

CURSO DE
ESPECIALIZAÇÃO

ATENÇÃO ÀS PESSOAS
COM DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO-TRANSMISSÍVEIS

**Estratégias para a
Atenção às Pessoas
com Hipertensão
Arterial Sistêmica**



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

Formação de gestores e profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) para a organização e qualificação do cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis - DCNT. O presente material apresenta as Estratégias para atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica focalizando as linhas de cuidado na perspectiva da integralidade da atenção à saúde de pessoas com HAS.



GOVERNO FEDERAL

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA E INOVAÇÕES

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ)

Processo CNPq: 443751/2020-0



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)

Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor: Irineu Manoel de Souza
Vice-Reitora: Joana Célia dos Passos
Pró-Reitor de Pós-Graduação: Werner Kraus
Pró-Reitor de Pesquisa e Inovação: Jacques Mick
Pró-Reitora de Extensão: Olga Regina Zigelli Garcia

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor: Fabricio de Souza Neves
Vice-Diretor: Ricardo de Souza Magini

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Chefe: Ângela Maria Alvarez
Sub-chefe: Patricia Klock

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DCNT

Coordenadora: Monica Motta Lino
Sub-coordenadora: Felipa Rafaela Amadigi
Coordenadora de Tutoria: Thaise Honorato de Souza
Coordenador de AVEA: Tcharlies Dejandir Schmitz

EDIÇÃO

Thaise Torres



DIAGRAMAÇÃO

Thaise Torres
Julia de Mello Holme

Todo o Curso de Especialização em Atenção às Pessoas com DCNT está licenciado com uma Licença Creative Commons Atribuição Não-Comercial-Compartilha-Igual 4.0 Internacional. Cópia da licença: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.pt_BR

REVISÃO

Samara Eliane Rabelo Suplici

APOIO

Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC)
Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina (COSEMS/SC)
Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (COREN/SC)



AUTORES

Natália Gonçalves
Samara Eliane Rabelo Suplici
Veridiana Tavares da Costa
Barbara Letícia Dudel Mayer
Maryana Gonçalves Correia

ORGANIZADORES

Monica Motta Lino
Felipa Rafaela Amadigi

TÍTULO DA OBRA

Curso de Especialização em Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

SUBTÍTULO

Estratégias para a Atenção às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Curso de especialização em atenção às pessoas com doenças crônicas não-transmissíveis [livro eletrônico] : estratégias para a atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica : módulo 10 / Natalia Gonçalves... [et al.] ; organização Monica Motta Lino, Felipa Rafaela Amadigi. -- São José, SC : Ed. das Autoras, 2023.

PDF

Outros autores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-00-63945-2

1. Doenças crônicas 2. Doenças crônicas não transmissíveis - Prevenção 3. Doenças crônicas não transmissíveis - Tratamento 4. Educação em saúde I. Suplici, Samara Eliane Rabelo. II. Costa, Veridiana Tavares da. III. Mayer, Barbara Letícia Dudel. IV. Correia, Maryana Gonçalves. V. Lino, Monica Motta. VI. Amadigi, Felipa Rafaela.

23-147497

CDD-616.044

Índices para catálogo sistemático:

1. Doenças crônicas não transmissíveis : Ciências médicas 616.044

Tábata Alves da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9253-0

COMO CITAR ESSE MATERIAL

Gonçalves, Natália; Suplici, Samara Elaine Rabelo; Costa, Veridiana Tavares da; Mayer, Barbara Letícia Dudel; Correia, Maryana Gonçalves. Estratégias para a Atenção às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica. In: Lino, Monica Motta; Amadigi, Felipa Rafaela (Orgs). Curso de Especialização em Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis [livro eletrônico]. Brasil, Ministério da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); São José, SC: Ed. dos Autores, 2023.



LIVRO 10 ESTRATÉGIAS PARA A ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HAS

Eixo Especializado

Enfoca competências específicas na atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis

Focaliza as linhas de cuidado na perspectiva da integralidade da atenção à saúde de pessoas com HAS.
CH: 30h/a.

AUTORES

Natália Gonçalves



Enfermeira e doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Realizou doutorado sanduíche na Université Laval – Québec, Canadá; no Hôpital de Rehabilitation de Montréal, Universidade McGill, Montreal Canadá, University of Washington, Seattle, USA. Pós-doutorado pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (2016-2017). Especialista em urgências, emergências e terapia intensiva pela Universidade de Ribeirão Preto (2011). Especialista em Enfermagem Dermatológica para Universidade Estácio de Sá (2020). Trabalhou como docente na Universidade de Jaguariúna (UniFaj) (2014-2017) e na Faculdade de Americana (2016-2017). Docente da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - RIMS da UFSC (2018-2019). Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (2021-2022). Docente Adjunta do curso de Graduação em Enfermagem da UFSC (2017- atual). Pesquisa do Laboratório de Pesquisa em condições agudas e crônicas (NUCRON). Editora Associada da Revista Texto&Contexto em Enfermagem. Membro da Sociedade Brasileira de Queimaduras, Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética.

Samara Eliane Rabelo Suplici



Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Minas Gerais em 1994. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Possui experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Clínica médica e Cirúrgica, Saúde do Adulto, Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem atuando principalmente nos seguintes temas: saúde do adulto, doenças crônicas, linhas de cuidado e autocuidado. Possui experiência na área da assistência tendo atuado como enfermeira assistencial em hospitais públicos e privados. Possui também experiência na área da docência tendo lecionado em cursos de Graduação e Pós Graduação em Enfermagem. Integrante da equipe técnica das Linhas de Cuidado na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina entre os anos de 2020 e 2022. Atualmente é docente Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Integrante do Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde à Pessoa em Condição Crônica (NUCRON-UFSC).

Veridiana Tavares da Costa



Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Enfermeira Graduada pela Universidade Federal de Rio Grande (FURG). Atualmente atua como enfermeira na Diretoria de Atenção Primária da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina (DAPS/SES/SC). Tem experiência na Gestão da Atenção Primária em Saúde; Auditoria de Enfermagem no contexto hospitalar e na docência nas áreas de Gerenciamento da Atenção Primária à Saúde, Gerenciamento de Enfermagem Hospitalar e Enfermagem Médico-Cirúrgica. Tem como foco de seus estudos temas como: gestão da atenção primária, auditoria dos serviços de enfermagem, gestão do cuidado nas condições crônicas de saúde.

AUTORES



**Barbara Letícia
Dudel Mayer**



Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, na área de Cuidado em Saúde no Contexto da Condição Crônica, é Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria, na área de Avaliação de Serviços de Saúde. É especialista com experiência em Gestão de Pessoas, Auditoria em saúde, Terapia Intensiva-Emergência Adulto e Nefrologia. É pesquisadora integrante do Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde à Pessoa em Condição Crônica (NUCRON-UFSC).

Atualmente, desenvolve atividade profissional na área de Gestão em Saúde, Pesquisa e Docência em Saúde, Empreendedorismo em Enfermagem.



**Maryana Gonçalves
Correia**



Nutricionista formada pela Universidade Federal de Alfenas- MG. Aprimorada em Nutrição hospitalar pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP-RP. Especialista em Nutrição Materno-Infantil pela Faculdade Unyleya. Atualmente cursando Especialização em Tecnologia e Qualidade na Produção de Alimentos na Universidade Federal de Alfenas-MG. Possui experiência em nutrição hospitalar e alimentação coletiva.

APRESENTAÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença multitatorial que ao longo dos anos, impacta milhares de pessoas, visto ser considerada como fator de risco para outras doenças cardiovasculares. Compreender a pessoa com HAS no seu contexto cultural e social vai muito além das prescrições medicamentosas e consultas periódicas. Somente uma mudança real do modelo de atenção à saúde poderá impactar nos alarmantes números de pessoas com essa doença e as complicações decorrentes dela.

As doenças como HAS, Diabetes Mellitus (DM) e obesidade impactam nos custos diretos para o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Os gastos com estas doenças se concentram nos atendimentos ambulatoriais, hospitalares e no tratamento medicamentoso conforme será mostrado nos próximos capítulos.

Considerando o Modelo de Atenção às Condições Crônicas, há diferentes estratégias de atuação na rede de atenção. Para que se evitem as complicações e incapacidades devido à doença, a atenção primária à saúde precisa ser fortalecida, através da articulação entre Unidade de Saúde, comunidade e participação social.

Atuar na prevenção da HAS e nos seus agravos é ponto de partida para o fortalecimento do SUS, gestão de custos e melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Neste livro, serão abordados os conceitos relacionados à HAS, protocolos e fluxos assistências, bem como, a importância do trabalho multi e interdisciplinar para prevenção e tratamento da doença.

Ementa: Focaliza as linhas de cuidado na perspectiva da integralidade da atenção à saúde de pessoas com HAS.

CH: 30h/a.

SUMÁRIO

1	CAPÍTULO 1	08
	Hipertensão Arterial Sistêmica: conceito, fatores de risco e medidas de detecção precoce	
2	CAPÍTULO 2	18
	Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa e metas de controle	
3	CAPÍTULO 3	40
	Protocolos de Cuidado e fluxos assistenciais da pessoa com Hipertensão Arterial no Sistema Único de Saúde	
4	CAPÍTULO 4	58
	Atuação interdisciplinar e responsabilização dos profissionais na atenção à pessoa com HAS	
5	REFERÊNCIAS	67

CAPÍTULO 1

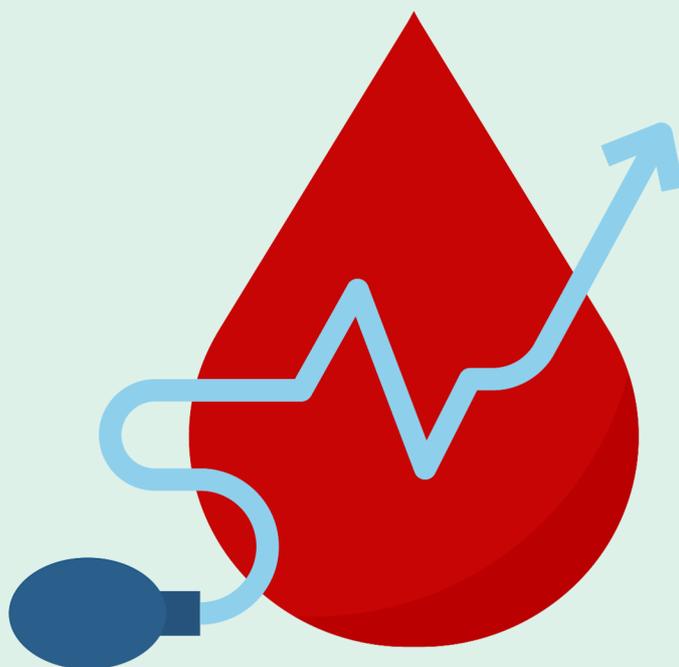
Hipertensão Arterial Sistêmica: conceito, fatores de risco e medidas de detecção precoce

Introdução/Contextualização

No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, a hipertensão arterial (HAS) atinge 23,9% das pessoas entrevistadas, sendo maior entre as mulheres (26,4%) do que entre os homens (21,1%). A frequência tende a ser maior com o aumento da idade, com 56,6% entre pessoas com 65 a 74 anos e 62,1% entre as pessoas com 75 anos ou mais. Dados do Vigitel também evidenciam essas prevalências, mostrando que a frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 25,2%, entre os adultos entrevistados maiores de 18 anos, sendo também maior entre mulheres (26,2%) do que entre homens (24,1%). Em ambos os sexos, esta frequência aumentou com a idade e diminuiu com o nível de escolaridade.¹

Considerada uma doença crônica não transmissível (DCNT) a HAS tem causas multifatoriais, é comumente assintomática e frequentemente evolui com alterações importantes em órgãos-alvo, como cérebro, coração e vasos. As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial apontam que a HAS é um dos principais fatores de risco para as Doenças Cardiovasculares (DCV) e renais, com determinantes genéticos, ambientais e sociais combinados. Vale destacar que em

95-97% dos casos a causa da HAS é desconhecida ou idiopática, caracterizando a Hipertensão Arterial Primária. Em 3-5% dos casos, a HAS é secundária, ou seja, a doença possui uma causa definida que precisa ser diagnosticada e tratada.²



Critérios Diagnósticos e Classificação

A HA crônica é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos $\geq 140/90$ mmHg. O diagnóstico deve ser estabelecido em mais de uma aferição sendo recomendada duas ou mais medições em intervalo de dias ou semanas.²

$\geq 140/90$

As pessoas com Pressão Arterial Sistólica (PAS) entre 130 e 139 e Pressão Arterial Diastólica (PAD) entre 85 e 89 mmHg são consideradas pré-hipertensas, pois esta população apresenta consistentemente maior risco de doença cardiovascular (DCV), doença arterial coronária e acidente vascular encefálico do que a população com níveis pressóricos entre 120 e 129 ou 80 e 84 mmHg.² Cabe salientar o cuidado de se fazer o diagnóstico correto da HAS, uma vez que se trata de uma condição crônica que acompanhará a pessoa por toda a vida. Por isso, deve-se evitar a verificação da Pressão Arterial (PA) em situações de estresse físico (dor) e emocional (luto, ansiedade), pois um valor elevado, muitas vezes, é consequência dessas condições.³ A classificação da PA, em maiores de 18 anos, de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, pode ser vista no Quadro 1.



Quadro 1- Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade

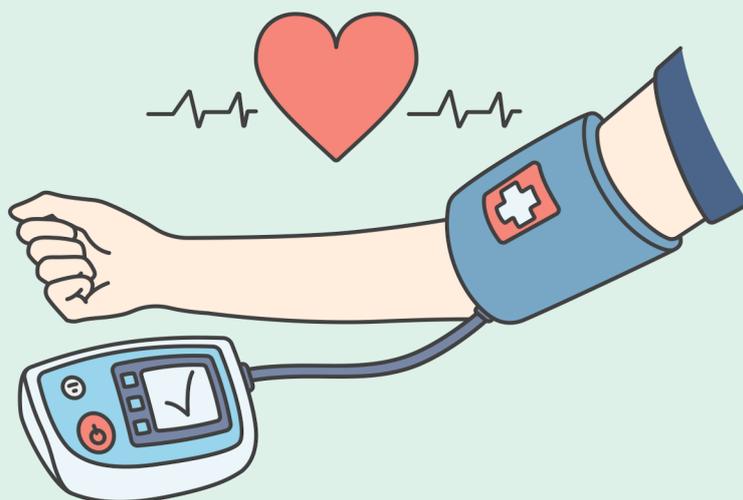
Classificação*	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA ótima	< 120	e	< 80
PA normal	120-129	e/ou	80-84
Pré-hipertensão	130-139	e/ou	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	e/ou	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	e/ou	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	e/ou	≥ 110

Fonte: Barroso et Al, 2021

Legenda - PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica.

*A classificação é definida de acordo com a PA no consultório e pelo nível mais elevado de PA, sistólica ou diastólica.

A HAS sistólica isolada é caracterizada pela PAS \geq 140 mmHg e PAD $<$ 90 mmHg sendo classificada em 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAS nos intervalos indicados no quadro 1. A HAS diastólica isolada é caracterizada pela PAS $<$ 140 mmHg e PAD \geq 90 mmHg, classificada em 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAD nos intervalos indicados acima.



A HAS é caracterizada como uma das principais causas de redução da qualidade e expectativa de vida das pessoas. Isso porque possui uma multiplicidade de consequências individuais, familiares e sociais.² Dessa maneira entende-se que a pessoa com HAS, ao vivenciar essa condição crônica, passa por um processo de cuidado contínuo e um tratamento que acarreta mudanças de seu estilo de vida e de sua família.

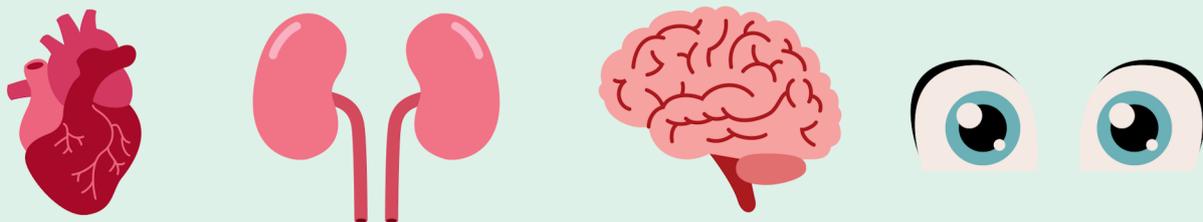
Ocorre uma reestruturação no modo de viver desta pessoa gerando, muitas vezes, preocupação, medo, revolta, negação, dentre outros enfrentamentos que culminam com a agudização do seu quadro clínico e a não adesão ao tratamento.⁴ Há que se ressaltar ainda o significativo impacto nos gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos.²

Fatores de risco, medidas de detecção precoce

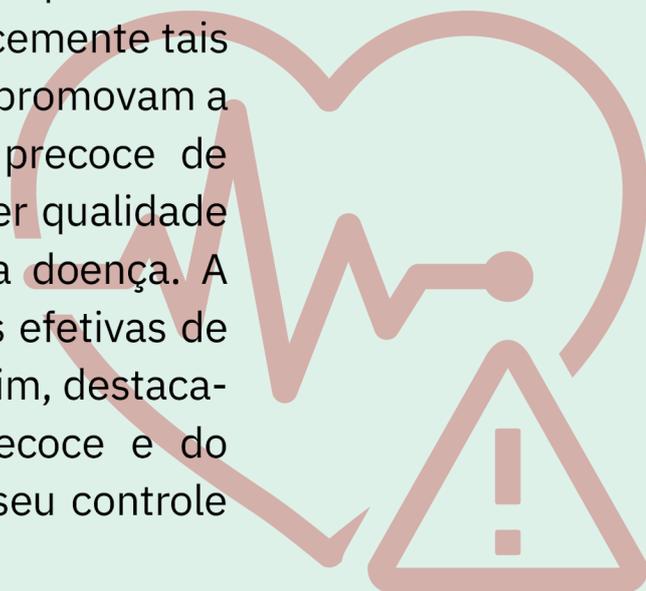
Dentre os fatores de risco para HAS estão a genética, idade, sexo, etnia, sobrepeso/obesidade, ingestão de sódio e potássio, sedentarismo, álcool, fatores sócio econômicos.² A relação das condições econômicas e a hipertensão arterial, sustenta a ideia que as pessoas de classe econômica baixa são mais expostas ao desenvolvimento de HAS. Além disso, vale ressaltar que o baixo nível de escolaridade também pode representar um fator de risco para o desenvolvimento da doença. Diante disso, reforça-se a necessidade de aumentar o monitoramento e cuidados com a HAS na população mais vulnerável, assim como disseminar conhecimento e informação sobre educação em saúde, com a finalidade de reduzir o nível da doença nestes grupos.⁵



A elevação prolongada da PA pode provocar lesão dos vasos sanguíneos nos órgãos alvo (coração, rins, cérebro e olhos). Trata-se de uma emergência hipertensiva e/ou urgência hipertensiva (PAS \geq 180 mmHg ou PAD \geq 120 mmHg) que são condições que exigem intervenção imediata. Tal situação associa-se também às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.²



Dessa maneira, identifica-se a necessidade premente de medidas que possam identificar precocemente tais fatores e com isso adotar estratégias que promovam a prevenção da HAS e/ou o diagnóstico precoce de forma a prevenir complicações e promover qualidade de vida às pessoas acometidas por esta doença. A detecção precoce é uma das formas mais efetivas de evitar as complicações da HAS. Sendo assim, destaca-se a relevância do seu diagnóstico precoce e do tratamento adequado e contínuo para o seu controle evitando as complicações tardias.²



O rastreamento para diagnóstico da HAS deve ser feito em todo adulto com idade \geq 18 anos, quando presente na Unidade de Atenção Primária para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros. O rastreamento deve ser realizado por toda a equipe multidisciplinar que atua na APS. O diagnóstico da HAS está pautado

na história médica (pessoal e familiar), exame físico e investigação clínica e laboratorial que serão detalhados no capítulo 5. Deve levar em conta pelo menos duas aferições de pressão arterial por consulta, em pelo menos duas consultas. A medição da PA fora do consultório costuma ser necessária para o diagnóstico preciso e para as decisões de tratamento.⁶

A prevenção primária também deve ser foco do cuidado e pode ser realizada por meio de medidas de ações de educação em saúde que fortaleçam a promoção de hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física, abandono do tabagismo e diminuição do estresse emocional. A abordagem adequada dos fatores de risco para o desenvolvimento da HAS são algumas das estratégias sugeridas para prevenção e controle dessa condição crônica de saúde.² Soma-se a isso a implementação de medidas preventivas direcionadas às mudanças no estilo de vida (MEV) por meio de programas contínuos de educação em saúde; ações de conscientização, por meio de mídia; campanhas temáticas periódicas e a incorporação das ações de prevenção, detecção e controle da HAS nos programas de atenção primária à saúde (APS).²



Ao ser estabelecido o diagnóstico de HAS, medidas precoces também são necessárias para evitar o aparecimento das complicações clínicas atreladas a esta condição. Sendo assim, destaca-se que a avaliação clínica inicial composta por: confirmação do diagnóstico, identificação de fatores de risco cardiovascular, suspeita e identificação de causa secundária, avaliação do risco cardiovascular, lesões de órgão-alvo (LOA) e doenças associadas, são indispensáveis para controle da HAS. A avaliação e acompanhamento clínico da HAS deve ser realizado por equipe multidisciplinar, no acolhimento e rastreamento da condição clínica.⁶



Outro ponto a destacar refere-se ao tratamento da HAS que pode ser realizado por meio da utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas que serão abordadas no capítulo 3. Estas são primordiais por serem capazes de promover a qualidade de vida, prevenir e controlar a HAS.⁶

A adesão às terapêuticas medicamentosa e não medicamentosa é um importante aspecto a ser observado no cuidado à pessoa com HAS. Por ser uma doença frequentemente assintomática, a não adesão aos cuidados torna seu controle baixo, caracterizando um importante desafio no âmbito da gestão em saúde dessa condição. A prevenção continua sendo a melhor opção em termos de custo-benefício e a abordagem adequada dos fatores de risco para o desenvolvimento da HAS deve ser o grande foco do SUS.²

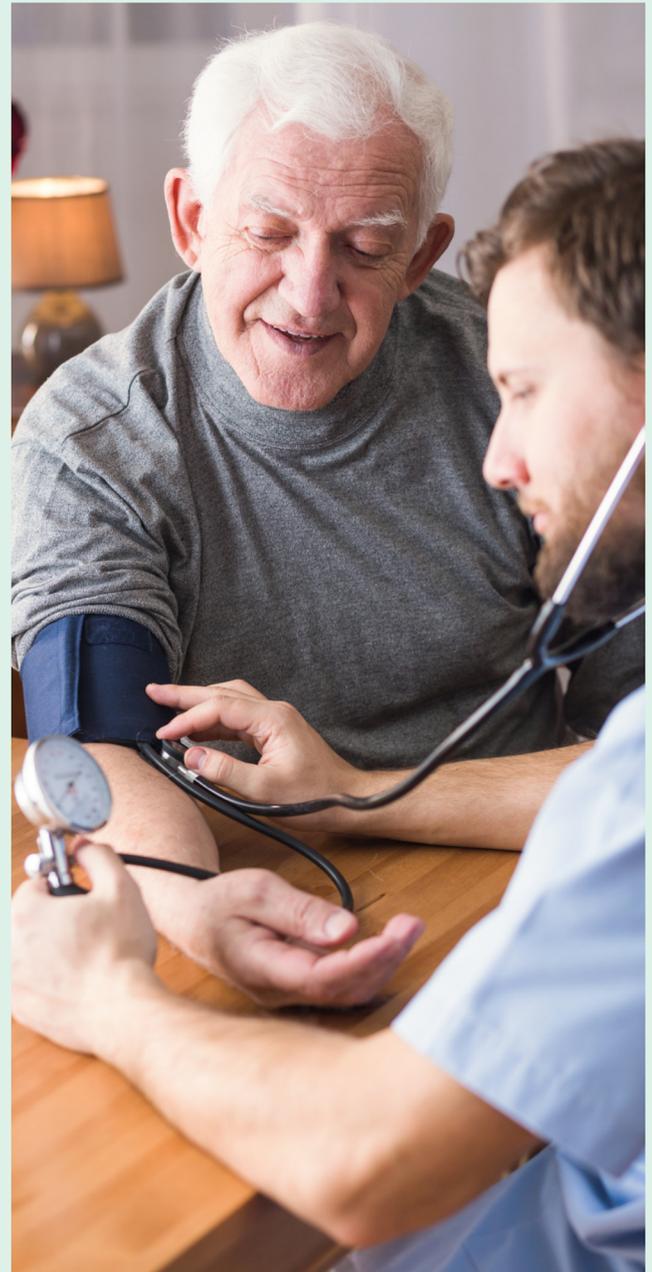
Desafios para o Sistema Único de Saúde

Diante do impacto mundial da HAS sobre a qualidade e expectativa de vida das pessoas, bem como dos custos associados à doença e suas complicações, muitos são os desafios para o enfrentamento dessa condição de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre estes, destaca-se o modelo de atenção à saúde vigente pois, apesar da hegemonia das condições crônicas, permanece a resposta reativa e episódica de um sistema fragmentado e voltado predominantemente para os eventos agudos. Esses sistemas fragmentados não têm sido eficazes no manejo das condições crônicas.⁷



Por isso, a mudança no modelo de atenção deve ser um dos principais objetivos do SUS. No caso das condições crônicas propôs-se para o SUS o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), que se baseia em três pilares: a estratificação de riscos, a estabilização e o autocuidado apoiado. O MACC engloba cinco níveis de atenção: o nível 1 é o de promoção da saúde; o nível 2, de prevenção das condições de saúde; e os níveis 3, 4 e 5 convocam tecnologias potentes de gestão da clínica, voltadas para o enfrentamento adequado das condições crônicas estabelecidas – os níveis 3 e 4 abrangem a gestão das condições de saúde e o nível 5, a gestão de caso.

No caso da Rede de Atenção à Pessoa com Hipertensão Arterial, o nível 1 engloba a população geral que necessita de ações para promoção da saúde evitando o adoecimento. No nível 2 estão as pessoas com fatores biopsicológicos estabelecidos para a HAS e que exigem cuidado profissional no sentido de prevenir a doença sendo o apoio ao autocuidado a base da abordagem. A principal ação de saúde são as atividades de educação em saúde direcionadas aos fatores de risco. No nível 3 estão as pessoas com HAS já estabelecida, mas estratificadas como baixo e médio risco. Cabe ao sistema de saúde, a atenção clínica particularizada, seja para investigação e/ou controle, bem como a elaboração de um plano de cuidados. No nível 4 e 5 estão as pessoas com HAS estratificadas como alto risco e que necessitam do sistema de saúde uma atenção mais individual e especializada.³



Sabe-se que, apesar dos avanços no diagnóstico da HAS e das opções de tratamento disponíveis, uma parte substancial da população hipertensa tem PA não controlada e as taxas de controle pressórico permanecem ruins em todo o mundo e distantes dos níveis satisfatórios.⁸ Diante disso, por sua conformação, capilaridade e processo de trabalho, a APS apresenta condições mais favoráveis para a abordagem da Hipertensão Arterial tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como política prioritária no que diz respeito ao alcance das metas de controle de PA (<140/90).

Além do modelo de atenção à saúde, são componentes fundamentais de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) a população e a estrutura operacional, o que também apresenta-se como desafio para o cuidado à pessoa com HAS.

A população de uma RAS corresponde àquela que vive em um território singular, que, por sua vez, é um importante produtor social de saúde. É uma população cadastrada e vinculada a uma equipe de Atenção Primária à Saúde, e estratificada por vulnerabilidades sociais e riscos sanitários. Neste sentido, é preciso conhecer, dentro da população do território, aqueles que apresentam HAS, ou seja, estabelecer o diagnóstico, identificar

lesões em órgãos-alvo ou complicações crônicas e efetuar tratamento adequado. Já a estrutura operacional envolve a Atenção Primária à Saúde, a Atenção Ambulatorial Especializada, a atenção hospitalar, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança.⁷ O cuidado integral à pessoa com HAS pressupõe seu acesso a todos esses níveis de atenção.



Sendo a implantação da RAS um processo complexo, o cuidado à pessoa com HAS pressupõe um pensamento sistêmico que implica transitar de relações lineares de causa e efeito para inter-relações entre diversos subsistemas. É preciso compreender que os problemas só serão solucionados se houver colaboração e interdependência entre todos os atores envolvidos; e, por fim, consiste em construir uma linguagem comum, que possibilite a comunicação em rede.

RESUMO

A HAS é caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos $\geq 140/90$ mmHg, possui causas multifatoriais, é comumente assintomática e frequentemente evolui com alterações em órgãos-alvo, como cérebro, coração e vasos. Dentre os fatores de risco para HAS estão a genética, idade, sexo, etnia, sobrepeso/obesidade, ingestão de sódio e potássio, sedentarismo, álcool, fatores sócio econômicos. A detecção precoce é uma das formas mais efetivas de evitar as complicações da HAS. Sendo assim, o rastreamento para diagnóstico da HAS deve ser realizado por toda a equipe multidisciplinar, em todo adulto com idade ≥ 18 anos, quando presente na Unidade de Atenção Primária para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros. Diante do impacto mundial da HAS, um dos principais desafios para o SUS é a mudança no modelo de atenção à saúde que, apesar da hegemonia das condições crônicas, ainda está centrado nas condições agudas com uma atenção episódica e fragmentada. Desse modo, o cuidado à pessoa com HAS pressupõe um pensamento sistêmico que implica transitar de relações lineares de causa e efeito para inter-relações entre diversos subsistemas com a colaboração e interdependência entre todos os atores envolvidos.

Leitura Complementar

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. 118 p. : il. Modo de acesso: World sWide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agravos_2021_2030.pdf (p.18-27 e 65-77)

CÁPITULO 2

Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa e metas de controle

Introdução

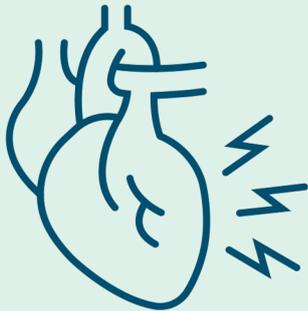
Estima-se que 23% dos brasileiros gastam em média 60% da sua renda com medicamentos, sendo que, na população idosa, estima-se que 80% consome medicamentos todos os dias.² Existem ainda 64,5 milhões de indivíduos em situação de miséria e sem condição de comprar medicamentos.⁹ A prevalência da hipertensão arterial sistêmica no mundo é de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres; no Brasil, investigações populacionais notificaram uma prevalência acima de 30%.⁹⁻¹⁰



A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica não transmissível (DCNT) definida por níveis pressóricos, em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ou medicamentoso) superam os riscos. Trata-se de uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/ epigenéticos,

ambientais e sociais, caracterizada por elevação persistente da pressão arterial, ou seja, pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva.²

Frequentemente a hipertensão arterial sistêmica está associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, e é agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito.¹¹ Além disso, mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e doença renal crônica.¹¹



Dentre os fatores de risco para hipertensão arterial estão a idade, sexo e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genéticos.¹¹ Neste sentido, considerando aspectos da proteção cardiovascular no contexto da hipertensão arterial sistêmica, há o tratamento medicamentoso, o tratamento não medicamentoso e as metas de controle.

A redução da pressão arterial é foco principal com o objetivo de reduzir desfechos cardiovasculares e mortalidade. Resultados de metanálises de estudos clínicos randomizados em pessoas com HAS evidenciaram que a redução de pressão sistólica de 10 mmHg e diastólica de 5 mmHg com medicamentos se acompanha de diminuição significativa do risco relativo de desfechos maiores: 37% para acidente vascular encefálico, 22% para doença arterial coronariana, 46% para insuficiência cardíaca, 20% para mortalidade cardiovascular e 12% para mortalidade total.²



Neste sentido, para garantir a adesão ao tratamento é necessário que a pessoa com HAS reconheça a doença e esteja disposto a aceitar o tratamento, além de seguir as orientações dos profissionais da saúde. Esse processo é importante para que haja ações de autocuidado por parte da própria pessoa com HAS, logo que, dentre os fatores que dificultam a adesão ao tratamento está a falta de informações sobre a doença. Por isso, faz-se necessário o envolvimento da equipe interdisciplinar bem orientada sobre a doença, suas características e formas de tratamento.¹²

O papel dos profissionais de saúde frente a este grupo de pessoas com doença crônica, destaca-se pela atuação interdisciplinar no fortalecimento e no incentivo aos hábitos de vida saudáveis a fim de reduzir significativamente os riscos de doenças cardiovasculares e demais complicações. Do mesmo modo, políticas públicas em saúde igualmente são uma forma de garantir a manutenção das práticas de adoção de um estilo de vida mais saudável, principalmente no âmbito alimentar e no uso de medicamentos.¹³



Frente ao exposto, no presente capítulo será realizada abordagem do contexto do tratamento medicamentoso, não medicamentoso e as metas de controle da hipertensão arterial sistêmica, em uma perspectiva interdisciplinar direcionada para profissionais de saúde. Salienta-se que este capítulo utiliza principalmente como referência as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

Terapêutica medicamentosa

A terapêutica medicamentosa está diretamente relacionada com a adesão do paciente. Conforme a Organização Mundial da Saúde, a adesão é o ato do paciente de realizar as tomadas das medicações, seguir dieta e/ou possuir hábitos de vida saudáveis de acordo com o prescrito pelo profissional de saúde. Entretanto, a adesão ao tratamento é considerada um processo multifatorial que leva em consideração fatores ambientais, psicossociais e individuais, além da questão do vínculo entre a equipe de saúde e o paciente.¹⁴



O objetivo primordial do terapêutica medicamentosa é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Os medicamentos devem não apenas reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Por isso, o controle da hipertensão deve ocorrer de forma imediata por meio de tratamento medicamentoso, além de mudanças no estilo de vida, caracterizado pela incorporação de hábitos saudáveis como a prática de exercícios físicos regulares, alimentação equilibrada e redução de hábitos nocivos como tabagismo e etilismo. Cabe destacar que a ausência de sintomatologias graves e o número diário de medicamentos utilizados predisõem, frequentemente, ao abandono do tratamento.¹⁵

Neste sentido, conforme as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, todos os medicamentos anti-hipertensivos disponíveis podem ser utilizados desde que sejam observadas as indicações e contraindicações específicas. A preferência inicial será sempre por aqueles em que haja comprovação de diminuição de eventos cardiovasculares, ficando os demais reservados a casos especiais em que haja a necessidade da associação de múltiplos medicamentos para que sejam atingidas as metas da pressão arterial.¹¹

A seguir são apresentados os grupos de medicamentos anti-hipertensivos disponíveis no Brasil com respectivo grau de recomendação (GR) e nível de evidência (NE):

- Diuréticos (GR: I; NE: A)
- Inibidores adrenérgicos
- Ação central - agonistas alfa-2 centrais (GR: IIb; NE: C)
- Betabloqueador - bloqueadores beta-adrenérgicos (GR: I; NE: A)
- Alfabloqueadores - bloqueadores alfa-1 adrenérgicos (GR: IIb; NE: C)
- Vasodilatadores diretos (GR: IIb; NE: C)
- Bloqueador dos canais de cálcio (GR: I; NE: A)
- Inibidor da enzima conversora da angiotensina (GR: I; NE: A)
- Bloqueador dos receptores de angiotensina II (GR: I; NE: A)
- Inibidor direto da renina (GR: IIb; NE: C)



Com base no exposto, na Tabela 1 são apresentados os medicamentos de acordo com seu grupo, posologia mínima e máxima e número de tomadas do medicamento ao dia:

Tabela 1. Relação de medicamentos anti-hipertensivos comercialmente disponíveis no Brasil, de acordo com seu grupo, tipo de medicamento, posologia mínima, posologia máxima e número de tomadas ao dia.

Grupo	Medicamento	Posologia mínima	Posologia máxima	Número de tomadas ao dia
Diuréticos: tiazídicos	Clortalidona	12,5	25	1
Diuréticos: tiazídicos	Hidroclorotiazida	12,5	12,5	1
Diuréticos: tiazídicos	Indapamina	2,5	5	1
Diuréticos: tiazídicos	Indapamida SR***	1,5	5	1
Diuréticos: Alça	Blumetamida	0,5	**	1-2
Diuréticos: Alça	Furosemida	20	**	1-2
Diuréticos: Alça	Piretanida	6	12	1
Diuréticos: Alça	Poupadores de potássio			
Diuréticos: Alça	Amilorida*	2,5	10	1
Diuréticos poupadores de potássio	Espironolactona	25	100	1-2
Diuréticos: Alça	Triantereno*	50	100	1
Inibidores adrenérgicos: Ação central	Alfametildopa	500	1500	2-3
Inibidores adrenérgicos: Ação central	Clonidina	0,2	0,6	2-3
Inibidores adrenérgicos: Ação central	Guanabenzol	4	12	2-3
Inibidores adrenérgicos: Ação central	Moxonidina	0,2	0,6	1
Inibidores adrenérgicos: Ação central	Rilmenidina	1	2	1
Inibidores adrenérgicos: Ação central	Reserpina*	12,5	25	1-2
Inibidores adrenérgicos: betabloqueadores	Atenolol	25	100	1-2
Inibidores adrenérgicos: betabloqueadores	Bisoprolol	2,5	10	1-2

Grupo	Medicamento	Posologia mínima	Posologia máxima	Número de tomadas ao dia
Inibidores adrenérgicos: betabloqueadores	Carvedilol+	12,5	50	1-2
Inibidores adrenérgicos: betabloqueadores	Metoprolol e Metoprolol (ZOK)***	50	200	1-2
Inibidores adrenérgicos: betabloqueadores	Nadolol	40	120	1
Inibidores adrenérgicos: betabloqueadores	Nebivolol++	5	10	1
Inibidores adrenérgicos: betabloqueadores	Propranolol**/ Propranolol (LA)***	40/80	240/160	2-3/1-2
Inibidores adrenérgicos: betabloqueadores	Pindolol	10	40	1-2
Inibidores adrenérgicos: alfabloqueadores	Doxazosina	1	16	1
Inibidores adrenérgicos: alfabloqueadores	Prazosina	20	20	2-3
Inibidores adrenérgicos: alfabloqueadores	Prazosina XL***	4	8	1
Inibidores adrenérgicos: alfabloqueadores	Terazosina	1	20	1-2
Vasodilatadores diretos	Hidralazina	50	150	2-3
Vasodilatadores diretos	Minoxidil	2,5	80	2-3
Bloqueadores dos canais de cálcio: fenilalquilaminas	Verapamil Retard***	120	480	1-2
Bloqueadores dos canais de cálcio: benzotiazepinas	Diltiazem AP, SR ou CD***	180	480	1-2
Bloqueadores dos canais de cálcio: Diidropiridinas	Anlodipino	2,5	10	1
Bloqueadores dos canais de cálcio: Diidropiridinas	Felodipino	5	20	1-2
Bloqueadores dos canais de cálcio: Diidropiridinas	Isradipina	2,5	20	2
Bloqueadores dos canais de cálcio: Diidropiridinas	Lacidipina	2	8	1
Bloqueadores dos canais de cálcio: Diidropiridinas	Lercarnidipino	10	30	1
Bloqueadores dos canais de cálcio: Diidropiridinas	Manidipino	10	20	1
Bloqueadores dos canais de cálcio: Diidropiridinas	Nifedipino Oros***	30	60	1

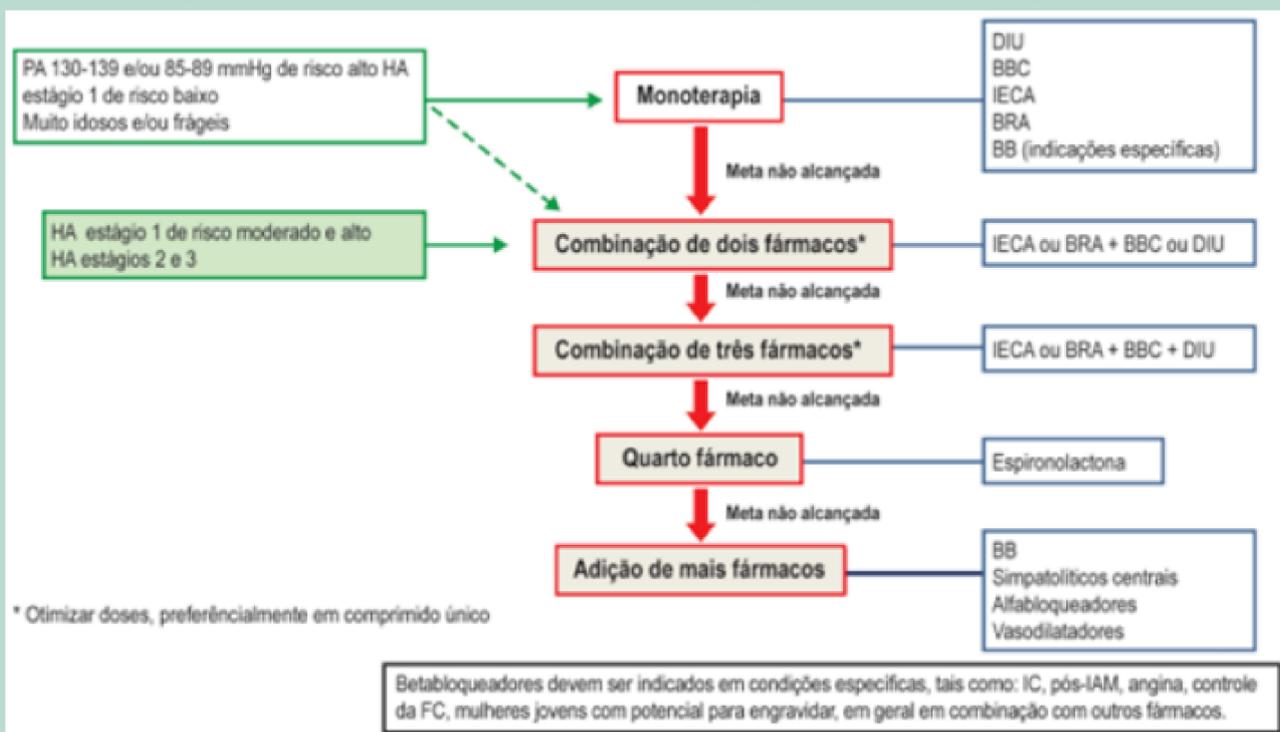
Bloqueadores dos canais de cálcio: Diidropiridinas	Nifedipino Retard***	20	60	2-3
Bloqueadores dos canais de cálcio: Diidropiridinas	Nisoldipino	5	40	1-2
Bloqueadores dos canais de cálcio: Diidropiridinas	Nitrendipino	10	40	2-3
Inibidores da ECA	Benazepril	5	20	1
Inibidores da ECA	Cilazapril	2,5	5	1
Inibidores da ECA	Delapril	15	30	1
Inibidores da ECA	Enalapril	5	40	1-2
Inibidores da ECA	Fosinopril	10	20	1
Inibidores da ECA	Lisinopril	5	20	1
Inibidores da ECA	Perindopril	4	8	1
Inibidores da ECA	Quinapril	10	20	1
Inibidores da ECA	Ramipril	2,5	10	1
Inibidores da ECA	Trandolapril	2	4	1
Bloqueadores do receptor AT ₁	Candesartana	8	32	1
Bloqueadores do receptor AT ₁	Irbersartana	150	300	1
Bloqueadores do receptor AT ₁	Losartana	25	100	1
Bloqueadores do receptor AT ₁	Olmesartana	20	40	1
Bloqueadores do receptor AT ₁	Telmisartana	40	160	1
Bloqueadores do receptor AT ₁	Valsartana	80	320	1
Inibidor direto da renina	Alisquireno	150	300	1

* Medicamentos comercializados apenas em associações com outros antihipertensivos. ** Dose máxima variável de acordo com a indicação médica. *** Retard, SR, ZOK, Oros, XL, LA, AP, SR e CD: formas farmacêuticas de liberação prolongada ou controlada. + Alfa-1 e betabloqueador adrenérgico. ++ Betabloqueador e liberador de óxido nítrico

Fonte: BARROSO ET AL., 2021

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a combinação de fármacos é a estratégia terapêutica preferencial na terapêutica medicamentosa, independentemente do estágio da hipertensão e do risco cardiovascular. O início do tratamento deve ser feito com combinação dupla de medicamentos que tenham mecanismos de ação distintos, sendo exceção a essa regra a associação de diuréticos tiazídicos com poupadores de potássio. Caso a meta pressórica não seja alcançada, ajustes de doses e/ou a combinação tripla de fármacos são indicados (Imagem 1).

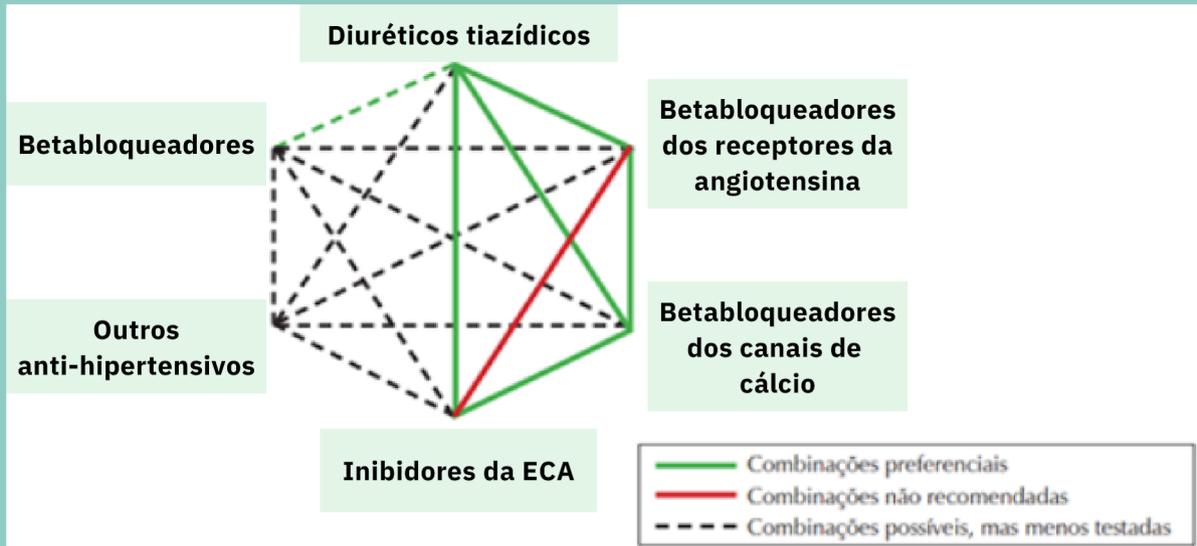
Imagem 1. Fluxograma para tratamento medicamentoso da hipertensão arterial, monoterapia e combinações.



Fonte: BARROSO ET AL., 2021

Cabe destacar que a associação de fármacos baseia-se no incremento do efeito anti-hipertensivo quando se atua em mecanismos fisiopatológicos distintos por ações sinérgicas e pela inibição da ativação dos mecanismos contrarregulatórios.² Ainda, existe indicação da Sociedade Brasileira de Hipertensão no que trata o esquema preferencial de associação de medicamentos de acordo com mecanismos de ação e sinergia (Imagem 2).

Imagem 2. Esquema preferencial de associações de medicamentos de acordo com mecanismos de ação e sinergia.



Fonte: SBC, 2017.

Terapêutica não medicamentosa

As modalidades terapêuticas para os casos de hipertensão arterial sistêmica vão além do contexto medicamentoso. Modalidades não convencionais têm sido objeto de desenvolvimento de pesquisas para melhor entendimento de seus desfechos nas pessoas com doenças crônicas. Na terapêutica não medicamentosa é possível encontrar diferentes formas de prevenir o desenvolvimento precoce da hipertensão arterial sistêmica, assim como, o seu manejo e acompanhamento, como por exemplo: mudanças no padrão alimentar, suspensão do tabagismo, controle do sódio na dieta, redução do consumo de chocolates, produtos com cacau, café e produtos com cafeína, redução do consumo de bebidas alcoólicas, perda de peso, praticar atividade física, desenvolver o controle do estresse, realizar respiração lenta, ter espiritualidade, além das terapias integrativas e complementares, como a medicina tradicional chinesa, ventosaterapia, auriculoterapia, aromaterapia, entre outros.²

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, as medidas que apresentam desfechos significativos no controle da hipertensão e, principalmente, que as suas complicações a médio e longo prazo apresentam desfechos significativos compreendem o controle do peso, mudança no padrão alimentar, restrição no consumo de sódio e moderação no consumo de álcool (Imagem 3).

Imagem 3. Modificações no peso corporal e na ingestão alimentar e seus efeitos sobre a pressão alta.

Medida	Redução aproximada da PAS/PAD	Recomendação
Controle do peso	20-30% de diminuição da PA para cada 5% de perda ponderal	Manter IMC < 25 kg/m ² até 65 anos. Manter IMC < 27 kg/m ² após 65 anos. Manter CA < 80 cm nas mulheres e < 94 cm nos homens
Padrão alimentar	Redução de 6,7/3,5 mmHg	Adotar a dieta DASH
Restrição do consumo de sódio	Redução de 2 a 7 mmHg na PAS e de 1 a 3 mmHg na PAD com redução progressiva de 2,4 a 1,5 g sódio/dia, respectivamente	Restringir o consumo diário de sódio para 2,0 g, ou seja, 5 g de cloreto de sódio
Moderação no consumo de álcool	Redução de 3,31/2,04 mmHg com a redução de 3-6 para 1-2 doses/dia	Limitar o consumo diário de álcool a 1 dose nas mulheres e pessoas com baixo peso e 2 doses nos homens*

Fonte: SBC, 2017.

Para além disso, as pessoas com Hipertensão Arterial devem ser avaliados quanto ao hábito de fumar; podem ser orientados quanto a dieta tipo DASH (***Dietary Approaches to Stop Hypertension***) e semelhantes, com aumento no consumo de frutas, hortaliças, laticínios com baixo teor de gordura e cereais integrais, além de consumo moderado de oleaginosas e redução no consumo de gorduras, doces e bebidas com açúcar e carnes vermelhas – que deve ser prescrita pelos profissionais da saúde; em casos que não existir restrições é orientado substituir o cloreto de sódio por cloreto de potássio (restrito a 2g/dia); manter Índice de Massa Corporal < 25 kg/m²; deve ser orientado a realizar, pelo menos, 150 minutos por semana de atividade física moderada.²



Alguns exemplos são apresentados na Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2020 (Imagem 4; Imagem 5):

Imagem 4. Exemplo de porções e quantidades de alimentos recomendados em dieta do tipo DASH a serem consumidas diariamente ou por semana por quem dispende cerca de 2.000 kcal/dia.

Quadro 8.1 – Exemplo de porções e quantidades de alimentos recomendados em dieta do tipo DASH a serem consumidas diariamente ou por semana por quem dispende cerca de 2.000 kcal/dia

Grupo de alimentos	Porções diárias	Tamanho das porções/unidade
Frutas	4-5	1 fruta média 1/4 de xícara de frutas secas 1/2 xícara de frutas frescas, congeladas ou enlatadas 177 mL de suco de frutas
Vegetais	4-5	1 xícara de vegetais com folhas crus 1/2 xícara de vegetais cozidos 177 mL de suco de vegetais
Laticínios dietéticos	2-3	237 mL de leite 1 xícara de iogurte 42 g de queijo
Grãos e derivados**	7-8	1 fatia de pão 1 xícara de cereal pronto para comer* 1/2 xícara de arroz cozido, macarrão ou cereal
Carnes magras, aves e peixes	≤ 2	85 g de carne magra cozida, aves sem pele ou peixes
Nozes, sementes e leguminosas secas***	4-5 por semana	1/3 xícara ou 42 g de nozes 1 colher de sopa ou 14 g de sementes 1/2 xícara de feijão seco cozido

Fonte: BARROSO ET AL., 2021

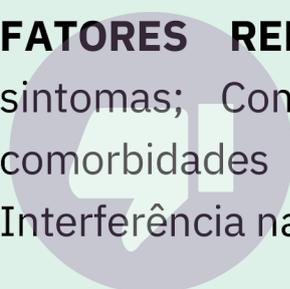
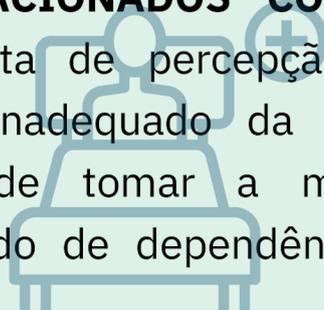
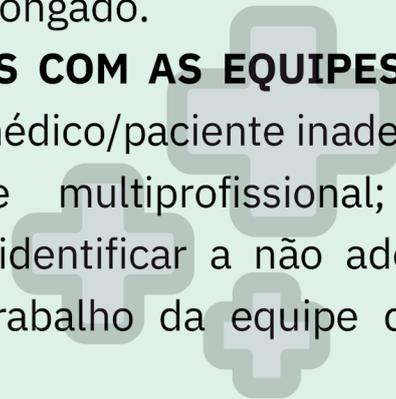
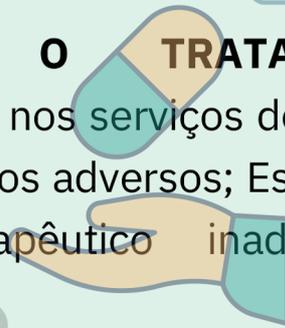
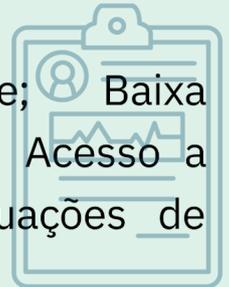
Imagem 5. Recomendações de prática de atividade física e exercício físico.

<i>Redução do Comportamento Sedentário - NE:B GR:IIb</i>
Levantar por 5 minutos a cada 30 minutos sentado
<i>Recomendação Atividade Física populacional - NE:A GR:I</i>
Realizar, pelo menos, 150 minutos por semana de atividade física moderada
<i>Treinamento Físico - Aeróbico complementado pelo Resistido - NE:A GR:I</i>
<i>Prescrição do Treinamento Aeróbico – Obrigatório</i>
Modalidades diversas: andar, correr, dançar, nadar, entre outras
Frequência: 3 a 5 vezes por semana (mais vezes - melhor)
Duração: 30 a 60 minutos por sessão (mais tempo - melhor)
Intensidade moderada definida por:
1) Maior intensidade conseguindo conversar (sem ficar ofegante)
2) Sentir-se entre "ligeiramente cansado" e "cansado" (11 a 13 na escala de Borg 20)
3) Manter a frequência cardíaca (FC) de treino na faixa calculada por:
$FC_{\text{treino}} = (FC_{\text{máxima}} - FC_{\text{repouso}}) \times \% + FC_{\text{repouso}}$
Onde:
FC máxima: deve ser obtida num teste ergométrico máximo, feito em uso dos medicamentos regulares, ou pelo cálculo da FC máxima prevista pela idade (220-idade). Essa fórmula não pode ser usada em indivíduos hipertensos com cardiopatias, em uso de betabloqueadores ou inibidores de canais de cálcio não diidropiridínicos.
FC repouso: deve ser medida após 5 min de repouso deitado
%: utilizar 40% como limite inferior e 60% como superior
<i>Prescrição do Treinamento Resistido – Complementar</i>
2 a 3 vezes/semana
8 a 10 exercícios para os principais grupos musculares, dando prioridade para execução unilateral, quando possível
1 a 3 séries
10 a 15 repetições até a fadiga moderada (repetição na qual há redução da velocidade de movimento) – aproximadamente 60% de 1RM
Pausas longas passivas – 90 a 120 s

Fonte: BARROSO ET AL., 2021

É importante que as equipes de saúde compreendam que existem múltiplos fatores que interferem na adesão dos pacientes ao tratamento anti-hipertensivo, seja ele medicamentoso ou não medicamentoso, e a partir desta avaliação, direcionar a melhor abordagem possível. A Diretriz Brasileira de Hipertensão discrimina os principais fatores:

- **FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS:** Sexo; Idade; Baixa escolaridade; Baixa renda; Minorias raciais/etnicidade; Acesso a transporte, distância e moradia em zona rural; Situações de desastres e pandemia.
- **FATORES RELACIONADOS COM O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO:** Falta de medicamentos nos serviços de saúde; Custo de aquisição dos medicamentos; Efeitos adversos; Esquemas posológicos complexos; Esquema terapêutico inadequado; Tratamento contínuo e prolongado.
- **FATORES RELACIONADOS COM AS EQUIPES E O SISTEMA DE SAÚDE:** Relacionamento médico/paciente inadequado; Ausência de atendimento em equipe multiprofissional; Tratamento não individualizado; Falha de identificar a não adesão; Comunicação ineficaz; Sobrecarga de trabalho da equipe de saúde; Falta de atualização.
- **FATORES RELACIONADOS COM O PACIENTE:** Negação do diagnóstico; Falta de percepção do benefício do tratamento; Conhecimento inadequado da doença e de seu tratamento; Esquecimento de tomar a medicação; Baixa motivação e autoestima; Medo de dependência e dos efeitos adversos dos medicamentos.
- **FATORES RELACIONADOS COM A DOENÇA:** Ausência de sintomas; Complicações a longo prazo; Presença de outras comorbidades associadas; Abuso de álcool e drogas ilícitas; Interferência na qualidade de vida.



A atenção primária à saúde é o nível mais adequado para o manejo da hipertensão principalmente na perspectiva do tratamento não farmacológico, visto que, é necessário uma abordagem biopsicossocial do usuário, envolvendo suas crenças, motivações e barreiras para torná-lo ativo em seu próprio cuidado. Entretanto, o repertório cotidiano dos cuidados primários é comumente marcado por práticas de prescrição, renovação de receitas e por atividades de educação em saúde de caráter disciplinador.¹⁶



Um exemplo para essa situação compreende o contexto do sobrepeso e da obesidade. Atualmente, tratado como um problema de saúde pública, deve estar descentralizado da linha de cuidado, logo que esta, é centrada somente nos fatores de risco relacionados às pessoas e à não adesão às mudanças de comportamento, visto que, por trás disso, estão os contextos socioambientais adversos.

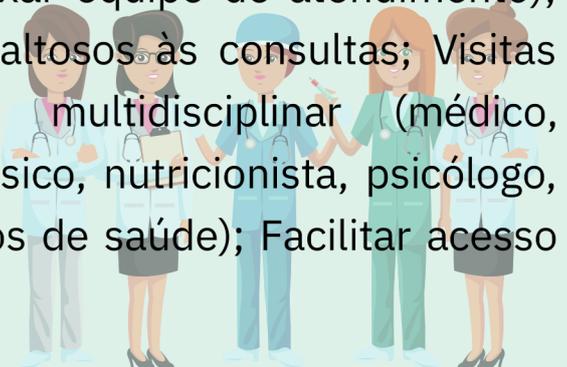
Deste modo, cabe para além da linha de cuidado, discutir essa temática à luz da necessidade de políticas públicas intersetoriais que extrapolam os muros do setor saúde, abrangendo a redução da pobreza, a inclusão social e a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável. Autores destacam que para este cenário é fundamental inserir diferentes tecnologias do cuidado, como o modelo transteórico de mudança,

a entrevista motivacional e o autocuidado apoiado, assim como, a utilização da sala de espera como espaço potencial de educação e saúde, visto que é um espaço privilegiado para o diálogo e aproximação da comunidade com a equipe da atenção primária à saúde, com a utilização de materiais e métodos simples de transmissão de informações relevantes para a adesão aos tratamentos.¹⁶⁻¹⁷

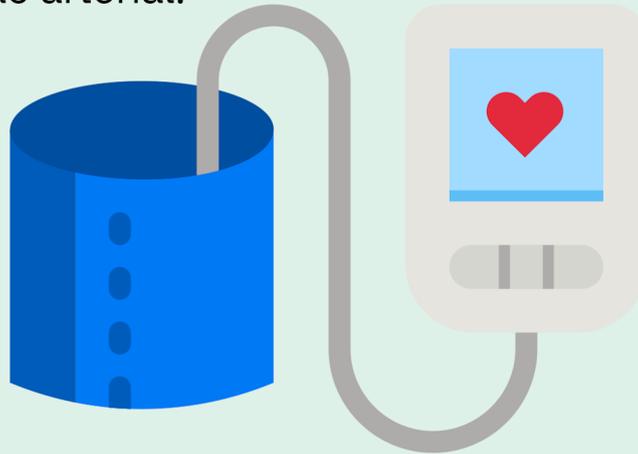
Metas de Controle

Metas de controle são atingidas a partir da adesão da pessoa à terapia medicamentosa e não medicamentosa. A Diretriz Brasileira de Hipertensão sugere principais estratégias a serem utilizadas para promover a adesão ao tratamento:

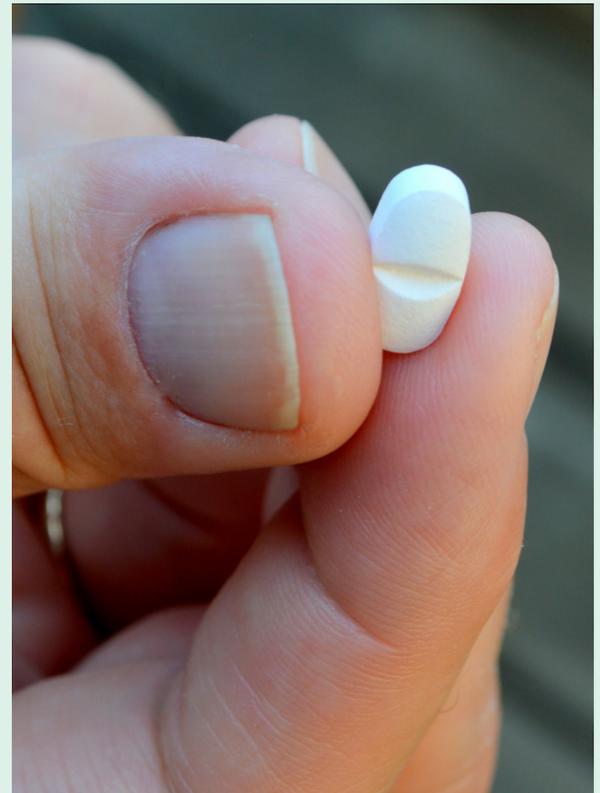
- **INTERVENÇÕES NA PESSOA COM HAS:** Estratégias motivacionais; Monitorização da pressão arterial domiciliar (medir a pressão em casa); Serviços de telemonitoramento a distância; Educação em saúde para promover autocuidado; Usos de lembretes e caixas organizadoras de medicamentos; Incentivar apoio familiar e social; Sessões de educação em grupo; Envio de mensagem por telefonia móvel.
- **INTERVENÇÕES NO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO:** Evitar doses elevadas em monoterapia; Escolha de medicamentos com menor perfil de eventos adversos; Esquemas com melhor comodidade posológica (dose única diária; dois ou três anti-hipertensivos combinados no mesmo comprimido); Receituário de fácil entendimento (escrito ou impresso); Tratamento diferenciado de acordo com características clínicas e demográficas (negros, idosos, mulheres, pessoas obesas, diabéticos).
- **INTERVENÇÕES NAS EQUIPES E SISTEMAS DE SAÚDE:** Estabelecer vínculo com a pessoa (fixar equipe de atendimento); Comunicação clara; Convocação de faltosos às consultas; Visitas domiciliares; Atuação de equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, farmacêutico, educador físico, nutricionista, psicólogo, assistente social, agentes comunitários de saúde); Facilitar acesso aos medicamentos.



Diante do exposto, as metas de controle da hipertensão arterial sistêmica estão direcionadas para a identificação precoce da doença, o tratamento e a busca pelo controle dos valores da pressão arterial, principalmente, para prevenir os desfechos relacionados com o aumento da pressão arterial.



Por isso, para que sejam alcançadas as metas de controle, a estratégia de tratamento medicamentoso baseado em combinações duplas ou mesmo triplas de anti-hipertensivos (em doses baixas), mesmo nas fases iniciais da doença, ganham cada vez mais espaço nas recomendações de diretrizes, e a monoterapia talvez se mostre uma estratégia interessante como abordagem para as pessoas hoje consideradas como pré-hipertensas de risco alto ou naquelas com alterações em biomarcadores.²



A seguir são apresentadas as principais recomendações para início de terapia anti-hipertensiva, com intervenções no estilo de vida e terapia medicamentosa, de acordo com características individuais (Imagem 6 e 7):

Imagem 6. Recomendações para início de terapia anti-hipertensiva: intervenções no estilo de vida e terapia medicamentosa.

Situação	Abrangência (medida casual)	Recomendação	Classe de recomendação	Nível de evidência
Início de intervenções no estilo de vida	Todos os estágios de hipertensão e PA 135-139/85-89 mmHg	Ao diagnóstico	I	A
	Hipertensos estágio 2 e 3	Ao diagnóstico	I	A
	Hipertensos estágio 1 e alto risco CV	Ao diagnóstico	I	B
	Hipertensos idosos com idade até 79 anos	PAS \geq 140 mmHg	Ila	B
	Hipertensos idosos com idade \geq 80 anos	PAS \geq 160 mmHg	Ila	B
Início de terapia farmacológica	Hipertensos estágio 1 e risco CV moderado ou baixo	Aguardar 3 a 6 meses Por MEV	Ila	B
	Indivíduos com PA 130-139/85-89 mmHg e DCV preexistente ou alto risco CV	Ao diagnóstico	IIB	B
	Indivíduos com PA 130-139/85-89 mmHg sem DCV pré-existente e risco CV baixo ou moderado	Não recomendado	III	-

Fonte: SBC, 2017.

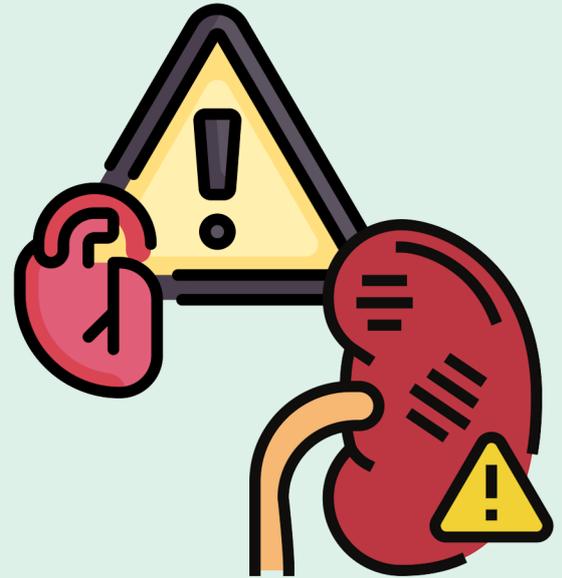
Imagem 7. Metas a serem atingidas em conformidade com as características individuais.

Categoria	Meta recomendada	Classe	Nível de Evidência
Hipertensos estágios 1 e 2, com risco CV baixo e moderado e HA estágio 3	< 140/90 mmHg	I	A
Hipertensos estágios 1 e 2 com risco CV alto	< 130/80 mmHg*	I	A**

CV: cardiovascular; HA: hipertensão arterial. * Para pacientes com doenças coronarianas, a PA não deve ficar < 120/70 mmHg, particularmente com a diastólica abaixo de 60 mmHg pelo risco de hipoperfusão coronariana, lesão miocárdica e eventos cardiovasculares. ** Para diabéticos, a classe de recomendação é IIB, nível de evidência B.

Fonte: SBC, 2017.

De qualquer modo, ainda o maior desafio de todos, no Brasil e no mundo, é bem mais simples de ser ultrapassado e inclui metas de melhorar o diagnóstico e tratar adequadamente e em equipe, com melhor controle da pressão arterial, com objetivo de alcançar uma redução significativa na morbidade e na mortalidade cardiovascular e renal.²



Pensando nisso, a Diretriz Brasileira de Hipertensão elaborou o octeto medicamentoso para o tratamento da hipertensão arterial e este, evidencia a base da terapêutica a ser tomada pelas equipes de saúde, que é a mudança no estilo de vida, e que deve ser uma das principais metas terapêuticas na abordagem dos usuários (Imagem 8).

Imagem 8. O octeto medicamentoso para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica.

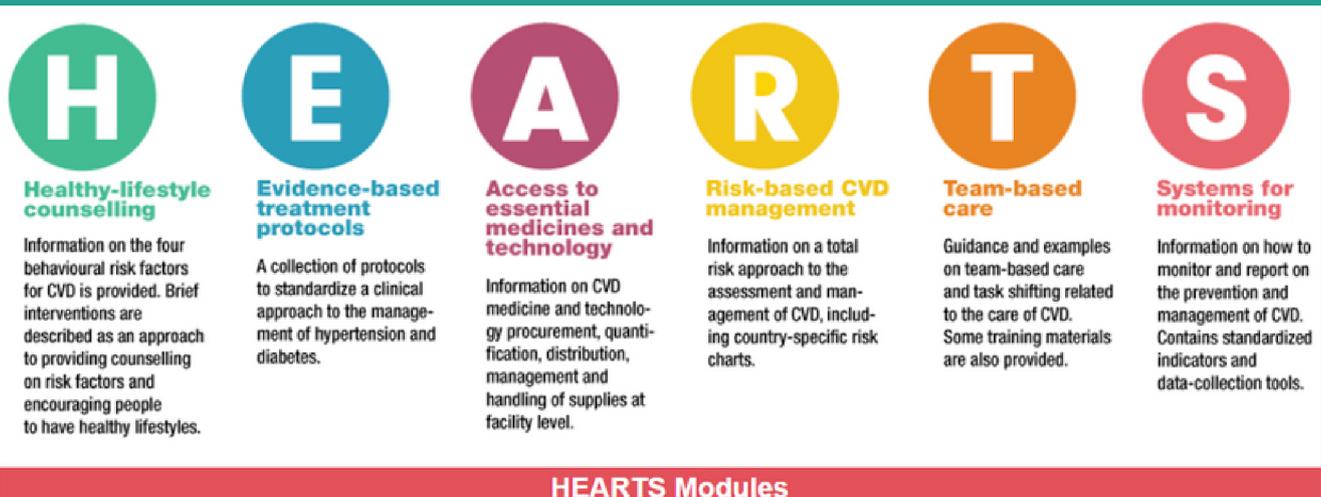


Fonte: BARROSO ET AL., 2021

Diferentes medidas para o alcance de metas terapêuticas estão sendo tomadas no Brasil e no mundo. Destaca-se entre essas medidas o programa HEARTS, lançado em 2021 pela Organização Mundial da Saúde. A iniciativa “HEARTS nas Américas: drivers de controle de hipertensão e scorecards”, compreende um pacote técnico que fornece uma abordagem estratégica para melhorar a saúde cardiovascular nos países.

É composto por seis livros e um guia de implementação (Imagem 9). Este pacote apoia os Ministérios da Saúde para fortalecer a gestão de doença cardiovascular na atenção primária à saúde. Os livros práticos, passo a passo, são apoiados por um documento técnico abrangente que fornece uma justificativa e uma estrutura para essa abordagem integrada ao gerenciamento de doenças não transmissíveis.¹⁸

Imagem 9. Pacote técnico HEARTS



FONTE: PAHO, 2021.

Os protocolos estão disponíveis no site da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) com tradução para português.¹⁹

Neste sentido, as recomendações da Diretriz Brasileira de Hipertensão no que tange as metas terapêuticas compreende (Imagem 10 e 11):²

- Nas pessoas com hipertensão arterial de risco cardiovascular baixo ou moderado, a meta de tratamento é alcançar valores inferiores a 140/90 mmHg;
- Na pessoa com hipertensão arterial com doença arterial coronariana, a meta terapêutica é obter pressão <130/80 mmHg, mas a pressão diastólica deve ser mantida com valores acima de 70 mmHg.
- Para as pessoas com hipertensão arterial com insuficiência cardíaca ou episódio prévio de acidente vascular encefálico, o tratamento anti-hipertensivo deve ser titulado até alcançar a meta de pressão arterial <130/80 mmHg, mas a concomitância de doença arterial coronariana e idade avançada, comum em tal situação, limita a redução da pressão arterial até 120/70 mmHg.
- Nas pessoas com hipertensão arterial com doença renal crônica, o objetivo do tratamento é alcançar pressão arterial <130/80 mmHg, mas sempre com monitorização de eventos adversos, especialmente redução da função renal e alterações eletrolíticas.
- O tratamento da hipertensão nas pessoas com Diabetes deve procurar manter valores <130/80 mmHg, evitando-se a redução acentuada da pressão arterial para valores inferiores a 120/70 mmHg.

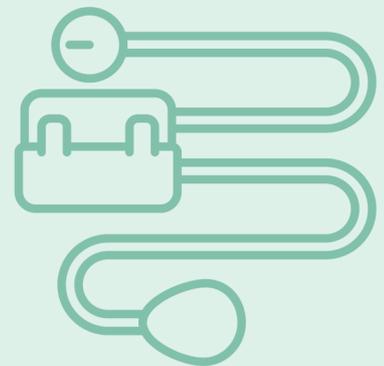
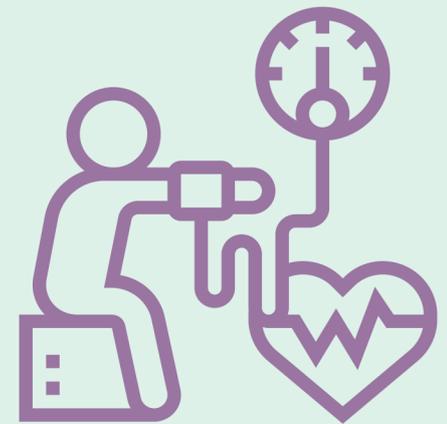


Imagem 10. Metas pressóricas gerais a serem obtidas com o tratamento anti-hipertensivo.

Meta	Risco cardiovascular	
	Baixo ou moderado	Alto
PA sistólica (mmHg)	< 140	120-129
PA diastólica (mmHg)	< 90	70-79

Fonte: BARROSO ET AL., 2021

Imagem 11. Metas de tratamento para idosos considerando a condição global e a medida da pressão arterial no consultório.

Quadro 6.2 – Metas de tratamento para idosos considerando a condição global e a medida da pressão arterial no consultório.

Condição global ¹	PAS de consultório		PAD de consultório	
	Limiar de tratamento	Meta pressórica ^{4,5}	Limiar de tratamento	Meta ⁸
Hígidos ²	≥140 (I, A)	130-139 (I, A) ⁶	≥90	70-79
Idosos frágeis ³	≥160 (I, C)	140-149 (I, C) ⁷	≥90	70-79

1: mais importante a condição funcional que idade cronológica; 2: incluindo fragilidade leve; 3: fragilidade moderada a severa; 4: incluindo idosos com comorbidades: DM, DAC, DRC, ACVEIT (não se refere à fase aguda); 5: avaliar ativamente a tolerabilidade, inclusive possíveis sintomas atípicos; 6: uma meta mais rígida (125-135 mmHg) pode ser obtida em casos selecionados, especialmente em idosos motivados, com < 80 anos, apresentando ótima tolerabilidade ao tratamento; 7: limites mais elevados em caso de sobrevida limitada e ausência de sintomas. A redução da PA deve ser gradual; 8: PAD = evitar < 65-70 mmHg em portadores de DAC clinicamente manifesta.

RESUMO

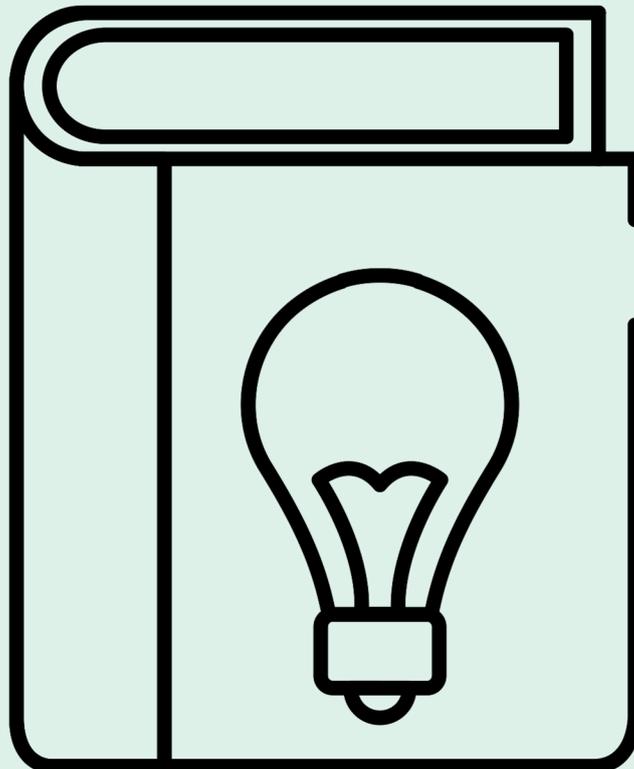
A terapia medicamentosa, não medicamentosa e as metas de controle da hipertensão arterial sistêmica, forma uma tríade com o principal objetivo de prevenir o desenvolvimento da doença crônica, assim como, mediar, de forma interdisciplinar, o tratamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e os desfechos sistêmicos da doença a médio e longo prazo, como o acometimento cardiovascular e renal. No presente capítulo, são apresentadas principais evidências para a tomada de decisão dos profissionais de saúde da atenção primária à saúde com base nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão e nas recomendações da Organização Mundial da Saúde.

Leitura Complementar

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Disponível em: <https://sbc-portal.s3.sa-east-1.amazonaws.com/diretrizes/Pocket%20Books/2017/7%C2%AA%20Diretriz%20Brasileira%20de%20Hipertens%C3%A3o%20Arterial.pdf>

BARROSO et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/Z6m5gGNQCvrW3WLV7csqbqh/?format=pdf&lang=pt>

WHO. World Health Organization. Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033986>

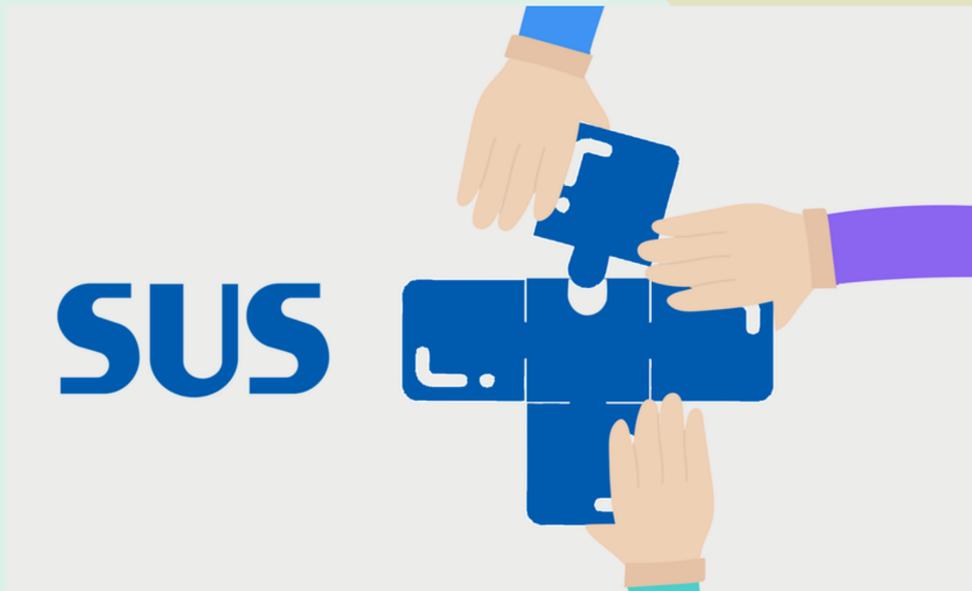


CAPÍTULO 3

Protocolos de Cuidado e fluxos assistenciais da pessoa com Hipertensão Arterial no Sistema Único de Saúde

Introdução/Contextualização

Os protocolos e fluxos assistenciais da Pessoa com Hipertensão Arterial (HA) no Sistema Único de Saúde (SUS) são orientados por diretrizes clínicas e portarias ministeriais que estabelecem uma Rede de Atenção à Saúde às pessoas com esta condição de saúde como forma de organizar o sistema de saúde nos âmbitos local e regional.



Como já visto no Livro 7, a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 estabeleceu as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. A partir deste referencial foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2011 e 2012, as Redes temáticas de Atenção à Saúde dentre as quais está a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.²⁰



O anexo IV da portaria de consolidação n.3, de 2017 cuja origem é Portaria 483/2014, define a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado. Ela define ainda as 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.²¹ Essa é a base legal das linhas de cuidado que, de acordo com estas portarias, estão entre as principais ferramentas para microgestão dos serviços e visam à coordenação do cuidado ao longo do contínuo assistencial, pressupondo uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas.

Nesse sentido, a linha de cuidado à pessoa com Hipertensão Arterial é uma das linhas da rede de atenção à saúde das pessoas com Doenças Crônicas. Uma linha de cuidado às pessoas com Hipertensão Arterial (HAS) é necessária pois este se configura um importante problema de saúde pública, dado o crescente número de pessoas com essa condição e das suas repercussões para a pessoa, a família e a sociedade.



Nessa lógica, o Estado de Santa Catarina publicou em 2019 a linha de cuidado à pessoa com HAS, seguindo toda a estruturação aqui discutida, garantindo um cuidado integral à pessoa com HAS no Estado. Desde a publicação deste material vários movimentos têm sido realizados no sentido de sua implantação. A partir do diagnóstico da HAS, a pessoa com esta condição de saúde deve ter os fluxos assistenciais com planejamentos terapêuticos seguros nos diferentes níveis de atenção conforme descrito a seguir.

Protocolo de cuidado da Hipertensão Arterial Sistêmica

A avaliação inicial da pessoa com risco de Hipertensão Arterial (HAS) ou com diagnóstico já estabelecido requer um acolhimento pela equipe de saúde, confirmação do diagnóstico, identificação de fatores de risco, suspeita e identificação de causa secundária para elevação da PA, avaliação do risco cardiovascular, lesões de órgão-alvo (LOA) e doenças associadas.²²

Fazem parte dessa avaliação inicial a medida da pressão arterial (PA) no consultório e/ou fora dele, utilizando-se técnica adequada e equipamentos validados e calibrados. É importante ainda na avaliação inicial, a obtenção de história médica (pessoal e familiar), a realização de exame físico e a investigação clínica e laboratorial.²



3.1- Avaliação Clínica

A avaliação clínica da pessoa com HAS deve ser realizada a partir de entrevista, exame físico e exames laboratoriais. O cumprimento dessas etapas permitirá o diagnóstico correto da HAS, bem como a adequada estratificação de risco contribuindo para estabelecer a estratégia terapêutica mais adequada.³

Durante a entrevista deve-se coletar a história clínica sendo algumas perguntas obrigatórias: o tempo de diagnóstico, tratamentos anti-hipertensivos já realizados (medicamentos e doses), uso de outros medicamentos que possam interferir na PA, sintomas que possam indicar a evolução da doença hipertensiva, antecedentes pessoais e familiares. Além disso, deve-se investigar a existência de fatores de risco para doença cardiovascular (DCV) e renal, comorbidades e aspectos biopsicossociais, culturais e socioeconômicos.² Estes aspectos encontram-se sistematizados no quadro 1.

Quadro 1 - Aspectos a serem investigados durante a entrevista

Questionar sobre história familiar de HA
Investigar sobre as 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
Pesquisar LOA (subclínicas ou manifestas clinicamente)
Investigar a presença de outras doenças
Questionar sobre fármacos e drogas que possam interferir na PA
Avaliar a adesão e reações adversas aos tratamentos anteriores, motivos de abandono do tratamento (caso tenha)
Investigar a adesão ao tratamento atual
Aplicar escore de risco CV global*
Participação em atividades de grupo da UBS, modificações realizadas no modo de viver, dúvidas, dificuldades encontradas

Fonte: BARROSO, 2021 e SANTA CATARINA, 2019

Legenda - PA: pressão arterial; HA: hipertensão arterial; LOA: lesões em órgãos-alvo; CV: cardiovascular

* Pode-se utilizar a Calculadora para Estratificação de Risco Cardiovascular recomendada e disponibilizada pelo Departamento de Aterosclerose da SBC para os sistemas Android e IOS.

Durante o exame físico deve ser realizado uma medida correta e repetida da PA e da frequência cardíaca (FC), avaliação dos dados antropométricos, peso e altura, assim como o cálculo do índice de massa corporal (IMC) e da circunferência abdominal (CA). O quadro 2 a seguir apresenta os principais aspectos a serem observados durante a avaliação física da pessoa com HAS.

Quadro 2 - Principais aspectos a serem avaliados durante o exame físico da pessoa com Hipertensão Arterial

Aferição da Pressão Arterial, frequência cardíaca, 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

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

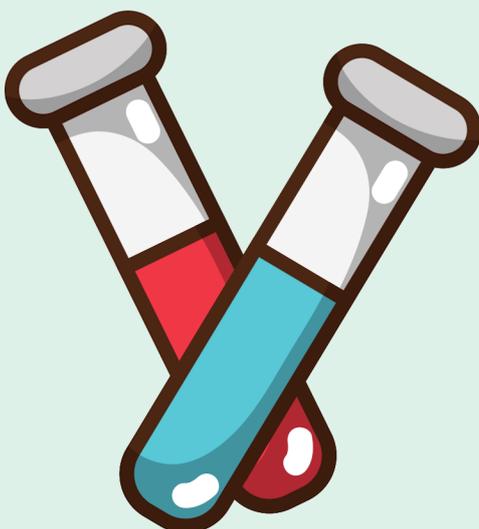
Avaliação de edema

Exame de fundoscopia: identificar estreitamento arteriolar, cruzamentos arteriovenosos patológicos, hemorragias, exsudatos e papiledema

Fonte: adaptado de BARROSO, 2021 e SANTA CATARINA, 2019

A técnica correta de verificação da Pressão Arterial está disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>.

<http://>



Os exames laboratoriais básicos devem fazer parte da rotina inicial de toda pessoa com HA sendo recomendados a dosagem sérica de potássio, ácido úrico, creatinina, glicemia e perfil lipídico, exame sumário de urina e eletrocardiograma.

A função renal também deve ser avaliada através da Taxa de Filtração Glomerular que é um dos principais parâmetros para a identificação de Doença Renal Crônica. Recomenda-se ainda a investigação da relação proteinúria/albuminúria utilizando-se pela ordem de importância: razão albuminúria/ creatininúria (RAC), razão proteinúria/creatininúria (RPC). A avaliação complementar objetiva a detecção de lesões clínicas ou subclínicas em órgãos-alvo.²

Fluxo Assistencial da Pessoa com Hipertensão Arterial no SUS

Uma vez que a pessoa seja diagnosticada com HAS, ela deve ter acesso a toda rede de atenção à saúde (RAS). A RAS à pessoa com HAS é composta pelos níveis de atenção (primário, secundário e terciário), pontos de atenção e territórios sanitários que têm a finalidade de formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção, espaços estes onde são ofertados os serviços de saúde.³

Quadro 3 - Composição da Rede de Atenção à Saúde da pessoa com Hipertensão Arterial

Nível de Atenção	Ponto de Atenção	Território Sanitário
Atenção Hospitalar	Hospital com leitos de UTI, Unidades de Nefrologia	Macrorregião Região de Saúde
Atenção Ambulatorial Especializada	Policlínica UPA	Região de Saúde Município
Atenção Primária à Saúde	Equipes Multiprofissionais	Município Área de Abrangência Microárea
	UBS, Telessaúde/Teleconsultoria/ Telemedicina	
	Domicílio/Escola/Comunidade	

Fonte: adaptado de SANTA CATARINA, 2019

O fluxo assistencial da pessoa com Hipertensão Arterial dentro da rede de atenção à saúde no SUS depende da estratificação de risco a ser realizada a partir das informações obtidas na histórica clínica, no exame físico e através de exames complementares. A estratificação de risco CV global leva em consideração os fatores de risco já descritos no capítulo 1 e detalhados no quadro 4 .

Quadro 4 - Fatores de risco cardiovascular

Idade (mulher > 65 anos e homem > 55 anos)

Tabagismo

Dislipidemia: triglicerídeos (TG) > 150 mg/dL em jejum; LDL-c > 100 mg/dL; HDL-c < 40 mg/dL

Diabetes melito (DM) já confirmado (glicemia de jejum de, pelo menos, 8 horas \geq 126 mg/dL, glicemia aleatória \geq 200 mg/dL ou HbA1c \geq 6,5%) ou pré-diabetes (glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dL ou HbA1c entre 5,7 e 6,4%)

História familiar prematura de DCV: em mulher < 65 anos e homem < 55 anos

Pressão de pulso em idosos (PP = PAS – PAD) > 65 mmHg

ITB anormal

História patológica pregressa de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia

Obesidade central: IMC < 24,9 Kg/m² (normal); entre 25 e 29,9 Kg/m² (sobrepeso); > 30 Kg/m² (obesidade)

Relação cintura/quadril (C/Q)

Cintura abdominal = mulher < 88 cm e homem < 102 cm

Cintura: C = no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca lateral Quadril Q = ao nível do trocanter maior

Cálculo (C/Q) = mulher: $C/Q \leq 0,85$; homens: $C/Q \leq 0,95$

Fonte: adaptado de BARROSO, 2021

Legenda - C: cintura, Q: quadril, C/Q: relação cintura quadril, ITB: índice tornozelo braquial, PP: pressão de pulso, IMC: índice de massa corpórea.

Assim, para determinar os fluxos assistenciais da pessoa com HAS bem como os protocolos de cuidado, uma estratificação de risco deve ser realizada pela presença de fatores de risco e os níveis de PA, conforme estabelecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e apresentado no quadro 5.

Quadro 5- Classificação dos estágios de hipertensão arterial de acordo com o nível de Pressão Arterial, presença de Fator de risco cardiovascular, Lesão em órgão alvo ou comorbidades

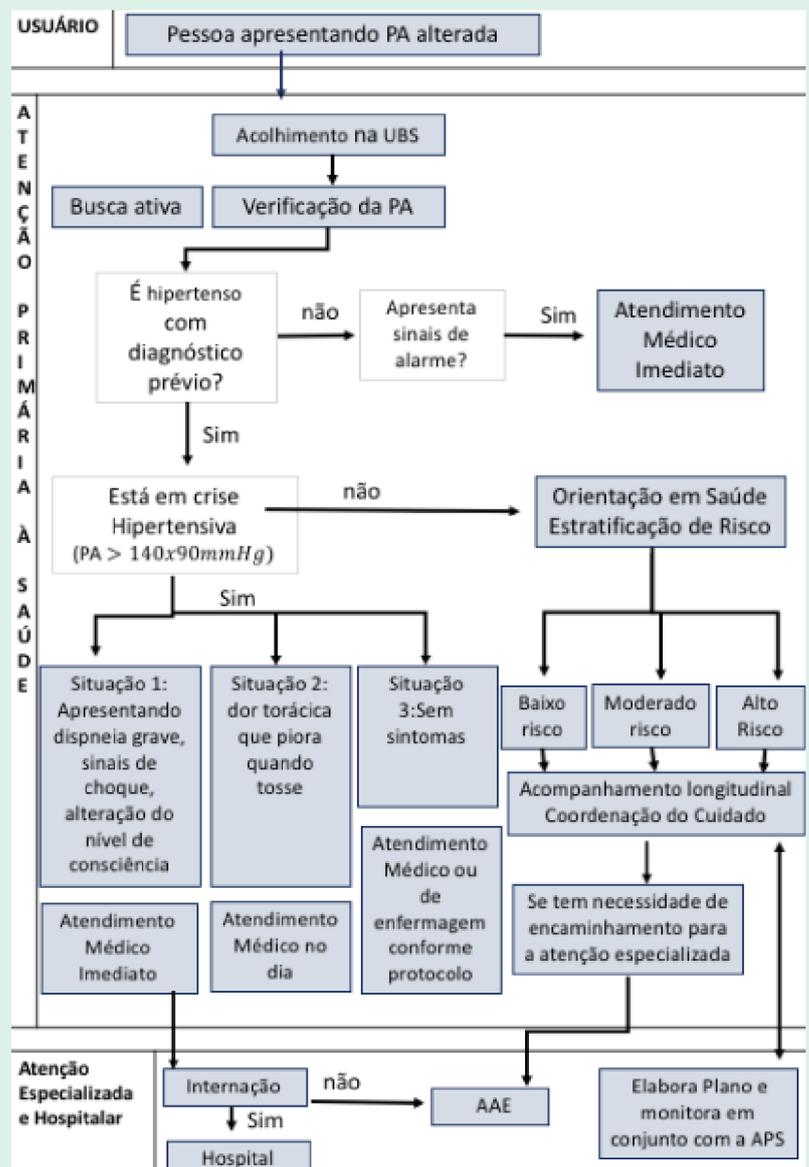
FR, presença de LOA ou doença	PA (mmHg)			
	Pré-hipertensão PAS 130-139 PAD 85-89	Estágio 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Estágio 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Estágio 3 PAS > 180 PAD > 110
Sem FR	Sem risco adicional	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto
1 ou 2 FR	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto	Risco alto
≥ 3 FR	Risco moderado	Risco alto	Risco alto	Risco alto
LOA, DRC estágio 3, DM, DCV	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto

Fonte: Barroso et al, 2021

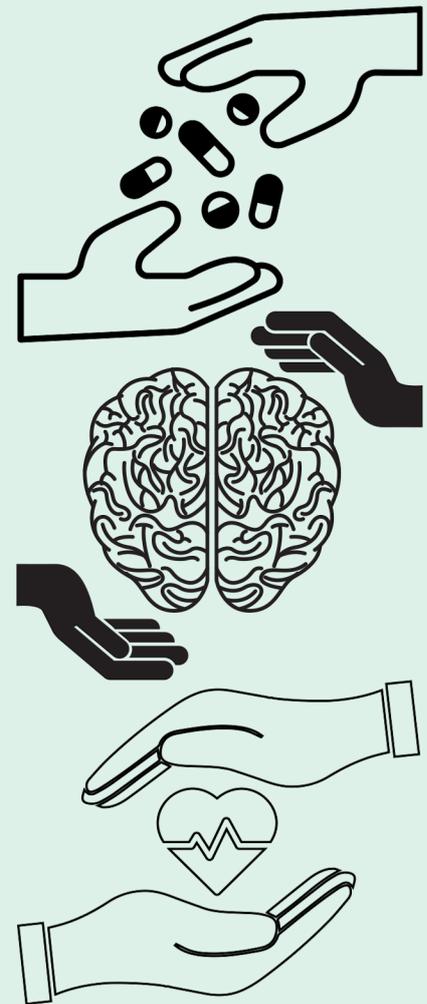
PA: pressão arterial; FR: fator de risco; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; LOA: lesão em órgão-alvo, DRC: doença renal crônica; DM: diabetes melito; DCV: doença cardiovascular.

O risco deve ser avaliado individualmente e a partir dele se estabelece o percurso da pessoa com HAS na Rede de Atenção à Saúde. Os fluxos assistenciais da pessoa iniciam a partir do seu acolhimento na UBS, com o estabelecimento do diagnóstico e da estratificação de risco conforme mostra a figura 1.³

Figura 1 - Fluxo assistencial da pessoa com Hipertensão Arterial na Rede de Atenção à Saúde de Santa Catarina



Deve-se salientar que garantir o acesso e o cuidado longitudinal para a pessoa independente de qual problema ela possui, está no escopo da APS, não havendo a necessidade de se organizar o cuidado de forma fragmentada, por doenças. A pessoa com HAS necessita de acompanhamento médico, de enfermagem, atenção farmacêutica para uso racional dos medicamentos, cuidado com a saúde mental e cuidado da equipe multiprofissional.²²



Assim, no que se refere à HAS 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. A articulação entre as UBS e os setores da educação e da assistência social é fundamental para realização de busca ativa, campanhas ou outros trabalhos conjuntos que possam tanto promover a saúde como prevenir o adoecimento por HAS. Essa articulação objetiva também buscar por pessoas com risco para o HAS e ainda a realização de diagnóstico precoce.^{3,22}

Protocolo de Cuidado da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial requer atenção dos serviços de saúde, uma vez que esta condição quando não controlada pode trazer prejuízos para a pessoa, família e comunidade. O trabalho da equipe multiprofissional de saúde a partir de ações integradas entre todos os seus membros está associado a melhores desfechos clínicos em todos os níveis de atenção à saúde. Os cuidados realizados por equipes de saúde que têm suas decisões de forma compartilhada estão associados à redução de custos e a melhores resultados no tratamento da HAS.²³



A equipe deve atuar conjuntamente a fim de ajudar a pessoa com HAS na manutenção das metas pressóricas. A Sociedade Brasileira de Cardiologia² recomenda que para as pessoas com HAS de baixo e moderado risco CV a meta deva estar abaixo de 140/90 mmHg e, se tolerada, próximo a 120/80 mmHg. A importância do trabalho da equipe multidisciplinar será mais detalhada no capítulo seguinte.



A pessoa com HAS de alto risco na prática clínica são mais comumente aquelas pessoas hipertensas com DAC, história prévia de AVE, insuficiência cardíaca, doença renal crônica (DRC) e HAS associada ao diabetes melito (DM). Cada uma destas condições apresenta uma meta específica. A pessoa com HAS e DAC tem meta terapêutica de PA < 130/80 mmHg, mas a PA diastólica deve ser mantida com valores acima de 70 mmHg. Na pessoa com HAS e IC ou episódio prévio de AVE, o tratamento anti-hipertensivo deve ser titulado até alcançar a meta de PA < 130/80 mmHg, mas a concomitância de doença DAC e idade avançada, comum em tal situação, limita a redução da PA até 120/70 mmHg. Na pessoa com HAS e DRC, o objetivo do tratamento é alcançar PA < 130/80 mmHg, mas sempre com monitorização de eventos adversos, especialmente redução da função renal e alterações eletrolíticas. O tratamento da hipertensão nas pessoas com DM deve procurar manter valores < 130/80 mmHg, evitando-se a redução acentuada da PA para valores inferiores a 120/70 mmHg.²

Portanto, a equipe multiprofissional deve estar preparada para cada condição específica e atuar conjuntamente para promover melhor adesão ao tratamento e obtenção do sucesso terapêutico reduzindo assim a morbidade e a mortalidade associada a HAS. Nesse sentido, a atribuição de todos os profissionais envolvidos no cuidado à pessoa com HA, independentemente do nível de atenção onde atue, está baseada nos seguintes 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.



O cuidado à pessoa com HAS pressupõe seu acesso a todos os níveis de atenção de acordo com as necessidades apresentadas. Na atenção primária, o cuidado deve ser realizado pelas equipes da estratégia da Saúde da Família que minimamente deve ser composta por médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS) devendo atuar, de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos,

na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, medidas preventivas primárias e atendimento a hipertensão arterial. Além destes profissionais mencionados, os níveis primário e secundário de atenção devem ter ainda nutricionista, psicólogo, assistente social, profissional de educação física, fisioterapeuta, farmacêutico, não sendo necessária a existência de todos componentes para o início da ação.²⁻³

A periodicidade das consultas da pessoa com HAS deve ser determinada conforme a estratificação de risco e existem protocolos distintos para a recomendação dessa periodicidade. Segundo o Ministério da saúde brasileiro²⁴ as recomendações destacam que as pessoas devem ter a PA aferida pelo menos a cada 2 anos quando os níveis pressóricos estão normais. Entretanto, para aquelas já diagnosticadas com hipertensão (PA: $\geq 140/90$ mmHg), a realização de consulta com aferição de PA deverá ser mais frequente quanto maior for o risco cardiovascular, sendo, no mínimo, semestral quando o risco cardiovascular for baixo .

A Linha de Cuidado à Pessoa com HAS em Santa Catarina sugere que a periodicidade de consulta seja estabelecida 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.³



O acompanhamento da pessoa com HAS requer ainda a solicitação frequente de exames. Os tipos de exames bem como sua periodicidade também são determinados pela estratificação de risco conforme apresentado no item 4. O quadro 6 apresenta a periodicidade de solicitação de exames conforme esta estratificação de risco.

Quadro 6- Periodicidade de solicitação de exames de acordo com a estratificação de risco

Exames	Risco baixo	Risco médio	Alto risco
Glicemia Plasmática de Jejum	Anual	Anual	Anual
Ácido úrico	Anual	Anual	Anual
Creatinina	Anual	Anual	Semestral
Estimativa da Taxa de filtração Glomerular	Anual	Anual	Semestral
Relação Albumina/creatinina	-	Anual	Anual
Colesterol Total	Anual	Anual	Anual
LDL-Colesterol e HDL-Colesterol	Anual	Anual	Anual
Triglicerídeos	Anual	Anual	Anual
Rotina de urina	Anual	Anual	Anual
Potássio	Anual	Anual	Semestral se creatinina normal
Eletrocardiograma	A cada dois anos	Anual	Anual

Fonte: SANTA CATARINA, 2019

As estratégias de atuação de equipe multiprofissional devem ser centradas na pessoa com HA, com respeito às particularidades sociais e culturais, locais e regionais.

Indicadores de saúde e acompanhamento da pessoa com Hipertensão Arterial

Ao se propor fluxos de atendimento e protocolos de cuidado à pessoa com HAS pretende-se alcançar níveis de saúde ótimos a essa população específica. Tendo a finalidade de tornar a saúde mensurável, os indicadores de saúde são uma forma de medir a saúde de uma população. O acompanhamento dos indicadores para hipertensão arterial é fundamental para a avaliação da eficácia das ações, assim como, para a implementação de programas que visem modificar os resultados alcançados.³ Para acompanhamento e avaliação das ações realizadas no âmbito do cuidado das pessoas com hipertensão arterial, a LC de Santa Catarina preconiza indicadores de acompanhamento da HAS em nível municipal/estadual:

- Prevalência de HAS no município: número de pessoas com HAS cadastradas, com 18 anos ou mais, população adulta (≥ 18 anos) no município $\times 100$.
- 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 $\times 100$
- 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 $\times 1.000$.
- 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 $\times 1.000$.
- 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 $\times 1.000$
- 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 $\times 1.000$.



Para além destes indicadores, a taxa de mortalidade entre pessoas de 30 a 69 anos causada pelos quatro principais grupos de causas relacionadas à Doenças Crônicas não Transmissíveis tem sido utilizado nacionalmente no sentido de avaliar as ações para este grupo populacional:²⁵

- Taxa de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis: Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 – I00-I99; C00-C97; J30- J98; E10-E14 – em determinado ano e local X 100.000 / População residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local.

É importante ainda destacar o indicador que mensura a proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre. Este indicador compõe o conjunto dos 07 (sete) indicadores do incentivo financeiro de Pagamento por Desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) revisados para o ano de 2022, no âmbito do Programa Previne Brasil, conforme disposto na Seção III do Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017. Ele tem por objetivo identificar o contato entre a pessoa com hipertensão arterial e o serviço de saúde para atendimento e realização do procedimento de aferição da PA, que permite avaliar se a condição está controlada, visando a prevenção da morbimortalidade.²⁴⁻²⁵



O Percentual de pessoas hipertensas com PA aferida em cada semestre é calculado da seguinte forma: Numerador: Número de pessoas com hipertensão arterial, com consulta em hipertensão arterial e aferição de PA nos últimos 6 meses; Denominador SISAB: Número de pessoas com hipertensão arterial no SISAB; Denominador estimado: Potencial de cadastro X % pessoas com hipertensão arterial PNS 2019.²⁴

Saiba mais sobre o Percentual de pessoas hipertensas com PA aferida em cada semestre:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_18.pdf

<http://>

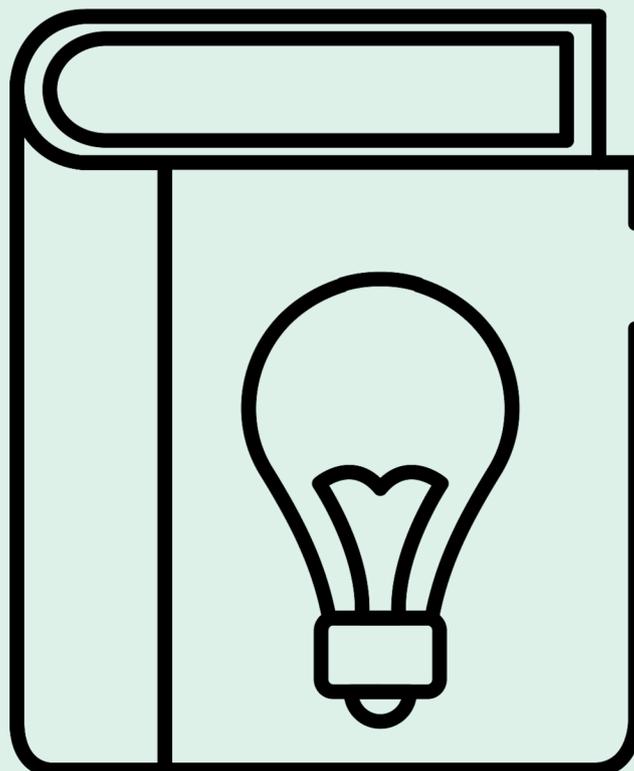


RESUMO

O cuidado integral à pessoa com HAS pressupõe seu acesso a todos os níveis de atenção de acordo com as necessidades apresentadas e para isso, requer a existência de protocolos e fluxos assistenciais bem estabelecidos. O fluxo assistencial da pessoa com HAS dentro da rede de atenção à saúde no SUS depende da estratificação de risco a ser realizada a partir das informações obtidas na histórica clínica, no exame físico e através de exames complementares. Para determinar esses fluxos, bem como os protocolos de cuidado, a estratificação de risco deve ser realizada a partir da presença de fatores de risco e dos níveis de PA. No cuidado à pessoa com HAS, a Atenção Primária à Saúde deve ser o centro de comunicação das redes, que articula os fluxos e contrafluxos de pessoas, os produtos e as informações entre todos os pontos de atenção. As estratégias de atuação de equipe multiprofissional devem ser centradas na pessoa com HAS, com respeito às particularidades sociais e culturais, locais e regionais.

Leitura Complementar

1. CARDOSO, LAÍS SANTOS DE MAGALHÃES et al. Premature mortality due to non-communicable diseases in Brazilian municipalities estimated for the three-year periods of 2010 to 2012 and 2015 to 2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. 2021, v. 24, suppl 1 [Acessado 29 Julho 2022] , e210005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720210005.supl.1>>. Epub 16 Abr 2021. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210005.supl.1>.
2. SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Linha de Cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica. Florianópolis, 2019. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/atencao-basica/linha-de-cuidado-ab-aps/linha-de-cuidado-a-pessoa-com-hipertensao-arterial-sistemica/16393-linha-de-cuidado-a-pessoa-com-hipertensao-arterial-sistemica/file>



CAPÍTULO 4

Atuação interdisciplinar e responsabilização dos profissionais na atenção à pessoa com HAS

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) não controlada é um grande fator de risco cardiovascular (FRCV) de significativa prevalência global.



O processo educativo e as mudanças de atitudes são lentas, porém são essenciais para o alcance das metas. Utilizando-se de práticas como o acolhimento, vínculo e corresponsabilização, o usuário consegue ter seu espaço e seus sentimentos considerados.^{2,26}

A atuação multiprofissional, seja nas ações específicas ou coletivas, traz resultados eficazes no tratamento. Diversos estudos demonstram a superioridade do controle da pressão arterial através da abordagem multiprofissional, quando comparada ao tratamento convencional.²



HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HAS (FUNDAMENTOS DA HUMANIZAÇÃO, ACOLHIMENTO E VÍNCULO)

A humanização em saúde qualifica as práticas de gestão e da atenção à saúde, centrada na inclusão e no acolhimento, com o objetivo do desenvolvimento da autonomia do usuário, para que este seja o protagonista e responsável.

“Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho”²⁷

Política Nacional de Humanização, pautada na indissociação entre a atenção e a gestão dos processos, na transversalidade e no desenvolvimento da autonomia e protagonismo dos sujeitos.

O acolhimento é considerado fundamental para a eficácia das práticas de cuidado, pois valoriza o usuário e fortalece o vínculo. A partir do acolhimento, pode-se oferecer as informações adequadas por parte do serviço de saúde, reduzir o tempo de espera e das filas através da hierarquização dos riscos e melhor gestão das consultas, através do agendamento e garantia do retorno. Quando o usuário se sente acolhido e com o vínculo fortalecido, evitam-se constrangimentos, sofrimentos e abandono do tratamento em decorrência da insatisfação no atendimento.²⁶



A Atenção multiprofissional na atenção primária busca a integralidade por meio do trabalho em equipe, como nas reuniões de equipe, discussão de caso e atendimentos compartilhados, com base na realidade local, valorizando a proximidade com a comunidade, e fortalecendo a autonomia para a execução das melhores estratégias.²⁸⁻²⁹

RESPONSABILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA ATENÇÃO À PESSOA COM HAS

O controle da hipertensão arterial ainda é um desafio, por ser uma patologia multifatorial, o tratamento também deve ser realizado de forma ampla.

A corresponsabilização faz parte do processo de cuidado, visto a saúde como direito do usuário. Se espera posturas ativas por parte dos profissionais, garantindo a acessibilidade aos serviços e responsabilização por seus problemas

Ações específicas e coletivas dos profissionais envolvidos, de acordo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial estão descritas abaixo:

Quadro 1: Ações específicas e coletivas de alguns profissionais envolvidos no tratamento à pessoa com hipertensão arterial

Profissional	Ações
<p>Médico</p> <p>No nível primário, há a participação do médico generalista e, nos demais níveis, a presença de cardiologista, nefrologista e especialista em hipertensão</p>	<p>Específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Consulta médica. -Responsável por diagnóstico, estratificação de risco e orientação das condutas terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas. -Avaliação clínica dos pacientes, pelo menos, duas vezes por ano. -Referência e contra referência dentro do sistema de saúde

Equipe de Enfermagem

Específicas:

- Promover o acolhimento dos pacientes, identificando conjuntamente com o usuário os diversos obstáculos e barreiras presentes no cotidiano e incentivar apoio para seu enfrentamento.
- Capacitar as pessoas para aumentar seu controle sobre os determinantes que influenciam o autocuidado e, assim, melhorar sua saúde.
- Incentivar o autocuidado.
- Planejar estratégias para promover e avaliar a adesão dos pacientes às condutas prescritas com técnicas educacionais, motivacionais, cognitivas e uso das tecnologias.
- Promover ações educacionais para o letramento em saúde com os usuários.
- Visitas domiciliares, visando a reforçar a utilização da medicação e colaborar no gerenciar de cuidados e/ou de tecnologia para promover o uso correto, como ajudar o usuário a criar rotinas e hábitos para a tomada da medicação.

Enfermeiro

Específicas:

- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida.
- Realizar consulta de enfermagem e procedimentos, solicitar exames complementares e prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão.

Enfermeiro

- Realizar consulta de enfermagem e procedimentos, solicitar exames complementares e prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão.
- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos.
- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe.
- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local.
- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas por técnicos/auxiliares de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS) e agentes de combate a endemias em conjunto com os outros membros da equipe.
- Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS.
- Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados com sua área de competência na Unidade Básica de Saúde.
- Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Nutricionista

Específicas:

- Anamnese alimentar com avaliação da rotina de consumo, número de refeições, horários, alimentos ingeridos e quantidades, além da frequência de consumo de alimentos cardioprotetores.
- Avaliação antropométrica: medida de peso e altura, medida da circunferência abdominal e cálculo do índice de massa corporal.
- Prescrição e orientação da dieta com base no diagnóstico médico e exames laboratoriais.
- Acompanhamento das mudanças dietéticas e evolução antropométrica.
- Participação em ações com a população.

Coletivas:

- A orientação nutricional deve ser centrada nas mudanças de impacto na diminuição da PA: perda de peso, aumento do consumo de frutas e vegetais e diminuição do consumo de sódio.
- A utilização de recursos tecnológicos gratuitos na área de nutrição representa um importante recurso de informação em larga escala, e seu uso deve ser incentivado.

Profissional de Educação Física

Específicas:

- Recomendar a redução do comportamento sedentário nas populações adulta e adolescente.
- Incentivar o cumprimento das recomendações mínimas de atividades físicas (AF) para toda a população por meio de ações coletivas detalhadas a seguir. A prática dessas atividades contribui para reduzir a mortalidade por doenças cardiovasculares, mesmo quando há comportamento sedentário.

Profissional de Educação Física

- Programar, ministrar e supervisionar programas de exercícios físicos (EF), presenciais ou a distância, individuais ou em grupo, adequados às realidades locais e às características específicas de cada pessoa. Convém fazer uso de recursos tecnológicos (celular, internet, games, vídeos etc.) para motivar a participação, controlar a frequência e a intensidade de execução e dar dicas de como aumentar a atividade física regular diária;
- Realizar avaliações pré-participação, indicar a avaliação médica prévia nos casos recomendados e fazer reavaliações regulares para verificar a efetividade da prática e ajustar sua progressão.

Ações Coletivas entre Profissionais de Educação Física e Fisioterapia

Coletivas:

- Recomendar a redução do comportamento sedentário nas populações adulta e adolescente.
- Incentivar o cumprimento das recomendações mínimas de atividades físicas (AF) para toda a população por meio de ações coletivas detalhadas a seguir, contribuindo para a redução da mortalidade por doenças cardiovasculares.
- Programar, ministrar e supervisionar programas de exercícios físicos (EF), presenciais ou a distância, individuais ou em grupo, adequados às realidades locais e às características específicas de cada pessoa. Convém fazer uso de recursos tecnológicos (celular, internet, games, vídeos etc.) para motivar a participação, controlar a frequência e a intensidade de execução e dar dicas de como aumentar a atividade física regular diária.
- Realizar avaliações pré-participação, indicar a avaliação médica prévia nos casos recomendados e fazer reavaliações regulares para verificar a efetividade da prática e ajustar sua progressão.

CONCEITO DE INTERDISCIPLINARIDADE EM SAÚDE

A HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO OBJETIVO DA INTERDISCIPLINARIDADE

A hipertensão arterial é uma patologia multifatorial, sendo o conjunto de ações interdisciplinares importantes para o atendimento adequado à pessoa com hipertensão.² Além da dificuldade em tratar as diversas causas, a adesão ao tratamento pode se tornar a principal dificuldade.

A formação de uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, pedagogos e psicólogos têm resultados mais eficazes.² O trabalho deve ser em conjunto, onde os profissionais sabem a ação da equipe, mas cada um atua dentro da especificidade de sua formação, respeitando os limites definidos pelas diretrizes e conselhos profissionais.²

Imagem: Estratégias de atuação da equipe multiprofissional centradas no paciente

Quadro 7.1 – Estratégias de atuação da equipe multiprofissional centradas no paciente

Estratégias	Descrição	Exemplos	Membro da Equipe
Educação do paciente	Abordagem didática ou interativa para informar e educar os pacientes	Sessões educativas presenciais ³⁸⁹ Materiais impressos presenciais ^{389, 390} Materiais impressos via correio ³⁹⁰ Meios audiovisuais e Educação a distância ³⁹¹	MED, ENF, FARM, NUT, PSI, ACS
Apoio social	Envolvimento de familiares, amigos ou outros indivíduos para ajudar os pacientes a utilizarem os fármacos, conforme prescrito	Reuniões de grupos de apoio ^{347,350} Educação familiar ³⁴⁸	FAM, AM, CD, ACS, ASS
Letramento e motivação do paciente	Motivar os pacientes a tomar a medicação, conforme prescrito, e remover obstáculos que prejudiquem sua motivação	Intervenções motivacionais ^{386, 389} Implantar ações de letramento em saúde ^{362,392,393}	MED, ENF, NUT, PSI EF, FIS, AM, CD, FAM
Automonitoramento da PA e uso de tecnologias	Envolver os pacientes a monitorar a PA e a adesão ao tratamento	Automedidas da PA ³⁹¹ Monitorização residencial da PA ^{394,395} Telemonitoramento da PA ^{343,390,396,397}	MED, ENF, PAC, FAM, CD, ACS
Comunicação ou interação com os prestadores de serviços e entre membros da equipe	Melhorar a comunicação entre os pacientes e a equipe multiprofissional e outros prestadores e entre membros da equipe	Treinamento de habilidades de comunicação entre pacientes e a equipe multiprofissional e entre membros da equipe ³⁹⁰ Intervenções digitais interativas ^{350,358,359,398}	MED, ENF, NUT, EF, FIS, PSI, ASS, ACS
Facilitar o acesso aos serviços de saúde	Facilitar o agendamento de consultas em horários compatíveis com as necessidades dos pacientes	Pacientes de outros municípios Idosos dependentes de acompanhamento de terceiros ^{345,399}	ACS, ASS

AM: Amigo; ACS: agentes comunitários de saúde; ASS: assistente social; CD: cuidadores; ENF: enfermeiro; EF: profissional de educação física; FAM: familiar; FARM: farmacêutico; FIS: fisioterapia; MED: médico; NUT: nutricionista; PAC: paciente; PS: psicólogo.

FONTE: Barroso et al., 2021.

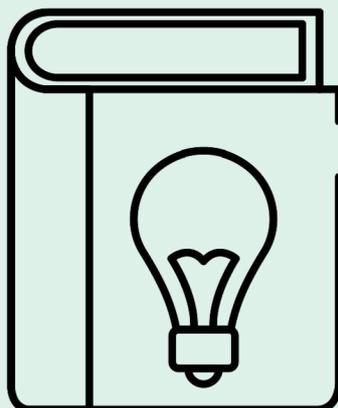
As ações conjuntas entre equipe multidisciplinar e cuidados personalizados, contribuem para a redução e controle da PA de forma mais eficaz quando comparadas a ações individuais.²³

RESUMO

A HAS continua sendo um fator de risco cardiovascular. A abordagem multiprofissional em conjunto com a individualizada, realizada de forma ativa e com corresponsabilização, se mostrou mais eficaz comparada ao tratamento convencional. O estreitamento da relação entre equipe multiprofissional e o usuário com HAS, considerando os princípios da humanização no atendimento, melhora a qualidade da assistência, redução de custos, aumenta a adesão do usuário ao tratamento e conseqüentemente o sucesso terapêutico, proporciona melhora da qualidade de vida, redução do FRCV, da morbidade e mortalidade.

Leitura Complementar

LIMA, LEILSON LIRA; MOREIRA, THEREZA MARIA MAGALHÃES; JORGE, MARIA SALETE BESSA. PRODUÇÃO DO CUIDADO A PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL: ACOLHIMENTO, VÍNCULO E CORRESPONSABILIZAÇÃO. **REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM**, V. 66, P. 514-522, 2013.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020. Brasília, DF, 2021a.
- 2- BARROSO, W.K.S.; RODRIGUES, C.I.S.; BORTOLOTO, L.A. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>
- 3- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Linha de Cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica. Florianópolis, outubro, 2019.
- 4- HINKLE, J.L.; CHEVER, K.H. Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica: Brunner & Suddarth. 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.
- 5- SANTIAGO, E. R. C., DINIZ, A. S., OLIVEIRA, J. S., LEAL, V. S., ANDRADE, M. I. S., & Lira, P. I. C. . Prevalência e Fatores Associados à Hipertensão Arterial Sistêmica em Adultos do Sertão de Pernambuco, Brasil. Arq. Bras. Cardiol., 113(4), 687-695. 2019.
- 6- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica [recurso eletrônico]:Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.
- 7- SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde da pessoa com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein. Ministério da Saúde, 2020. 88 p.: il. P.69-72. Disponível em: https://kidopilabs.com.br/plannificasus/upload/notatecnica_diabetes.pdf
- 8- WILLIAMS B, MANCIA G, SPIERING W, ROSEI EA, AZIZI M, BURNIER M, et al. ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). Eur Heart J; 39(33): 3021-104. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
- 9- Schonrock, G., Costa, L., Bender, S., & Linartevichi, V. (2021). ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES IDOSOS HIPERTENSOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CASCAVEL PARANÁ. FAG JOURNAL OF HEALTH (FJH), 3(1), 29-33.
- 10- MACHADO, J.C. et al. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 611-620, 2016. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232016000200611&script=sci_arttext&lng=en
- 11- SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Disponível em: <https://sbcportal.s3.sa-east-1.amazonaws.com/diretrizes/Pocket%20Books/2017/7%C2%AA%20Diretriz%20Brasileira%20de%20Hipertens%C3%A3o%20Arterial.pdf>
- 12- SOUZA et al. O papel educativo da equipe de enfermagem como meio de garantir aos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. São Paulo, v.7.n.9. set. 2021. Disponível em: <https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/2276/909>
- 13- CRUZ et al. The role of non-pharmacological interventions to control arterial hypertension: integrative review. Brazilian Journal of Development ISSN: 2525-876129330Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.3, p.29330-29344mar 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/26846/21247>
- 14- BATISTA et al. Main factors influencing treatment adherence for Systemic Arterial Hypertension: an integrative review. Research, Society and Development, v. 11, n. 1, e26311124760, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24760>
- 15- DA SILVA et al. Pharmacological profile of antihypertensive prescriptions and adequacy to the Brazilian hypertension guideline. Research, Society and Development, v. 11, n. 1, e24411124735, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24735>
- 16- DO NASCIMENTO ET AL. Factors associated to the adherence to the non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care. Rev Bras Enferm. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0173 e20200173>
- 17- BARBOSA, PAMELLA FONSECA. Adesão a terapia não medicamentosa: um desafio na atenção básica. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS; Curso de Especialização em Saúde da Família. Belém/PA, 2020. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/23875>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 18- WHO, World Health Organization. **Pacote Técnico HEARTS, 2021.** Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/heart-technical-package>
- 19- PAHO, Pan American Health Organization. Pacote Técnico Hearts, 2021. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15053:heart-technical-package&Itemid=3465&lang=en
- 20- BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf
- 21- BRASIL. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/>
- 22- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica [recurso eletrônico] Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. 85 p. : il.
- 23- KUHMMER R, LAZZARETTI RK, GUTERRES CM, RAIMUNDO FV, LEITE LE, DELABARY TS, et al. Effectiveness of multidisciplinary intervention on blood pressure control in primary health care: a randomized clinical trial. *BMC Health Serv Res.*;16(1):456. 2016 doi: 10.1186/s12913-016-1703-0. PMID: 27581760; PMCID: PMC5006538.
- 24- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária. Nota técnica nº 18/2022-SAPS/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.
- 25- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.
- 26- LIMA, LEILSON LIRA; MOREIRA, THEREZA MARIA MAGALHÃES; JORGE, MARIA SALETE BESSA. PRODUÇÃO DO CUIDADO A PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL: ACOLHIMENTO, VÍNCULO E CORRESPONSABILIZAÇÃO. *REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM*, V. 66, P. 514-522, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000400008>.
- 27- Humaniza SUS. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>.
- 28- CARRAPATO, Josiane Fernandes Lozigia; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro; PLACIDELI, Nádía. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. *Saúde e Sociedade*, v. 27, p. 518-530, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170012>
- 29- BRASIL. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf.

