Protocolo de Atenção à Saúde

Protocolo de Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária à Saúde

Área(s): SAIS/COAPS/DESF, SAIS/COASIS/DASIS, SAIS/COASIS/DIENF, SAIS/CATES/DIASF/GCBAF

Portaria SES-DF Nº 454, de 27 de setembro de 2024, publicada no DODF Nº 188 de 01/10/2024.

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

Realizou-se uma revisão da literatura a partir das bases de dados Pubmed/MEDLINE e Dynamed. Referências adicionais foram acessadas nos Cadernos e Diretrizes do Ministério da Saúde, das Sociedades de Especialidades e do National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Hipertensão, Atenção Primária à saúde e Cuidados Clínicos.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Este protocolo é uma atualização da Versão de n° 161 de fevereiro de 2018. Na primeira versão foram usados documentos de 2007 a 2017. Nessa versão, foi realizada uma busca sistemática na base de dados Pubmed/MEDLINE usando como descritores as palavras chaves “Hypertension AND primary health care AND continuity of patient care”, considerando-se como critério de inclusão estudos que foram publicados entre os anos de 2015 e 2020. No resultado foram considerados 38 artigos científicos para complementar esse protocolo.

2- Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença frequente, de prevalência crescente no Distrito Federal, no Brasil e no mundo. Em 2010 a prevalência de adultos com HAS no Brasil foi de **23,3%** e em 2019 atingiu **24,5%**.[1] Hoje se configura como importante causa de morbimortalidade e incapacidades, atingindo as pessoas em plena vida produtiva, sendo responsável por um alto custo para o sistema de saúde, bem como para a sociedade, famílias e indivíduos. [1,2,3]

Em estudo nacional realizado por Nilson *et al. (*2018) identificou-se que o custo total das condições hipertensão, diabetes e obesidade no SUS alcançou 3,45 bilhões de reais em 2018, ou seja, mais de 890 milhões de dólares[3]. Desses custos, 59% foram referentes ao tratamento da hipertensão. No total, 72% dos custos foram com indivíduos de 30 a 69 anos de idade e 56%, com mulheres.[3] Em virtude disso, a prevenção da HAS e de suas complicações devem ser consideradas prioridade em saúde pública.

Para os parâmetros de prevalência total e por estrato de risco de indivíduos com HAS, temos os dados do **Quadro 1**.

Quadro 1: Parâmetros de prevalência total e por estrato de risco de indivíduos com HAS.

RISCO	PARÂMETRO DE PREVALÊNCIA
Total de Hipertensos	28,5% da população acima de 18 anos
Hipertensos de baixo risco	40% do total de hipertensos
Hipertensos de moderado risco	35% do total de hipertensos
Hipertensos de alto e muito alto risco	25% do total de hipertensos

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. (2021) 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.

Esses dados poderão ser utilizados para mensurar o quantitativo de hipertensos na população adscrita por uma Equipe de Saúde da Família ou no território da Unidade Básica de Saúde, além de auxiliar no planejamento de cuidados de pessoas com complicações da HAS, como a insuficiência cardíaca.

3- Justificativa

O tratamento e o acompanhamento da pessoa com HAS devem ser feitos por equipe multiprofissional, de forma longitudinal por meio do vínculo e responsabilidade compartilhada entre os membros da equipe, utilizando planos terapêuticos

individualizados, que promovam o autocuidado apoiado, na visão de cuidado integral centrado na pessoa, levando-se em conta os aspectos culturais, comunitários e familiares, bem como a vulnerabilidade dos indivíduos. Dessa forma, o presente protocolo visa orientar as ações dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado à pessoa com hipertensão.

O objetivo das intervenções junto aos pacientes com HAS é a obtenção das metas de bom controle ao longo da vida, porém isso representa um grande desafio, por tratar-se de uma condição crônica, que exige modificação do estilo de vida (MEV) que por sua vez está intrinsecamente ligada ao cotidiano e hábitos de vida do paciente, da família e contextos sociais. Considerando a necessidade de adesão ao tratamento e de empoderamento da pessoa com HAS para o autocuidado, o seu atendimento deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar qualificada.

A articulação entre os diferentes profissionais na APS, de acordo com a longitudinalidade e integralidade do cuidado, eventualmente acionando profissionais da atenção secundária, a fim de compartilhar a atenção aos casos mais complexos, qualifica o cuidado prestado e concretiza o trânsito do usuário na rede.

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e ProblemasRelacionados à Saúde (CID 10)

NOTA: Neste protocolo, além do CID-10 será recomendada a utilização do CIAP para registro no PEC e-SUS APS conforme está descrito no Quadro 2.

Quadro 2: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID - 10) e CIAP 2.

CID 10	CIAP
I10 - Hipertensão essencial (primária) I11 - Doença Cardíaca Hipertensiva I12 - Doença Renal Hipertensiva I13 - Doença Cardíaca e Renal Hipertensiva I15 - Hipertensão Secundária O14 - Hipertensão gestacional (induzida pelagravidez)	K85 - Pressão arterial elevada K86 - Hipertensão sem complicações K87 - Hipertensão com complicações W81 - Toxemia gravídica/ DHEG

Fonte: Wells RHC, Bay-Nielsen H, Braun R, Israel RA, Laurenti R, Maguin P, Taylor E. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 2011. The WONCA International Classification Committee. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians (WONCA). International Classification of Primary Care (ICPC-2-R). 2nd ed. Revised. Oxford: Oxford University Press; 1998.

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

As medidas de pressão arterial devem ser feitas pelo menos na primeira avaliação em indivíduos idosos, diabéticos, portadores de disautonomias, etilistas e/ou em uso de medicamento anti-hipertensivo.

No quadro 3 estão relacionadas condições padronizadas para aferição da pressão arterial. Tais orientações são fundamentais para garantir um resultado fidedigno e evitar subvalorização ou supervalorização das medidas e gerando, por sua vez, tratamento insuficiente ou sobretratamento.

Quadro 3: Condições Padronizadas para a Medida da Pressão Arterial

- Sentar o paciente com o braço apoiado e na altura do precórdio com pés apoiadosao chão;
- Medir após cinco minutos de repouso;
- Evitar o uso de cigarro e de bebidas com cafeína nos 30 minutos precedentes;
- A câmara inflável deve cobrir, pelo menos dois terços da circunferência do braço;
- Palpar o pulso braquial e inflar o manguito até 30 mmHg acima do valor em que opulso deixar de ser sentido;
- Desinsuflar o manguito lentamente (2 a 4 mmHg/segundo);
- A pressão sistólica corresponde ao valor em que começarem a ser ouvidos osruídos de Korotkoff (fase I);
- A pressão diastólica corresponde ao desaparecimento dos batimentos (fase V);
- Registrar valores com intervalos de 2 mmHg, evitando-se arredondamentos;
- A média de duas aferições deve ser considerada como a pressão arterial do dia, sea diferença dos valores for maior que 5 mmHg, medir novamente;
- **Na primeira vez, aferir a pressão nos dois braços; se discrepantes, consideraro valor mais alto; nas vezes subsequentes, medir no mesmo braço (o direito de preferência).**

Fonte: adaptado de Duncan et al (2013).

O rastreamento da HAS deve ser realizado nas situações de acordo com o quadro 4.

Quadro 4: Indicações de rastreamento para Hipertensão Arterial Sistêmica.

Aferição e registro da pressão arterial

Todo adulto com 18 anos de idade ou mais deve ter a pressão aferida uma vez ao ano.

Atenção: A Pressão arterial (PA) deverá ser novamente verificada:

- a cada dois anos, se PA menor que 120x80mmHg;
- a cada ano, se PAS entre 120-139 e/ou PAD entre 80-89 mmHg nas pessoas sem outros fatores de risco para doença cardiovascular;
- em mais dois momentos, com um intervalo de 1 a 2 semanas entre eles, se:
  - PA maior ou igual a 140x90mmHg ou PAS entre 120-139 e/ou
  - PAD 80-89mmHg na presença de outros fatores de risco para doença cardiovascular (ver Classificação de Risco para HAS)

Fonte: 7ª Diretriz de Hipertensão Arterial Sistêmica da Sociedade Brasileira de Cardiologia.[4]

Diagnóstico

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, quando uma pressão arterial elevada no consultório oferecer a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA - anexo I), ou ainda, verificar a PA em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, conforme **Quadro 5**.

Quadro 5: Diagnóstico para Hipertensão Arterial Sistêmica

Valores que definem o diagnóstico da HAS
Média aritmética* da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas. A partir dos valores obtidos, a pressão arterial classifica-se de acordo com o quadro 6[4]: Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação da PA. **Quando a medição resulta em HA sistólica isolada, deve-se classificar como estágio 1, 2 ou 3, de acordo com a pressão arterial sistólica. Se for pessoa idosa ou com diabetes, recomenda-se aferir PA na posição de pé após 3 minutos, pois a hipotensão ortostática é mais frequente nessa população. A redução da PAS > 20 mmHg ou da PAD > 10 mmHg confirma a condição.

Fonte: 7ª Diretriz de Hipertensão Arterial Sistêmica da Sociedade Brasileira de Cardiologia.[4]

ATENÇÃO: Deve-se evitar verificar a PA em situações de estresse físico (dor) ou emocional (luto, ansiedade).[5]

O quadro 6 ilustra os valores de referência para estratificação da hipertensão arterial.

Quadro 6: Classificação da pressão arterial.

CLASSIFICAÇÃO*	PRESSÃO SISTÓLICA (mmhg)	PRESSÃO DIASTÓLICA (mmhg)
Normal (ótima)	<120	<80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
HAS estágio 1 (leve)	140-159	90-99
HAS estágio 2 (moderada)	160-179	100-109
HAS estágio 3 (grave)	≥180	≥110
HA sistólica isolada**	≥140	<90

Fonte: 7ª Diretriz de Hipertensão Arterial Sistêmica da Sociedade Brasileira de Cardiologia.[4]
***Calcula-se a média aritmética** somando-se a as medidas do primeiro dia mais as duas medidas

subsequentes e dividindo-se por três. Faz-se o cálculo separadamente para PAS e PAD.

A **figura 1** consolida um fluxo básico para estratificação de risco inicial do paciente em uma visita clínica e sua complementação posterior com diagnóstico assertivo de HAS ouseus confundidores, como a hipertensão do avental branco.

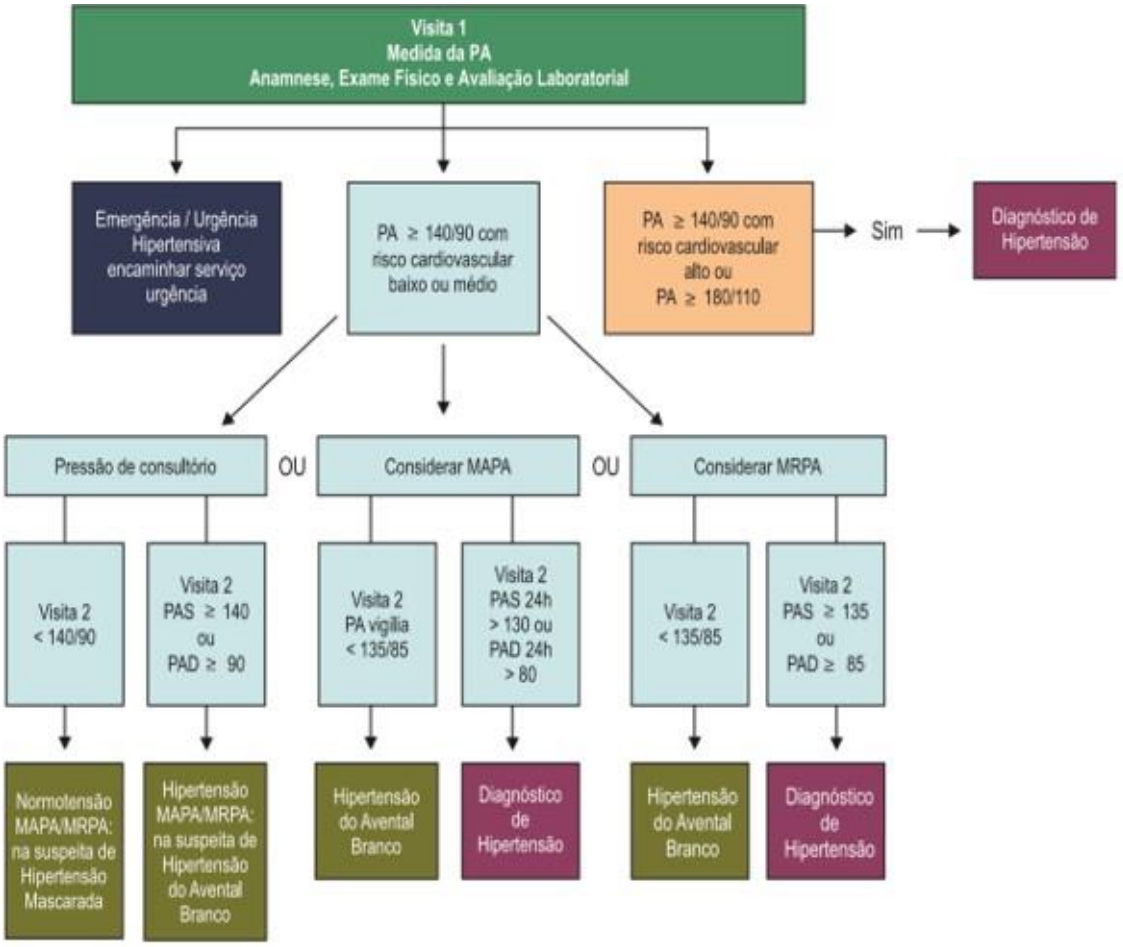
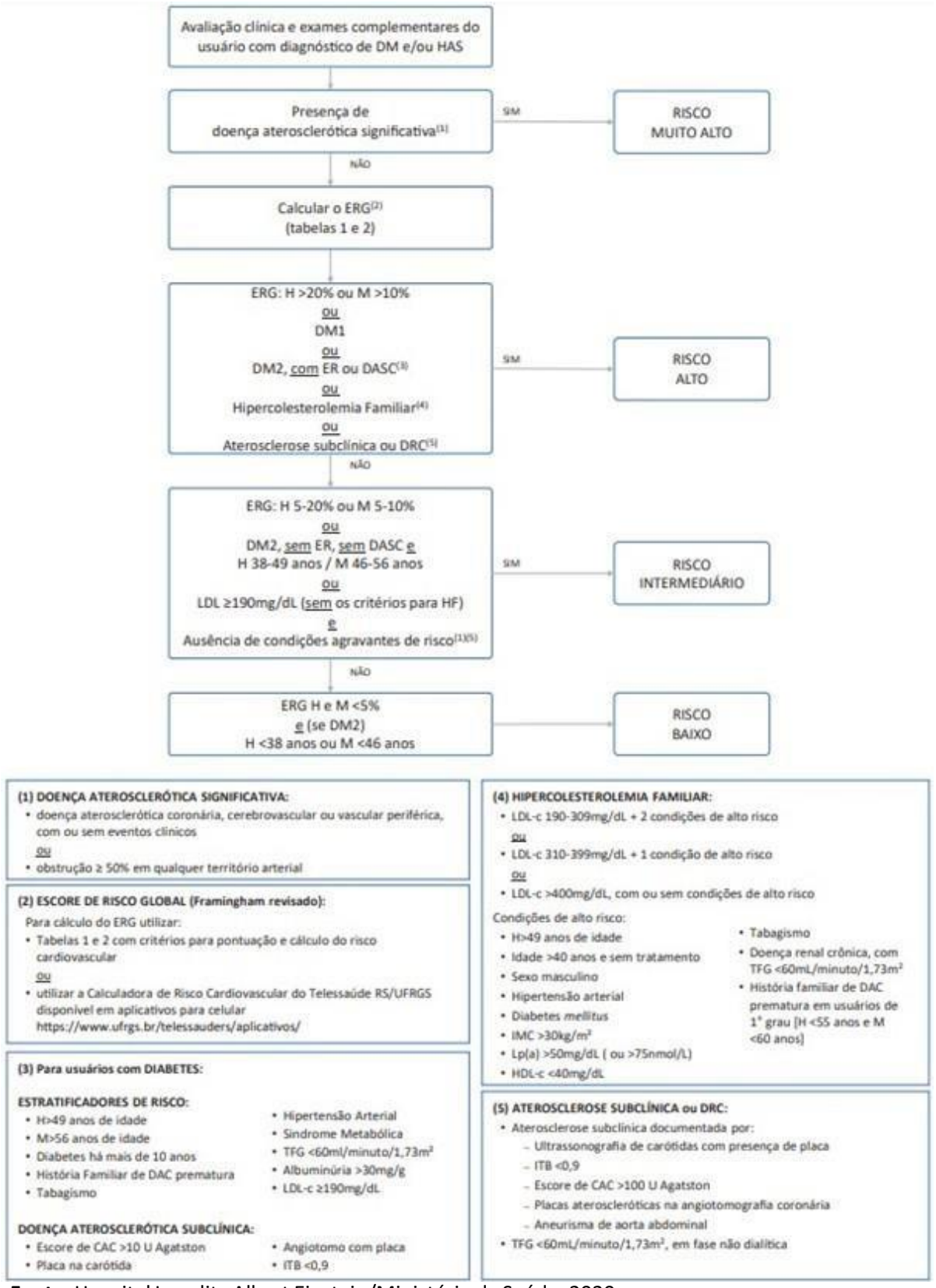


Figura 1. Fluxograma para diagnóstico de hipertensão arterial[4]. Observação: o leitor deve estar atento que a indicação "PA" se refere à pressão arterial sistólica (PAS) X pressão arterial diastólica (PAD), enquanto as indicações "PAS 24h" e "PAD 24h" se referem às médias das aferições das referidas pressões no período de 24h. Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia.7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2016; Supl. 3, 107(3).

Estratificação de risco

É importante a estratificação de risco de todos os pacientes com HAS de acordo com o **Fluxograma 1** (e sua adaptação para quadro), uma vez que muitas decisões relacionadas à terapêutica e ao acompanhamento têm como base essa classificação, baseada no Escore de Risco Global (ERG)[4].

Fluxograma 1. Fatores de risco CV, sinais de LOA e LOA confirmadas.



Fonte: Hospital Israelita Albert Einstein/Ministério da Saúde, 2020.

Legenda: DM: diabetes mellitus; HAS: hipertensão arterial sistêmica; ERG: Estrato de Risco Global; DM1:

diabetes mellitus tipo 1; DM2: diabetes mellitus tipo 2; ER: estratificadores de risco; DASC: doença aterosclerótica subclínica; HF: hipercolesterolemia familiar; DRC: doença renal crônica; H: homem; M: mulher; LDL: lipoproteína de baixa densidade; DAC: doença arterial coronariana; TFG: taxa de filtração glomerular; LDL-c: lipoproteína de baixa densidade-colesterol; ITB: índice tornozelo-braquial; IMC: índice de massa corporal; Lp(a): lipoproteína (a); CAC: escore de cálcio coronário.

O **quadro 7** ilustra a estratificação de risco do paciente portador de hipertensão esua classificação em estágios, de acordo com os níveis pressóricos.

Quadro 7. Fatores de risco CV, sinais de LOA e LOA confirmadas.

Estágio da Hipertensão	**Outros fatores de risco, hipertensão com lesão de órgão alvo**	**PAS 130-139 ou PAD 85-89**	**HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99**	**HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109**	**HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110**
ESTÁGIO I (Sem complicações)	Sem fator de risco	Risco Baixo	Risco Baixo	Risco Moderado aAlto	Risco Alto
ESTÁGIO I (Sem complicações)	1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
ESTÁGIO I (Sem complicações)	≥ 3 fatores de risco	Risco Baixo a Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto a Muito Alto
Estágio II	HAS com LOA, DRC estágio 3 ou DM sem LOA	Risco Moderado aAlto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto a Muito Alto
Estágio III	DCV estabelecida, DRC estágio 4 ouDM com LOA	Muito Alto Risco	Muito Alto Risco	Muito Alto Risco	Muito Alto Risco

Fonte: 7ª Diretriz de Hipertensão Arterial Sistêmica da Sociedade Brasileira de Cardiologia.[4]

Os sinais de lesão em órgão alvo (LOA) assintomática e os critérios paraconfirmação de LOA encontram-se descritos no **Quadro 8**.

Quadro 8: Sinais de LOA e LOA confirmadas.

Sinais de lesão de órgão alvo assintomática
• Pressão de pulso (PAS-PAD) > 60 mmHg, principalmente em idosos • Alterações eletrocardiográficas sugestivas de hipertrofia de ventrículo esquerdo(VE) • Hipertrofia de VE no ecocardiograma • Índice de massa de VE > 134 g/m2 em homens ou 110 g/m2 em mulheres • Espessura médio intimal de carótida > 0,9 mm ou presença de placa de ateroma • Índice tornozelo braquial < 0,9 • Doença renal crônica (DRC) com TFG de 30 a 60 ml/min/1,73m2– Estágio 3 • Microalbuminúria de 30 a 300 mg/24 h ou relação albumina- creatinina > 30 mg/g Nestes casos, deve-se prosseguir na investigação da lesão de órgão alvo para confirmação.
Lesões de órgão alvo
Doença Cerebrovascular: • AVC isquêmico • Hemorragia cerebral • Ataque isquêmico transitório (AIT) **Doença Coronariana:** • Infarto do miocárdio • Angina estável ou instável • Revascularização miocárdica • Insuficiência cardíaca, incluindo as com fração de ejeção preservada • Doença arterial periférica dos membros inferiores sintomática • Doença renal crônica com TFG < 30ml/min/1,73m2 (Estágio 4) ou proteinúria >300 mg/24h • Retinopatia avançada: hemorragias, exsudatos ou papiledema.

Fonte: Linha de Cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica.[5]

6- Critérios de Inclusão

Pessoas com fatores de risco e/ou com diagnóstico de hipertensão arterial.

7- Critérios de Exclusão

Não serão contemplados neste protocolo pessoas que possuem hipertensãoarterial secundária.

8- Conduta

Manejo Clínico

O manejo da hipertensão arterial no contexto da atenção primária em saúde deveseguir as seguintes diretrizes:

I- A primeira consulta da pessoa com suspeita de HAS deverá ser realizada pelo médico. Essa avaliação inicial [6] do paciente com HAS tem por objetivo:

- Confirmar o diagnóstico de HAS;
- Detectar causas de HAS secundária;
- Determinar a estratificação de risco para HAS na primeira avaliação;
- Identificar lesões de órgão alvo e outras condições clínicas associadas.

É importante oferecer suporte emocional frente a um possível diagnóstico. Estudos afirmam que o suporte emocional influencia positivamente no enfrentamento da nova condição de saúde e na adesão ao tratamento.[9,10,11]

Na primeira consulta é importante pesquisar o contexto epidemiológico e socialde cada usuário, fazendo abordagem à:

História pessoal:

- Hábitos alimentares - o consumo de sal e de açúcar, alimentos ultraprocessados, bebidas alcoólicas, gordura saturada, fibra e cafeína, além da ingestão hídrica; sono e repouso; atividade física, higiene pessoal; eliminações fisiológicas, função sexual, tabagismo ou uso drogas ilícitas;
- Consumo de medicamentos ou drogas que possam: elevar a pressão arterial (ex: anti-inflamatórios não-hormonais e corticoides, antidepressivos tricíclicos e inibidores da mono-aminooxidase, anorexígenos, descongestionantes nasais, hormônios, uso de cocaína ou similares).

História familiar:

- Hipertensão Arterial Sistêmica;

- Doença Arterial Coronariana e/ou AVE precoces – homens < 55 anos e mulheres <65 anos;
- Doença renal

Perfil psicossocial:

- Nível de escolaridade, dificuldades e déficit cognitivo;
- Problemas emocionais, fatores estressores externos, sintomas depressivos, ansiedade e outras barreiras psicológicas;
- Sentimento de fracasso pessoal, crença no aumento da severidade da doença;
- Rede familiar, vulnerabilidades e potencial para o autocuidado;
- Percepção da pessoa diante da patologia, do tratamento e do autocuidado;
- Interação social;

A avaliação da possibilidade de Hipertensão Arterial Secundária, assim definida quando há uma causa definida para a elevação dos níveis tensionais é fundamental, visto que pode determinar a interrupção dos anti-hipertensivos.[5,7,9] Esta condição afeta cerca de 3% a 5% dos hipertensos.

As situações clínicas que sugerem hipertensão arterial secundária são:

- Hipertensão grave ou com lesão em órgão alvo de evolução rápida ou resistente ao tratamento;
- Controle pressórico refratário a despeito de uso adequado de três medicamentos anti-hipertensivos de diferentes classes, incluindo uso de diurético;
- Elevação súbita persistente da pressão em pessoas com idade superior a 50 anos;
- Início antes dos 30 anos em pessoas sem fatores de risco;
- Uso de fármacos indutores do aumento da pressão arterial.
- Anticoncepcional oral, corticoides, AINE, descongestionantes nasais, supressores de apetite, antidepressivos tricíclicos, tetracíclicos e inibidores da monoamina oxidase.

Se houver suspeita clínica de hipertensão secundária, sugere-se avaliação pelo especialista correspondente ao sistema implicado com a etiologia da hipertensão conforme descrito no **Quadro 9**.

Quadro 9: Principais causas de hipertensão secundária e sinais indicativos

SUSPEITA CLÍNICA	ALTERAÇÃO
Doença renovascular	Sopro abdominal, alteração da função renal por medicamentos que bloqueiam o sistema renina-angiotensina. Suspeita-se quando houver diminuição de 30% da taxa de filtração glomerular após iniciar a medicamento ou incremento na creatinina basal em 0,5 a 1 mg/dL.
Doença do parênquima renal	Elevação da creatinina, ureia, proteinúria, hematúria.
Coarctação da aorta	Pulsos femorais reduzidos ou retardados, pressão sistólica em membros superiores pelo menos 10mmHg maior que nos membros inferiores, sopro sistólico interescapular ou sopro sistólico amplo em crescendo-decrescendo em toda parede torácica.
Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono	Ronco, sonolência diurna, apneia noturna.
Hipertireoidismo	Intolerância ao calor, perda de peso, palpitações, hipertensão sistólica, exoftalmia, tremores, taquicardia.
Hiperparatireoidismo	Litíase urinária, osteoporose, depressão, letargia,fraqueza muscular.
Hiperaldosteronismo	Hipopotassemia sérica espontânea <3,0mEq/L (hiperaldosteronismo primário) e/ou com nódulo adrenal.
Feocromocitoma	Hipertensão paroxística com cefaleia, sudorese e palpitações.
Síndrome de Cushing	Fáscies em "lua cheia", "corcova" dorsal ("giba de búfalo"), estrias purpúricas, obesidade central.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010)/ Portaria SES-DF Nº 161 de 21 de fevereiro de 2018.

II- Os pacientes com hipertensão arterial deverão ser acompanhados por toda a equipe, com consultas periódicas, alternadas entre o médico/a médica e o enfermeiro/a enfermeira ou demais membros da eMulti, conforme necessidade individual de cada usuário.

O intervalo entre os atendimentos dependerá do controle dos níveis pressóricos e da estratificação de risco de cada pessoa.

III- Os exames mínimos, descritos neste protocolo, podem ser solicitados pelo enfermeiro ou farmacêutico, quando o diagnóstico já estiver estabelecido. Os resultados desses exames serão avaliados na consulta seguinte ao atendimento do profissional solicitante.

A solicitação de exames deve ser individualizada, é importante levar em consideração a prevenção quaternária que tem como princípio *"primum non nocere"*, primeiro não prejudicar.

Evitar o uso desnecessário e o risco das intervenções desnecessárias.

Segue abaixo a rotina de exames complementares (quadro 10) necessários para essa avaliação.

Quadro 10: Rotina de exames complementares

<table>
<tr><td colspan="2">Periodicidade dos exames mínimos comuns àqueles com diagnóstico HAS (podemser solicitados pelo enfermeiro e farmacêutico)</td></tr>
<tr><td>No diagnóstico
Glicemia em jejum (I/C)
Creatinina sérica (I/B)
Calcular a taxa de filtração glomerular estimada (eTFG)pela fórmula CKD-EPI
Potássio sérico (I/C)
Perfil lipídico (I/C)
Exame de urina tipo 1 – EAS (I/C)
ECG</td><td>Anualmente
Glicemia em jejum (I/C)
Creatinina sérica (I/B)
Potássio séricos (I/C)
Especialmente 2 semanas após início de IECAou BRA
Perfil lipídico (I/C)
Exame de urina tipo 1 – EAS (I/C)
Relação albumina/creatinina (RAC) emamostra de urina***
ECG</td></tr>
<tr><td colspan="2">Fundoscopia (IIa/C) – No diagnóstico de HAS, com reavaliações:
A cada 2 anos para hipertensos compensados, baixo e moderado RCV e sem queixas visuais
A cada ano para hipertensos classificados como de alto risco cardiovascular
A cada ano para pacientes com nefropatia hipertensiva, e no momento daidentificação da disfunção renal.
Se o exame estiver alterado, a periodicidade das reavaliações é decisão dooftalmologista.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Observações:
1- O médico deverá solicitar, complementarmente:
Ecocardiograma bidimensional com doppler: para hipertensos estágios 1 e 2 semhipertrofia ventricular esquerda ao ECG, mas com dois ou mais fatores de risco; hipertensos com suspeita clínica de insuficiência cardíaca
Ecodoppler de carótidas: para pacientes com sopro carotídeo, com sinais dedoença cerebrovascular, ou com doença aterosclerótica em outros territórios.
2- O potássio sérico anormalmente baixo sugere o uso prévio de diuréticos. Excluída essacausa, o paciente deve realizar, via encaminhamento à Endocrinologia, investigação de hiperaldosteronismo primário.
*** Valor de referência: relação albumina:creatinina (RAC) < 30 mg/g

3- Para realização da Fundoscopia o pedido deverá ser inserido no SISREGIII para procedimento “Mapeamento de Retina”, segundo Protocolo de Regulação de ConsultaOftalmológica da SES/DF.</td></tr>
</table>

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

IV- As reuniões de equipe são um espaço privilegiado para o planejamento das ações a serem ofertadas, priorização e discussão de casos clínicos. Deve-se garantir que sejam pautados temas como o acompanhamento do usuário portador de hipertensão e as estratégias de

implementação de acompanhamento de saúde, para que as chances de êxito sejam maiores, uma vez que considera a conjunção de saberes e práticas da equipemultiprofissional.

O Quadro 11 apresenta as principais atribuições de cada profissional em relação ao cuidado com os hipertensos.[2,5,7,8]

Quadro 11. Atribuições dos profissionais da APS em relação ao cuidado com os hipertensos.

Profissional	Papel na equipe
Comuns a todos	• Orientações sobre autocuidado e cuidado apoiado; • Planejamento conjunto das ações de saúde de acordo com arealidade epidemiológica do território; • Promover as ações de promoção à saúde - ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida e a correção de fatores de riscos; • Realizar ações assistenciais individuais e em grupo; • Realizar visitas domiciliares; • Orientações sobre os fluxos de acompanhamento do itinerário terapêutico na Redes de Atenção à Saúde (RAS) e coordenação do cuidado; • Encaminhar o usuário a outros profissionais, quando indicado; • Realização de cadastro individual e domiciliar/territorial de todas
	as pessoas com hipertensão da área, sendo este no território e no Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS APS; • Oportunizar o rastreamento para HAS a todos os indivíduos quebuscam à UBS.
Agente Comunitário de Saúde	• Identificação dos fatores de risco, vide fluxograma 1-item 2; • Reforço das orientações sobre Modificações do Estilo de Vida eadesão ao tratamento, ver no tópico “Abordagem não farmacológica”; • Cadastro individual e domiciliar/territorial; • Coleta de dados antropométricos: peso, altura e circunferência abdominal, durante visitas ou na UBS, e aferir pressão arterial,em domicílio ou UBS; • Agilizar marcação de consultas, controle de medicamento, trocade medicamento, acompanhar encaminhamento de exames, estas estratégias visam a melhoria da adesão ao tratamento e promoção do autocuidado apoiado; • Busca ativa dos faltosos e de novos casos.
Técnico ou técnica em enfermagem	• Identificação dos fatores de risco; • Verificação de pressão arterial e registro no prontuário PECe-SUS APS; • Coleta de dados antropométricos: peso, altura e circunferênciaabdominal; • Reforço das orientações de mudança do estilo de vida; • Cadastrar e atualizar os cadastros individual e domiciliar/territorialde todas as pessoas hipertensas da área; • Checar adesão ao tratamento e apoiar o autocuidado.

Enfermeiro ou enfermeira	• Aplicar o processo de Enfermagem como instrumento metodológico para planejar, implementar, avaliar e documentar ocuidado à pessoa, família e coletividade. • Consulta de enfermagem com ênfase em: • Identificação dos fatores de risco; • Orientações nas Modificações do Estilo de Vida e autocuidado; • Estratificação de risco; • Verificação de pressão arterial; • Solicitação de exames (Quadro 08) na consulta do paciente já diagnosticado; • Renovação de prescrições de anti-hipertensivos, padronizados naSES-DF para os pacientes que estão dentro das metas terapêuticas pactuadas; • Tratamento, adesão e metas terapêuticas. • Os enfermeiros da APS poderão manter a prescrição dospacientes controlados que já fazem uso habitual de anti-hipertensivos e antiplaquetários, desde que não haja necessidades de ajuste de dose ou substituição.
Médico ou médica	• Consulta médica com ênfase em: • Identificação dos fatores de risco; • Verificação de pressão arterial; • Solicitação de exames; • Estratificação de risco; • Anamnese e exame físico • Diagnóstico; • Tratamento medicamentoso e não medicamentoso, com ênfaseno estilo de vida; • Orientações e adesão em relação ao tratamento; • Identificação de critérios de encaminhamento para outros
	níveis/pontos de atenção de acordo com a Nota Técnica deCardiologia vigente.
Equipe de Saúde Bucal	• Realizar o cuidado em saúde bucal da pessoa com HAS; • Orientar a equipe sobre os cuidados em saúde bucal de pessoascom HAS; • Participar de reuniões de equipe para acompanhamento depessoas com HAS; • Organizar com a equipe ações intersetoriais de promoção dasaúde; • Promover educação em saúde.

Farmacêutico ou farmacêutica	• Aplicar a prática clínica do Cuidado Farmacêutico para planejar, implementar, avaliar e documentar o cuidado à pessoa, família e coletividade em conformidade com as políticas de saúde, com as normas sanitárias e da SES-DF. • Participar do planejamento e da avaliação da farmacoterapia, em colaboração com os demais membros da equipe de saúde, para a promoção do uso racional de medicamentos. • Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos aspectoslegais e técnicos. • Realizar intervenções farmacêuticas e emitir parecer farmacêuticoa outros membros da equipe de saúde, com o propósito de auxiliar na seleção, adição, substituição, ajuste ou interrupção da farmacoterapia do paciente. • Prover a consulta farmacêutica em ambiente adequado, quegaranta a privacidade do atendimento. • Consulta Farmacêutica com ênfase em: ◦ Identificação dos fatores de risco; ◦ Orientações nas Modificações do Estilo de Vida eautocuidado; ◦ Estratificação de risco; ◦ Verificação de pressão arterial; ◦ Solicitação de exames (Quadro 08) na consulta do paciente já diagnosticado; ◦ Renovação de prescrições de todos os medicamentos recomendados por este protocolo, padronizados na SES-DF, para os pacientes baixorisco e que estão dentro das metas terapêuticas pactuadas; ◦ Tratamento, adesão e metas terapêuticas. • Os farmacêuticos da APS poderão realizar a prescrição demedicamentos dos pacientes com controle adequado e estratificados em baixo risco, que já fazem uso habitual deanti-hipertensivos e antiplaquetários, desde que não haja necessidades de ajuste de dose ou substituição. • Os farmacêuticos da APS poderão realizar ajuste da prescrição alterando a apresentação, forma farmacêutica e posologia dos medicamentos, sempre mantendo a dose diária final prescrita anteriormente, visando acesso e adesão à terapêutica proposta. • Apoiar as equipes nas demandas de saúde dos usuários, em especial na identificação de erros de medicação, ações de educação em saúde, prevenção, detecção e notificação de eventos adversos relacionados aos medicamentos (farmacovigilância), além da detecção e notificação de desvio dequalidade de medicamentos (tecnovigilância).

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

V- As discussões de caso entre a eMulti e as equipes de Saúde da Família (eSF) são importantes para o aumento da resolubilidade e integralidade da APS. Trata-se de uma potente ferramenta para a educação permanente das eSF. A integração de profissionais como fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros, amplia a capacidade de análise e intervenção no manejo das condições crônicas.

Quadro 12: Competências gerais da eMulti na atenção à pessoa com Hipertensão Arterial

1. Trabalhar integrado com eSF, participar de reuniões da APS com o objetivo de identificar as necessidades da população adscrita para garantir o acesso e a atenção, promovendo cuidado seguro e de qualidade às pessoas com hipertensão arterial; 2. Realizar a estratificação de risco para às pessoas com hipertensão arterial; 3. Planejar e desenvolver ações de educação permanente aos profissionais de saúde voltadas para a atenção às condições crônicas; 4. Planejar e desenvolver ações de educação em saúde aos usuários, direcionadas às pessoas com hipertensão arterial; 5. Planejar e aplicar abordagens de cuidado para as pessoas com hipertensão arterial - atenção contínua, atenção compartilhada a grupos, grupos operativos, elaboração de planos de cuidado, visita domiciliar; 6. Pactuar e monitorar com o usuário as metas do plano de autocuidado apoiado; 7. Realizar ações integradas na área da saúde, por exemplo CAPS, Centro de Referência em práticas Integrativas em Saúde) e intersetoriais (educação, trabalho, segurança pública, cultura, esporte, lazer, entre outras); 8. Realizar abordagem individual, familiar e comunitária; 9. Desenvolver atividades de promoção da saúde nas academias da saúde, nos espaços de saúde e de convivência comunitária; 10. Realizar estudos e análises epidemiológicas para nortear o planejamento das ações juntos às equipes; 11. Elaborar materiais educativos; 12. Participar das reuniões de equipe para realização de plano de cuidado e atividades de educação permanente; 13. Colaborar com a equipe multiprofissional da APS na organização do plano de cuidado de pessoas com HAS, por meio de matriciamento ou outra metodologia; 14. Registrar as informações no e-SUS.

Fonte: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB): diretrizes e processos. Secretaria de Saúde do Paraná, 2018.

Quadro 13: Atribuições dos profissionais da eMulti.

Profissional	Principais atividades contexto HAS
Fisioterapeuta	1. Realizar o trabalho na perspectiva da atenção integral, continuada, compartilhada em grupos operativos, atividade coletivas e de práticas corporais; 2. Colaborar com a equipe multiprofissional da APS na organização do plano de cuidado (matriciamento) de pessoas com HAS; 3. Promover atividades nos grupos de práticas corporais; 4. Promover educação em saúde com foco na funcionalidade.

Farmacêutico ou farmacêutica	1. Realizar as atividades técnico-gerenciais para garantir acesso aos medicamentos; 2. Realizar ações conjuntas com as equipes de referência para orientações quanto ao uso racional dos medicamentos (administração, horários; armazenamento; manuseio de tecnologias; eventos adversos; descarte correto; dentre outras dúvidas); 3. Dispensar medicamentos com apresentação de prescrição, assegurando a entrega para o paciente correto e/ou representante legal, na quantidade adequada de acordo com as normas vigentes e na dose prescrita, mediante avaliação criteriosa da prescrição com base na literatura e protocolos vigentes a fim de, caso haja sinais de alerta, entrar em contato com prescritor; 4. Prestar orientações quanto ao acesso aos medicamentos (medicamentos disponíveis na REME/DF e farmácia popular) e as documentações necessárias; 5. Apoiar as equipes, por meio de matriciamento e educação permanente, em relação às dúvidas sobre medicamentos, essencialmente na prescrição, a fim de facilitar o acesso aos medicamentos pela população e nas eventuais interações medicamentosas, reações adversas e restrições de uso; 6. Avaliar e contribuir no atendimento da pessoa visando melhorar a adesão à farmacoterapia; 7. Participar das reuniões de equipe para realização de plano de cuidado e ações intersetoriais de promoção da saúde; 8. Realizar visitas domiciliares para prevenção e resolução dos problemas relacionados aos medicamentos, e para facilitar o processo de adesão ao tratamento; 9. Desenvolver e aplicar recursos (material técnico, informativo e educativo) que facilitem o entendimento sobre administração dos medicamentos no cotidiano dos usuários. 10. Realizar a consulta farmacêutica em ambiente adequado, que garanta a privacidade do atendimento. 11. O Farmacêutico da APS poderá realizar a prescrição de medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica, incluindo medicamentos industrializados e preparações magistrais - alopáticos ou dinamizados -, plantas medicinais, drogas vegetaise outras categorias ou relações de medicamentos que venham aser aprovadas pelo órgão sanitário federal para prescrição do farmacêutico. 12. O Farmacêutico da APS poderá prescrever medicamentos descritos neste protocolo, cuja dispensação exija prescrição médica, desde que condicionado à existência de diagnóstico prévio e apenas em paciente compensado e de baixo risco.

Psicólogo ou psicóloga	1. Desenvolver capacitações com a equipe multidisciplinar para o acolhimento, escuta qualificada, seguindo a Política Nacional de Humanização do SUS, e desenvolvimento de técnicas para o suporte emocional do usuário com doença crônica; 2. Colaborar com a equipe multiprofissional da APS na organização do plano de cuidado (matriciamento) de pessoas com HAS; 3. Realizar Grupo de Apoio Psicológico para pessoas encaminhadas pela equipe; 4. Participar de grupos de promoção da alimentação saudável e adequada para crianças, adolescentes e adultos com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade e famílias bem como de outros grupos; 5. Realizar atendimento psicológico individual para pessoas com HAS encaminhadas pela equipe, quando em Projeto Terapêutico Singular (PTS); 6. Participar das reuniões de equipe para realização de plano de cuidado e atividades de educação permanente; 7. Organizar com a equipe ações intersetoriais de promoção da saúde. 8. Promover educação em saúde.
Nutricionista	1. Realizar atendimento individual para pessoas com HAS encaminhadas pela equipe; 2. Prescrever e acompanhar o plano nutricional para pessoas encaminhadas pela equipe; 3. Promover educação alimentar e nutricional em grupo para crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos; 4. Realizar e/ou acompanhar outros profissionais da equipe nas atividades voltadas para a promoção da alimentação adequada e saudável; 5. Colaborar com a equipe multiprofissional da APS na organização do plano de cuidado (matriciamento) de pessoas com HAS; 6. Participar das reuniões de equipe para realização de plano de cuidado e atividades de educação permanente; 7. Orientar a equipe sobre a importância de informar às pessoas com HAS sobre a leitura dos rótulos dos produtos ultraprocessados (industrializados), em especial a lista de ingredientes; 8. Organizar com a equipe ações intersetoriais de promoção da saúde; 9. Promover educação em saúde.
Assistente Social	1. Obter dados psicossociais que auxiliem no tratamento; 2. Promover a garantia de direitos do usuário; 3. Elaborar em conjunto com a equipe multiprofissional o plano de cuidado; 4. Pactuar com o usuário as metas do plano de autocuidado; 5. Organizar, com a equipe multiprofissional, as atividades de educação permanente a serem realizadas; 6. Elaborar junto com a equipe as atividades de educação em saúde; 7. Promover educação em saúde. 8. Organizar com a equipe ações intersetoriais de promoção da

	saúde.
Terapeuta Ocupacional	1. Orientar a reorganização do cotidiano e das rotinas de atividades ocupacionais, valorizando a complexidade de fatores que permeiam o autocuidado; 2. Auxiliar na mudança de hábitos prejudiciais à saúde, de forma significativa para a pessoa, empoderando o indivíduo, quanto à sua responsabilidade no processo saúde-doença; 3. Avaliar e orientar modificações e indicações de tecnologias assistivas, aos usuários frágeis, que possibilitem adaptações necessárias no ambiente doméstico a fim de proteger e promover saúde; 4. Fomentar espaços para estimulação cognitiva e adaptação, para melhorar o desempenho ocupacional e autonomia; 5. Auxiliar implantação da psicoeducação, pautada no fomento de espaços educativos, que propiciam o empoderamento do usuário, a respeito de informações sobre a respeito do controle, tratamento e possibilidades de mudanças de hábito; 6. Auxiliar a eSF no uso de estratégias do autocuidado apoiado,para maior adesão.

Fonte: Adaptado de Linha de cuidado à pessoa com diabetes Mellitus. Santa Catarina, 2018.

Observação: Recomenda-se que os registros de prontuário por todos os profissionais sejam realizados no formato SOAP. A seguir estão descritas as especificações das dimensões que devem ser consideradas nesse formato:

Subjetivo (S)

1. **Gestão do Processo Clínico Individual:** dados clínicos, inclui-se a consulta clínica individual e a consulta em si.
2. **Gestão do Processo Familiar:** Registro da análise da estrutura e dinâmica familiar, incluindo ciclo de vida, recursos e problemas.
3. **Gestão da Prática Clínica:** organização em equipe dos cuidados que serão demandados à pessoa, família e comunidade. Exemplos incluem o risco cardiovascular, tempo de consulta, acessibilidade às ações e serviços disponíveis, grupos operativos, organização dos cuidados preventivos, coordenação do cuidado, entre outros.
4. **Queixas atuais**: Principalmente as indicativas de lesão de órgão-alvo ou de hipertensão

secundária, tais como: tontura, cefaleia, alterações visuais, dor precordial, dispneia, ortopneia, paresia, parestesia, edema de membros inferiores; medicamentos em uso e presença de efeitos colaterais; adesão ao tratamento e uso correto dos medicamentos.

Objetivo (O)

1. **Peso, altura, IMC e circunferência abdominal**;
2. **Pressão arterial**: Devem ser realizadas três medidas da pressão arterial, separadas por intervalo de pelo menos 2 minutos. Aferir ambos os braços com o paciente sentado – diferenças significativas entre os braços sugerem coarctação da aorta ou estenose de artéria subclávia; e no braço com maior PA com o paciente em posição deitada – avaliar hipotensão postural.
3. **Ectoscopia:** Rubor facial palidez cutânea, sudorese profusa, estigmas cutâneos de neurofibromatose – feocromocitoma; fáscies típica (Cushing); Exoftalmia – hipertireoidismo.
4. **Cabeça:** avaliação de mucosas e da cavidade oral: conservação dos dentes, hidratação, presença de gengivite ou doença periodontal.
5. **Pescoço:** Palpação e ausculta das artérias carotídeas – frêmito, sopro, rigidez;Turgência jugular, palpação de tireoide.
6. **Tórax:** Frequência cardíaca e respiratória; ausculta cardíaca – sopro precordial –doença aórtica.
7. **Abdome:** sopro abdominal – hipertensão renovascular.
8. **Perfusão tissular periférica e pulsos nos quatro membros:** Ausência, redução ou assimetria de pulsos, extremidades frias; Lesões cutâneas isquêmicas – doença arterial periférica.
9. **Membro inferiores:** dor, edema.

Avaliação (A)

A avaliação é dada após as informações subjetivas e objetivas da consulta, levando em consideração as queixas ou necessidade em saúde, com base em aspectos individuais, familiares e coletivos.

Plano (P)

1. Planos diagnósticos;
2. Planos terapêuticos;
3. Planos de seguimento; e

4. Planos de Educação em Saúde.

8.1 Conduta Preventiva

As seguintes condições possuem impacto na redução dos níveis pressóricos e qualidade de vida da pessoa com hipertensão:

Tabagismo

O uso de qualquer produto derivado do tabaco, mesmo em doses baixas, está relacionado com o aumento do risco cardiovascular[6], e a cessação do tabagismo reduz significativamente a incidência de doença coronariana, acidente vascular cerebral e insuficiência renal.[23,24] A prevalência de tabagismo no DF é de **1,4%** dos adultos, segundo Vigitel 2023.[1] e em 2010 era de **3,7%**.

O tratamento do tabagismo está disponível no SUS e tem como eixo fundamental de trabalho a abordagem cognitivo-comportamental, tendo como finalidade orientá-lo sobre os riscos do tabagismo e os benefícios de deixar de fumar, bem como motivá-lo no

processo de cessação do tabagismo, fornecendo orientações para lidar com a síndrome de abstinência, a dependência psicológica e os condicionamentos. [14]

Na abordagem da pessoa tabagista é importante que alguns passos sejam seguidos, o primeiro deles é a identificação do desejo ou não de cessar o hábito, para assim poder direcionar a intervenção mais adequada, orientação quanto aos malefícios, redução de danos, abordagem individual com tratamento comportamental e/ou medicamentoso. Após realizar avaliação quantitativa - Questionário de tolerância de Fargeström, anexo II, e qualitativa, Escala de razões para fumar, anexo III e Escala de motivação de Prochaska, anexo IV. Após essa avaliação define-se a melhor intervenção junto ao usuário.

O Ministério da Saúde possui um Fluxo de Abordagem Mínima Intensiva de Fumantes, com **ações que podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde e em todos os níveis de atenção**. Estratégias de abordagem coletiva, como os grupos de tratamentos de fumantes, são alternativas viáveis e efetivas para apoiar a cessação do tabagismo e redução das complicações cardiovasculares de pessoas comhipertensão na APS.

LEITURA COMPLEMENTAR: Para abordagem completa do tabagismo: Caderno de Atenção Básica nº 40, Ministério da Saúde, 2018

Quando necessário, é possível contar com apoio farmacológico para o abandono do

tabagismo.

Uso abusivo de álcool

Em populações brasileiras, o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas. [5]

É importante ressaltar que episódios de consumo excessivo de álcool podem levar a descompensações agudas de doenças crônicas, sendo fundamental avaliar, nesses casos, a PA e a glicemia, visto que podem ocorrer alterações significativas que necessitem de intervenções clínicas.[5] A prevalência de tabagismo no DF é de 1,4% dos adultos, segundo Vigitel 2023.[1] Da mesma forma que o tabaco, são necessárias medidas de enfrentamento que reduzam a incidência e prevalência. **Importante utilizar asferramentas CAGE e AUDIT**.

A equipe deve empoderar as pessoas com HAS na execução do seu plano de cuidado, estimulando-os a desenvolverem suas capacidades e explorar suas capacidades em função de sua idade, estilo de vida, condições e exigências cotidianas, a fim de melhorar sua qualidade de vida.[4] Na elaboração de planos de cuidados desses usuários, o uso adequado dos medicamentos deve ser enfatizado, esclarecendo as dúvidas e os reais riscos à saúde do uso ou não uso dos medicamentos, uma vez que os usuários que abusam do álcool têm dificuldade de aderir ao tratamento.[2]

8.2 Tratamento Não Farmacológico Manutenção do peso

Dentre as abordagens não farmacológicas, a redução e manutenção do peso corporal ideal é a medida mais efetiva para controlar a HAS. Mesmo pequenas reduções diminuem significativamente a pressão, bem como riscos cardiovasculares graças à melhoria do perfil lipídico e da tolerância à glicose, melhorando também a resposta à terapia de medicamentos anti-hipertensivos. Está relacionada, além das mudanças endócrinas favoráveis à redução da pressão arterial, à redução da sensibilidade ao sódio e à diminuição da atividade do sistema nervoso simpático. [7]

Dessa forma, a todo hipertenso com excesso de peso, precisam ser oferecidas ações de cuidado para a redução ponderal, pois a diminuição de 5% – 10% do peso corporal inicial já é suficiente para reduzir a pressão arterial. É desejável atingir um Índice de Massa Corpórea (IMC) inferior a 25 kg/m2 para menores de 60 anos e inferior à 27 kg/m² para maiores de 60 anos e circunferência da cintura inferior a 94 cm para homens e 80 cm para mulheres. Estima-se que cada quilograma de peso perdido provoque redução de 1 mmHg na pressão sistólica, sem benefício sobre a pressão diastólica. [7]

É importante estabelecer metas e prazos factíveis para a pessoa com PA limítrofe ou com hipertensão, quanto ao peso adequado, a adoção de hábitos alimentares saudáveis e ao controle

pressórico, além de identificar e ajudá-la em suas dificuldades. [7]

Adoção de hábitos alimentares saudáveis

É fundamental a orientação adequada em relação ao hábito alimentar, o qual pode aumentar ou diminuir as propensões a hipertensão arterial e seus agravos, como excesso de peso, dislipidemia, glicemia alta, padrão alimentar com consumo excessivo de alimentos gordurosos e doces e pouca ingestão de frutas e hortaliças.[25] Os elementos a serem combatidos para garantir o cuidado e a qualidade de vida das pessoas com hipertensão arterial sistêmica são: os alimentos ultraprocessados, o açúcar, o sódio e as gorduras saturadas e trans.

O consumo excessivo de sódio e de gorduras saturadas aumenta o risco de doenças do coração, enquanto o consumo excessivo de açúcar aumenta o risco de cárie dental, de obesidade e de outras doenças crônicas. É importante a valorização dos hábitos e da cultura alimentar, a fim de possibilitar mudanças e ajustes de hábitos sustentáveis a longo prazo, como incentiva o Guia Alimentar para a População Brasileira[26]. Com o objetivo de oferecer subsídios aos profissionais de saúde da APS que orientam os usuários, o Ministério da Saúde, em parceria com o Hospital do Coração, lançou a publicação "Alimentação Cardioprotetora: Manual de orientações para profissionais de saúde da Atenção Básica"[27].

A Alimentação Cardioprotetora Brasileira[27] está em consonância com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira[26]. Enfatiza o consumo de alimentos tipicamente brasileiros e suas orientações são voltadas especialmente para pessoas com hipertensão arterial, sobrepeso ou obesidade, diabetes e dislipidemias. De acordo com esta dieta, o grupo de alimento que deve ser priorizado é o dos alimentos cardioprotetores, que contêm substâncias que protegem o coração como vitaminas, minerais, fibras e antioxidantes e que são isentos de nutrientes que prejudicam o coração, como gorduras saturadas, colesterol e sódio. Consideram-se bons exemplos de alimentos cardioprotetores: frutas, hortaliças, leguminosas e leites/iogurtes sem gordura.

Prática de atividade física e lazer ativo

É necessário, também, estimular atividades físicas e práticas corporais, além do lazer ativo. O sedentarismo traz impacto na prevalência de doenças e agravos não transmissíveis e no estado geral de saúde da população mundial. Pessoas com níveis insuficientes de atividade física possuem de 20% a 30% maior risco de morte por qualquer causa, contabilizando um total de mortalidade próximo a 3,2 milhões de pessoas a cada ano. Os inativos ou sedentários possuem ainda risco 30% a 50% maior de desenvolver HAS.[28]

As recomendações gerais estabelecidas sugerem que deve-se fazer, no mínimo, 30 minutos de atividade física moderada, de forma contínua (1x30 min) ou acumulada (2x15 min ou 3x10 min) em 5 a 7 dias da semana.[2] As recomendações para adulto

também se aplicam aos idosos. Além disso, aqueles com 65 anos ou mais precisam realizar treinamentos resistidos, que melhoram o equilíbrio e previnem quedas, pelo menos três vezes por semana.[2] É importante considerar a possibilidade de a equipe de saúde organizar grupos de convivência ou terapêuticos de periodicidade semanal, quinzenal ou outras, conforme avaliação da equipe.

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que pacientes com níveis pressóricos mais elevados ou com 3 fatores de risco cardiovascular ou mais; ou com DM; ou com lesão de órgão alvo ou cardiopatia façam um teste ergométrico antes de realizar exercícios físicos em intensidade moderada.

Quadro 14: Modificações no peso corporal e na ingestão alimentar e seus efeitos sobre a PA

Medida	Redução da PAS	Recomendação
Controle do peso	20-30% da PA para cada 5% de perda ponderal	Manter IMC < 25kg/m2 até 65 anos Manter IMC < 27kg/m2 acima de 65 anos Manter circunferência abdominal < 80cm nas mulheres e < 94cm nos homens
Padrão alimentar	Redução de 3mmHg	Adotar alimentação rica em alimentos in natura e minimamente processados, como frutas, hortaliças, grãos; baixo consumo de gorduras saturadas e trans
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 1,5g sódio/dia respectivamente	Restringir o consumo diário de sódio para 2g, ou seja, 5g de cloreto de sódio.
Moderação no consumo de álcool	Redução de 4 a 5mmHg	Consumo deve ser limitado a 30g* de álcool/dia entre que já ingerem bebidas alcoólicas. Esse limite deve ser reduzido à metade para homens de baixo peso, mulheres e indivíduos com sobrepeso e/ou triglicerídeos elevados.

*30 g de álcool/dia = 1 garrafa de cerveja (5% de álcool, 600 mL); = 2 taças de vinho (12% de álcool, 250 mL); =1 dose (42% de álcool, 60 mL) de destilados (uísque, vodca, aguardente).
Fonte: 7ª Diretriz de Hipertensão Arterial Sistêmica da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Práticas integrativas em saúde

Outra forma de cuidado e promoção da saúde de vasta eficiência são as Práticas Integrativas e Complementares (PICs), no DF denominadas Práticas Integrativas em Saúde (PIS). Elas contemplam sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, envolvendo abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e de recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras.

No Distrito Federal há a Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde, publicada em 2014, com a apresentação de seu histórico no DF e suas 9 diretrizes contemplando todas as PIS reconhecidas pelo SUS/DF: (1) acupuntura; (2) arteterapia;
(3) automassagem; (4) Ayurveda; (5) fitoterapia; (6) homeopatia; (7) Lian Gong; (8) terapias antroposóficas; (9) meditação; (10) musicoterapia; (11) reiki; (12) shantala; (13)Tai Chi Chuan;
(14) Técnica de redução de estresse -TRE®; (15) terapia comunitáriaintegrativa e; (16) yoga.

8.3 Tratamento Farmacológico

As metas pressóricas recomendadas pela VIII Diretrizes Brasileiras de HAS (2020) e pela I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular estão descritas no **quadro 15.**

Quadro 15: Metas a serem atingidas em conformidade com as características individuais

Categoria	Meta
Hipertensos estágios 1 e 2 com risco cardiovascularbaixo e moderado e HAS estágio 3	< 140/90 mmHg
Hipertensos estágios 1 e 2 com risco cardiovascularalto	< 130/80 mmHg

Fonte: 7ª Diretriz de Hipertensão Arterial Sistêmica da Sociedade Brasileira de Cardiologia.[4]

Em pacientes com doença arterial coronariana a redução da PA < 120/70 pode aumentar o risco de eventos cardiovasculares fatais. Assim, para esses pacientes, a meta deve ficar em uma faixa mais estreita: <130/80 e >120/70 mmHg. Idosos acima de
80 anos não se beneficiam de níveis sistólicos menores que 140 mmHg, além do aumento de possibilidade de efeitos adversos.[5]

Várias classes de fármacos podem ser usadas no tratamento da HAS, no entanto existem critérios que devem ser considerados na escolha da terapia farmacológica. São eles: avaliação da presença de comorbidades; lesão em órgãos-alvo; história familiar; idade; gravidez; e posologia. [5]

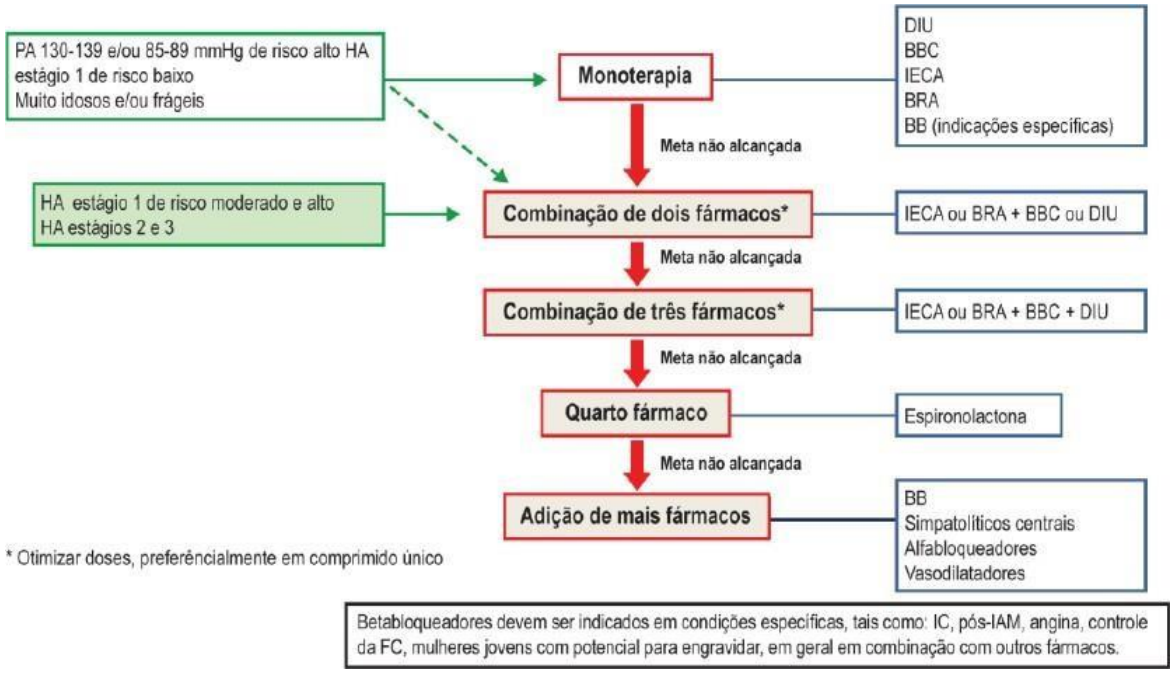


Figura 2: Fluxograma para o tratamento medicamentoso da HAS[5]. **Fonte**: 7ª Diretriz de Hipertensão Arterial Sistêmica da Sociedade Brasileira de Cardiologia.[4]

Quando os níveis pressóricos se enquadram no estágio 2, o tratamento medicamentoso deve ser iniciado com dois anti-hipertensivos em doses baixas simultaneamente. Deve ser dada preferência para uso de IECA (ex.: enalapril 10mg/dia ou captopril 25mg 12/12h) ou BRA (ex.: losartana 50mg/dia) associado a um bloqueador dos canais de cálcio (ex.: anlodipino 5mg/dia) ou a um diurético tiazídico (ex.: hidroclorotiazida25mg/dia).

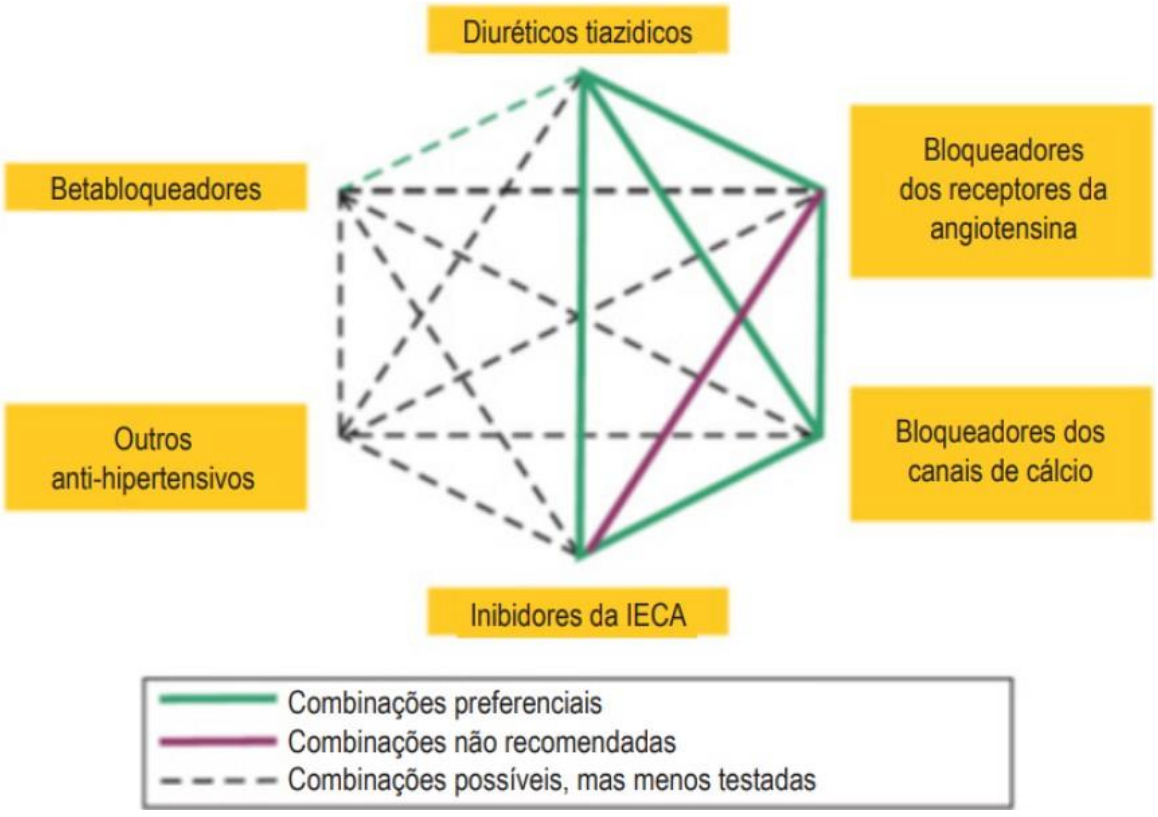
Os betabloqueadores não são indicados como medicamentos de primeira linha no tratamento da HAS, pois estudos mostram um fraco efeito na redução de AVC, ausência de benefício na prevenção de doença coronariana quando comparado com placebo e possuem piores desfechos em comparação com outras classes anti-hipertensivas. No entanto, devem ser usados quando houver indicação específica: presença de insuficiência cardíaca, angina pectoris, pós infarto agudo do miocárdio, fibrilação atrial, adultos jovens com frequência cardíaca elevada, em mulheres gestantes ou que desejam engravidar[29].

Pela característica multifatorial da doença, frequentemente o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos. Se a associação de dois fármacos não for suficiente para o controle dos níveis tensionais, sendo necessário acrescentar um terceiro fármaco, a associação preferencial deve ser IECA ou BRA associado a bloqueadores dos canais de cálcio e diuréticos tiazídicos.

Com a redução de 5 mmHg na pressão diastólica ou 10mmHg na pressão sistólica, há redução aproximada de 25% no risco de desenvolver cardiopatia isquêmica e de 40% no risco de apresentar AVC[30].

Praticamente todas as associações de anti-hipertensivos têm efeito aditivo na redução da pressão (Figura 3) e presumivelmente na prevenção de eventos cardiovasculares. Não é recomendada a associação da Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina com Antagonistas da Angiotensina II, pois aumenta o risco de disfunção renal, sem redução dos desfechos cardiovasculares[5].

Figura 3: Esquema preferencial de associações de medicamentos, de acordo com os mecanismos de sinergia.



Fonte: 7ª Diretriz de Hipertensão Arterial Sistêmica da Sociedade Brasileira de Cardiologia.[4]

Para hipertensos em tratamento medicamentoso e sem controle adequado da PA,

recomendam-se avaliações médicas mensais, com o objetivo de alcançar a meta pressórica o mais breve possível, mediante ajustes terapêuticos sequenciais.[5]

Quando não se observa a resposta terapêutica esperada, antes de substituir o anti-hipertensivo que se mostra ineficaz, deve-se checar a adesão, garantir o uso de

doses adequadas e reforçar os hábitos de vida saudável. Ocorrência de efeitos adversos significativos ou contínua ineficácia indicam a necessidade de substituição.

Pode-se considerar que o paciente tem hipertensão resistente quando apresenta pressão arterial não controlada simultaneamente às seguintes condições.[5,9]

- Tem adesão ao tratamento confirmada;
- Está sob tratamento com três anti-hipertensivos **em doses adequadas**, incluindo um diurético.

Nesses casos, está indicada a associação de espironolactona como o quarto medicamento, principalmente se TFG< 30 e edema importante. Os simpaticolíticos de ação central ou betabloqueadores podem ser uma alternativa ao quarto fármaco, ficando o uso de vasodilatadores diretos reservados para casos especiais.[5] Esses pacientes devem ser referidos a serviços especializados (nefrologia ou cardiologia).

Complicações crônicas da HAS

❖ **Retinopatia**

Quanto à **retinopatia hipertensiva**, caracteriza-se por alterações vasculares causadas pela hipertensão arterial no olho. Sua evolução depende da rapidez de instalação e da duração da doença hipertensiva, além da idade do indivíduo. As alterações nos vasos retinianos ocorrem de forma semelhante às que acontecem nos rins, cérebro e outros órgãos.[6]

Para o **tratamento** da retinopatia, deve-se buscar o controle dos fatores de risco descritos anteriormente, com ênfase no controle pressórico adequado[12]. O controle da hipertensão arterial (com alvo menor de 150/85 mmHg) diminui a progressão da retinopatia hipertensiva.[12]

Caso seja encontrada alguma lesão na avaliação do oftalmologista, a periodicidade das reavaliações será definida por esse profissional, de acordo com a necessidade de cada caso.

❖ **Nefropatia**

A nefropatia está entre as principais complicações microvasculares da hipertensão arterial e associa-se a morte prematura por uremia e a problemas cardiovasculares.[13] Assim, o rastreio para DRC deve-se iniciar assim que feito o diagnóstico de HAS. Nos indivíduos de risco nos quais a DRC não foi identificada na primeira avaliação, recomenda-se a reavaliação

da TFG, EAS e Relação albumina-creatinina em amostra isolada anualmente.[14]

A recomendação deste protocolo é que seja usada a fórmula **CKD-EPI**, paraestimar a taxa de filtração glomerular, pois tem a vantagem de estimar melhor a TFG empacientes com função renal normal. A fim de facilitar o cálculo da TFG, a classificação doestágio de IRC e a conduta, sugere-se o uso do site da Sociedade Brasileira de Nefrologia.É considerado portador de DRC qualquer indivíduo que, independente da causa, apresente, por pelo menos três meses consecutivos[25]:

- TFG < 60ml/min/1,73m² ;
- TFG ≥ 60ml/min/1,73m² associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso ou alteração no exame de imagem;
- Pacientes idosos podem ter, fisiologicamente, TFG mais baixa. Deve-se investigar outros sinais de nefropatia ou a presença de fatores de risco paraDRC.

Quadro 16: Estadiamento e Classificação da Doença Renal Crônica.

Estágio da DRC	TFG (ml/min/1.73m²)	Creatinina plasmática (mg/dl)	Descrição
0	>90	0,6 - 1,4	Ausência de lesão renal - grupos de risco para DRC
1	≥90	0,6 – 1,4	Lesão renal*com TFG normal
2	60 - 89	1,5 – 2,0	IR leve ou funcional - lesão renal com diminuição leve da TFG.
3A 3B	45 – 59 30 – 44	2,1 – 6,0	IR moderada ou laboratorial - diminuiçãomoderada da TFG
4	15 – 29	6,1 – 9,0	IR grave ou clínica - diminuição grave da TFG
5	< 15 ou diálise	>9,0	IR terminal ou dialítica - falência funcional renal

*Frequentemente detectada pela presença de albuminúria. IR: Insuficiência Renal; TFG: Taxa de Filtração Glomerular.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no sistema único de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Tratamento - Assim, o controle da hipertensão é fundamental para retardar a progressão da DRC. As metas pressóricas para pacientes com DRC devem ser de 130/80 mmHg, com esquemas terapêuticos incluindo, preferencialmente inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), ou fármacos que atuam no sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA).16 A posologia das classes de medicamentos descritas acima estarão detalhadas em quadro posterior.

Os IECA e bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA) são igualmente eficazes em reduzir a albuminúria. Os BRA podem reduzir em 27% o risco de insuficiência renal terminal e em 25% o risco da progressão da nefropatia em pessoas com microalbuminúria ou macroalbuminúria.[17]

Complicações agudas da HAS

Complicações agudas da Hipertensão

Emergência hipertensiva, **Urgência hipertensiva** e **Pseudocrise hipertensiva** são os principais quadros agudos de descompensação da pressão arterial recebidos nas unidades básicas de saúde[6].

A chamada **emergência hipertensiva** trata-se de condição em que há elevação crítica da pressão arterial com quadro clínico grave, progressiva lesão de órgãos-alvo e risco de morte, exigindo imediata redução da pressão arterial com agentes aplicados por via parenteral.[5,7]

Podem estar associadas a acidente vascular encefálico, edema agudo dos pulmões, síndromes isquêmicas miocárdicas agudas e dissecção aguda da aorta. Nesses casos, há risco iminente à vida ou de lesão orgânica grave.[5] Esses casos requerem manejo imediato e encaminhamento para serviço de urgência e emergência.

As **urgências hipertensivas** (UH) consistem na elevação crítica da pressão arterial, em geral pressão arterial diastólica ≥ 120 mmHg, porém com estabilidade clínica, sem comprometimento de órgãos-alvo.[5]

Pacientes que cursam com UH estão expostos a maior risco futuro de eventos cardiovasculares comparados com hipertensos que não a apresentam. A pressão arterial, nesses casos, deverá ser tratada com medicamentos por via oral buscando-se redução da pressão arterial em **até 24 horas**.[5]

ATENÇÃO: A prática da administração sublingual do comprimido de captopril nãoé recomendada, pois suas características farmacocinéticas não permitem a absorção de doses ideais por essa via, devendo, portanto, ser deglutido.[6]

A chamada **pseudocrise hipertensiva** é uma situação que não se enquadra na

classificação tradicional de urgência e emergência hipertensiva, porém, apresenta-se com uma frequência muito maior em serviços de Atenção Básica. Geralmente, apresenta-se como uma medida de PA elevada associada a queixas vagas de cefaleia ou sintomas e sinais de ansiedade, sem sinais de comprometimento de órgão-alvo. O **tratamento**, nesses casos, deve ser dirigido à causa da elevação da pressão arterial, como uso de analgésicos na presença de cefaleia. Muitas vezes, pode refletir a má adesão ao tratamento anti-hipertensivo ou uso de doses insuficientes. A pseudocrise hipertensiva oferece uma oportunidade para reforçar as medidas não medicamentosas e/ou otimizar otratamento medicamentoso.[5,16]

As **urgências hipertensivas**, e as **pseudocrises hipertensivas** são situações que podem ser avaliadas e conduzidas nas Unidades Básicas de Saúde. Caso o paciente apresente piora clínica durante a UH deve ser encaminhado ao hospital de referência.

Hipertensão em situações especiais

❖ **HAS em crianças e adolescentes**

Hipertensão na infância e adolescência contribui para aterosclerose subclínica prematura e o desenvolvimento precoce de doença cardiovascular.

A última atualização do *United States Preventive Service Task Force* acerca da recomendação de rastreamento de hipertensão em crianças e adolescentes é de novembro de 2020, porém é semelhante à recomendação de 2013: aponta que as evidências ainda são insuficientes para avaliar os riscos e benefícios e, portanto, para recomendar a favor ou contra o rastreamento.

A Academia Americana de Pediatria, em seu *Clinical Practice Guideline*, atualizado em 2017, traz uma recomendação de grau moderado e nível de evidência C (isto é, baseado em opiniões consensuais de especialistas) para o rastreamento de hipertensão na infância e adolescência, a ser realizado da seguinte forma:

Quadro 17: Rastreamento de HAS em crianças e adolescentes.

Anual	**Crianças e adolescentes com 3 ou mais anos de idade**
A cada visita clínica	Crianças e adolescentes com 3 ou mais anos de idade e que apresentem: - obesidade; - doença renal (Nível de evidência B. Forte recomendação.); - diabetes;
	- história de obstrução ou coarctação de arco aórtico; ou - está em uso de medicamentos que aumentem a pressão

	arterial*.
A cada visita clínica	Crianças menores de 3 anos de idade e que apresentem: - história de prematuridade < 32 semanas, PIG, muito baixopeso ao nascer ou outra complicação neonatal que tenha requerido cuidados intensivos com cateter umbilical arterial (para medição de pressão arterial); - malformações urológicas, doença renal conhecida, hematúriaou proteinúria, infecções recorrentes do trato urinário ou história familiar de doença renal congênita; - doença cardíaca congênita (corrigida ou não); - malignidade, transplante de medula óssea ou de órgãosólido; - outra doença sistêmica associada com hipertensão, como neurofibromatose, esclerose tuberosa, anemia falciforme, etc; - evidência de aumento de pressão intracraniana; ou - uso de medicamentos que sabidamente elevam a pressão arterial*.

*Agentes farmacológicos comumente associados a elevação da pressão a pressão arterial: Descongestionantes; Cafeína; Suplementos nutricionais e fitoterápicos; Anti-inflamatórios não-esteroidais; Estimulantes para TDAH; Contracepção hormonal; Antidepressivos tricíclicos; Drogas ilícitas com anfetaminas e cocaína.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento (Cadernos de Atenção Básica, n. 33) Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Aparelhos eletrônicos de aferição da pressão arterial validados para a população pediátrica podem ser utilizados para rastreamento de hipertensão, no entanto, a confirmação de um valor elevado deve ser obtida pelo método auscultatório (esfigmomanômetros aneroides). (Nível de evidência B. Grau de recomendação forte.)

O **diagnóstico** de hipertensão na criança e adolescente é realizado com valores de pressão arterial ≥ percentil 95 ou ≥ 130/80 em 3 diferentes visitas e aferidas pelo método auscultatório.

Quadro 18: Estágios da pressão arterial.

	Idade entre 1 e 13 anos	**13 anos ou mais**
Pressão Arterial Normal	< percentil 90 e < 120/80 mmHg	< 120/80 mmHg
Pressão Arterial Elevada	≥ percentil 90 a < percentil 95 ou ≥ 120/80 a < percentil 95 (o que for menor)	120 a 129 /<80 mmHg

HAS estágio 1	≥ percentil 95 a < percentil 95 + 12 mmHg ou 130/80 a 139/89 mmHg (o que for menor)	130/80 a 139/89 mmHg
HAS estágio 2	≥ percentil 95 + 12 mmHg ou ≥140/90 mmHg (o que for menor)	≥140/90 mmHg

Fonte: 7ª Diretriz de Hipertensão Arterial Sistêmica da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

No momento do diagnóstico da pressão arterial elevada ou da hipertensão em uma criança ou adolescente, medidas não-farmacológicas de recomendações dietéticas e de atividade física moderada a vigorosa devem ser fornecidas.

Tratamento - Para crianças e adolescentes que não respondem à abordagem de modificações de estilo de vida, particularmente para aquelas que apresentam hipertrofia de ventrículo esquerdo, hipertensão sintomática ou hipertensão estágio 2 sem claros fatores de risco modificáveis, deve ser iniciada terapia farmacológica com: IECA, BRA, BCC de longa ação ou diurético tiazídico, sendo IECA e BRA as escolhas para os casos de hipertensão associada à proteinúria e doença renal crônica.

ATENÇÃO: Losartana, único BRA disponível na SES-DF, fica como alternativa na população de crianças e adolescentes somente após os 6 anos de idade e na presença de clearance de creatinina maior que 30 mL/min/1.73m².

ATENÇÃO: Medicamentos das classes IECA e BRA não devem ser utilizados em adolescentes do sexo feminino, exceto quando houver indicação absoluta, em razão da possibilidade de graves
efeitos associados à utilização desses medicamentos durante o período gestacional.

Dada a pouca disponibilidade de formulações pediátricas no mercado farmacêutico, caso seja necessária a adequação da forma farmacêutica, seja para facilitar a deglutição da criança, seja para adequar a dose a ser administrada, os medicamentos podem ser manipulados para se transformarem em xaropes na Farmacotécnica do Hospital Regional de Taguatinga. A farmácia de manipulação do HRT funciona em horário comercial e o paciente deve levar a prescrição dos medicamentos e solicitar a manipulação. Os xaropes e suspensões ficam prontos dentro de uma hora e tem validade de 30 dias. As mesmas orientações podem ser utilizadas para pacientes adultos ou idosos em uso de sondas enterais ou ostomias, como também com dificuldade de deglutição. No anexo V encontram-se as orientações para adequação de forma farmacêutica.[5,7]

❖ **Hipertensão arterial na mulher**

A mulher se expõe a situações especiais que por si só contribuem para o surgimento de HAS - o uso de contraceptivo oral, a gestação e a própria menopausa, comoexemplos.

Embora não seja frequente a HAS induzida por contraceptivos orais, os riscos de complicações cardiovasculares associadas ao seu uso são consistentemente maiores em mulheres fumantes e com idade superior a 35 anos. A prescrição de contraceptivo oral (CO) deverá levar em conta as seguintes recomendações.[18]

- a menor dose efetiva de estrogênio e progestágeno;
- monitorar a pressão arterial de seis em seis meses;
- suspender o uso se a PA se elevar significativamente, provendo outro método anticoncepcional alternativo;
- tratar apropriadamente e proceder à investigação diagnóstica adequada caso a PA não retorne aos valores normais dentro de três meses;
- manter o CO caso não haja outra forma de contracepção aplicável e considerar o uso de anti-hipertensivos para controlar a PA;
- CO não devem ser utilizados em mulheres fumantes com mais de 35 anos, principalmente se portadoras de hipertensão arterial não-controlada, lúpus eritematoso sistêmico ou história prévia de doença tromboembólica;

O **tratamento da HAS na mulher após a menopausa** deve sempre começar por modificações no estilo de vida. Quando necessário são introduzidas drogas anti- hipertensivos.[2]

A Terapia de Reposição Hormonal (TRH) não é recomendada para prevenção primária ou secundária de doença cardiovascular, podendo mesmo aumentar o risco cardiovascular ou outras doenças, como câncer de mama, demência, tromboembolismo e colecistopatia. Recomenda-se a TRH apenas para o tratamento de sintomas pós-menopáusicos, enfatizando que ela deverá ser prescrita na menor dose efetiva e durante curto período de tempo. A simples presença de HAS não deve ser limitação para a TRH se ela tiver que ser aplicada, porém enfatiza-se a importância do cálculo do Risco Cardiovascular em mulheres previamente hipertensas que necessitem de TRH. [2,7]

❖ **Hipertensão Arterial na Gravidez**

Deverá ser consultado o Protocolo de Hipertensão Gestacional da SES-DF vigente.

A definição de hipertensão na gravidez considera os valores absolutos de PA sistólica > 140 mmHg e/ou diastólica > 90 mmHg. O diagnóstico é feito pela medida seriada dos níveis

pressóricos em duas ocasiões, com pelo menos 4 horas de intervalo durante o acompanhamento pré-natal.18

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fundamentais para que se possa alterar para melhor os resultados maternos e perinatais. Os objetivos do manejo da hipertensão arterial na gravidez são:[5,6,18]

- proteger a mãe dos efeitos deletérios da hipertensão, especialmente da hemorragia cerebral;
- minimizar a prematuridade;
- manter uma perfusão útero-placentária adequada, reduzindo a hipóxia, o crescimento intrauterino restrito e o óbito perinatal.

Sabe-se que a gravidez pode induzir hipertensão arterial em mulher previamente normotensa ou agravar uma hipertensão preexistente. Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a HAS na gestação é classificada nas seguintes categorias principais[19]:

Hipertensão crônica: estado hipertensivo registrado antes do início da gestação ou no período que precede a 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto. Esta condição não está associada a edema e proteinúria (salvo se houver dano renal antes da gravidez) e persiste por mais de 12 semanas após o parto

Hipertensão gestacional: aumento da pressão arterial que ocorre após a 20ª semana de gestação, mais frequentemente perto do parto ou no puerpério imediato, sem proteinúria. Normalmente, a PA se normaliza nas primeiras 12 semanas de puerpério, podendo, por isso, ser definida como "transitória", embora a condição geralmente recorra em 80% das gestações subsequentes. Acredita-se que tais mulheres são propensas a desenvolver hipertensão arterial essencial no futuro. Quando a hipertensão persiste, ela é denominada como "crônica". É um diagnóstico basicamente retrospectivo, pois as complicações das pacientes que no momento da avaliação se apresentam sem proteinúriapodem evoluir com pré-eclâmpsia.

Pré-eclâmpsia: aparecimento de hipertensão e proteinúria (300mg ou mais de proteína em urina de 24h), após 20 semanas de gestação, em gestante previamente normotensa. É uma desordem multissistêmica, idiopática, específica da gravidez humana e do puerpério, relacionada a um distúrbio placentário que cursa com vasoconstrição aumentada e redução da perfusão. O edema atualmente não faz mais parte dos critérios

diagnósticos da síndrome, embora frequentemente acompanhe o quadro clínico.

Eclâmpsia: corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.

Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica: é definida pela elevação aguda da PA, à qual se

agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática em gestantes portadoras de HAS crônica, com idade gestacional superior a 20 semanas. O **diagnóstico diferencial** pode tornar-se difícil quando a gestante é vista pela primeira vez após a 20ª semana com hipertensão arterial e não sabe informar com precisão seus níveis pressóricos anteriores. Se a gestante não for primigesta, se tiver o mesmo companheiro de sua primeira gestação e se tiver ácido úrico sérico menor do que 4,5mg/dL, o diagnóstico de hipertensão arterial crônica é mais provável, mesmo com a presença de proteinúria significativa. Faz-se o diagnóstico de pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica quando ocorrer piora dos níveis pressóricos e aumento da uricemia (>
6mg/dL) e da proteinúria após a primeira metade da gestação.[18]

O ácido úrico sérico eleva-se precocemente na pré-eclâmpsia e tem correlação positiva com lesões de ateromatose do leito placentário, recém-nascidos de menor peso, grau de hemoconcentração e gravidade da glomeruloendoteliose. Cifras de uricemia acima de 4,5mg/dL são anormais na gestação.[20]

Existem vários fatores que aumentam a chance de uma gestante ter hipertensão arterial: primiparidade, diabetes mellitus, gestação gemelar, história familiar de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia sobreposta emgestação prévia, hidropsia fetal (não imune), gestação molar, nova paternidade. Existemoutros fatores com evidência mais fraca: IMC > 25,8; idade materna maior do que 35 anos,uso de método anticoncepcional de barreira, aborto prévio, ganho excessivo de peso.[9,21,20]Hipertensão arterial persistente igual ou superior a 160/110mmHg; proteinúria de
24h superior a 3g ou presença de qualquer um dos critérios de risco listados no **Quadro 19** são suficientes para se considerar uma gestante como paciente de pré-eclâmpsia grave. Em geral, gestantes com sinais ou sintomas de pré-eclâmpsia grave têm enfermidade descompensada, que evolui para complicações maternas e fetais, com risco iminente de morte.[12]

Quadro 19: Critérios de gravidade para pré-eclâmpsia

Critérios de gravidade para pré-eclâmpsia
PAD > 110mmHg ou PAS > 160mmHg.
Proteinúria de 24h > 3g.
Perda progressiva da função renal: oligúria (menor do que 400mL/24h); aumento da creatinina sérica (especialmente > 2mg/dL).
Disfunção hepática: aumento das enzimas hepáticas (TGO, TGP); dor em hipocôndrio direito (iminência de ruptura hepática).

Sinais de hemólise microangiopática: hiperbilirrubinemia (direta); aumento da desidrogenase lática (DHL > 600U/l); hemácias fragmentadas no sangue periférico (esquizócitos).
Plaquetopenia (< 100.000/mm³).
Eclâmpsia.
Sinais de eclâmpsia iminente: visão turva, diplopia, escotomas cintilantes, cefaleia,tontura, epigastralgia, confusão mental, perda da consciência.
Sinais de descompensação cardíaca: cianose, edema agudo de pulmão, insuficiências pulmonar e cardíaca.
Fundoscopia alterada: hemorragia retiniana, exsudatos, edema de papila.
Restrição do crescimento fetal.
Oligoidrâmnio.

Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco (Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

Embora não haja unanimidade entre os autores sobre a vantagem da internação hospitalar de todas as gestantes com pré-eclâmpsia, recomenda-se referenciarinicialmente a gestante à urgência obstétrica para avaliação do bem-estar materno-fetal e,depois, se ela não permanecer internada, deve-se referenciá-la ao pré-natal de alto risco.[12]O **tratamento definitivo** da pré-eclâmpsia é a interrupção da gestação e a retirada da placenta, medida que é sempre benéfica para a mãe. Entretanto, a interrupção da gestação pode não ser benéfica para o feto, devido às complicações inerentes à prematuridade. Por isso, devem ser avaliadas a idade gestacional, a gravidade da doença, as condições maternas e fetais e a maturidade fetal, para se indicar o momento mais adequado para a interrupção da gestação. Embora o feto esteja também em risco, muitas vezes é instituído tratamento conservador para assegurar maior grau de maturidade fetal. Outras vezes, mesmo com o feto em pré-termo, a gravidade do quadro clínico pode impor a necessidade da interrupção da gestação, apesar de haver grande risco de óbito neonatalpor prematuridade.

Na gestação a termo não existem dúvidas: recomenda-se que a intervenção seja considerada em todos os casos a partir da 37ª semana de gravidez. Para o período pré- termo, inferior a 37 semanas, algumas considerações deverão ser feitas:

a. Mulheres com idade gestacional de 32 a 34 semanas e mais deverão ser consideradas para tratamento conservador em unidades especializadas
b. A administração de corticoide está indicada para grávidas pré-eclâmpticascom idade gestacional entre 24 e 34 semanas
c. A interrupção da gestação deverá ser sempre considerada nos casos depré-

eclâmpsia grave, independentemente da idade gestacional.

Quanto ao tratamento, dois cenários devem ser considerados:

Tratamento agudo: em urgência ou emergência hipertensiva, que requer hospitalização, monitoramento intensivo, antecipação do parto e administração parenteral de anti-hipertensivos, preferencialmente a hidralazina. Recomenda-se, também, a administração intravenosa de sulfato de magnésio, que é considerada o medicamento de escolha para a prevenção da eclâmpsia. Recomenda-se, ainda, o uso de sulfato de magnésio para prevenir eclâmpsia em mulheres com pré-eclâmpsia grave. Sugere-se que o tratamento seja instituído mais precocemente quando a PA for > 150/100mmHg. Em situações especiais, como é o caso de gestantes adolescentes com PA anterior à gravidez inferior a 90/75mmHg e em grávidas com sintomas que podem ser atribuídos à HAS, admite-se iniciar o tratamento mais precocemente. O objetivo do tratamento anti-hipertensivo na pré-eclâmpsia é alcançar a PA sistólica entre 130 a 150mmHg e a PA diastólica de 80 a 100mmHg.[7] Na APS, considerando o risco envolvido na administração e o manejo necessário dos medicamentos intravenosos para esse caso

- hidralazina e sulfato de magnésio -, seu uso não está indicado nesse cenário, preferindo- se o nifedipino 10mg. Este pode ser administrado na dose de 10mg por via oral, repetindo-se a cada 30 (trinta) minutos, até a dose máxima de 60mg ao dia.

Tratamento de longo prazo: para pacientes com pré-eclâmpsia com quadro estabilizado, sem necessidade de parto imediato, está indicado tratamento anti- hipertensivo por via oral.

A metildopa é o medicamento preferida por ser a mais bem estudada e por não haver evidência de efeitos deletérios para o feto. As opções de uso de anti-hipertensivos orais são as mesmas para as gestantes portadoras de HAS crônica ou preexistente e portadoras de hipertensão induzida pela gravidez. A terapia medicamentosa deve ser iniciada com monoterapia pelos medicamentos considerados de primeira linha (metildopa, nifedipino de ação prolongada (não disponível na APS) ou betabloqueadores – exceto atenolol). Caso não ocorra o controle adequado, associar outro medicamento de primeira linha ou de segunda linha (diurético tiazídico, clonidina (não disponível na APS) ehidralazina)[4].

Na pré-eclâmpsia, a prescrição de diuréticos é geralmente evitada; porém, os tiazídicos podem ser continuados em gestantes com HAS crônica, desde que não promovam depleção de volume.

Em relação à **HAS crônica**, recomenda-se o início ou a restituição do tratamento medicamentoso com PA sistólica > 150mmHg e PA diastólica de 95 a 99mmHg ou sinais de lesão em órgão-alvo. Para gestantes portadoras de HAS crônica que estão em uso de anti-hipertensivos e com PA < 120/80mmHg, recomenda-se reduzir ou mesmo descontinuar o tratamento e iniciar monitoramento cuidadoso da PA.[4,9]

A diminuição excessiva da PA pode acarretar o comprometimento do bem-estar fetal,

devido ao agravamento da perfusão placentária, já prejudicada pelo processo fisiopatológico. A hipertensão arterial na gestação pode gerar uma gama muito variada de complicações, que invariavelmente exigem avaliação e manejo cuidadosos por parte da equipe médica, em geral necessitando de uma abordagem hospitalar.

Uma complicação grave, que acomete de 4% a 12% de gestantes com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia e que se relaciona a altos índices de morbimortalidade materno-fetal, é a **síndrome *HELLP***. O acrônimo *HELLP* significa hemólise (*hemolysis*), aumento de enzimas hepáticas (*elevated liver enzymes*) e plaquetopenia (*low platelets*)[4].

A síndrome está relacionada ao vasoespasmo no fígado materno. A sintomatologia é, em geral, pobre, podendo-se encontrar mal-estar, epigastralgia ou dor no hipocôndrio direito, náuseas, vômitos, perda de apetite e cefaleia.[4]

A confirmação diagnóstica é laboratorial: plaquetopenia grave (< 100.000 plaquetas/mm3); presença de esquizócitos no sangue periférico; aumento da desidrogenase láctica (DLH > 600U/l); bilirrubina total > 1,2mg/dl; TGO > 70U/l.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com esteatose hepática aguda da gravidez, púrpura trombocitopênica, hepatite viral, síndrome hemolítico-urêmica, glomerulonefrite, hiperêmese gravídica, úlcera péptica, pielonefrite, lúpus, uso de cocaína etc.[4,9]

Pacientes que apresentarem esta sintomatologia, acompanhada de exames laboratoriais alterados, devem ser encaminhadas para urgência obstétrica, para avaliação. **O tratamento da HAS leve na grávida** deve ser focado em medidas não farmacológicas, já nas formas moderada e grave pode-se optar pelo tratamento usual recomendado para cada condição clínica específica, excluindo-se os inibidores da enzima conversora de angiotensina II (IECA) e antagonistas da angiotensina II, em razão dos efeitos teratogênicos em potência. A metildopa é o medicamento melhor estudadapara uso na gestação.[9,21]

ATENÇÃO: Sugere-se que o tratamento seja instituído mais precocemente nas seguintes situações:

- PA ≥ 150/100 mmHg;
- gestantes adolescentes com PA anterior à gravidez inferior a 90/75 mmHg;
- grávidas com sintomas que podem ser atribuídos à HAS.

O objetivo do tratamento anti-hipertensivo na pré-eclâmpsia é alcançar PA sistólica entre 130 a 150 mmHg e PA diastólica de 80 a 100 mmHg. [21]

Quanto ao tratamento, dois cenários devem ser considerados:

- **Tratamento agudo -** Em urgência ou emergência hipertensiva, requerendo hospitalização, monitoração intensiva, antecipação do parto e administração parenteral

de anti-hipertensivos. Portanto, esses casos devem ser encaminhadospara a maternidade de referência

• **Tratamento de longo prazo -** Em pacientes com pré-eclâmpsia com quadro clínico estabilizado sem necessidade de parto imediato, está indicado tratamento anti-hipertensivo por via oral.

O acompanhamento da PA deve ser avaliado em conjunto com o ganho de peso súbito e/ou a presença de edema, principalmente a partir da 24ª semana. Mulheres com ganho de peso superior a 500g por semana, mesmo sem aumento da pressão arterial, devem ter seus retornos antecipados, considerando-se maior risco de pré-eclâmpsia.[19]

O **uso do AAS** para prevenção da pré-eclâmpsia é recomendado apenas para gestantes com risco moderado e elevado de pré-eclâmpsia. Deve ser usado em baixas doses (100 mg/dia), sendo iniciado na 12ª à 14ª semana de gestação.[18]

Para as gestantes com risco alto (PE prévia com desfecho fetal adverso, Gestação múltipla, HA crônica, DM tipo 1 ou 2, Doença renal, Doença autoimune (LES/SAAF), recomenda-se ácido acetilsalicílico, baixa dose, para 1 ou mais desses critérios. Já para as gestantes com risco moderado (Nuliparidade, Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m2), História familiar de PE (mãe ou irmã), Idade ≥ 35 anos, História obstétrica prévia ruim (PIG, Prematuridade, baixo peso, mais de 10 anos de intervalo entre as gestações), considerar uso de ácido acetilsalicílico em baixa dose, se paciente apresentar mais de 1 fator de risco. Independentemente da gravidade do quadro clínico, toda gestante com pré- eclâmpsia deve ser encaminhada para acompanhamento em um Serviço de Pré- Natal de Alto Risco.[19]

Quadro 20: Avaliação da pressão arterial em gestantes e conduta conforme a medida da pressão arterial.

Achados	**Condutas**
Níveis de PA conhecidos e normais antesda gestação: Manutenção dos mesmos níveis de PA.	Níveis tensionais normais: Mantenha o calendário habitual;Cuide da alimentação; Pratique atividade física regularmente.
Níveis de PA desconhecidos antes da gestação: Valores da pressão < 140/90 mmHg.	Considere o aumento dos níveis tensionais em relação aos níveis anteriores à gestação: Diminua a ingestão de sal; Aumente a ingestão hídrica. Pratique atividade física regularmente.
Níveis de PA conhecidos e normais antesda gestação: Aumento da PA, mantendo nível < 140/90 mmHg.	Sinal de alerta: Diminua a ingestão de sal; Aumente a ingestão hídrica; Pratique atividade física regularmente.Agende controles mais

	próximos.
Níveis de PA conhecidos ou desconhecidos antes da gestação: Valores da PA > 140/90 mmHg e < 160/110, sem sintomas e sem ganho ponderal maior do que 500g semanais.	Considere HAS na gestação: Atente para a possibilidade de erro decálculo da idade gestacional (IG); Realize proteinúria (teste rápido); A gestante deve ser vista pelo médico da unidade e deve ser avaliada a possibilidadede polidrâmnio, macrossomia, gravidez gemelar, mola hidatiforme; Solicite ultrassonografia, se possível; Caso permaneça dúvida, marque retorno em15 dias para reavaliação ou, se possível, faça o encaminhamento da gestante para o serviço de alto risco.
Níveis de PA conhecidos ou desconhecidos antes da gestação: Valores de PA > 140/90 mmHg, proteinúria (teste rápido) positiva e/ou com sintomas clínicos (cefaleia, epigastralgia, escotomas, reflexos tendíneos aumentados) ou paciente assintomática, porém com níveis de PA > 160/110 mmHg.	Paciente com suspeita de pré-eclâmpsiagrave: Deve-se referir imediatamente a gestante aopré-natal de alto risco e/ou à unidade de referência hospitalar.
Paciente com hipertensão arterial crônica,moderada ou grave, ou em uso de medicamento anti-hipertensiva.	Paciente de risco: Deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.

Fonte: adaptado de (Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 32)[19]

- **Tratamento anti-hipertensivo na lactante**

A utilização de anti-hipertensivos na mulher que está amamentando merece alguns cuidados. É necessário considerar que todos os medicamentos, de alguma forma e com diferentes concentrações, passam para o leite materno. O quadro 16 mostra os medicamentos anti-hipertensivos disponíveis no Brasil considerados seguros, moderadamente seguros e os não-recomendados para essa situação em particular.[21]

Quadro 21: Segurança para o lactente com o uso de medicamentos anti-hipertensivos pela lactante.

Medicamentos	**Recomendação**

Diuréticos: hidroclorotiazida, espironolactona	Seguros
Inibidores adrenérgicos: metildopa, propranolol	
Vasodilatadores: hidralazina, minoxidil*	
Antagonistas dos canais de cálcio: verapamil,nifedipino, nitrendipino*	
Inibidores da ECA: benazapril*, captopril, enalapril, quinadril*	
Diuréticos: indapamida, furosemida, triantereno* Inibidores adrenérgicos: atenolol, bisoprolol**, carvedilol, metoprolol	Moderadamente seguros
Antagonistas dos canais de cálcio: anlodipino,isradipino*, nisoldipino*	
Inibidores da ECA: fosinopril, lisinopril, ramipril	
Bloqueadores do receptor AT1: candesartana*,olmesartana*	
Inibidores adrenérgicos: reserpina*, nadolol*, prazosina*, terazosina*	Potencialmente perigosos
Inibidores da ECA: fosinopril*, quinapril*	
Bloqueadores do receptor AT1: telmisartana*,valsartana*, losartana	

Fonte: elaboração própria. Legenda: *medicamentos não padronizados na SES-DF. Para maior detalhamento sobre a segurança dos anti-hipertensivos na lactação, consulte o Quadro 11.3 na página 585 das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

❖ **Hipertensão arterial em idosos**

A HAS é uma doença altamente prevalente entre as pessoas idosas sendo um fator determinante de morbidade e mortalidade, porém, quando adequadamente controlada, reduz significativamente a progressão das limitações funcionais e da incapacidade nessa população. A hipertensão **não** deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento.[4]

Aspectos importantes em relação à HAS em pessoas idosas:

- O **hiato auscultatório** (desaparecimento dos sons na ausculta durante a deflação do manguito, geralmente, entre o final da fase I e o início da fase II dos sons de Korotkoff), que ocorre mais frequentemente em idosos e que pode subestimar a verdadeira pressão sistólica ou superestimar a pressão diastólica;

- A **pseudo-hipertensão** (nível de pressão arterial falsamente elevado em decorrência do enrijecimento da parede da artéria), que pode ser detectada por a meio da manobra de Osler (inflação do manguito no braço até o desaparecimento do pulso radial seguida de palpação da artéria que, caso seja palpável, sugere enrijecimento, sendo a pessoa considerada Osler positivo).

Devido às mudanças naturais do envelhecimento, algumas particularidades devem ser consideradas no manejo da HAS no idoso:[2,22]

- Em algumas pessoas muito idosas é difícil reduzir a PAS abaixo de 140 mmHg, mesmo com boa adesão e múltiplos agentes. Nesses casos, afastadas causas secundárias, pode-se aceitar reduções menos acentuadas de pressão arterial sistólica;
- Após a instituição do tratamento, a equipe deve acompanhar o idoso de forma mais frequente devido à necessidade de verificar a resposta ao tratamento e presença de efeitos colaterais;
- A qualidade de vida da pessoa idosa deve ser avaliada antes e durante o tratamento;
- As intervenções educativas favorecem a adesão ao tratamento;
- É muito importante a educação da família/cuidador, especialmente, tratando-se de idosos frágeis e dependentes, nos quais a probabilidade de efeitos secundários é enorme e a necessidade de supervisão é imperativa;
- Deve-se avaliar o impacto financeiro do tratamento, pois este é determinante para a adesão terapêutica; A hipertensão arterial sistólica isolada é comum nos idosos e deve ser tratada;

É importante a avaliação do grau de funcionalidade dos pacientes idosos (AVDs - atividades da vida diária e AIVDs – atividades instrumentais da vida diária). Idosos frágeis, com grande perda da funcionalidade, devem ter suas metas terapêuticas individualizadas.

Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa possui um espaço para o registro do controle da Pressão Arterial com o objetivo de facilitar o acompanhamento e controle da HAS.[22]

As recomendações sobre o **tratamento** da pessoa idosa com hipertensão têm suas particularidades descritas no **Quadro 22**. Quando o tratamento medicamentoso for necessário, a dose inicial deve ser menor que a dose utilizada em jovens e o incremento de doses ou a associação de novos medicamentos devem ser feitos com mais cuidado. A presença de outros fatores de risco, lesões de órgão-alvo e doença cardiovascular associada devem nortear a escolha do anti-hipertensivo inicial. A maioria, porém, necessita de terapia combinada, principalmente para o controle adequado da PA sistólica.[2]

O tratamento de hipertensos com idade acima de 79 anos por meio da associação de IECA e inibidor do canal de cálcio pode reduzir o desenvolvimento de AVE e as taxas de insuficiência cardíaca. As evidências disponíveis sugerem redução de eventos sem impacto sobre a

mortalidade. Os idosos portadores de comorbidades múltiplas não- cardiovasculares devem ter seu tratamento cuidadosamente individualizado.

Quadro 22. Recomendações de tratamento da pessoa idosa com hipertensão: intervenções no estilo de vida e terapia farmacológica

Tratamento	PAS de consultório		PAD de consultório	
Condição global[1]	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
Frágeis[3]	≥ 160 (I, C)	140-149 (I, C)[7]	≥ 90	70-79

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020[2]. Legenda: 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, ACV/AIT (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.

As metas pressóricas em idosos com 75 anos ou mais devem ser definidas da mesma forma que para os demais adultos, recomendando-se, no entanto, que a redução da PA seja feita de forma cautelosa e considerando-se a presença de comorbidades e de uso de múltiplos medicamentos. **Nos idosos ≥ 80 anos, a meta de PA < 150/90 mmHg** relaciona-se a redução do risco de AVE e IC.[2]

❖ **Terapia antiplaquetária**

O Ácido Acetilsalicílico (AAS) é o antiplaquetário mais comumente utilizado na prevenção secundária de eventos cardiovasculares decorrentes de aterotrombose. Uso de terapia antiplaquetária em pacientes com hipertensão foi abordada em uma revisão sistemática Cochrane[36] que incluiu quatro ensaios clínicos randomizados com um total combinado de 44.012 pacientes. Os autores concluíram que o ácido acetilsalicílico não reduziu AVE ou outros eventos CV em comparação com o placebo em pacientes de prevenção primária com PA elevada e sem DC diagnosticada. Contrariamente, a utilização de antiplaquetário na prevenção secundária apoia-se em vários estudos que avaliam a sua eficácia e segurança[31]. Dessa forma, este protocolo recomenda o uso da terapia anti- plaquetária, com o Ácido Acetilsalicílico comprimido 100mg (AAS), nas seguintes situações:

- Pacientes hipertensos com lesão aterosclerótica definida, sem evento agudo e de

alto RCV, **para essas pessoas é importante compartilhar a decisão quanto ao uso ou não da medicamento** – 100 mg/dia;

- Pacientes com doença cardiovascular estabelecida incluindo IAM agudo ou prévio, AVCI, AIT, angina instável, doença arterial periférica, cirurgia de revascularização prévia, intervenção coronária percutânea prévia– 100 mg/dia;

O uso do AAS deve ser contraindicado nas seguintes situações: hipersensibilidade conhecida (urticária, broncoespasmo ou anafilaxia); úlcera péptica ativa; discrasia sanguínea ou hepatopatia grave.[6,32]

❖ **O uso das estatinas**

Pessoas portadoras de hipertensão que apresentam risco cardiovascular moderado e alto podem usar estatinas para **prevenção secundária**[33,34 e 35], sendo as **principais opções:** sinvastatina 20 a 40mg/dia - moderado RCV e atorvastatina 40 a80mg - alto e muito alto RCV.

A nível de **prevenção primária** estão indicadas intervenções não farmacológicas, como avaliação e tentativa de modificação do estilo de vida, incluindo a abordagem ou entrevista motivacional como ferramenta para potencializar mudanças. Deve-se reavaliar o tratamento de acordo com o julgamento clínico e levando em consideração a decisão dopaciente.[33 e 35]

Na **prevenção secundária**, o uso de estatina deve ser iniciado assim que possível, recomenda-se sinvastatina 40mg à noite; a aferição do perfil lipídico deve ser realizada 3 meses após início do tratamento. Caso, não ocorra queda do colesterol total para 155mg/dl ou o LDL-c para menos de 77mg/dl, considerar aumento de sinvastatina até 80mg/dl ou troca para atorvastatina.[33]

Após iniciado o tratamento com estatinas objetivando a prevenção de eventos cardiovasculares, deve-se aferir o perfil lipídico cerca de 3 meses após o início do uso, na prevenção secundária.[33]

Mialgias durante o uso dos medicamentos, elevação de creatinofosfoquinase (CPK) 10 vezes acima do valor normal, aumento de TGO/ TGP 3 vezes acima do valor normal ou o surgimento de contraindicações determinarão sua suspensão[34].

O tratamento será baseado no paciente sob risco e não na busca do LDL-C alvo e deve ser feito de modo contínuo.[33]

❖ **Efeitos adversos dos anti-hipertensivos**

É importante o conhecimento dos efeitos adversos dos anti-hipertensivos, pois eventos indesejáveis são causa frequente de não adesão ao tratamento. O reconhecimento dessas queixas e a adequada orientação são necessários para uma boa adesão ao tratamento. Além disso, conhecer esses efeitos auxilia em melhores escolhas terapêuticas, considerando as

particularidades de cada paciente e direciona as contraindicações absolutas e relativas.

Importante ressaltar que os beta-bloqueadores não devem ser descontinuados de forma abrupta devendo ser retirados de forma gradual para diminuir o risco de taquicardia, hipertensão e/ou isquemia. Em pacientes com hipertireoidismo, a retirada abrupta pode também causar exacerbação dos sintomas e crise tireotóxica. Pacientes idosos (>65 anos) que fazem uso de beta-bloqueadores possuem risco maior para desenvolver bradicardia.

DICA: Desmame de betabloqueadores:
Se betabloquadores administrados mais de uma vez ao dia, reduzir para umavez ao dia durante uma semana; posteriormente, deixar a dose em dias alternados e por fim, suspender o medicamento.
Se betabloquadores administrados uma vez ao dia, reduzir a dose pela metade durante uma semana, posteriormente usar a metade da dose inicial em dias alternados por mais uma semana, e em seguida suspender o medicamento.

Quando do emprego de IECA e antagonistas da angiotensina II ou de seu aumento de dose, deve-se aferir creatinina após duas semanas, especialmente se já houver alterações dos níveis basais de creatinina. Após início do medicamento, a elevação abrupta de creatinina em mais de 10% a 30% em 2 meses requer a suspensão desses medicamentos e **encaminhamento ao especialista para investigar hipertensão secundária.**

Se há queixa de tontura, atribuída a excesso de efeito hipotensor do tratamento, deve-se fazer a pesquisa de hipotensão postural (queda de mais de 20 mmHg na pressão sistólica ao levantar da posição deitada) e caso haja real hipotensão postural, deve-se ajustar as doses em uso, evitando-se o não controle da pressão arterial.[8]

No Anexo VI se encontra o perfil segurança dos medicamentos, incluindo reações adversas, contraindicações, precauções, cuidados na administração e orientações ao paciente para a obtenção de uma melhor resposta terapêutica.

❖ **Interações medicamentosas**

As interações medicamentosas são comumente encontradas nas prescrições de pessoas com hipertensão, porém recebem pouca importância. A maioria das interações encontradas na literatura referentes às prescrições da APS são negligenciadas e estão frequentemente relacionadas aos usuários idosos e polimedicados. As interações são, majoritariamente, farmacocinéticas e podem ser resolvidas com um simples ajuste de horários ou manejo de dose. Para mais informações acessar o Anexo VI, com resumo de interações medicamentosas, assim como ajustes posológicos de anti-hipertensivos na presença de comprometimentos renais ou hepáticos.

8.3.1 Fármaco(s)

O Quadro 23 traz os medicamentos anti-hipertensivos disponíveis para a Atenção Básica pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, segundo a relação de medicamentos padronizados na SES/DF.

Relação de Medicamentos Essenciais - REME-DF
Lista atualizada periodicamente.

Quadro 23: Relação de Medicamentos Padronizados na SES-DF – REME

Classe farmacológica	Cód. SES	Denominação genérica	Concentração	Apresentação	Dose mínima	Dose máxima	Tomada sao dia
Diuréticos tiazídicos	19847	Hidroclorotiazida	25 mg	Comprimido	12,5 mg	50 mg	1
	90313	Indapamida	1,5 mg	Comprimido	1,5 mg	5 mg	1
Diuréticos (de Alça) Sulfonamidas simples	90380	Furosemida	40 mg	Comprimido	20 mg	variável	1 – 2
	90381	Furosemida solução injetável 10 mg/ml – ampola 2 ml	10 mg/ml	Solução injetável	20 mg	variável	1 – 2
Agentes poupadores depotássio	90390	Espironolactona	25 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1 – 2
Betabloqueadores seletivos	90188	Atenolol*, **	50 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1 – 2
	21013	Atenolol*, **	100 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1 – 2
	18040	Succinato de Metoprolol**	25 mg	Comprimido deliberação controlada	25 mg	200 mg	1 – 2
	21408	Succinato de Metoprolol**	50 mg	Comprimido deliberação controlada	25 mg	200 mg	1 – 2
Agentes alfa e	19399	Carvedilol**	3,125 mg	Comprimido	12,5 mg	50 mg	1 – 2
	90352	Carvedilol**	6,25 mg	Comprimido	12,5	50 mg	1 – 2

betabloqueadores					mg		
	5744	Carvedilol**	12,5 mg	Comprimido	12,5 mg	50 mg	1 – 2
Betabloqueadores não seletivos	90291	Propranolol**	40 mg	Comprimido	40 mg	640 mg	2 – 3
Antiadrenérgicos de ação central	90295	Metildopa	250 mg	Comprimido	500 mg	3.000 mg	2 – 3
Bloqueadoresseletivos doscanais de cálcio – Derivados da diidropiridina	18458	Besilato de Anlodipino	5 mg	Comprimido	2,5 mg	10 mg	1
	8551	Besilato de Anlodipino	10 mg	Comprimido	2,5 mg	10 mg	1
	90330	Nifedipino	10mg	Comprimido	5mg	60mg	1-6
Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio – Derivados da fenilalquilamina	90311	Cloridrato de Verapamil	80 mg	Comprimido	80** mg	480 mg	2 – 3
Agentes queatuam no músculo liso arteriolar	21413	Cloridrato de Hidralazina	50 mg	Comprimido	50 mg	150 mg	2 – 3
Inibidores da enzima conversora de angiotensina, simples	90040	Captopril*	25 mg	Comprimido	25 mg	450 mg	2 – 3
	90422	Maleato de Enalapril*	5 mg	Comprimido	5 mg	40 mg	1 – 2
	90423	Maleato de Enalapril*	20 mg	Comprimido	5 mg	40 mg	1 – 2

Antagonistas da angiotensina II,simples	8944	Losartana potássica **	50 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1
Agentes antitrombóticos	90060	Ácido acetilsalicílico	100mg	Comprimido	100mg	100mg	1

Fonte: elaboração própria.
*Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica.
**Este medicamento não deve ser usado durante a gravidez ou lactação a menos que o seu uso seja considerado essencialpelo médico assistente da gestante.
As orientações sobre acesso a medicamentos poderão ser consultadas clicando no ícone Guia de Orientação à Comunidade.

Acesso aos medicamentos na Rede de Atenção à Saúde

Para os medicamentos disponíveis na Atenção Primária:

1. Realizar a prescrição dos medicamentos conforme Portaria SES/DF nº 250/2014 ou normativa vigente;

2. Orientar o paciente a comparecer às Unidades Básicas de Saúde com as duas vias da prescrição (cópia e original), documento de identificação e cartão SUS ou Identificação SES/DF do paciente.

Em caso de dificuldade de deglutição dos medicamentos por via oral, é possível obtê-los na apresentação líquida, manipulada pelo Hospital Regional de Taguatinga (HRT). A lista dos medicamentos manipulados encontra-se no anexo V.

8.3.2 Esquema de Administração

Deve ser considerado o uso de medicamento desde o diagnóstico nos seguintescasos.[5,7]

1. Alto risco cardiovascular, mesmo que com níveis pressóricos no estágio 1;

2. Níveis pressóricos no estágio 2;

3. Níveis pressóricos no estágio 3

Para pessoas com hipertensão estágio I e baixo ou moderado Risco Cardiovascular (RCV), pode-se iniciar o tratamento da HAS com Mudança no Estilo de Vida (MEV). Os pacientes com HAS estágio 1 e RCV baixo poderá ser tentada esta medidapor 6 meses. A falta de controle da PA condicionará o início da terapia farmacológica, sendo a monoterapia a estratégia inicial para pacientes com HA estágio 1 com risco CVbaixo.

Em pacientes com HAS estágio 1 e RCV moderado, prescrita a MEV por 3 meses, findos os

quais, a falta de controle da PA condicionará o início da terapia farmacológica.[5] Essa decisão deve ser conjunta, médico e paciente, sendo assim a responsabilidade pelos resultados compartilhados. A reavaliação médica deverá ocorrer em três a seis meses. Nnesse período a pressão arterial do paciente deverá ser aferida, no mínimo, uma vez ao mês pela equipe de Saúde da Família (eSF).[8]

Em geral, o hipertenso com três ou mais FR, diabético, com lesões em órgãos- alvo (LOA), doença cardiovascular ou renal é considerado de alto risco. Na prática clínica, os exemplos mais comuns de indivíduos com alto risco CV são os pacientes hipertensos com doença arterial coronariana, história prévia de acidente vascular encefálico, com insuficiência cardíaca e doença renal crônica (DRC), e quando a HA está associada ao diabetes melito (DM). Nessas situações, o tratamento do hipertenso de alto risco cardiovascular deve considerar o perfil de morbidades, associações e interações medicamentosas relacionadas.

Caso a meta pressórica pactuada não seja atingida ou a pessoa não se apresentar motivada no processo de mudança de hábitos, o uso de anti-hipertensivos deve ser oferecido, de acordo com o método clínico centrado na pessoa. O compartilhamento do cuidado com a equipe eMulti pode ser solicitada.

Um resumo da terapia farmacológica está disponível na figura 2.

O esquema de administração dos fármacos está descrito no **Quadro 23:** Medicamentos anti-hipertensivos padronizados para a Atenção Básica na SES-DF.

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Considerando a cronicidade da condição de hipertensão arterial sistêmica, não há previsão de suspensão do tratamento para além da normalização dos valores tensionais sem uso de anti-hipertensivos. É obrigatório informar ao paciente ou ao responsável legal os potenciais riscos, benefícios e efeitos colaterais relacionados ao uso dos medicamentos pertencentes a Média Complexidade e ao Componente Especializado que constam neste Protocolo. O conjunto de termos direcionados a cada um dos medicamentos em questão pode ser encontrado nos endereços eletrônicos: Componente Básico da Assistência Farmacêutica/ Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

9- Benefícios Esperados

O rastreio da HAS, possibilitando um diagnóstico precoce dessas doenças; a instituição de mudanças do estilo de vida; o tratamento medicamentoso adequado e a observação da ocorrência de lesão de órgão alvo, com intervenções oportunas e apropriadas visam reduzir a morbimortalidade dessas doenças, propiciando maior qualidade de vida aos seus portadores, bem como evitar desfechos desfavoráveis, como eventos vasculares agudos, doença renal crônica, retinopatia e outros, já referidos anteriormente.

10- Monitorização

Em pacientes com suspeita de HAS, sugere-se a verificação semanal da PA, por meio da Automonitorização da Pressão Arterial (AMPA) até a primeira consulta médica, que não deverá ultrapassar 30 dias.

Neste período, a pessoa deverá ser orientada a medir a PA na sala de acolhimento ou em sua residência, após verificar se seu aparelho está calibrado, e o resultado da verificação, data e horário deverão ser anotados no prontuário do paciente ou no local indicado para registro do monitoramento da PA.

Após instituído o tratamento se a PA não tiver atingido o o alvo com o uso do medicamento indicado até a segunda semana de tratamento, será necessário:

- Certificar-se que o paciente está fazendo uso correto do medicamento prescrito;
- A equipe de enfermagem deverá orientar o paciente para consultar com o médico da eSF;
- Caso necessário, discutir com os profissionais farmacêuticos da Unidade de Saúde estratégias para garantir a melhor comodidade posológica e a adesão e minimizar o risco de interações medicamentosas e reações adversas.

Um mês após o início do tratamento, deve-se verificar, em consulta médica, se o usuário atingiu a meta pressórica, isto é, PA menor que:[5,21]

- **140/90 mmHg** na HAS não complicada **130/80 mmHg** nos pacientes com diabetes, nefropatia, alto risco cardiovascular e prevenção secundária de AVC
- **130/80 mmHg** na nefropatia com proteinúria maior que 1g ao dia.[5,36,37]

Em pacientes que não atingem a meta terapêutica, é necessário verificar: não adesão ao tratamento, excesso de sódio na alimentação a, obesidade progressiva, apneia do sono, dor crônica ou hipertensão secundária, uso de anti-inflamatórios não esteroides, uso de descongestionantes nasais, supressores do apetite, cafeína, anticoncepcionais orais, tabagismo, etilismo, entre outros.[5,21]

As pessoas que não estiverem com a PA controlada, mas que estejam aderindoaos tratamentos recomendados, deverão realizar consulta médica para reavaliação mensal, com ajuste do tratamento conforme descrito neste protocolo, até atingirem a metapressórica.

Aquelas que não estiverem seguindo os tratamentos recomendados poderão ser consultadas, preferencialmente pelo enfermeiro, para avaliar a motivação para o tratamento e autocuidado. De acordo com essa avaliação, poderá ser realizada uma discussão de caso com a equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (eMulti) para auxílio à equipe com outras estratégias de intervenção ou o encaminhamento para atendimento individualizado com esses profissionais.[21]

Essa avaliação deve ser feita de forma contínua durante o acompanhamento do paciente.

Se após todas essas etapas a pressão arterial permanecer refratária ao tratamento

medicamentoso mesmo com o uso simultâneo de três medicamentos anti-hipertensivos com doses plenas, pode-se estar diante de um paciente com hipertensão resistente e/ou secundária e/ou com complicações. Nesse caso, deve-se encaminhar o paciente à atenção especializada.

Uma vez controlados os níveis pressóricos, o paciente deverá ser acompanhado conforme suas necessidades individuais e o seu risco cardiovascular:[5,21]

Recomendações para melhorar a adesão à terapêutica anti-hipertensiva:[21]

- Orientar e facilitar o acesso aos serviços de saúde
- Orientar os pacientes sobre o problema, seu caráter silencioso, a importância da adesão à terapêutica, envolver a estrutura familiar e/ou apoio social;
- Estabelecer o objetivo do tratamento (obter níveis normotensos com mínimos para efeitos);
- Manter o tratamento simples, prescrevendo medicamentos que constam na REME/DF, que estão disponíveis na farmácia da UBS e/ou na farmácia popular; Encorajar modificações no estilo de vida;
- Integrar o uso do medicamento com as atividades cotidianas;
- Prescrever formulações que necessitem de menos tomadas no dia, favorecendo a longa ação;
- Tentar nova abordagem em terapias que previamente não tiveramsucesso;
- Antecipar para o paciente os efeitos adversos e ajustar a terapia para minimizá-los;
- Adicionar gradualmente medicamentos efetivos.

Além dos casos já citados, de hipertensão secundária e hipertensão refratária ao tratamento, deverão ser encaminhados ao especialista os pacientes nas seguintes situações:

- Evento cardio e/ou cerebrovascular recente, nos últimos 6 meses – Encaminhar à cardiologia;
- Lesão de órgão alvo recente, nos últimos 6 meses – Encaminhar ao especialista focal da área.

11- Acompanhamento Pós-tratamento

Recomenda-se que a frequência para consultas de acompanhamento do paciente hipertenso com a equipe multidisciplinar obedeça à parametrização assistencial para acompanhamento na APS e na AAE de pacientes com estabilidade clínica de acordo com o **quadro 24**.

Adicionalmente às consultas, demais ações de saúde devem ser ofertadas de modo a garantir a manutenção da estabilidade clínica e bem-estar. Dentro do rol de ações de

responsabilidade da APS está a imunização, que para portadores de hipertensão e diabetes trazem benefícios importantes especialmente na redução da morbimortalidade por doenças de origem infecciosa, como por exemplo a influenza.

O Ministério da Saúde avalia e incorpora insumos em saúde e atualmente a vacina para influenza faz parte do calendário nacional de vacinação, com recomendação de uma dose anual. É de grande importância que a equipe da APS realize busca e orientação dos usuários portadores de HAS e DM, convoquem para a imunização, e realizem a aplicação domiciliar dos pacientes que apresentarem alguma limitação de acesso à UBS.

Quadro 24: Frequência para consultas de acompanhamento da pessoa hipertensa controlada com a equipe de Saúde da Família.

Risco	**Seguimento (número mínimo de consultas com cada profissional)**
Baixo	Serão atendidos a cada 6 meses: 2 atendimentos por ano, sendo 1 consulta médica individual e 1 atendimento compartilhado – com participação do enfermeiro, do médico (se disponível) e de outros profissionais da eMulti (farmacêutico, terapeuta ocupacional, dentista, nutricionista, psicólogo e assistente social se disponíveis), além do ACS e/ou técnico de enfermagem. 1 Grupo Operativo por ano (com quatro a seis sessões) Visitas domiciliares mensais pelo ACS.
Moderado	Serão atendidos a cada 4 meses 3 atendimentos por ano, sendo 1 consulta médica individual e 2 atendimentos compartilhados – com participação do enfermeiro, do médico (se disponível) ede outros profissionais da eMulti (farmacêutico, terapeuta ocupacional, dentista, nutricionista, psicólogo e assistente social se disponíveis), além do ACS e/ou técnico de enfermagem. 1 Grupo Operativo por ano (com quatro a seis sessões) Visitas domiciliares mensais pelo ACS.
Alto e muito alto	Serão atendidos a cada 2 meses: 6 atendimentos por ano, sendo 4 atendimentos por ano na APS: 1 consulta médica individual e 3 atendimentos compartilhados – com participação do enfermeiro, do médico (se disponível) e de outros profissionais da eMulti, se disponíveis (farmacêutico, terapeuta ocupacional, dentista, nutricionista, psicólogo e assistente social se disponíveis), além do ACS e/ou técnico de enfermagem. 1 Grupo Operativo por ano (com quatro a seis sessões) Visitas domiciliares mensais pelo ACS.

Fonte: Estratégias para o cuidado da pessoa com hipertensão arterial. Ministério da Saúde, 2013.[37]
*Os pacientes deverão ter orientação, avaliação e conduta pela equipe de saúde bucal no mínimo uma vez aoano. Os retornos dependerão da avaliação desse profissional e do tratamento odontológico a ser estabelecido

As consultas médicas, farmacêuticas e de enfermagem para acompanhamento dos casos que atingirem a meta pressórica e/ou controle metabólico deverão ser preferencialmente intercaladas e conforme a atuação de cada profissional. Sugere-se que sua periodicidade varie de acordo com o risco cardiovascular, conforme descrito no quadro acima, e de acordo com as

necessidades individuais.

Para o acompanhamento de pacientes com instabilidade clínica na APS e na AAE considera-se que pacientes instáveis, conforme definição prévia, irão necessitar de maior número de consultas, que serão gerenciadas caso a caso, até a estabilização que poderá ocorrer, em média, em um período de 4 meses.

As equipes assistentes devem considerar, em seu planejamento, os pressupostos da Planificação da Atenção à Saúde (PAS), que objetivam organizar os processos de trabalho das unidades de saúde e promover a integração das atenções Primária e Especializada. Através da PAS, espera-se contribuir para desenvolver a competência das equipes para o planejamento e organização da atenção à saúde com foco nas necessidades dos usuários sob a sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes
clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Nesse sentido, as atividades da Planificação podem ser compreendidas como um momento de discussão e mudança no "modus operandi" das equipes e serviços, buscando a correta operacionalização de uma dada rede de atenção.

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Não se aplica.

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

Indicador de implementação

Quadro 25: Indicador percentual de profissionais capacitados para uso/aplicação do protocolo.

Indicador **Nº de profissionais treinados/capacitados para o protocolo em 12 meses**	
Conceito/objetivo	Avaliar a penetração do protocolo em tela na rotina assistencial dos profissionais da APS, a partir de capacitação direcionada para o uso do mesmo.
Metodologia Nº de profissionais treinados nos últimos 12 meses X 100Nº de profissionais da APS	

O PEC e-SUS APS disponibiliza relatórios com informações agregadas, por meio dos relatórios consolidados e de produção, e informações individualizadas por meio dos relatórios operacionais. Dentre eles, cabe destaque ao **Relatório de Risco Cardiovascular**. O Relatório Operacional de Risco Cardiovascular mostra à equipe informações sobre a situação de saúde dos usuários que, de alguma forma, se enquadram num estado que apresente risco ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Este oferece à equipe dados relacionados a

presença de diagnóstico ou informação autorreferida de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e tabagismo, último IMC, data do atendimento em que foi realizado atendimento para rastreamento de risco cardiovascular e a data da última consulta para condições que ampliam o risco cardiovascular, consulta odontológica assim como da última visita domiciliar realizada pelo ACS.

Indicadores de resultados

Avaliação e o monitoramento da qualidade da atenção prestada aos usuários com HASdevem ocorrer por meio do acompanhamento dos indicadores e a qualificação dos indicadores conforme quadros 26 e 27.

Quadro 26: Indicador percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre.

Indicador **Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre.**	
Conceito/objetivo	Avaliar se a aferição de PA em pessoas com hipertensão, pelo menos uma vez no semestre, está incorporada no processo de trabalho da equipe com vistas ao controle da PA desses usuários; Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pessoas hipertensas na APS; Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação no controle das doenças crônicas.
Metodologia Nº de hipertensos com a PA aferida semestralmente nos últimos 12 meses X 100Nº de hipertensos identificados	
Periodicidade de monitoramento	Mensal
Polaridade/Meta ideal	100%
Responsável/nível de monitoramento	Equipes de SF, Região de saúde, SES
Pactuação relacionada	Acordo de Gestão Local (AGL)

Quadro 27: Indicador Taxa de internações por Hipertensão Arterial e suas complicações

Indicador **Taxa de internações por Hipertensão Arterial e suas complicações**	
Conceito/objetivo	Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição das taxas de internações hospitalares, por doenças hipertensivas, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribuir na realização de análises comparativas da necessidade e concentração de recursos. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, ações de prevenção e tratamento, de prevenção e da assistência na Atenção Primária à Saúde.
Metodologia Nº de internações hospitalares por doenças hipertensivas, de residentes na região desaúde faturáveis pelo SUS, por CID selecionados X 10.000 População total residente no período considerado Fonte: Numerador=Sala de Situação; Denominador= IBGE	
Periodicidade de monitoramento	Bimestral
Polaridade/Meta ideal	100%
Responsável/nível demonitoramento	Região de saúde, SES
Pactuação relacionada	Plano Distrital de Saúde 2020-2023 Acordo deGestão Regional - AGR

14- Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. (2021) 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, 124 p.

2. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Venâncio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

3. Nilson EAF, Andrade RDCS, de Brito DA, de Oliveira ML. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018 [Costs attributable to obesity, hypertension, and diabetes in the Unified Health System, Brazil, 2018Costos atribuibles a la obesidad, la hipertensión y la diabetes en el Sistema Único de Salud de Brasil, 2018]. Rev Panam Salud Publica. 2020 Apr 10;44:e 32. Portuguese. doi: 10.26633/RPSP.2020.32. PMID: 32284708; PMCID: PMC7147115.

4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. ArquivosBrasileiros de Cardiologia. 2016; Supl. 3, 107(3).

5. LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. Governo do Estado de Santa Catarina. Dez 2019. Disponível em <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/atencao-basica/linha-de- cuidado-ab-aps/linha-de-cuidado-a-pessoa-com-hipertensao-arterial-sistemica/16393-linha-de-cui dado-a- pessoa-com-hipertensao-arterial-sistemica/file. Acesso em : 08 de set de 2020.

6. Guidelines ESH e ESC European Society of Cardiology. 2013 ESH/ESC Guidelines for themanagement of arterial hypertension. European Heart Journal, 2013; 34: 2159–2219.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012.

9. GUSSO, Gustavo D. F., LOPES, Jose M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Pratica. Porto Alegre: ARTMED, 2012, 2222p.

Souza ACC, Borges JWP, Moreira MTM. Qualidade de vida e adesão ao tratamento em pacientes hipertensos: revisão sistemática com metanálise. Rev. Saúde Pública vol.50 São Paulo 2016 Epub 22 dez 2016.

10. Serpa EA, de Lima ACD, da Silva ACD. Occupational therapy and hiperdia group. Cad. Bras. Ter. Ocup. vol.26 no.3 São Carlos July/Sept. 2018.

11. Teo, Koon K., et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *The Lancet* (2006): 647-658.

12. American Diabetes Association. American Diabetes Association. Diabetes Care, 2013; 36 (Sup 1): S11-S66.Bastos RMR, Bastos MG, Teixeira MTB. A doença renal crônica e os desafios da atenção primária à saúde na sua detecção precoce. Revista APS; 10(1): 46-55, 2007.

13. Pena PFA, Silva Júnior AG, Oliveira PTR, Moreira GAR e Libório. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. Ciência e Saúde Coletiva 2012; 17(11): 3135-3144.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de

Atenção Especializada e Temática. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no sistema único de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à Demanda Espontânea na APS Volume II (Cadernos de Atenção Básica, n. 28) Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento (Cadernos de Atenção Básica, n. 33) Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
17. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI DiretrizesBrasileiras de Hipertensão. ArqBrasCardiol; 95 (1 supl. 1): 1:51, 2010.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco (Cadernos de Atenção Básica, n. 32) Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
19. Holman RR, et al. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. The New EnglandJournalof Medicine, 359(15):1577–1589, 2008.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35) Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
22. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.
23. CRITCHLEY, J. A.; CAPEWELL, S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. JAMA, [S.l.], v. 290, n. 1, p. 8697, jul. 2003
24. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação, atividade física e saúde. 2003.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de AtençãoBásica. Guia alimentar para a população brasileira – 2. ed. – Brasília, 2014
26. Brasil. Ministério da Saúde. Alimentação Cardioprotetora: manual de orientações para os profissionais de saúde da Atenção Básica / Ministério da Saúde, Hospital do Coração. Brasília, 2018.
27. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global recommendations on physical qctivity for health. Geneva: WHO, 2010.
28. Bortolotto LA, Consolim-Colombo FM. Betabloqueadores adrenérgicos.RevBrasHipertens, vol.16(4): 215-220, 2009.
29. Simão AF, Précoma DB, Andrade JP, Correa Filho H, Saraiva JFK, Oliveira GMM, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. ArqBrasCardiol. 2013; 101 (6Supl.2): 1-63.
30. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of diabetes. ANationalclinicalguideline. HealthcareImproement Scotland 2010.
31. Serrano Junior CV, Fenelon G, Soeiro AM, Nicolau JC, Piegas LS, Montenegro ST, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes Brasileiras de AntiagregantesPlaquetários e Anticoagulantes em Cardiologia. ArqBrasCardiol, 2013; 101 (3Supl.3): 1-93.v
32. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapeuticas Dislipidemia: prevenção de eventos

cardiovasculares e pancreatite, 2019:http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio_PCDT_Dislipidemia_CP04
_2019.pdf
33. Guia de Referência Rápida – Prevenção cardiovascular, Rio de Janeiro, 2013.
http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111922/GuiaCardio.pdf
34. Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, inlcuding lipid modification – NICE,2016.
https://www.nice.org.uk/guidance/cg181/resources/cardiovascular-disease-risk-assessment-and-reduc tion-including-lipid-modification-pdf-35109807660997
35. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no sistema único de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
36. Sarafidis PA, et al. Effects of renin-angiotensin system blockers on renal outcomes and allcause mortality in patients with diabetic nephropathy: an updated meta-analysis. AmericanJournal of Hypertension, Oxford, v. 21, n. 8, p. 922–929, 2008.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

ANEXOS

Anexo I. Monitorização da Pressão Arterial

DIÁRIO DE MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL - MRPA

NOME: | UBS/EQUIPE:

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

- Você deve sentar-se confortavelmente, com as costas apoiadas no encosto da cadeira e em um ambiente silencioso;
- Esvazie a bexiga e aguarde 5 minutos antes de iniciar as medições (Lembre-se de que seu braço deve estar sem roupa);
- Não converse durante o procedimento, não mexa no celular e nem cruze as pernas;
- Não fume, não tome café, coma ou faça exercícios durante 30 minutos antes da medição;
- As medidas do primeiro dia deverão ser feitas pelo paciente sob supervisão do médico, que deve ensinar e verificar a técnica.

MEDICAÇÕES EM USO

_____ M ☐ T ☐ N ☐
_____ M ☐ T ☐ N ☐
_____ M ☐ T ☐ N ☐
_____ M ☐ T ☐ N ☐
_____ M ☐ T ☐ N ☐
NÃO FAZ USO ☐

INDICAÇÃO DO EXAME:

PRIMEIRO DIA (consultório): ____/____/____	PA: ____ x ____	*ESPERE 1 minuto*	PA: ____ x ____

Faça as medições com intervalo de 1 minuto e antes de tomar seus remédios!

SEGUNDO DIA

MEDIDAS DA MANHÃ / Hora: ____ : ____						MEDIDAS DA NOITE / Hora: ____ : ____					
Primeira	ESPERE 1min	*Segunda*	ESPERE 1min	*Terceira*		*Primeira*	ESPERE 1min	*Segunda*	ESPERE 1min	*Terceira*	
____ x ____		____ x ____		____ x ____		____ x ____		____ x ____		____ x ____	
PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD

TERCEIRO DIA

MEDIDAS DA MANHÃ / Hora: ____ : ____						MEDIDAS DA NOITE / Hora: ____ : ____					
Primeira	ESPERE 1min	*Segunda*	ESPERE 1min	*Terceira*		*Primeira*	ESPERE 1min	*Segunda*	ESPERE 1min	*Terceira*	
____ x ____		____ x ____		____ x ____		____ x ____		____ x ____		____ x ____	
PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD

QUARTO DIA

MEDIDAS DA MANHÃ / Hora: ____ : ____						MEDIDAS DA NOITE / Hora: ____ : ____					
Primeira	ESPERE 1min	*Segunda*	ESPERE 1min	*Terceira*		*Primeira*	ESPERE 1min	*Segunda*	ESPERE 1min	*Terceira*	
____ x ____		____ x ____		____ x ____		____ x ____		____ x ____		____ x ____	
PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD

QUINTO DIA

MEDIDAS DA MANHÃ / Hora: ____ : ____						MEDIDAS DA NOITE / Hora: ____ : ____					
Primeira	ESPERE 1min	*Segunda*	ESPERE 1min	*Terceira*		*Primeira*	ESPERE 1min	*Segunda*	ESPERE 1min	*Terceira*	
____ x ____		____ x ____		____ x ____		____ x ____		____ x ____		____ x ____	
PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD

ORIENTAÇÕES AO PROFISSIONAL

- As medidas do primeiro dia devem ser excluídas, porém, as medidas de consultório devem ser utilizadas para avaliação da Reação de Alarme (RA);
- A RA é definida pela diferença entre a média da MRPA e a média das duas medidas da PA obtidas na clínica. Deve ser considerada significativa se ≥ 20 mmHg para a PAS e/ou ≥ 10 mmHg para a PAD;
- Neste protocolo, teremos idealmente 24 medidas válidas, considerado como padrão mínimo de qualidade o registro de, pelo menos, 14 medidas válidas;
- Devem ser excluídas medidas discrepantes, tais como PAD > 140 mmHg e < 40 mmHg, PAS < 70 mmHg e > 250 mmHg, assim como pressão de pulso (diferença entre pressão sistólica e a pressão diastólica) < 20 mmHg ou > 100 mmHg, desde que não exista justificativa clínica;
- Considera-se anormal a média da pressão arterial ≥ 135 mmHg para a PAS e/ou ≥ 85 mmHg para a PAD.

LAUDO FINAL

* Média das medidas da manhã: ____ x ____
* Média das medidas da noite: ____ x ____
Houve reação de alarme? SIM ☐ NÃO ☐ / Nº medidas válidas: ____

Média global: ____ x ____

O comportamento da pressão arterial durante os 4 dias de monitorização foi considerado:
NORMAL ☐ ANORMAL ☐

AUTOMONITORAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL (AMPA)

UBS: _____ / Equipe: _____

NOME:	IDADE:

- O aparelho mais adequado será o de braço, como mostra a figura. Caso seja utilizado o de punho, procure medidor com sensor de altura e movimento (peça ajuda na hora da compra, na farmácia);
- Você deve sentar-se confortavelmente, com as costas apoiadas no encosto da cadeira e em um ambiente silencioso;
- Esvazie a bexiga e aguarde 5 minutos antes de iniciar as medições (Lembre-se de que seu braço deve estar sem roupa);
- Não converse durante o procedimento, não mexa no celular nem cruze as pernas;
- Não fumar, não tomar café, comer ou fazer exercício durante 30 minutos antes da medição;
- As medidas do primeiro dia deverão ser feitas pelo paciente sob supervisão do médico, que deve ensinar e verificar a técnica.

Não há horários determinados para você medir sua pressão, mas evite fazer apenas quando está sentindo alguma coisa! Se não estiver bem, escreva o motivo! Por exemplo: dor de cabeça, não dormi bem, briguei com alguém, etc.

DATA	HORA	PRESSÃO ARTERIAL	VOCÊ ESTÁ SE SENTINDO BEM?
Exemplo 25/08	8h	PAS x PAD	( )Sim (X)Não Muita dor de cabeça
		_____ x _____	( )Sim ( )Não
		_____ x _____	( )Sim ( )Não
		_____ x _____	( )Sim ( )Não
		_____ x _____	( )Sim ( )Não
		_____ x _____	( )Sim ( )Não
		_____ x _____	( )Sim ( )Não
		_____ x _____	( )Sim ( )Não
		_____ x _____	( )Sim ( )Não
		_____ x _____	( )Sim ( )Não
		_____ x _____	( )Sim ( )Não
		_____ x _____	( )Sim ( )Não
		_____ x _____	( )Sim ( )Não
		_____ x _____	( )Sim ( )Não
		_____ x _____	( )Sim ( )Não
		_____ x _____	( )Sim ( )Não
		_____ x _____	( )Sim ( )Não
		_____ x _____	( )Sim ( )Não
		_____ x _____	( )Sim ( )Não
		_____ x _____	( )Sim ( )Não
		_____ x _____	( )Sim ( )Não
		_____ x _____	( )Sim ( )Não

ORIENTAÇÕES AO PROFISSIONAL

- Explique ao paciente que o equipamento deve ser automático, de boa qualidade, e preferencialmente de braço;
- Devem ser realizadas no mínimo 07 medidas, em um período que varie de 16 a 72 horas;
- Devem ser excluídas medidas discrepantes, tais como PAD > 140 mmHg e < 40 mmHg, PAS < 70 mmHg e > 250 mmHg, assim como pressão de pulso (diferença entre pressão sistólica e a pressão diastólica) < 20 mmHg ou > 100 mmHg, desde que não exista justificativa clínica;
- Considera-se anormal a MEDIANA da pressão arterial ≥ 135 mmHg para a PAS e/ou ≥ 85 mmHg para a PAD.

Mediana é um número que divide os dados exatamente ao meio. Exemplos de Mediana em rol de dados:

Ex.1: 120, 122, 130, 135, 140

Ex.2: 75, 80, 90, 98 ⟶ (80+90)/2 = 85

MEDIANA da AMPA

_____ x _____

O comportamento da pressão arterial foi considerado:

NORMAL ☐ ANORMAL ☐

Anexo II. Questionário de Tolerância de Fagerström

1. Quantos cigarros você fuma por dia?
(0) menos de 11
(1) de 11 a 20
(2) de 21 a 30
(3) mais de 30
2. Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?
(0) + de 60 min
(1) entre 31 e 60 min
(2) entre 06 e 30 min
(3) menos de 6 min
3. Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?
(0) não
(1) sim
4. O primeiro cigarro da manhã é o que traz mais satisfação?
(0) não
(1) sim
5. Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?
(0) não
(1) sim
6. Você fuma mesmo quando acamado por doença?
(0) não
(1) sim
Interpretação do Resultado:
0 a 2 pontos = muito baixa dependência física
3 a 4 pontos = baixa dependência física
5 pontos = média dependência física
6 a 7 pontos = elevada dependência física
8 a 10 = muito elevada dependência física

Fonte: FAGERSTRÖM; SCHNEIDER, 1989.

Anexo III. Escala de Razões para Fumar Modificada Escala de Razões para Fumar Modificada

Afirmações:

1) Eu fumo cigarros para me manter alerta.
2) Manusear um cigarro é parte do prazer de fumá-lo.
3) Fumar dá prazer e é relaxante.
4) Eu acendo um cigarro quando estou bravo com alguma coisa.
5) Quando meus cigarros acabam, acho isso quase insuportável até eu conseguir outro.
6) Cigarros me fazem companhia, como um amigo íntimo.
7) Eu fumo cigarros automaticamente sem mesmo me dar conta disso.
8) É mais fácil conversar e me relacionar com outras pessoas quando estou fumando.
9) Eu fumo para me estimular, para me animar.
10) Parte do prazer de fumar um cigarro vem dos passos que eu tomo para acendê-lo.
11) Eu acho os cigarros prazerosos.
12) Quando eu me sinto desconfortável ou chateado com alguma coisa, eu acendo um cigarro.
13) Controlar meu peso é uma razão muito importante pela qual eu fumo.
14) Eu acendo um cigarro sem perceber que ainda tenho outro aceso no cinzeiro.
15) Enquanto estou fumando me sinto mais seguro com outras pessoas.
16) Eu fumo cigarros para me "por para cima".
17) Às vezes eu sinto que os cigarros são os meus melhores amigos.
18) Eu fumo cigarros quando me sinto triste ou quando quero esquecer minhas obrigações ou preocupações.
19) Eu sinto uma vontade enorme de pegar um cigarro se fico um tempo sem fumar.
20) Eu já me peguei com um cigarro na boca sem me lembrar de tê-lo colocado lá.
21) Eu me preocupo em engordar se parar de fumar.

As alternativas e o peso das respostas para cada questão são:

( ) Nunca {1}, ( ) Raramente {2}, ( ) Às vezes {3}, ( ) Frequentemente {4}, ( ) Sempre {5}

Fatores formados a partir dos itens elencados acima.

O escore final de cada fator é a média simples dos escores individuais.

Fator 1: Dependência (addiction): itens 5, 19
Fator 2: Prazer de fumar (pleasure): itens 3, 11
Fator 3: Redução da tensão (tension reduction): itens 4, 12, 18
Fator 4: Estimulação (stimulation): itens 1, 9, 16
Fator 5: Automatismo (automatism): itens 7, 14, 20
Fator 6: Manuseio (handling): itens 2, 10 Fator 7: Tabagismo social (social smoking): itens 8, 15
Fator 8: Controle de peso (weight control): itens 13, 21
Fator 9: Associação estreita (affiliative attachment): itens 6, 17

Para calcular o resultado da Escala:

O escore final de cada fator é a média simples dos escores individuais. Considere como Fatores de Atenção na cessação de tabagismo aqueles com pontuação final maior que 2.

Entendendo o resultado da Escala:

- Dependência (física): caracterizada pelo tempo que o indivíduo consegue permanecer sem fumar e tem a ver com a tolerância da nicotina e com a redução dos sintomas deabstinência.
- Prazer de fumar: a nicotina libera substâncias hormonais que dão maior sensação de prazeratravés das atividades neuroquímicas do cérebro nas vias de recompensa.
- Redução da tensão (relaxamento): a nicotina do cigarro chega aos receptores cerebrais, ajuda a diminuir a ansiedade/estresse que o fumante apresenta, dando-lhe uma sensação momentânea de alívio dela.
- Estimulação: o fumar é percebido como modulador de funções fisiológicas, melhorando aatenção, a concentração e a energia pessoal.

- Automatismo (hábito): condicionamento do fumar em determinadas situações, tais como logo após o almoço.
- Manuseio (ritual): envolve todos os passos dados até se acender o cigarro.
- Tabagismo social: fumar junto aos amigos, em situações de festa, em baladas, na praia.
- Controle do peso: envolve preocupações a respeito do ganho de peso relacionado à cessação do tabagismo.
- Associação estreita: definida por uma forte conexão emocional do tabagista com o fumo e o cigarro

Fonte: SOUZA, E. S. T. et al. Escala de razões para fumar modificada: tradução e adaptação cultural para o português para uso no Brasil e avaliação da confiabilidade teste-reteste. J. Bras. Pneumol., São Paulo, v. 35, n. 7, p. 683-689, jul. 2009.

Anexo IV. Estágios de motivação, segundo Prochaska e DiClemente

Estágio	Discurso	Mudança do Hábito	Tarefas Motivacionais
Pré-contemplação	"Eu não vou" "Eu não quero parar defumar"	Não considera a possibilidade de mudar,nem se preocupa com a questão.	Levantar dúvidas – aumentar apercepção do usuário sobre osriscos e problemas do comportamento atual.
Contemplação	"Eu poderia" "Eu quero parar de fumar, mas não seiquando"	Admite o problema, é ambivalente e consideraadotar mudanças eventualmente.	"Inclinar a balança" – evocar as razões para a mudança, os riscos de não mudar; fortalecer aautossuficiência do usuário paraa mudança do comportamento atual.
Preparação	"Eu vou / Eu posso" "Eu tenho tentado parar de fumar de umtempo para cá" ou "Eutenho uma data e um esquema para começar nos próximos30 dias".	Inicia algumas mudanças, planeja, criacondições para mudar, revisa tentativas passadas.	Ajudar o usuário a determinar amelhor linha de ação a ser seguida na busca da mudança
Ação	"Eu faço" "Eu tenho feito uso descontínuo do cigarrode um mês para cá, ficando sem fumar pelomenos um dia inteiro durante este período".	Implementa mudanças ambientais e comportamentais, investetempo e energia na execução da mudança.	Ajudar o usuário a dar passosrumo à mudança.
Manutenção	"Eu tenho" "Eu parei de fumar"	Processo de continuidade do trabalhoiniciado com ação, para manter os ganhos e prevenir a recaída.	Ajudar o usuário a identificar e a utilizar estratégias de prevençãoda recaída.
Recaída	"Eu voltei a fumar regularmente".	Falha na manutenção e retomada do hábito ou comportamento anterior – retorno a qualquer dosestágios anteriores.	Ajudar o usuário a renovar os processos de contemplação, preparação e ação, sem que este fique imobilizado ou desmoralizado devido à recaída.

Fonte: PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; e DIAS, 2009. Com adaptações.

Anexo V. Relação das Soluções Preparadas no Laboratório de Farmacotécnica do Núcleo de Farmácia do HRT.

Relação das Soluções Preparadas no Laboratório de Farmacotécnica do Núcleo de Farmácia do HRT
Xarope de Amiodarona Amiodarona --------- 20mg/ml OU 40mg/ml
Xarope de Anlodipino Anlodipino ---------- 2mg/m l
Xarope de Atenolol* Atenolol ----------10mg/m l
Xarope de Captopril * Captopril ---------- 5mg/m l
Xarope de Carvedilol Carvedilol 0,3125mg/ml OU 1,25mg/ml OU 2,5mg/ml
Xarope de Clonidina * Clonidina ----------0,02mg/m l
Xarope de Espironolactona Espironolactona -------- 2,5mg/ml OU 10mg/ml
Xarope de Enalapril Enalapril ----------1mg/m l
Xarope de Furosemida Furosemida ----------8mg/m l
Suspensão de Hidralazina* (Veículo: sorbitol 70%+ Água c/ conservante) Hidralazina---------- 10mg/ml
Xarope de Hidroclorotiazida Hidroclorotiazida ---------- 5mg/m l
Xarope de Losartana Losartana---------- 10 mg/ml
Xarope de Metoprolol Metoprolol ---------- 5mg/m l
Xarope de Propranolol Propranolol--------- 8 mg/ml

* Preparações que necessitam de refrigeração (2o a 8oC). Necessário o envio de caixa térmica para a retirada.

Anexo VI. Segurança dos medicamentos: reações adversas, contraindicações e precauções, cuidados na administração e orientações dos medicamentos anti-hipertensivos padronizados para a Atenção Básica na SES-DF

Medicamento	Reações Adversas Significativas	Contraindicaçõe s eprecauções	Cuidados na administraçã o	Orientações aopaciente
Ácido acetilsalicílico	Dermatologia: sensação de ardência, eritema,prurido, urticária. Indigestão, náuseas, vômitos. Úlceras gastrintestinais (6% a 31%) Sangramentos. Perda auditiva e zumbido no ouvido(uso de doses elevadas e/ou crônicas).	Uso com cautela emcrianças com suspeita de doença viral (influenza ou varicela), devido ao risco de síndrome de Reye. Use com cautela empacientes com distúrbios plaquetários e hemorrágicos. O uso de etanol (>3 bebidas/dia) pode aumentar os riscos de sangramento. Use com cautela empacientes com gastrite erosiva. Eviteo uso em pacientes com úlcera péptica ativa.	Orientar para ingerir o medicamento com alimentos ougrande quantidade de água para minimizar desconforto gastrintestinal.	Reforçar a importância de evitaro uso de bebidas alcoólicas. Alertar que é importante notificar imediatamente ao médico se apresentar os seguintes efeitos adversos: dor de estômago forte, vômito com sangue ou vômito com aparência de grumos de café, sangue nas fezes ouurina, exantema ou bolhas na pele com prurido intenso, inchaço da face ou pálpebras, respiração difícil ou ruidosa, muita tontura ou sonolência, zumbidono ouvido

Anlodipino	Edema periférico, rubor, palpitações, prurido, erupção cutânea, dor abdominal, náusea, tontura, sonolência, fadiga,distúrbio sexual masculino, astenia,cãibras musculares, dispneia e ginecomastia.	Não deve ser usadopor lactantes. Precaução ao usar em pacientes com insuficiência hepática.Iniciar em doses baixas em idosos (risco elevado de hipotensão).	Pode ser administrado comou sem alimentos.A titulação das doses deve ocorrer a cada 7 a14 dias. Via sonda: Para pacientes com problemas de deglutição ou administração viasonda, pode-se preparar a suspensão oral (1mg/mL) a partir dos comprimidos ou fazer a diluiçãodo comprimido em água para uso imediato.	Monitorar pressão arterial e possíveis efeitos adversos, como palpitações, vômitos, cefaleia, edema e alterações respiratórias
Atenolol	Hipotensão, insuficiência cardíaca, bradicardia, taquicardia ventricular, extremidades frias, taquicardia supraventricular, fadiga, tontura, depressão, bloqueio de ramo,fibrilação atrial, bloqueio cardíaco,flutter atrial, hipotensão ortostática, sonhos anormais,	Deve ser usado com cautela em pacientescom comprometimento renal (ajuste de dosepode ser necessário).	Este medicamento nãodeve ser utilizadopor mulheres grávidas sem orientação médica (Categoria de risco na gravidez:D).	

	náusea (3% a 4%), diarreiae dor nos membros.			
Captopril	Angina pectoris, arritmia cardíaca, rubor, hipotensão ortostática, ataxia, confusão, sonolência, miastenia, nervosismo, ginecomastia, hiponatremia, impotência, síndrome nefrótica, oligúria, agranulocitose, anemia, pancitopenia, trombocitopenia, hepatite, aumento da fosfatase alcalina sérica, bilirrubina sérica, transaminases séricas, icterícia, visão turva, poliúria, insuficiência renal, broncoespasmo, pneumonite eosinofílica, rinite, hipotensão, erupção cutânea, hipercalemia, disgeusia, reações de hipersensibilidade e tosse.	Não deve ser usadona gestação. Deve ser usado com cautela em pacientes com comprometimento renal (ajuste de dosepode ser necessário).	Deve ser administrado comestômago vazio, preferencialmente1 hora antes ou duas horas após as refeições. Via sonda: os comprimidos dispersam-se facilmente em água. Pausar a dieta enteral 30 min antes e apósa administração do captopril	Monitorar hipotensão sintomática, função renal e hipercalemia, principalmente em pacientes idosos. Orientar paciente que poderá ocorrertosse com uso do medicamento.

Carvedilol	Hipotensão, hipotensão ortostática, tontura,fadiga, ganho depeso, hiperglicemia, diarreia, astenia	É contraindicado em pacientes com insuficiência hepáticagrave. Deve ser usado com cautela em pacientes com comprometimento hepático, doença vascular periférica, miastenia gravis e psoríase.	Deve ser administrado comalimento para reduzir o risco de hipotensão ortostática. Via sonda: os comprimidos de liberação imediata dispersam-se facilmente em água. Administrar separadamente da dieta enteral	Não interromper o uso abruptamente. Auxiliar na deambulação devidoa tontura. Monitorar pressão arterial, bradicardia.Pode causar fadigae sonolência. Verificar diurese
Enalapril	Aumento da creatinina sérica, hipotensão, dor no peito, hipotensão ortostática, tontura, dor de cabeça, fadiga, dor abdominal, anorexia, constipação, diarréia, disgeusia,náusea, vômito, fraqueza, insuficiência renal(em pacientes com estenose da artériarenal bilateral ou hipovolemia), tosse, dispnéia	Deve ser usado comcautela em pacientescom comprometimento renal (ajuste de dosepode ser necessário).Não deve ser usado durante a gestação.		

Espironolactona	Ginecomastia, vasculite, confusão, tontura, sonolência, dor decabeça, letargia, dor nos mamilos, alopecia, cloasma,prurido, síndromede Stevens-Johnson, amenorréia, hiperuricemia assintomática, diminuição da libido, gota, hiperglicemia, hipercalemia, hiperuricemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hiponatremia, hipovolemia, cólicas abdominais, diarréia, gastrite, hemorragia gastrintestinal, náusea, vômito, disfunção erétil, menstruação irregular, mastalgia, sangramento pós-menopáusico, agranulocitose, leucopenia, trombocitopenia, hepatotoxicidade, cãibra nos membros inferiores,	Não deve ser usadodurante a gestaçãoou em por lactantes. Não deve ser usado concomitanteme nte com heparina ou enoxaparina. Deve ser usado comcautela em pacientescom comprometiment o hepático ou renal.	Deve ser administrado preferencialme ntejunto com alimento. Via sonda: Preferencialme nte, administrar a suspensão orala partir dos comprimidos. O comprimido podeser dissolvido em 10mL de água (uso imediato). Administrar separadamente da dieta enteral.	Monitorar pressãoarterial e edema

	insuficiência renal,acidose metabólica(em pacientes com cirrose)			
Furosemida	Hipotensão ortostática, vasculite, tontura, dor de cabeça, parestesia, inquietação, vertigem, eritema multiforme,dermatite esfoliativa, prurido, fotossensibilidade cutânea, erupção cutânea, urticária, glicosúria, hiperglicemia, hiperuricemia, aumento do colesterol sérico, aumento dos triglicerídeos séricos, cólicas abdominais, anorexia, constipação, diarréia, irritação gástrica, irritação na boca, náusea, pancreatite, vômito,espasmo da bexiga, agranulocitose, anemia, anemia aplástica, eosinofilia, encefalopatia hepática, aumento das enzimas	Deve ser usado com cautela em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico, pacientes com cirrose hepática e em pacientes diabéticos	Pode ser administrado comalimento para diminuir o desconforto gastrointestinal. Via sonda: Os comprimidos podem ser triturados e dispersos em água. Administrar separadamente da dieta enteral.	Monitorar pressãoarterial Monitorar reações de fotossensibilidade

	hepáticas, surdez, zumbido			

Hidralazina	Angina de peito, rubor, hipotensão ortostática, palpitações, resposta paradoxaldo pressor, edema periférico, taquicardia, ansiedade, calafrios, depressão, desorientação, tontura, dor de cabeça, neurite periférica, reação psicótica, diaforese, prurido, erupção cutânea, urticária, anorexia, constipação, diarréia, náusea, íleo paralítico, vômito, disúria, impotência, síndrome do lupus-like (dose relacionada), cãibras musculares, artrite reumatóide, tremor, fraqueza, conjuntivite, lacrimação, dispnéia,	Deve ser usado com cautela em pacientes com histórico de distúrbios coronarianos, sob tratamento com medicamentos antidepressivos ou em pacientes com comprometimento renal (ajuste de dosepode ser necessário). Este medicamento écontraindicado no caso de Lúpus eritematoso sistêmico idiopático e doenças correlatas	Deve ser administrado comou sem alimento,mas de forma consistente, pois oalimento aumentasua biodisponibilidade. Via sonda: Pode-se preparara suspensão a partir das drágeas.No momento da administração, pausar a dietaenteral pelo maior tempo possível.	Não interromper o uso abruptamente. Avaliar débito urinário, sinais de edema, sintomas de hipocalemia. Monitorar a pressão arterial.

	congestão nasal			
Hidroclorotiazida	Hipotensão, hipotensão ortostática, tontura, dor de cabeça, parestesia, inquietação, vertigem, alopecia, eritema multiforme, dermatite esfoliativa, fotossensibilidade cutânea, erupção cutânea, glicosúria, hipercalcemia, hiperglicemia, hiperuricemia, alcalose hipoclorêmica, hipocalemia, hipomagnesemia, hiponatremia, cólicas abdominais, anorexia, constipação, diarréia, irritação gástrica, náusea, pancreatite, vômito, impotência, agranulocitose, espasmo muscular, fraqueza, visão turva transitória, nefrite intersticial,	Deve ser usado com cautela em pacientes com lupus eritematoso sistêmico, pacientes com cirrose hepática, em pacientes diabéticos ou com alterações nas funçõesda paratireóide.	Deve ser administrado comlíquidos, por via oral, com ou sem alimento	Orientar o paciente a tomar este medicamento pelo menos 4 horas antes de dormir. Caso tome este medicamento muito perto da hora de dormir, pode ser necessário acordar para urinar. Monitorara pressão arterial. Avaliar sinais de hipocalemia (cãibras e fraqueza).

	insuficiência renal, respiratória, pneumonite, edema pulmonar, câncer de pele não melanoma			
Indapamida		Deve ser usado com cautela em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico, pacientes com cirrose hepática, em pacientes diabéticos ou com comprometimento renal grave.	Pode ser administrado comalimento para diminuir o desconforto gastrointestinal. Atitulação das doses deveocorrer a cada 4 semanas. Via sonda: sem dados disponíveis	Incentivar hábitos alimentares com diminuição de sal. Recomendar uso de protetor solar e que evite exposição ao sol, a fim de prevenir possíveis reações de fotossensibilidade. Monitorar pressão arterial, balanço hídrico e peso do paciente. Avaliar sinais de hipocalemia (cãibras e fraqueza)

Losartana		Deve ser usado com cautela em pacientescom comprometimento renal. Considerar descontinuação do medicamento empacientes com comprometimento progressivo/significativ o da função renal. Deve ser usado com cautela em pacientescom comprometimento hepático (ajuste de dose pode ser necessário). Não deve ser usado durante a gestação.	Deve ser administrado com ou sem alimento, mas deforma consistente, inclusive quantoao horário. Via sonda: Os comprimidospodem ser triturados e misturados em volume adequado de água para administração. Administrar separadamente da dieta enteral.	Administrar o medicamento sempre no mesmo horário Em diabéticos, monitorar a glicose. Monitorar efeitos adversos: sonolência, bradicardia, cefaléia, náuseas, hipercalemia, hipotensão

Metildopa		Contraindicado em doença hepática ativa, como a hepatite aguda, e emdesordens hepáticas previamente associadas ao uso de metildopa. Além disso, é contraindicado o usoconcomitante com osinibidores da monoamina oxidase (IMAO). Deve ser usado com cautela em pacientescom comprometimento renal.	Deve ser administrado com ou sem alimento. O aumento de dose deve ser feito no final do dia devido ao risco de sedação. Via sonda: Os comprimidos podem ser triturados e misturados em volume adequado de água fria para administração (uso imediato). Pausar a dieta no momento da administração.	Medicamento de escolha no tratamento da HAS durante a gestação. Pode causar tontura. Evitar dirigir ou outras atividades que requerem estado de alerta Em diabéticos monitorar a glicose. Monitorar pressão arterial e sedação excessiva. A coloração da urina pode variar de vermelho a marrom.
Metoprolol		Deve ser usado com Cautela em pacientes com comprometimento hepático, doença vascular periférica, miastenia gravis e psoríase. Deve ser usado com cautela em pacientes com hipertireoidismo		

Propranolol		Deve ser usado com cautela em pacientes com comprometimentohepático, comprometimentorenal doença vascular periférica, miastenia gravis e psoríase. O cloridrato de propranolol não deve ser utilizado em pacientes com histórico de asma brônquica ou broncoespasmo.	Tomar o medicamento durante ou imediatamente apósa refeição, devido ao aumento da biodisponibilidade. Via sonda: O comprimido pode ser triturado e dissolvido em volume adequado de água (uso imediato). No momento da administração, pausar a dieta enteral pelo maiortempo possível	Monitorar pressão arterial

Sulfato de Magnésio	Cardiovasculares:Flushing (IV; dose relacionada), hipotensão (IV; taxa relacionada), vasodilatação (IV; taxa relacionada) Endócrino e metabólico: Hipermagnesemia	Técnicas de monitoramento vigilante e administração segura (ISMP 2005) para a mãe e o feto são recomendadas para evitar toxicidade. O uso por mais de 5 a 7 dias pode causar eventos fetais adversos.	Eclâmpsia/pré-eclâmpsia: Pode misturar com lidocaína a 2% para reduzir a dor da injeção	Orientar para notificar o surgimento de alergia ao magnésio, tonturas e diarreia intensa. Alertar para suspender o uso se ocorrerem cólicas estomacais, náuseas, vômito ou escurecimentodas fezes.

Verapamil		Pode causar aumento nas transaminases, fosfatase alcalina e bilirrubinas e lesão hepatocelular (monitorar a função hepática de forma periódica). Algumas alterações podem ser transitórias e desaparecem com a continuidade do tratamento. Deveser usado com cautela em pacientes com arritmias e anormalidades de condução, com comprometimento hepático, comprometimento renal, disfunção ventricular esquerda e com distúrbio da transmissão neuromuscular (miastenia gravis e distrofia muscular de Duchenne).		

Fonte: elaboração própria.