas. (BRASIL, 2013; PARANÁ, 2018).

Outras modificações essenciais no estilo de vida, para prevenção e controle da HAS são: o controle de peso, alimentação saudável, redução do consumo de sódio e a incorporação da atividade física.

Quadro 12: Modificações de estilo de vida e redução aproximada da PAS

Modificação	Recomendação	Redução aproximada na PAS ²
Controle do peso	Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9kg/m ²)	5 a 20mmHg para cada 10kg de peso reduzido
Padrão alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta DASH ³	8 a 14mmHg
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais que 2000mg. Equivalente a 5g de sal/dia: utilizar no máximo 3 colheres de café rasas de sal, 2g de sal dos próprios alimentos	2 a 8mmHg
Exercício físico	Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30min por dia, 3 vezes/semana, para prevenção e diariamente para tratamento	4 a 9mmHg

1 Associar abandono do tabagismo para reduzir o risco cardiovascular.
2 Pode haver efeito aditivo para algumas das medidas adotadas.
3 A dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) prioriza o consumo de frutas, hortaliças e laticínios com baixo teor de gordura. Inclui cereais integrais, frango, peixe e oleaginosas. Baixa ingestão de carne vermelha, doces e bebidas açucaradas (VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão).

Fonte: PARANÁ, 2018.

4.8.1 Controle do peso

O aumento de peso é um fator de risco para HAS, dislipidemia e doença cardiovascular e, está diretamente relacionado ao aumento da PA tanto em adultos quanto em crianças. A relação entre sobrepeso e alteração da PA já pode ser observada a partir dos 8 anos. O aumento da gordura visceral também é considerado um fator de risco para HAS. A redução de 5 a 10% do peso corporal associa-se a melhora significativa dos níveis de pressão arterial.

Dietas restritivas, com perdas rápidas de peso não devem ser adotadas, pois levam a grande perda de massa magra e redução do gasto energético total, prejudicando o metabolismo. Elas são de difícil incorporação no cotidiano e facilmente abandonadas, além de não fornecer os nutrientes de forma balanceada. (BRASIL, 2013; PARANÁ, 2018; MALACHIAS et al., 2016).

4.8.2 Padrão alimentar

A adoção de um padrão alimentar saudável e sustentável tem papel de destaque no sucesso da prevenção e do tratamento da HAS. O foco em apenas um único nutriente ou alimento tem perdido espaço para a análise do padrão alimentar total, que permite avaliar o sinergismo entre os nutrientes/alimentos.

A educação em saúde e o apoio da família são essenciais nesse processo. Pois, exige uma mudança no cotidiano, com necessidade de revisão da cultura alimentar do grupo familiar, a participação dos membros pode tornar o processo mais leve e eficaz. Cabe à equipe de saúde desenvolver estratégias educativas que respeitem a diversidade cultural, incorporando-a de modo mais saudável. Podem ser utilizadas abordagens individuais e coletivas, como consultas, visitas, orientações, grupos operativos e oficinas, dentre outras. (BRASIL, 2013; PARANÁ, 2018; MALACHIAS et al., 2016).

O primeiro passo para investigação durante consulta médica ou de enfermagem é a avaliação nutricional e do consumo alimentar, cujo objetivo é a identificação do estado nutricional e possíveis inadequações alimentares. A investigação da condição nutricional, inclusive com a aferição da circunferência da cintura, indica os caminhos a seguir.

A intervenção nutricional tem como objetivos gerais a prevenção primária e secundária da HAS e como objetivos específicos:

- Redução dos níveis pressóricos, possibilitando a diminuição da quantidade de fármacos utilizados na terapia medicamentosa.
- Manutenção do peso corporal, redução da obesidade visceral e redução de peso, nos casos de sobrepeso e obesidade.
- Adequação do consumo energético e de macro e micronutrientes, conforme necessidades individuais.
- Valorização dos hábitos e da cultura alimentar, assim como de uma alimentação saudável, promovendo ações de reeducação alimentar, a fim de possibilitar mudanças de hábitos sustentáveis em longo prazo.
- Prevenção ou retardo dos agravos vinculados aos hábitos e padrões alimentares. (BRASIL, 2013).

4.8.3 Redução do consumo de sal

O consumo elevado de sódio está relacionado ao aumento da pressão arterial. Os brasileiros consomem mais do que o dobro da quantidade de sódio recomendada diariamente, portanto é necessário reduzir sua ingestão para diminuir o risco de desenvolver HAS, doenças cardiovasculares e problemas renais.

A Organização Mundial da Saúde recomenda um consumo máximo de 2000 mg de sódio por pessoa ao dia, equivalente a 5 g de sal. (PARANÁ, 2018; MALACHIAS et al., 2016).

Quatro passos para diminuir o consumo de sódio:

- 1) Cozinhar com menos sal e não utilizar saleiro à mesa.
- 2) Evitar consumir alimentos industrializados ricos em sódio tais como: hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, defumados, conservas, enlatados, molhos e temperos prontos, shoyo, caldos de carne, refeições congeladas, sopas desidratadas, macarrão instantâneo ou similares.
- 3) Verificar a porcentagem de sódio por porção na tabela nutricional dos alimentos, preferir os com menor porcentagem de sódio.
- 4) Utilizar temperos naturais para temperar e valorizar o sabor natural dos alimentos, tais como: cheiro verde, alho, açafrão, alecrim, coentro, louro, hortelã, manjeriço, manjerona, orégano, pimentão, salsinha, sálvia, vinagre, limão e cebola. (PARANÁ, 2018).

4.8.4 Exercício físico

A atividade física regular associada a uma alimentação saudável é fundamental para a promoção e manutenção da saúde física e mental, pois além de diminuir a pressão arterial e melhorar o controle lipídico e glicêmico, reduzem consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidente vascular cerebral e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso. Pessoas ativas apresentam risco 30% menor de desenvolver HAS que os sedentários, e o aumento da atividade física diária reduz a PA.

A recomendação da atividade física baseia-se em parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização. As pessoas devem incorporar a atividade física nas atividades rotineiras como caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa, envolvendo pelo menos 150 minutos/semana, equivalente a pelo menos 30 minutos/dia, podendo ser realizados em uma única sessão ou em duas sessões de 15 minutos ou três sessões de 10 minutos/dia.

Para iniciar a prática de exercício físico moderado, não é necessária a avaliação cardiorrespiratória de esforço para todas as pessoas com HAS. Recomenda-se que, pessoas com HAS com níveis de PA mais elevados ou que possuam mais de três fatores de risco, diabetes, lesões em órgãos-alvo ou cardiopatias façam um teste ergométrico antes de realizar exercícios físicos em intensidade moderada. Além disso, toda pessoa com HAS, que for se engajar em esportes competitivos ou exercícios de alta performance, deve fazer uma avaliação cardiovascular completa. Um programa estruturado deve partir de uma prescrição individualizada de exercícios e recomendar atividades aeróbicas prazerosas, como caminhadas, passeios de bicicleta, jogos em grupo e danças, que melhoram a motivação e adesão ao programa.

É importante reavaliar a pessoa, o impacto da atividade física regular sobre a pressão arterial e comorbidades. Neste momento, avaliar dificuldades na realização da atividade, grau de motivação e realizar novas orientações. (BRASIL, 2013; PARANÁ, 2018; MALACHIAS et al., 2016).

5. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Um dos desafios para as equipes da Atenção Primária à Saúde é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas incentivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Em pessoas com risco médio ou alto, independentemente da PA, a abordagem deve ser combinada (não-medicamentosa e medicamentosa) para se atingir a meta preconizada o mais precocemente. Pessoas com alto risco cardiovascular ou níveis pressóricos de PA \geq 160/100mmHg beneficiam-se com o tratamento medicamentoso desde o diagnóstico.

O tratamento medicamentoso envolve diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez. Frequentemente, pela característica multifatorial da condição crônica o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos. (BRASIL, 2013).

A tabela 2 apresenta as medicações anti-hipertensivas disponíveis na Rename 2012, segundo a classe farmacológica, suas doses máximas, doses mínimas e as quantidades de tomadas por dia.

Tabela 2: Medicamentos disponíveis na Rename 2012

Classe farmacológica	Denominação genérica	Concentração	Apresentação	Dose mínima	Dose máxima	Tomadas ao dia*
Diuréticos tiazídicos	Hidroclorotiazida	12,5 mg	Comprimido	12,5 – 25 mg	50 mg	1
	Hidroclorotiazida	25 mg	Comprimido	12,5 – 25 mg	50 mg	1
Diuréticos (de Alça) – Sulfonamidas simples	Furosemida	40 mg	Comprimido	20 mg	variável	1 – 2
Agentes poupadores de potássio	Espironolactona	25 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1 – 2
	Espironolactona	100 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1 – 2
Betabloqueadores seletivos	Atenolol	50 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1 – 2
	Atenolol	100 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1 – 2
	Succinato de Metoprolol	25 mg	Comprimido de liberação controlada	25 – 100 mg	200 mg	1 – 2
	Succinato de Metoprolol	50 mg	Comprimido de liberação controlada	25 – 100 mg	200 mg	1 – 2
	Succinato de Metoprolol	100 mg	Comprimido de liberação controlada	25 – 100 mg	200 mg	1 – 2
	Tartarato de Metoprolol	100 mg	Comprimido	25 – 100 mg	200 mg	1 – 2
Agentes alfa e betabloqueadores	Carvedilol	3,125 mg	Comprimido	12,5 mg	50 mg	1 – 2
	Carvedilol	6,25 mg	Comprimido	12,5 mg	50 mg	1 – 2
	Carvedilol	12,5 mg	Comprimido	12,5 mg	50 mg	1 – 2
	Carvedilol	25 mg	Comprimido	12,5 mg	50 mg	1 – 2
Betabloqueadores não seletivos	Propranolol	10 mg	Comprimido	40 mg	240 mg	2 – 3
	Propranolol	40 mg	Comprimido	40 mg	240 mg	2 – 3
Antiadrenérgicos de ação central	Metildopa	250 mg	Comprimido	500 mg	1.500 mg	2 – 3
Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio – Derivados da diidropiridina	Besilato de Anlodipino	5 mg	Comprimido	5 mg	10 mg	1
	Besilato de Anlodipino	10 mg	Comprimido	5 mg	10 mg	1
	Nifedipino	10 mg	Cápsula ou comprimido	20 – 40 mg	60 mg	3
Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio – Derivados da fenilalquilamina	Cloridrato de Verapamil	80 mg	Comprimido	80* – 120 mg	480 mg	2 – 3
	Cloridrato de Verapamil	120 mg	Comprimido	80 – 120 mg	480 mg	2 – 3
Agentes que atuam no músculo liso arteriolar	Cloridrato de Hidralazina	25 mg	Comprimido	25 mg	200 mg	2
	Cloridrato de Hidralazina	50 mg	Comprimido	25 mg	200 mg	2
Inibidores da enzima conversora de angiotensina, simples	Captopril	25 mg	Comprimido	25 mg	150 mg	2 – 3
	Maleato de Enalapril	5 mg	Comprimido	5 mg	40 mg	1 – 2
	Maleato de Enalapril	10 mg	Comprimido	5 mg	40 mg	1 – 2
	Maleato de Enalapril	20 mg	Comprimido	5mg	40 mg	1 – 2
Antagonistas da angiotensina II, simples	Losartana potássica	50 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1

Fonte: (BRASIL, 2010; KATZUNG, 2003; GUSO; LOPES, 2012).

* O termo "Tomadas ao dia" refere-se à quantidade de vezes em que o paciente irá utilizar a medicação. Mais de um comprimido poderá ser ingerido durante uma tomada, atentando-se para as doses mínima e máxima da medicação.

** A dose inicial para idosos é de 40 mg.

5.1 PRINCÍPIOS GERAIS DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

O medicamento anti-hipertensivo deve:

- Ter demonstrado a capacidade de reduzir a morbimortalidade cardiovascular;
- Ser eficaz por via oral;
- Ser bem tolerado, pois a baixa adesão ao tratamento se deve principalmente à intolerância ao medicamento;
- Permitir a administração em menor número possível de tomadas diárias com preferência para posologia de dose única diária;
- Iniciar com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente.
- Deve-se levar em conta que quanto maior a dose, maiores serão as probabilidades de efeitos adversos;
- Pode-se iniciar o uso combinado de medicamentos anti-hipertensivos em pessoas com HAS em estágio 2;
- Respeitar o período mínimo de quatro semanas, salvo em situações especiais, para aumento de dose, substituição da monoterapia ou mudança da associação de fármacos;
- Instruir a pessoa sobre a condição crônica, principalmente sobre a necessidade do tratamento continuado, a possibilidade de efeitos adversos dos medicamentos utilizados, a planificação e os objetivos terapêuticos;
- Considerar as condições socioeconômicas da pessoa. (PARANÁ, 2018).

5.2 AGENTES ANTI-HIPERTENSIVOS

Qualquer medicamento dos grupos de anti-hipertensivos disponíveis, desde que resguardadas as indicações e contraindicações específicas, pode ser utilizado para o tratamento da HAS.

Na população negra, a prevalência e a gravidade da HAS é maior, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos. Em nosso País, predomina a população miscigenada, que pode diferir da população negra quanto às características da HAS. Desta forma, para pessoas negras, desde que não haja contraindicações, o uso de diuréticos e bloqueadores de canais de cálcio é a opção mais racional. (BRASIL, 2013).

Há 5 classes principais de medicamentos que exercem ação terapêutica através de distintos mecanismos que interferem na fisiopatologia da HAS, reduzindo comprovadamente a pressão arterial e a incidência de eventos cardiovasculares.

1) Diuréticos:

Considerando ainda o baixo custo e extensa experiência de emprego, os diuréticos, tem sido recomendados como primeira opção anti-hipertensiva na maioria das pessoas com HAS. Eles tem-se mostrado benéficos em reduzir eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais maiores. Devem ser prescritos em monoterapia inicial, especialmente para pessoas com HAS em estágio 1 que não responderam às medidas não-medicamentosas.

Entretanto, a monoterapia inicial é eficaz em apenas 40% a 50% dos casos. Muitas pessoas necessitam a associação com anti-hipertensivo de outra classe, como inibidores da ECA, beta-bloqueadores, antagonistas de cálcio.

2) Inibidores adrenérgicos:

Esta classe inclui os beta bloqueadores e alfa bloqueadores.

- **ALFA BLOQUEADOR**

Reduz a resistência periférica total por antagonismo competitivo com as catecolaminas pelos receptores alfa 1 adrenérgicos. Produz vasodilatação, mas geralmente tem pouco efeito sobre o Débito Cardíaco. Dilata tanto as arteríolas como as veias. Seu efeito é mais acentuado quando o paciente está em pé. Seu principal efeito adverso consiste em hipotensão postural, que pode ser grave após a primeira dose. Tratamento prolongado pode resultar em tolerância ao seu efeito anti-hipertensivo.

- **BETA BLOQUEADORES**

Estes medicamentos têm sido eficazes e bem tolerados na hipertensão.

Embora muitos pacientes hipertensos respondam a um beta bloqueador usado isoladamente, a droga é com mais frequência administrada com um diurético ou vasodilatador. Este efeito resulta de vários fatores, alguns dos quais ainda não estão totalmente elucidados. Esses fatores incluem efeitos sobre o coração e vasos sanguíneos (bloqueiam o estímulo cardíaco e provocam vasodilatação), o sistema renina-angiotensina (inibem a liberação de renina causada pelo sistema nervoso simpático) e, possivelmente o Sistema Nervoso Central.

3) Vasodilatadores diretos:

Eles relaxam a musculatura lisa dos vasos, diminuindo a resistência vascular sistêmica. Porém a menor resistência arterial e menor pressão sanguínea arterial média despertam respostas compensatórias, mediada por barorreceptores e sistema nervoso simpático, bem como renina, angiotensina e aldosterona. Não causam hipotensão ortostática e funcionam melhor em associação com outros fármacos anti-hipertensivos que se opõem às respostas cardiovasculares compensatórias.

4) Antagonistas do sistema renina-angiotensina-aldosterona:

Estes fármacos atuam no Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona, inibindo a Enzima Conversora da Angiotensina (ECA) que catalisa a conversão da Angiotensina I inativa à Angiotensina II, que é vasoconstritora potente e estimula a produção de aldosterona no córtex adrenal, com decorrente aumento da absorção renal de sódio e do volume sanguíneo intravascular. Esta inibição resulta em diminuição na Angiotensina II e Aldosterona circulantes e aumento compensatório nos níveis de Angiotensina I e Renina. Diminuem a pressão principalmente por diminuírem a resistência vascular periférica. O débito cardíaco e a frequência cardíaca não são alterados de modo significativo. Ao contrário dos vasodilatadores diretos esses agentes não determinam ativação reflexa simpática, podendo ser usados com segurança em pessoas com cardiopatia isquêmica.

5) Bloqueadores dos canais de cálcio (BCC):

Os íons cálcio têm papel central na modulação da contratilidade do miocárdio e no tônus do músculo liso vascular. O antagonismo farmacológico nos canais lentos do cálcio interfere no complexo excitação-contração diminuindo a contratilidade miocárdica. No músculo liso vascular, as alterações de tônus dependem do movimento do cálcio do espaço extracelular para o intracelular onde se liga a calmodulina. Uma diminuição na entrada celular dos íons cálcio reduz o tônus da musculatura lisa vascular e provoca vasodilatação. São fármacos com pequena incidência de efeitos adversos e com resultados efetivos. (PARANÁ, 2018).

O Quadro seguinte traz as indicações das principais situações clínicas por classes medicamentosas.

Quadro 13: Indicações das classes medicamentosas

Indicações	Classe medicamentosa
Insuficiência cardíaca	Diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina ou antagonistas da angiotensina II, antagonistas de aldosterona.
Pós-infarto do miocárdio	Inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas da aldosterona.
Alto risco para doença coronariana	Betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio.
Diabetes	Inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas da angiotensina II, bloqueadores dos canais de cálcio.
Doença renal crônica	Inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas da angiotensina II.
Prevenção da recorrência de acidente vascular encefálico (AVE)	Diurético, inibidores da enzima conversora de angiotensina.
Hipertensão sistólica isolada em idosos	Diuréticos (preferencialmente) ou bloqueadores dos canais de cálcio.

Fonte: (Adaptado de GUSSO, G.; LOPES, J. M. C., 2012).

5.3. COMBINAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A maioria das pessoas com HAS vai necessitar da associação de mais de um medicamento para que sejam atingidas as metas. Por esse motivo, os pacientes com HAS estágio 1 e com risco cardiovascular alto ou muito alto ou com doença cardiovascular associada e aqueles com estágio 2 ou 3 com ou sem outros fatores de risco cardiovascular associado devem ser considerados para o uso de combinação de fármacos. A utilização de associações de dois medicamentos em baixas dosagens em hipertensos estágio 1, mesmo com baixo ou moderado risco cardiovascular, embora não preferencial, também poderá ser considerada em casos individuais. (SBC, 2016).

Na associação de medicamentos, deve ser evitado o uso de anti-hipertensivos com mesmo mecanismo de ação. As seguintes associações foram efetivas e bem toleradas, e foram utilizadas favoravelmente em estudos de eficácia:

- Diurético tiazídico + IECA (ou BRA)
- BCC + IECA (ou BRA)
- BCC + diurético tiazídico
- Beta-bloqueador + BCC (diidropiridínico)
- BRA + BCC

Para uso como anti-hipertensivos, são preferidos os diuréticos tiazídicos e similares, em baixas doses. Os diuréticos de alça são reservados para situações de hipertensão associada a insuficiência renal com taxa de filtração glomerular abaixo de 30 ml/ min/1,73 m² e na insuficiência cardíaca com retenção de volume.

Em pessoas com aumento do volume extracelular (insuficiências cardíaca e renal), o uso associado de diurético de alça e tiazídico pode ser benéfico tanto para o controle do edema quanto da pressão arterial, ressalvando-se o risco maior de eventos adversos, especialmente hipocalcemia. (MALACHIAS et al., 2016).

Figura 6: Esquema de associações de medicamentos, de acordo com o mecanismo de ação e sinergia

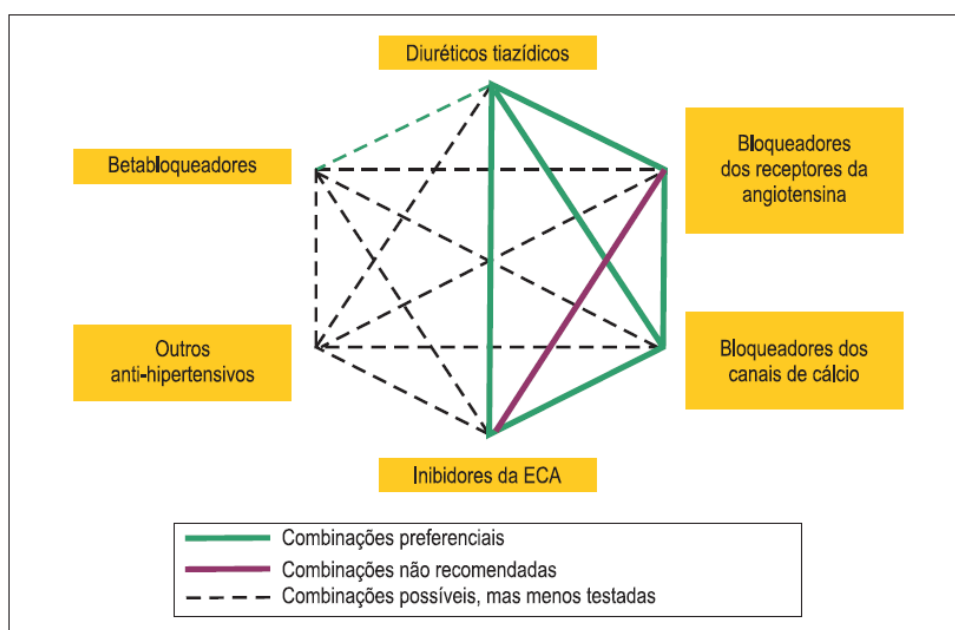


Figura 2 – Esquema preferencial de associações de medicamentos, de acordo com mecanismos de ação e sinergia. Adaptado de *Journal of Hypertension* 2007, 25:1751-1762

6. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO

O acompanhamento dos indicadores para hipertensão arterial é fundamental para a avaliação da eficácia dos programas, assim como, para a implementação de ações que visem modificar os resultados alcançados.

As metas pressóricas a serem perseguidas são:

- PA < 140/90 mmHg para hipertensos de baixo e moderado/intermediário risco;
- PA < 130/80 mmHg para hipertensos de alto risco ou diabéticos ou com doença renal.

Orientação de indicadores de acompanhamento da HAS em nível municipal/estadual:

1) Prevalência de HAS no município: número de pessoas com HAS cadastradas, com 18 anos ou mais, população adulta (≥ 18 anos) no município x 100.

2) Proporção de pessoas com HAS em acompanhamento ambulatorial: número de pessoas com HAS cadastradas em determinado local, com, pelo menos, uma consulta médica e uma de enfermagem nos últimos 12 meses/número de pessoas com HAS cadastradas no mesmo local e período x 100.

3) Taxa de internações por crise hipertensiva na população adulta: número de internações por crise hipertensiva na população com idade entre 18 e 59 anos, em determinado local e período/ População com idade entre 18 e 59 anos, no mesmo local e período x 1.000.

4) Taxa de mortalidade por AVE na população adulta: número de óbitos por AVE na população com idade entre 18 e 59 anos, em determinado local e período/população com idade entre 18 e 59 anos, no mesmo local e período x 1.000.

5) Taxa de mortalidade por IAM na população adulta: número de óbitos por IAM na população com idade entre 18 e 59 anos, em determinado local e período/população com idade entre 18 e 59 anos, no mesmo local e período x 1.000.

6) Taxa de mortalidade por insuficiência cardíaca (IC) população adulta: número de óbitos por IC na população com idade entre 18 e 59 anos, em determinado local e período/população com idade entre 18 e 59 anos, no mesmo local e período x 1.000.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 12, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doenças Crônicas – Hipertensão Arterial Crônica./ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília: DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Críticos e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Enfermagem: Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares, v. 1, 2015. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2015_17.03.47.deb978d9b051192283854185aa562a2e.pdf

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. Tratado de medicina de família e comunidade. São Paulo: Artmed, 2012. Volume 2.

MARTINS, S.C.O. et al. Priorities to reduce the burden of stroke in Latin American Countries. In: Lancet Neurol, 2019; 18: 674–83

MALACHIAS, M.V.; SOUZA, W.K.; PLAVNIK, F.L. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. 7 th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension. Arq Bras Cardiol. 2016;107 3 Suppl 3:1--83.

MANCIA, G.; FAGARD, R.; NARKIEWICZ, K.; et al. Task Force Members. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH), of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2013; 34: 2159--21.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19 1 million participants. *The Lancet*. 2017;389:37---55.

PAULA, Elaine Amaral de et al. Avaliação do risco cardiovascular em hipertensos. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104692013000300820&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 26 nov. 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia de hipertensão arterial/SAS e Ed. Curitiba: SESA, 2018.

PEREIRA, Raphael Dias de Mello et al . Acupuncture in hypertension and your contributions about nursing diagnoses. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, e20170024, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100223&lng=en&nrm=iso>.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Volume 107, nº 3, Supl. 3, Setembro 2016. STÜRMER, P. L.; BIANCHINI, I. Atenção às condições crônicas cardiovasculares: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas. 2012.

VENANCIO, S. I. et al. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. *Physis* [online]. 2016.

ANEXO I: Projeção do risco de doença arterial coronariana de acordo com o escore de Framingham - Homens

HOMENS					
Idade			Pontos		
20 – 34			-9		
35 – 39			-4		
40 – 44			0		
45 – 49			3		
50 – 54			6		
55 – 59			8		
60 – 64			10		
65 – 69			11		
70 – 74			12		
75 – 79			13		
Colesterol Total	Idade 20 – 39	Idade 40 – 49	Idade 50 – 59	Idade 60 – 69	Idade 70 – 79
< 160	0	0	0	0	0
160 – 199	4	3	2	1	0
200 – 239	7	5	3	1	0
240 – 279	9	6	4	2	1
≥ 280	11	8	5	3	1
Não fumante	Idade 20 – 39	Idade 40 – 49	Idade 50 – 59	Idade 60 – 69	Idade 70 – 79
	0	0	0	0	0
Fumante	8	5	3	1	1
HDL			Pontos		
> 60			-1		
50 – 59			0		
40 – 49			1		
< 40			2		
PA sistólica	Pontos se não tratada		Pontos se tratada		
< 120	0		0		
120 – 129	0		1		
130 – 139	1		2		
140 – 159	1		2		
≥ 160	2		3		

ANEXO II : Projeção do risco de doença arterial coronariana de acordo com o escore de Framingham - Mulheres

MULHERES					
Idade			Pontos		
20 – 34			-7		
35 – 39			-3		
40 – 44			0		
45 – 49			3		
50 – 54			6		
55 – 59			8		
60 – 64			10		
65 – 69			12		
70 – 74			14		
75 – 79			16		
Colesterol Total	Idade 20 – 39	Idade 40 – 49	Idade 50 – 59	Idade 60 – 69	Idade 70 – 79
< 160	0	0	0	0	0
160 – 199	4	3	2	1	1
200 – 239	8	6	4	2	1
240 – 279	11	8	5	3	2
≥ 280	13	10	7	4	2
	Idade 20 – 39	Idade 40 – 49	Idade 50 – 59	Idade 60 – 69	Idade 70 – 79
Não fumante	0	0	0	0	0
Fumante	9	7	4	2	1
HDL			Pontos		
> 60			-1		
50 – 59			0		
40 – 49			1		
<40			2		
PA sistólica	Pontos se não tratada		Pontos se tratada		
< 120	0		0		
120 – 129	1		3		
130 – 139	2		4		
140 – 159	3		5		
≥ 160	4		6		

ANEXO III: Tabela para determinação de risco em 10 anos de doença arterial coronariana

HOMENS		MULHERES	
Total de pontos	Risco em 10 anos (%)	Total de pontos	Risco em 10 anos (%)
< 0	< 1	< 9	< 1
0	1	9	1
1	1	10	1
2	1	11	1
3	1	12	1
4	1	13	2
5	2	14	2
6	2	15	3
7	3	16	4
8	4	17	5
9	5	18	6
10	6	19	8
11	8	20	11
12	10	21	14
13	12	22	17
14	16	23	22
15	20	24	27
16	25	≥ 25	≥ 30
≥ 17	≥ 30		

Ajustar o escore aos seguintes fatores:

- multiplicar pelo fator de correção 1.5 se existir um familiar de primeiro grau com doença arterial coronariana;
- multiplicar pelo fator de correção 2 se existir mais de um familiar de primeiro grau com doença arterial coronariana;
- multiplicar pelo fator de correção 1.4 se a pessoa tiver ascendência sul-asiática;
- multiplicar pelo fator de correção 1.3 para pessoas com IMC ≥ 30 kg/m².