

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
JULIANA VEIGA MOTTIN DA SILVA

PROTOCOLO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Campina Grande do Sul,
2011

SUMÁRIO

1- APRESENTAÇÃO	3
2- INTRODUÇÃO	4
3- HIPERTENSAO ARTERIAL SISTÊMICA	5
3.1 Conceito	5
3.2 Fatores de risco	5
3.3 Diagnóstico	6
3.4 Classificação	8
3.5 Avaliação e estratificação	9
3.5.1 Anamnese.....	9
3.5.2. Exame físico.....	9
3.5.3. Avaliação laboratorial.....	9
3.5.4 Estratificação dos portadores.....	10
3.6 Tratamentos da HAS	12
3.6.1 Tratamento não-medicamentoso	12
3.6.1 Terapia nutricional e educação alimentar	12
3.6.2 Interrupção do tabagismo.....	13
3.6.3 Atividade física.....	13
3.6.4 Educação em saúde.....	14
3.6.2 Tratamento medicamentoso	15
3.6.2.1. Princípios gerais.....	15
3.6.2.2 Classes de anti-hipertensivos.....	16
3.7 Hipertensão Arterial Sistêmica Secundária	21
3.8 Crise hipertensiva	21
3.8.1 Emergência hipertensiva.....	21
3.8.2 Urgência hipertensiva.....	22
3.9 Complicações	22
4- ENCAMINHAMENTOS	23
5- O TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE	24
6- ATIVIDADES EM GRUPO	29
7- REFERÊNCIAS	30

1 APRESENTAÇÃO

Segundo a OMS (2003), as condições crônicas são responsáveis, atualmente por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No Brasil, em 2008, as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) responderam por 62,8% do total das mortes por causa conhecida e séries históricas de estatísticas de mortalidade indicam que a proporção de mortes por estas patologias aumentou em mais de três vezes entre as décadas de 30 e de 90 (BRASIL, 2011).

Entre as DCNT estão as doenças cardiovasculares, que constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Devido ao fato de não haver uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de risco associados existe a probabilidade do aumento de sua ocorrência (BRASIL, 2001).

Nos países em desenvolvimento a aderência aos tratamentos para as DCNT chega a ser apenas de 20% (OMS, 2003). Logo, para aprimorar os sistemas de saúde e reduzir o impacto das doenças crônicas, a Organização Mundial de Saúde (2003) elenca oito elementos essenciais: apoiar mudança de paradigma; gerenciar o ambiente político; desenvolver um sistema de saúde integrado; alinhar políticas setoriais para a saúde; aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde; centralizar o tratamento no paciente e na família; apoiar pacientes em suas comunidades e enfatizar a prevenção.

A hipertensão arterial sistêmica é uma DCNT que representa um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares, bem como de complicações precoces aos seus portadores. Diante deste cenário, este protocolo resulta da necessidade de atualização e de sistematização das informações referentes ao atendimento dos portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Desta forma, almeja-se a melhoria da qualidade da assistência e a redução dos impactantes dados epidemiológicos acerca desta patologia.

Este documento possui a finalidade de subsidiar tecnicamente os profissionais da rede de atenção básica que prestam atendimento aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e, possui o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como forma de reorganização da atenção básica.

2 INTRODUÇÃO

As condições crônicas surgem, nos países em desenvolvimento, basicamente no nível de atenção primária e devem ser tratadas principalmente nesse âmbito. No entanto, grande parte da atenção primária está voltada a problemas agudos e às necessidades mais urgentes dos pacientes (OMS, 2003).

As transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas no século passado determinaram um perfil de risco em que doenças crônicas, como a **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)**, assumiram ônus crescente e preocupante, constituindo sérios problemas de saúde pública (BRASIL, 2011).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) possui alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis. (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

Este Protocolo aborda as características mais relevantes da HAS, orientando as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde, com o objetivo de otimizar recursos dentro de critérios científicos. Um dos grandes desafios na assistência aos portadores de HAS é a compreensão da magnitude da doença e o entendimento do seu caráter crônico. Logo, a detecção e o diagnóstico precoces constituem etapas primordiais na prevenção de agravos incapacitantes desta patologia.

Diante do exposto, faz-se necessário a capacitação das equipes envolvidas no atendimento dos portadores de HAS, buscando a reorganização da atenção básica de forma sistematizada. As principais estratégias adotadas pelas equipes visam à prevenção dessa doença, de suas complicações e a promoção da saúde, com o objetivo da melhoria da qualidade de vida. Portanto, os objetivos deste Protocolo são:

- Instrumentalizar os profissionais da atenção básica para que promovam medidas coletivas de prevenção primária, enfocando os fatores de risco cardiovasculares.

- Sistematizar e orientar medidas de prevenção, detecção, controle e vinculação dos hipertensos inseridos na atenção básica.

- Reconhecer as situações que requerem atendimento nas redes secundária e/ou terciária.

- Reconhecer as complicações da HAS, possibilitando a reabilitação psicológica, física e social dos portadores dessas enfermidades.

3- HIPERTENSAO ARTERIAL

3.1 Conceito

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010). O valor adotado como limite para definir HAS é o de igual ou maior de 140/90 mmHg, quando encontrado em pelo menos duas aferições realizadas no mesmo momento (BRASIL, 2001). Sendo que a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão arterial (2010) recomenda a realização de pelo menos três medidas em uma mesma consulta; sugerindo o intervalo de um minuto entre elas. A medida das duas últimas aferições deve ser considerada a PA real. Caso as pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas apresentem diferença maior que 4 mmHg, deverão ser realizadas novas medidas até que se obtenham medidas com diferença inferior.

Portanto, a hipertensão arterial é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que utilizam medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2001).

3.2 Fatores de risco

A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) e o Ministério da saúde (BRASIL, 2001) consideram como fatores de risco para Hipertensão arterial sistêmica:

1- Idade- pois a maior prevalência de HAS encontra-se superior a 60% acima de

65 anos.

2- Gênero e etnia- a prevalência global de HAS é semelhante entre homens e mulheres, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da desta década de vida. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras.

3- Excesso de peso e obesidade- em indivíduos com excesso de peso existe maior prevalência dos casos de HAS desde idades jovens. A obesidade central também se associa com o aumento da PA.

4- Ingestão de sal- o consumo excessivo de sódio tem relação com a elevação da PA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Porém, em populações com dieta pobre em sal, não foram encontrados casos de HAS.

5- Ingestão de álcool- períodos prolongados de tempo de ingestão de álcool podem aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral.

6- Sedentarismo- a prática de atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de doenças cardiovasculares.

7- Fatores socioeconômicos- o nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida, porém, no Brasil, a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade.

8- Genética- fatores genéticos contribuem para a gênese da HAS na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que possam ser utilizadas para prever o risco individual de desenvolver HAS.

9- Outros fatores de risco cardiovascular- A predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável.

3.3 Diagnóstico

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) a HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual. A medida da PA deve ser realizada em toda avaliação realizada pelos profissionais da saúde.

3.1.1 - Medida da pressão arterial

Os procedimentos de medida da pressão são simples e de fácil realização, contudo, nem sempre são realizados de forma adequada, sendo que condutas que podem evitar erros são, por exemplo, o preparo apropriado do paciente, uso de técnica padronizada e equipamento calibrado (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

Os procedimentos que devem ser seguidos para a medida correta da pressão arterial são descritos na tabela 1:

Tabela 1 - Procedimentos recomendados para a medida da pressão arterial

Preparo do paciente:
1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.
2. Certificar-se de que o paciente NÃO: <ul style="list-style-type: none"> • está com a bexiga cheia • praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos • ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos • fumou nos 30 minutos anteriores.
3. Posicionamento do paciente: Deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4o espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.
Para a medida propriamente:
1. Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço.
2. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital.
3. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
4. Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu

reaparecimento corresponderá à PA sistólica.
5. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.
6. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação.
7. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).
8. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.
9. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).
10. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.
11. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero.
12. Sugere-se esperar em torno de um minuto para nova medida, embora esse aspecto seja controverso ^{10,11} .
13. Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente.
14. Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi medida.

Fonte: Adaptado de VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2010.

3.1.2 - Equipamentos para medida da pressão arterial

A medida da PA pode ser realizada pelo método indireto com técnica auscultatória com uso de esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneróide devidamente calibrados, ou com técnica oscilométrica pelos aparelhos semiautomáticos digitais de braço validados estando também calibrados. Os aparelhos aneróides não são os de primeira escolha, pois descalibram-se mais facilmente. Atualmente, entretanto, está havendo uma forte tendência para a substituição dos aparelhos de coluna de mercúrio por equipamentos semiautomáticos ou aneróides em razão do risco de toxicidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

3.4 Classificação

A tabela a seguir mostra a classificação dos níveis de pressão arterial no adulto acima de 18 anos.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial

** Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.*

Fonte: VI Diretrizes de Hipertensão Arterial (2010)

Na classificação da tabela acima considera-se normotensão verdadeira se as medidas são classificadas como normais com médias de pressão, no período de vigília pela MAPA (Monetização Ambulatorial da Pressão Arterial) < 130 x 85 mmHg

Admite-se como pressão arterial *ideal*, condição em que o indivíduo apresenta o menor risco cardiovascular, PAS < 120 mmHg e PAD < 80 mmHg. A pressão arterial de um indivíduo adulto que não esteja em uso de medicação anti-hipertensiva e sem comorbidades associadas e considerada **normal** quando a PAS é < 130 mmHg e a PAD < 85 mmHg. Níveis de PAS entre 130 e 139 mmHg e de PAD entre 85 e 89 mmHg são considerados limítrofes. Este grupo, que aparece como o mais prevalente, deve ser alvo de atenção básica preventiva. É importante salientar que a tabela usada para classificar o estágio de um indivíduo hipertenso não estratifica o risco do mesmo. Portanto, um hipertenso classificado no estágio 1, se também for diabético, pode ser estratificado como grau de risco muito alto (BRASIL, 2001).

3.5 Avaliação e estratificação

A Investigação Clínica consiste em avaliar lesões de órgãos-alvo, identificar fatores de risco cardiovascular, diagnosticar doenças associadas e a etiologia da hipertensão. Para tanto, realiza-se:

□ **Anamnese:** história clínica do pacientes, com dados referentes ao sexo, idade, raça, condição socioeconômica, tabagismo, duração da hipertensão e níveis de pressão arterial, sobrepeso e obesidade. Informações sobre Doença arterial coronariana; sintomas e sinais de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC); história familiar de hipertensão; Acidente vascular Cerebral (AVC), morte prematura/súbita em familiares próximos; e, insuficiência arterial periférica crônica; depressão, ansiedade, pânico, doença renal, situação familiar, diabetes melitus, ingestão de sal e álcool, consumo de medicamentos ou drogas que possam interferir com a pressão arterial. Deve-se considerar também os fatores de risco para aterosclerose, prática de atividade física, dislipidemias, perda de peso e indícios de hipertensão secundária, que deve ser sempre pesquisada na presença das manifestações características.

□ **Exame físico:** verificação de peso e estatura, sopros mitral e aórtico, circunferência abdominal, estertores, roncos, sibilos; Sinais de hipertensão secundária, massas abdominais (tumores, aneurismas, hidronefrose, rins policísticos) medida da pressão arterial, sopros abdominais (renais, aorta), frequência de pulso; Ictus sugestivo de hipertrofia ventricular esquerda/ dilatação do ventrículo esquerdo, 3ª bulha (disfunção sistólica do ventrículo esquerdo), hiperfonese de 2ª bulha; Pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais pediosos e pediosos, palpação e ausculta de carótidas, presença de edema, estase venosa. Exame neurológico sumário, palpação da tireóide, fundo de olho.

□ **Avaliação laboratorial:** a avaliação nos casos de hipertensão arterial tem como objetivo investigar a elevação da pressão arterial (PA), lesão em órgão alvo (LOA), identificação de fatores de risco para doenças cardiovasculares/co-morbidades e realizar o diagnóstico etiológico da hipertensão arterial. Bem como, realizar avaliação dos seguintes **exames:**

-Exame de urina (bioquímica e sedimento), para diagnóstico e monitoramento do comprometimento renal;

-Creatinina sérica, para avaliação e monitoramento da função renal;

-Potássio sérico, para investigação de hiperaldosteronismo. Controle do uso de diurético;

-Glissemia sérica, para diagnóstico e monitoramento do Diabetes Mellitus e hiperglicemia de jejum;

-Colesterol total, para diagnóstico e monitoramento de dislipidemia;

-Eletrocardiograma de repouso, para avaliação e monitoramento de repercussões miocárdicas - lesão de órgãos-alvo (LONDRINA, 2006).

Neste sentido, é importante salientar que a lista de exames a serem realizados deve ser definida pela direção clínica do município, em reunião com os médicos e mediante aprovação no conselho municipal de saúde com financiamento para cobertura destes exames.

□ **Estratificação dos portadores:** para a classificação dos portadores da hipertensão arterial sistêmica (HAS), além da elevação da PA, fatores de risco como o Diabetes Mellitus, lesão de órgãos-alvo, doença renal, doença cardiovasculares, antecedentes familiares e questões socioeconômicas também devem ser abordadas. Assim, ficam estabelecidas quatro categorias de risco cardiovascular absolutas, revelando que os mesmos pacientes classificados como nos estágios 1, 2 ou 3 podem pertencer a categorias de maior ou menor risco na presença de co-morbidades ou fatores de risco associados, conforme apresentados a seguir:

- Grupo de risco baixo compreende homens com idade inferior a 55 anos de idade e mulheres com idade inferior a 65 anos, com hipertensão grau I, sem a presença de fatores risco. Nestes indivíduos a probabilidade da ocorrência de um evento cardiovascular grave, nos próximos 10 anos é inferior a 15% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

- Grupo de risco alto compreende portadores de HAS de grau I ou II com três ou mais fatores de risco associados, também portadores de grau III sem fatores de risco associados. A probabilidade de um evento cardiovascular, em 10 anos, neste grupo situa-se entre 20 e 30% (MINISTÈRRIO DA SAÚDE, 2001).

- Grupo de risco muito alto compreende portadores da HAS grau III com um ou mais fatores de risco associados, com doença cardiovascular ou renal manifestada. Para este grupo o risco a ocorrência de um evento cardiovascular nos próximos 10

anos é superior a 30%. Neste caso a conduta terapêutica imediata e efetiva é indicada (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2001).

3.6 Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica

Segundo o Ministério da Saúde, 2001 o princípio geral no tratamento da HAS, consiste na educação permanente, incentivo a adoção de hábitos de vida saudáveis e quando necessário o uso de medicamentos. O paciente deve ser estimulado a manter o peso adequado, praticar regularmente a atividade física, suspender o uso do tabaco, diminuir o consumo de bebidas alcoólicas e gorduras. O estímulo a adoção de hábitos de vida saudáveis deve acontecer a cada encontro. O tratamento do portador de HAS deve ser individual, respeitando sempre a idade do paciente, presença de outras doenças, capacidade de percepção de hipoglicemia, estado mental do paciente, uso de outras medicações, dependência de álcool ou drogas, cooperação do paciente e restrições financeiras.

3.6.1 Tratamento não Medicamentoso

A adoção de hábitos de vida saudável favorece a redução da PA, que por si só representa prevenção para riscos hipertensivos e complicações cardiovasculares. Tal medida além de baixo custo e risco mínimo aumenta a eficácia no tratamento medicamentoso. Todos os hipertensos e os normotensos pertencentes aos grupos de maior risco para complicações cardiovascular devem ser orientados sobre os benefícios da adoção de hábitos de vida saudáveis, em cada consulta. É indispensável que a equipe de saúde avalie se as orientações preconizadas são viáveis ao indivíduo e sua família e se foram realmente compreendidas (CURITIBA, 2004).

3.6.1.1 Terapia nutricional e educação alimentar

As principais modificações de estilo de vida recomendadas são, redução do peso corporal no caso de sobrepeso e obesidade, dieta rica em frutas, fibras, vegetais e

alimentos com baixo teor de gordura total e saturada. Aumento na realização de atividade aeróbica, caminhada de 30 a 40 minutos por dia na maior parte da semana. Redução da ingestão diária de sódio, uma colher de cloreto de sódio/dia. Redução do consumo diário do álcool, homens máximo de 30ml (720 ml de cerveja, 300ml de vinho, 60 ml de uísque ou destilados). Mulheres e pessoas magras máximo de 15ml (correspondente a 360ml de cerveja, 150ml de vinho, 30ml de uísque e destilados).

Evitar alimentos ricos em sódio, como o sal de cozinha, temperos industrializados, conservas, bacalhau e queijos. Alimentos ricos em gordura saturada/colesterol, como leite e derivados, porco e derivados, qualquer tipo de fritura, frutos do mar, couro de peixe, gema de ovo, chocolate e derivados, sorvete e azeite de dendê. Alimentos que elevam os triglicerídeos, como alimentos e bebidas com açúcar, mel e derivados, bebidas alcoólicas, cana de açúcar e alimentos ricos em gorduras (CURITIBA, 2004).

3.6.1.2 Interrupção do tabagismo

O hábito de fumar representa o principal fator de risco para complicações cardiovasculares, além de conferir importante fator para ocorrência do câncer e lesões pulmonares irreversíveis, como o enfisema e a bronquite crônica. Desta forma o hábito de fumar deve ser interrompido imediatamente, embora não seja uma tarefa fácil, uma vez que, a dependência a nicotina é comparada ao vício provocado pela cocaína e a heroína.

Recomenda-se marcar uma data para o abandono dentro de duas semanas, evitar bebidas alcólicas, seu uso é fortemente associado ao uso do tabaco, avisar amigos e familiares do abandono e pedir apoio, retirar cigarros de casa, do carro e áreas onde costuma frequentar com maior frequência e refletir sobre o que aconteceu de errado em outras tentativas de abandono (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

3.6.1.3 Atividade física

A participação em grupos de educação e atividade física representa um fator

motivador para adoção de hábitos de vida mais saudáveis (CURITIBA, 2004).

A atividade física deve ser regular, já que seus benefícios possuem ação máxima de apenas 24 a 48 horas. Os exercícios devem ser do tipo aeróbios, como caminhadas, com duração média de 45 a 60 minutos três vezes por semana. A idade a aptidão e a habilidade do paciente também devem ser consideradas. Pacientes com idade superior a 35 anos, ou indivíduos com história progressiva de cardiopatia devem realizar teste ergométrico antes. Deve-se ingerir líquido em quantidade suficiente antes e durante o exercício físico como forma de prevenir a desidratação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Quando realizado de forma adequada, a atividade física proporciona a diminuição da PA, diminuição da resistência insulínica, melhora o tônus muscular, melhora mobilidade muscular, melhora o perfil lipídico, melhora a resistência física, aumenta a densidade óssea e diminui a peso corpora. A atividade deverá ser acompanhada por um auxiliar de enfermagem e um agente comunitário. Recomenda-se a realização da caminhada de 40 minutos de duas e três vezes por semana, o fisioterapeuta poderá orientar ao grupo com técnicas de alongamento (LONDRINA, 2006).

3.6.1.4 Educação em saúde

A educação em saúde é uma das principais estratégias de promoção e/ou prevenção dos fatores de risco para as DCNT, pois seu aspecto histórico está intimamente ligado ao sistema de saúde brasileiro. Logo, é parte essencial no manejo e controle da HAS e das complicações cardiovasculares. É através da educação em saúde que ocorre a aquisição do conhecimento que permitirá mudanças de comportamento com ênfase no autocuidado.

Na realização das reuniões com o grupo de hipertensos, , devem ser desenvolvidas atividades de educação em saúde a cada 30 dias, com agendamento prévio.

A realização das atividades de educação em saúde envolve o diálogo com o indivíduo, tornando-se essencial ouvi-lo para levantar seu grau de conhecimento sobre

seu processo saúde doença e quais fatores contribuem para melhora ou piora de seu estado (CURITIBA, 2004). Os encontros para as atividades de educação em saúde devem ocorrer a cada 30 dias, com agendamento prévio e temas programados pela equipe de saúde, conforme citado no item 6 deste protocolo que se refere às atividades em grupo.

Durante a ação educativa devem-se abranger questões como consequência da HAS quando não tratada ou mal controlada, reforçar a alimentação como parte do tratamento, esclarecer sobre crendices, mitos, tabus e alternativas populares de tratamento, desfazer temores e ansiedade do paciente, enfatizar os benéficos da atividade física, orientar sobre hábitos de vida saudáveis, incentivar a automonitorização, ensinar como o paciente e sua família podem evitar e detectar as emergências, advertir a importância dos fatores de risco, estimular que paciente seja mais autossuficiente em seu controle (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

3.6.2 Tratamento medicamentoso

Baseado na estratificação de risco individual associado não somente aos níveis pressóricos, mas também aos fatores de risco cardiovasculares e as comorbidades pode-se optar pelo uso da medicação anti-hipertensiva. As principais indicações para início da medicação anti-hipertensiva devem-se a HAS grave (mesmo a sistólica isolada), DM, presença de lesão de órgão alvo, doença cardiovascular ou doença renal existente, persistência de PAD >90mmHg e/ou PAS > 140mmHg, após 12 meses de tratamento não medicamentoso em indivíduos com HAS leve, sem fatores de risco, após 6 meses de tratamento em indivíduos com HAS leve e com 2 fatores de risco ou com HAS moderada (CURITIBA, 2004).

Portanto torna-se imprescindível que a direção clínica defina os medicamentos a serem utilizados no município para o tratamento anti-hipertensivo, em reunião com os médicos e mediante aprovação no conselho municipal de saúde com financiamento para aquisição dos medicamentos.

3.6.2.1 Princípios gerais

Algumas noções básicas devem ser adotadas ao iniciar-se o tratamento medicamentoso:

- Iniciar sempre com doses menores das preconizadas;
- Evitar efeitos colaterais, associando nova droga antes da dose máxima estabelecida;
- Estimular a verificação da PA no domicílio;
- Ressaltar que algumas drogas anti-hipertensivas começam a apresentar efeito máximo após 4 a 6 semanas de uso, devendo evitar mudanças no esquema terapêutico antes deste período;
- Orientar quanto ao uso do medicamento, melhor horário, relação com a alimentação, sono, diurese e mecanismo de ação;
- Antes de aumentar ou alterar a medicação anti-hipertensiva avaliar a adesão ao tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

3.6.2.2 Classe de anti-hipertensivos

São disponíveis seis classes de medicação anti-hipertensiva pelo MS, os diuréticos, os inibidores adrenérgicos (os de ação central, os alfa-1 bloqueadores, e os betabloqueadores), os vasodilatadores, os inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA), os antagonistas dos canais de cálcio e os antagonistas do receptor da angiotensina II.

De acordo com Ministério da Saúde (2001) a medicação de escolha inicial inclui a hidroclorotiazida (diurético) e/ou propranolol (betabloqueador) seguido pelo captopril (inibidor da ECA), principalmente para os diabéticos, a alfametildopa para as gestantes e o minoxidil (vasodilatador de ação direta) nos casos graves.

- **DIURÉTICOS:** destacam-se como a medicação mais usada há 30 anos para tratamento da HAS em todo o mundo. Confere importante controle para esta condição, de maneira isolada ou em associação com outras medicações. Estas drogas são as mais estudadas e tem demonstrado diminuição de morte e complicações cardiovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Mecanismo de ação – atua no néfron (unidade morfofuncional do rim). A maneira exata pelo qual os diuréticos reduzem a PA ainda não foi bem estabelecida, sabe-se que inicialmente eles produzem leve depleção do sódio. Ocorrendo com a continuação da terapia a redução vascular periférica.

- **Efeitos adversos** – pode ocorrer depleção do potássio com doses moderadas ou elevadas. Em idosos deve-se observar a hipotensão postural (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

- **TIPOS DE DIURÉTICOS:**

Hidroclorotiazida – padronizado para uso rotineiro, utilizado na maioria das vezes como droga inicial, promovendo uma ação anti-hipertensiva lenta, com reações compensatórias reflexas menos intensas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Seus principais efeitos adversos são anorexia, náuseas, vômitos, cefaléia, tonturas, cólicas, astenia, fotossensibilidade, erupção cutânea, trombocitopenia e anemia hemolítica, diminuição da libido e disfunção sexual erétil, hipocalcemia, hipomagnesimias, hipofosfatemia, hipercalemia, hiperuricemia, hiperglicemia e hipercolesterolemia. Efeitos menos frequentes mais graves são a pancreatite, hepatopatia e insuficiência renal. Na dose recomendada de 12,5 a 25 mg/dia longe das refeições estes efeitos são pouco observados e sem expressão clínica (CURITIBA, 2004).

Pacientes que apresentam insuficiência cardíaca ou disfunção renal crônica deverão utilizar o Furosemida, ao invés do Hidroclorotiazida (HZT). Os diabéticos deverão utilizar doses mais baixas (12,5 a 25 mg/dia) e monitorar o potássio e a glicose sanguínea (BRASIL, 2001).

Furosemida – é indicado para pacientes com creatinina sérica superior a 2,5mg/dl ou clearance de creatinina menor que 30mg/min. A dose diária varia de 40 a 250mg e pode ser dividida em três vezes. Apresenta como efeito colateral trombocitopenia, leucopenia, cefaleia, anemia, vertigens, parestesia, náuseas e vômitos, constipação, anorexia, hipocalcemia, hiperglicemia, elevação dos níveis de lipídios séricos, hiperuricemia, fotossensibilidade, dermatite esfoliativa, eritema multiforme, necrose tecidual, síndrome de Stevens – Johnson, ototoxicidade e icterícia colestática. Nos casos de desequilíbrio hidroeletrólítico, hiperuricemia e gota, alterações glicêmicas, doenças hepáticas, hipersensibilidade a sulfonamidas, doenças renais e

lupus eritematoso sistêmico deve ser usado com precaução. É contraindicado nos casos de hipersensibilidade a furosemda, anúria, hiponatremia e hipocalcemia severa (CURITIBA, 2004).

- **INIBIDORES ADRENÉRGICOS DE AÇÃO CENTRAL** – são drogas que atuam na depressão do tônus simpático do sistema nervoso central (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Tipo de inibidor simpático – metildopa é especialmente indicado no tratamento da HAS em gestantes, por ser mais efetivo na redução da PA e seguro para o feto. A dose diária varia de 500 a 1500 mg, dividida em 2 ou 3 vezes. Apresenta efeitos colaterais como, reações imunomediadas, agranulocitose, trombocitopenia, anemia hemolítica, sonolência, hipotensão ortostática, pseudo-resistência por retenção hídrica, cefaleia, congestão nasal, boca seca, febre, colite, fibrose retroperitoneal, sedação e depressão dose-dependente, disfunção sexual, hepatite, miocardite, pancreatite, hiperprolactemia. Devido a ocorrência de efeitos adversos frequentes e graves não utilizado na população em geral. Na presença de anemia hemolítica autoimune, insuficiência renal, movimentos coreoatetóicos, doença cerebrovascular bilateral, edema, disfunção autonômicas, e antecedentes de hipertensão arterial depois de retirada abrupta do fármaco deve-se manter a precaução. Está contraindicado a pacientes com hipersensibilidade ao fármaco e a sulfitos doença hepática e antecedentes de hepatopatia induzida pelo metildopa (CURITIBA, 2004).

- **BETABLOQUEADORES** – são drogas que antagonizam as respostas as cetocolaminas, mediadas por receptores betas. São utilizadas em condições como, arritmias cardíacas, prolapso da valva mitral, infarto do miocárdio, angina e hipertensão portal esquistossomática. Ainda não foi bem esclarecido com estas drogas deprimem a PA, observa-se que quando administradas há diminuição do débito cardíaco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Tipo de betabloqueadores – propranolol um betabloqueador não seletivo que através dos receptores beta-adrenérgicos promove a redução da frequência cardíaca, da contratilidade do miocárdio, da liberação de renina e da resistência vascular periférica. São drogas de eleição para os hipertensos que apresentam coronariopatia, uma vez que diminuem a morbimortalidade cardiovascular, o risco de reinfarto, de

morte súbita além de parentarem ação anti-angiosinosa. Também são uteis no tratamento de cefaleia vascular, tremor essencial, taquiarritimias, fibrilação e tireotoxicose (de curto tempo).

A dose diária recomendada é de 40 a 160 mg, dividida em 2 vezes, não devendo ultrapassar 320 mg/dia. A dose ótima é aquela que mantém a frequência cardíaca entre 50 e 60 bpm. A retirada abrupta deve-se ser evitada, recomenda-se retirada gradual em duas semanas. Podem ocorrer efeitos como ansiedade, fadiga, bradicardia, congestão nasal, constipação, depressão, psicose, disfunção sexual erétil, pesadelos, insônia, sonolência, broncoespasmos, insuficiência arterial periférica, tolerância a exercícios diminuída, hiperglicemia, hipertireoidismo, hipertrigliceridemia e redução de HDL (sem importância clínica). Nos casos de doença hepática, cerebrovascular, doença vascular periférica, doença renal, depressão, dislipidemia e Diabete Mellitus seu uso deve ser com cautela. É contraindicado em caso de hipersensibilidade ao fármaco e em bloqueio atrioventricular de 2° e 3° graus, bradicardia sintomática, choque cardiogênico, insuficiência cardíaca, disfunção ventricular severa, asma brônquica ou doença pulmonar obstrutiva crônica (CURITIBA, 2004).

- **VASODILADORES** – drogas que atuam relaxando diretamente a musculatura lisa vascular sem a mediação de interceptores vasculares. Como exemplo temos o nifedipino, hidralazina e nitroprusseto de sódio. Sendo que a hidralazina deve ser usada apenas em hipertensão refratária. Em revisão realizada em gestantes hipertensas, o nifedipino foi considerado mais eficaz e seguro do que hidralazina, sem efeitos adversos sobre o feto. **Nitroprusseto de sódio** tem uso restrito para tratamento de emergência hipertensiva. Idealmente, pacientes em emergência hipertensiva devem ser encaminhados para internação em unidade de tratamento intensivo, com monitorização de pressão arterial e eletrocardiograma. Nitroprusseto de sódio é o fármaco de eleição, por ter grande eficácia hipotensora e efeito titulável, a despeito da dificuldade de administrá-lo (MINSÉRIOS DA SAÚDE, 2001).

- **INIBIDORES DA ENZIMA CONVERSORA DA ANGIOTENSINA (IECA)** – são indicados principalmente no tratamento de hipertensos com Diabetes Mellitus (DM) e albuminúria incipiente ou manifesta, insuficiência cardíaca, esclerodermia e estenose

unilateral da artéria renal (CURITIBA, 2004)

Tipo de IECA-captopril, inibidor da enzima conversora da angiotensina e bloqueia a ação da angiotensina I em angiotensina II é um potente vasoconstritor. A dose diária é de 25 a 150 mg, dividida de 2 a 3 vezes, administrada entre uma a duas horas antes da alimentação. Pode originar hipotensão severa, redução do filtrado glomerular e hipercalemia, disfunção sexual erétil, angiodema, rash cutâneo, tosse seca persistente, sintomas inflamatórios do trato respiratório superior, pancreatite, icterícia colestática, hepatite, distúrbio da coagulação, neutropenia, hemolítica, alteração no paladar, parestesia, broncoespasmos, febre, serosite, vasculite, mialgia, artralgia, positividade de anticorpos antinucleares, aumento da taxa de hemossedimentação e fotossensibilidade. Na presença de angiodema, estenose aórtica, tosse, disfunção hepática, neuropatias, hipotensão e neutropenia, em idosos, em pacientes com comprometimento renal severo, deve-se ser usado com cautela. Fica contraindicado nos casos de hipersensibilidade aos IECA, insuficiência renal com anúria, angiodema angiopático hereditário, gestação, hiperpotassemia persistente maior que 5,5 mEq/l e estenose renal bilateral (CURITIBA, 2004).

- **BLOQUEADORES DOS CANAIS DE CÁLCIO** – promove a diminuição do cálcio livre intracelular, causando o relaxamento da musculatura lisa vascular arteriolar e diminuição da resistência vascular periférica. É indicado nos casos da Síndrome de Reynaud, em alguns casos de arritmias e em alguns tipos de angina pectoris estável quando o betabloqueador é contraindicado (CURITIBA, 2004).

Tipos de canais de cálcio – nifedipina de ação prolongada é um bloqueador do canal de cálcio diidropiridínico que promove a diminuição do cálcio livre. A dose diária recomendada é de 20 a 60mg em dose única. Pode causar efeitos como rubor, vertigem, cefaléia, edema de membros inferiores, hiperplasia gengival, náusea, pirose, parestesia, palpitação e ginecomastia. Nos casos de insuficiência renal crônica, edema periférico, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência hepática, exacerbação da angina no início do tratamento deve-se manter o uso com cautela. Deve-se descontinuar o uso em caso de dermatite persistente. É contraindicado nos casos de hipersensibilidade ao fármaco bem como a outros bloqueadores dos canais de cálcio, estenose aórtica antiga e angina instável e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com

menos de 4 semanas. Em crises hipertensivas o uso do nifedipina de rápida liberação (capsulas de uso sublingual), não são recomendadas por serem associadas a hipotensão severa, IAM, AVE e morte (CURITIBA, 2004).

3.7 A Hipertensão Arterial Sistêmica Secundária

Estima-se que cerca de 5% dos portadores de hipertensão arterial apresentam hipertensão secundária, sendo a mais freqüente a doença renal, seguida da hipertensão renovascular e menos comum, o hiperaldosteronismo primário, feocromocitoma e coartação de aorta (LONDRINA, 2006).

A hipertensão arterial, na doença renal, cursa com edema, hematúria, aumento ou diminuição do volume urinário, creatinina sérica elevada, exame de urina anormal (proteinúria ou hematúria) e alteração morfológica dos rins a ultra-sonografia renal. Sendo que, no hiperaldosteronismo primário, a hipertensão cursa com fraqueza, hipocalcemia espontânea ($< 3,0$ meq/l), sódio urinário elevado (>30 mEq/dia) na vigência de hipocalcemia, aldosterona plasmática elevada com renina suprimida (relação A/R > 30), estando indicados o teste de supressão com salina, seguido de tomografia (LONDRINA, 2006).

Segundo Suspeitar de HA Secundária nas Seguintes Situações:

3.8 Crise hipertensiva

Aumento brusco dos níveis pressóricos da PA, quando associado a risco imediato de vida ou lesão de órgão alvo caracteriza-se como quadro de emergência (CURITIBA, 2004). A crise hipertensiva é uma das formas de apresentação ou mesmo de complicação da hipertensão arterial, sendo didaticamente, dividida em Urgência e Emergência (FURTADO, COELHO e NOBRE, 2003).

3.8.1 Emergência hipertensiva

Aumento súbito da pressão arterial acompanhado por sinais e sintomas

sugestivos de lesão imminente em órgão-alvo com risco de vida. Exemplos mais comuns nestas situações são edema agudo pulmonar, infarto agudo do miocárdio (IAM), aneurisma dissecante da aorta, acidente vascular encefálico (AVE) e encefalopatia hipertensiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Estes casos exigem tratamento hospitalar imediato com ações específicas para emergências cardiológicas (CURITIBA, 2004). Logo, o paciente deve ser encaminhado para unidade de referência.

Atenção especial deve ser adotada nos casos de Acidente Vascular Encefálico (AVE), uma vez que a redução súbita da PA pode ser extremamente danosa para estes pacientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

3.8.2 Urgência hipertensiva

Elevação da PA que ocorre de forma isolada e sem sintomatologia clínica que represente risco imediato de vida ou lesão de órgão-alvo. Pode ser tratada ambulatorialmente, logo, pode-se tentar atingir níveis satisfatórios dos valores da pressão arterial na unidade de saúde com observação constante do paciente, pois neste caso deve a redução dos níveis pressóricos é gradativa. No entanto, se os valores pressóricos permanecerem elevados e/ou a situação evoluir para uma emergência hipertensiva, deve-se fazer o encaminhamento imediato do paciente para a Unidade de referência.

Quando após 30 minutos observados a manutenção da elevação dos níveis tensionais o esquema terapêutico recomendado pelo Ministério da Saúde é a associação do inibidor da ECA (captopril de 25 a 50mg) e diurético de alça (furosemida). A PA deve ser reduzida e monitorada por 24 horas.

3.9 Complicações da HAS

A elevação crônica da PA predispõe a lesão vascular. As artérias apresentam alterações em sua estrutura desde a diminuição da luz e espessamento da parede até a ruptura. As lesões do coração, rins e cérebro são decorrentes das alterações vasculares destes órgãos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Coração – a hipertensão causa no órgão hipertrofia, ou seja, espessamento nas paredes do ventrículo esquerdo com aumento do peso e diminuição da cavidade. Este aumento leva a isquemia miocárdica pelo aumento no gasto energético, uma vez que, este aumento não é acompanhado pela circulação coronária. Em fase progressiva da doença pode-se encontrar a insuficiência cardíaca congestiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Cérebro – provavelmente o órgão que mais sofra com a hipertensão crônica ou aguda. Tipicamente a lesão caracteriza-se pelo microaneurisma de Charcot-Bouchard, com a progressão da condição encontram-se lesões de rarefação da substância branca. A trombose e a hemorragia são episódios que correm geralmente de forma aguda. Ainda podem ocorrer microinfartos cerebrais assintomáticos revelados por quadros clínicos de demência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Rins – o glomérulo é a unidade morfológica do rim denominada como tufo vascular e qualquer aumento da pressão nesta unidade (hipertensão intraglomerular) causa a redução progressiva de sua função na maioria das vezes silenciosa. O principal achado é o aumento na excreção de albuminas, com diminuição da função de filtração renal desenvolvendo a insuficiência renal franca. Nos casos de DM estas lesões são mais precoces e intensas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

4- ENCAMINHAMENTOS

Segundo o Ministério da Saúde (2001), existem situações que podem exigir avaliação especializada em serviços de atenção secundária e terciária, caracterizando os encaminhamentos, que devem acontecer nas seguintes situações:

- HAS e DM em gestantes
- HAS em crianças e adolescentes
- Edema agudo de pulmão prévio
- Complicações oculares
- Lesões vasculares das extremidades, incluindo o pé diabético
- AVE prévio com déficit sensitivo e ou motor
- Infarto agudo do miocárdio prévio

- Diabéticos de difícil controle
- Diabéticos para rastreamento de complicações crônicas (se isto não for possível na unidade básica).

Com a finalidade de garantir a atenção integral ao portador de DM ou HAS, faz-se necessária uma normalização para acompanhamento, mesmo na unidade básica de saúde. Em algumas situações, haverá necessidade de uma consulta especializada em unidades de referência secundária ou terciária, devendo-se, nesses casos, ser estabelecida uma rede de referência e contra-referência.

4.1 Critérios de encaminhamento para unidades de referência, segundo o Ministério da Saúde (2001):

- ◆ Insuficiência cardíaca congestiva (ICC)
- ◆ Insuficiência renal crônica (IRC)
- ◆ Suspeita de HAS e diabetes secundários
- ◆ HAS resistente ou grave

5- O TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE

A equipe para o atendimento dos portadores de HAS deve ser multiprofissional, podendo ser constituída pelos seguintes profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, dentistas, auxiliares de consultório dentário (ACD), nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, farmacêuticos e, inclusive, funcionários administrativos, e agentes comunitários em saúde.

No entanto, este fato não implica na necessidade da existência de todo esse grupo para a formação da equipe. O que determina a existência dessa equipe é a forma de trabalho de cada Instituição de saúde, visando o bem-estar dos pacientes e das pessoas de maneira geral. Os membros de um grupo multiprofissional devem respeitar

a especificidade de sua ação dada pela sua formação básica, e, conhecer a ação individual de cada um dos outros membros da equipe.

As ações em comum de toda a equipe visam à promoção da saúde, ações educativas com ênfase nas mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e produção de material educativo, treinamento de profissionais, encaminhamento a outros profissionais (quando necessário) e ações assistenciais individuais e/ou em grupo; bem como participação em projetos de pesquisa e gerenciamento do programa (LONDRINA, 2006).

Porém, cada membro específico da equipe Possui uma função para o atendimento integral e com qualidade dos portadores de HAS. Logo, **o agente comunitário de saúde (ACS)** é responsável por esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando sobre as medidas de prevenção, bem como por rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos pelo menos uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa. Os indivíduos rastreados devem ser encaminhados à consulta de enfermagem. Após esse agendamento é necessário que o ACS verifique o comparecimento dos pacientes hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde. É importante também que este profissional verifique se o hipertenso está tomando com regularidade os medicamentos e se está cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas. Todas as informações devem ser registradas na ficha de acompanhamento do hipertenso e de sua família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; CURITIBA, 2004).

O auxiliar e/ou técnico de enfermagem possui como atribuições: verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal (sexo masculino, manter abaixo de 90 centímetros e sexo feminino abaixo de 80 centímetros), em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde; orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira; orientar as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados à hipertensão arterial; agendar consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados, conforme indicado no quadro 1 abaixo; registrar as anotações devidas no prontuário clínico; cuidar dos

equipamentos utilizados e solicitar sua manutenção, quando necessária; e, encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência. O controle do estoque de medicamentos e solicitação de reposição, seguindo as orientações do enfermeiro da unidade também são de responsabilidade deste profissional, no caso de impossibilidade do farmacêutico realizá-lo. Orientar pacientes sobre monitorização dos níveis de pressão arterial (Quadro 1) e fornecer medicamentos para o paciente em tratamento, quando da impossibilidade do farmacêutico realizá-lo. Este profissional também realiza a visita domiciliar aos hipertensos, quando for solicitado pelo médico ou enfermeiro e/ou quando necessário; bem como participar junto com a equipe, das ações educativas primárias visando à promoção da saúde, promovendo trocas de experiências, nos grupos de hipertensos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; CURITIBA, 2004; LONDRINA, 2006).

Quadro 1- Rotina de consultas para portadores de HAS com quadro estabilizado			
	Consulta		Atendimento de enfermagem
	Médico	Enfermeiro	
Baixo e médio risco	Semestral	Semestral	Trimestral (4/ano)
Alto e muito alto risco	Trimestral	Trimestral	Mensal

Fonte: o autor, adaptado de Curitiba (2004).

São considerados **pacientes estabilizados** aqueles que alcançam a meta de manutenção da PAS < 140 e/ou PAD < 90 para a maioria dos pacientes, sendo que, para os diabéticos, aqueles que possuem lesão em órgãos-alvo e/ou condições clínicas associadas a PAS deve permanecer < 130 e a PAD < 80.

Os procedimentos realizados nos atendimentos de enfermagem envolvem: aferição de dados vitais, PA, peso e altura; medida da circunferência abdominal; questionário sobre queixas, uso dos medicamentos prescritos, dificuldades no tratamento e intercorrências no período ente consultas; avaliação da situação vacinal;

orientação sobre hábitos de vida saudáveis; encaminhamento para atividades educativas e físicas; encaminhamento para avaliação bucal e/ou ginecológica, e registro no prontuário.

O **enfermeiro** é responsável pela realização da consulta de enfermagem, capacitação da equipe e supervisão dos auxiliares e/ ou técnicos de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde. Este profissional deve participar das atividades educativas e da elaboração de estratégias para a melhoria do Programa na Unidade de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; CURITIBA, 2004). As atribuições do enfermeiro envolvem: solicitar durante a consulta de enfermagem os exames mínimos estabelecidos no Protocolo; repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências; encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, vasos etc.) ou com comorbidades; encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos – alvo ou comorbidades; encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem comorbidades; orientar o uso de medicamentos e seus efeitos colaterais, avaliação de sintomas, reforçar orientações sobre hábitos de vida pessoais e familiares. O enfermeiro deve estabelecer junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão ao tratamento, bem como administrar o serviço: controle de retornos, busca de faltosos, controle de consultas agendadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; CURITIBA, 2004; LONDRINA, 2006).

O **médico** deve participar da capacitação da equipe, das atividades educativas e da elaboração de estratégias para melhoria do programa na Unidade de Saúde. A consulta médica envolve os seguintes procedimentos: realização de consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos – alvo e co-morbidades, visando a estratificação do portador de hipertensão e diabetes; solicitação de exames complementares quando necessário; tomada de decisão terapêutica, definindo o início do tratamento com drogas; prescrição de tratamento não medicamentoso e medicamentoso; programação junto com a equipe estratégias para educação do paciente; encaminhamento para unidades de referência

secundária e terciária, às pessoas que apresentam hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes em órgãos alvo, com suspeita de causas secundárias e aqueles que se encontram em estado de urgência e emergência hipertensiva; encaminhamento para unidades de referência secundária, uma vez ao ano todos os diabéticos, para rastreamento de complicações crônicas, quando da impossibilidade de realizá-lo na unidade básica; perseguir os objetivos e metas do tratamento (níveis pressóricos, glicemia pós-prandial, hemoglobina glicada, controle dos lipídeos e do peso) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; CURITIBA, 2004; LONDRINA, 2006).

O **dentista** possui a responsabilidade da avaliação bucal para prevenção e promoção da saúde dos hipertensos com agendamento prioritário reservado em agenda para este grupo de risco, bem como o tratamento de patologias bucais que sejam encaminhadas pela equipe. Este profissional deve participar da capacitação da equipe para identificação de fatores de risco para afecções bucais, bem como da elaboração e realização das atividades educativas.

O **Auxiliar de consultório dentário (ACD)** possui a responsabilidade da organização do agendamento para avaliação bucal para dos hipertensos com agendamento prévio, bem como o agendamento de avaliações bucais que sejam encaminhadas pela equipe multiprofissional. Este profissional deve participar da capacitação da equipe para identificação de fatores de risco para afecções bucais, bem como da elaboração e realização das atividades educativas.

O **nutricionista** deve realizar consulta de nutrição: avaliação nutricional e de hábitos alimentares e cálculo de IMC; educação nutricional individual e em grupo; prescrição de dietas, resguardando aspectos socioeconômicos e culturais; criação de modelos que possibilitem a implementação dos conhecimentos alimentares e nutricionais, com recomendações para os pacientes hipertensos, traduzidas em preparações alimentares saborosas, práticas e acessíveis (LONDRINA, 2006).

A inserção de outros profissionais, especialmente, assistentes sociais e educadores físicos é bastante enriquecedor, devendo atuar de acordo com decisões e práticas locais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

6- ATIVIDADES EM GRUPO

As reuniões com os hipertensos envolvem ações educativas e terapêuticas em saúde, desenvolvidas com grupos de hipertensos e seus familiares, sendo adicionais às atividades individuais. Essas reuniões devem ocorrer a cada 30 dias com agendamento prévio e planejamentos dos temas a serem trabalhados pela equipe de saúde.

A convivência estimula a relação social, possibilita a troca de informações e permite apoio mútuo. O hipertenso, nesse tipo de atividade, identifica-se com outras pessoas com problemas semelhantes, aprendendo a expressar seus medos e expectativas. Passa, então, a compartilhar das experiências de todos e a discutir, buscando soluções reais para problemas de saúde semelhantes aos seus.

A reunião da equipe envolvida no atendimento dos hipertensos envolve atividades periódicas com a participação de todos os componentes, para a análise crítica das atividades desenvolvidas, combinação das novas metas e orientações, caso necessário.

7- REFERÊNCIAS:

- CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção à hipertensão arterial sistêmica**. Curitiba, 2004.
- FURTADO, R.G.; COELHO, E.B.; NOBRE, F. **Urgências e emergências hipertensivas**. Medicina, Ribeirão Preto 2003 abr./dez, 36: 338-344. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e4/18urgencias_emergencias hipertensivas.pdf.
- LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia: protocolo/**. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde-- 1. ed.-- Londrina, PR: [s.n], 2006. 167 p. : il. color.-- Vários colaboradores. Bibliografia. 1. Hipertensão arterial – Diabetes – Dislipidemia – Protocolo. 2. Saúde Coletiva – Londrina. I. Título. CDU: 616.12-008.331.1:616.379-008.64
- SBC_ Sociedade Brasileira de Cardiologia; SBH_ Sociedade Brasileira de Hipertensão; SBM_ Sociedade Brasileira de Nefrologia. Revista Brasileira de Hipertensão Arterial. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. v. 17, n.1, jan/mar. 2010.