

HIPERTENSÃO ARTERIAL

GERÊNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

CID 10

I-10 Hipertensão essencial;

I-15 Hipertensão secundária.

CARACTERÍSTICAS GERAIS

DESCRIÇÃO

As DCNT no Brasil constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes, atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis.

Desde os fins dos anos 1990, a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis tornou-se o foco de preocupação dos sistemas de saúde nos países desenvolvidos e em desenvolvimento porque, além de associadas a altos índices de mortalidade, também respondem por significantes custos para a saúde, sendo a principal causa de incapacidade em nosso meio.

Merece indiscutível destaque, entre as condições crônicas, a hipertensão arterial que, em associação com as dislipidemias, o tabagismo, o sedentarismo e a obesidade, são os principais determinantes da morbimortalidade por afecções cardiovasculares no mundo.

A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada.

Neste cenário pode-se, então, estabelecer ações efetivas na prevenção primária e secundária desse agravo, sendo possível perceber em alguns anos a repercussão dessas iniciativas na qualidade de vida e nos indicadores de saúde da população do Estado do Tocantins.

DEFINIÇÃO DE CASO

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus são doenças que apresentam vários aspectos em comum:

- etiopatogenia: identifica-se a presença, em ambas, de resistência insulínica, resistência vascular periférica aumentada e disfunção endotelial;
- fatores de risco, tais como obesidade, dislipidemia e sedentarismo;
- tratamento não-medicamentoso: as mudanças propostas nos hábitos de vida são semelhantes para ambas as situações;
- cronicidade: doenças incuráveis, requerendo acompanhamento eficaz e permanente;
- complicações crônicas que podem ser evitadas, quando precocemente identificadas e adequadamente tratadas; geralmente assintomáticas, na maioria dos casos;
- de difícil adesão ao tratamento pela necessidade de mudança nos hábitos de vida e participação ativa do indivíduo;
- necessidade de controle rigoroso para evitar complicações;
- alguns medicamentos são comuns;
- necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar;
- facilmente diagnosticadas na população.

Considerando-se todos esses fatores, propõe-se o seguimento associado dessas patologias, na rede de atenção básica, e justifica-se a realização de uma abordagem conjunta.

NOTIFICAÇÃO

Os principais passos para **INVESTIGAÇÃO, CONFIRMAÇÃO e NOTIFICAÇÃO** da Hipertensão a ser seguido pelas equipes de saúde dos municípios:

➤ Promover a integração entre as áreas (vigilância epidemiológica, atenção básica e outras áreas afins) visando obter informações e dados para a adoção das medidas de prevenção e controle;

➤ Investigar casos suspeitos dos respectivos agravos através de anamnese, por meio da vigilância ativa nos principais serviços de saúde e sistemas de informações (busca ativa de casos nas unidades de saúde; nos hospitais; em visitas domiciliares, no Sistema de Informação sobre Mortalidade – **SIM**; no **e-SUS/SIAB** (preenchimento das fichas de visita domiciliar, ficha de cadastro individual, ficha de notificação individual); Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – **SIH/SUS**; no Sistema de Informações Ambulatorial – **SIA/SUS**);

➤ Notificar todos os casos suspeitos de Hipertensão Arterial na Ficha de Notificação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), disponível no link: www.saude.gov.br/sinanweb;

➤ Preenchimento do Relatório Trimestral realizado pelos municípios. Esse Relatório é encaminhado à área técnica da GDANT/DCNT, que consolida os dados para controle e verificação dos agravos, bem como liberação das insulinas.

INVESTIGAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL:

➤ Idade e gênero - a pressão arterial aumenta linearmente com a idade, estimando-se em mais de 60% a prevalência de hipertensão entre os idosos no país. A aferição da pressão arterial deve ser sistematicamente realizada em homens com mais de 45 anos e mulheres com mais de 55 anos.

➤ Raça negra - a prevalência, gravidade e repercussão da hipertensão arterial são maiores na raça negra, que tende a apresentar resposta terapêutica inferior frente à monoterapia com betabloqueadores e Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECA), quando comparado ao uso de diuréticos tiazídicos, isoladamente ou combinados aos bloqueadores de canal de cálcio.

O limite escolhido para definir Hipertensão Arterial é o de igual ou maior de 140/90 mmHg, quando encontrado em pelo menos duas aferições, realizadas em momentos diferentes.

A hipertensão arterial é, portanto, definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

É possível classificar a hipertensão arterial sistólica e diastólica respectivamente, de acordo com os valores pressóricos encontrados:

PRESSÃO ARTERIAL (MM HG)	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 - 139	85 - 89
HIPERTENSÃO	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
Estágio 1	140 - 159	90 - 99
Estágio 2	160 - 179	100 - 109

Estágio 3	> 180	> 110
-----------	-------	-------

ASPECTOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

QUADRO CLÍNICO

Na maioria dos casos não causa sintomas. Existem algumas coincidências de determinados sintomas que de maneira equivocada são associados à doença, sendo eles: dores de cabeça, sangramento pelo nariz, tontura, rubor facial e cansaço. Alguns sintomas podem aparecer nesta doença, embora na maioria dos casos o doente não apresente no início da doença nenhum deles (por isso é chamada de **“Inimiga Silenciosa”**).

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Os objetivos da investigação laboratorial do portador de hipertensão arterial são:

- a) Confirmar a elevação da pressão arterial;
- b) Avaliar lesões em órgãos-alvo (LOA);
- c) Identificar fatores de risco para doença cardiovascular e comorbidades;
- d) Diagnosticar a etiologia da hipertensão. Quando possível, a avaliação mínima do portador de Hipertensão Arterial deve constar dos seguintes exames:

- Urina (bioquímica e sedimento);
- Creatinina sérica;
- Potássio sérico;
- Glicemia sérica;
- Colesterol total e HDL-colesterol;
- Eletrocardiograma de repouso.

O diagnóstico da Hipertensão Arterial é definido após a mensuração de níveis anormais de pressão arterial, em duas ou mais avaliações em visitas distintas.

Recomendações de como aferir adequadamente a pressão arterial:

- a) repouso de pelo menos 5 minutos em lugar calmo;
- b) esvaziar a bexiga;
- c) não praticar exercício físico 60 a 90 minutos antes da aferição;
- d) evitar a ingestão de café ou álcool antes da aferição;
- e) evitar o fumo 30 minutos antes da aferição;
- f) manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado;
- g) remover as roupas do braço onde será colocado o manguito;
- h) pôr o braço na altura do coração (no ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido;
- i) solicitar para que a pessoa não fale durante a medição;
- j) selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço;
- k) colocar o manguito, sem deixar folgas, cerca de 2 cm a 3 cm acima da fossa cubital;
- l) centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
- m) estimar o grau da pressão sistólica (palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, desinflar rapidamente e aguardar 1 minuto antes da medida);
- n) palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula do estetoscópio sem compressão excessiva;
- o) inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mm/Hg o grau estimado da pressão sistólica;
- p) proceder à desinflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mm Hg/s).

A pressão arterial apresenta nas pessoas, normalmente, variedade durante o dia sendo, em geral, mais baixa durante o repouso ou sono, e mais elevada quando em atividade ou sob efeito de certas substâncias (álcool, por exemplo).

Há observações, ainda, de que 20% dos pacientes apresentam a "hipertensão do avental branco", ou seja, os valores pressóricos encontram-se alterados no momento das avaliações pela equipe de saúde; esta situação requer outra consideração. Esses indivíduos costumam apresentar elevação persistente da pressão sem lesão de órgãos alvo, sem sintomas de hipotensão postural ou apresentam acentuada discrepância entre os achados no consultório e em outras ambiências.

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

TRATAMENTO

A hipertensão não tem cura, devendo ser tratada para evitar complicações, dividindo o tratamento em **medicamentoso** e **não medicamentoso**.

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- Redução do peso.
- Interrupção do tabagismo.
- Aumento da atividade física aeróbica (30-45 minutos na maioria dos dias da semana).
- Redução da ingestão de gordura saturada e colesterol da dieta.
- Ingestão limitada de álcool não excedendo a 30 ml de etanol por dia (720 ml de cerveja, 300 ml de vinho ou 60 ml de uísque) ou 15 ml de etanol por dia para mulheres e pessoas de baixo peso.
- Redução da ingestão de sódio a não mais do que 2,4 g de sódio ou 6 g de cloreto de sódio/dia.
- Ingestão adequada de potássio na dieta (aproximadamente 90 mEq/dia).
- Ingestão adequada de cálcio e magnésio.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Para o tratamento da Hipertensão Arterial, foram estabelecidos, pelo Ministério da Saúde, os medicamentos: Captopril comp. 25 mg, Hidroclorotiazida comp. 25 mg, Atenolol 25mg e Propranolol comp. 40 mg.

Nos indivíduos maiores de 18 anos e menores de 65 anos, sem comorbidades, a primeira opção é o betabloqueador e/ou Hidroclorotiazida e a seguir os inibidores.

FÁRMACOS MAIS UTILIZADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Fármacos			Apresentação	Posologia/dia (mg)		Nº tomadas/dia
				Mínima	Máxima	
Diuréticos	Tiazídicos	Hidroclorotiazida	25 mg	12,5 mg	25 mg	1
	de alça	Furosemida	40 mg	20 mg	*	1 a 2
Betabloqueadores		Cloridrato de propranolol	40 mg	40 mg	240 mg	2 a 3
		Atenolol	50 mg	25 mg	100 mg	1
Inibidores da enzima de conversão da angiotensina		Captopril	25 mg	25 mg	150 mg	2 a 3
		Maleato de enalapril	5 mg e 20 mg	5 mg	40 mg	1 a 2
		Besilato de anlodipino	5 mg	2,5 mg	10 mg	1
Bloqueadores Angiotensina II		Losartana Potássica	50 mg	25 mg	100 mg	1 a 2

*dose máxima a critério da prescrição médica

ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO

- Avaliar outros fatores de risco, Lesões de Órgãos-Alvo (LOA) e Doença Cardiovascular (DCV);
- Iniciar mudança dos hábitos de vida;
- Estratificar risco:

MUITO ALTO ou ALTO:	Começar tratamento medicamentoso.
MÉDIO:	PAS: ≥ 140 e PAD: ≥ 90 , iniciar tratamento medicamentoso; PAS: ≤ 140 e PAD: ≤ 90 , monitorar (reavaliar) a pressão, em 3 ou 6 meses.
BAIXO:	Monitorar PA e outros fatores de risco em 6 e 12 meses; PAS: ≥ 150 ou PAD: ≥ 95 , iniciar tratamento; PAS: ≤ 150 ou PAD: < 95 , continuar monitorando.

ANEXO I: FLUXOGRAMA DA ABORDAGEM HIPERTENSÃO ARTERIAL

ANEXO II: FLUXOGRAMA DO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

ACOMPANHAMENTO

O centro de comunicação da atenção integral ao hipertenso é a rede básica (Unidades Básicas de Saúde tradicionais e as equipes de Saúde da Família), na qual deve ser estimulada a atenção de caráter multiprofissional, hierárquico e com forte ênfase nos aspectos da educação e da promoção de saúde. Estabelecido o diagnóstico, é a partir das consultas iniciais (médica e de enfermagem) que se agregam as outras atividades e orientações dos diversos profissionais envolvidos nos cuidados aos afetados por condições crônicas.

Apoio ao usuário

- Promover a inclusão de usuários e familiares em atividades comunitárias identificadas no território.
- Incluir nas atividades de Educação em Saúde estagiários ou residentes de Nutrição, Educação Física, Psicologia, etc.
- Oferecer ao usuário e sua família avaliação e apoio psicológico.
- Disponibilizar material educativo aos pacientes.
- Implementar/Programar consultas coletivas utilizando os grupos de autoajuda.

Ações Comuns à Equipe de Saúde:

- Tem por objetivo a promoção à saúde, através das ações educativas com ênfase nas mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e produção de material educativo;
- Treinamento de profissionais;
- Encaminhamento a outros profissionais, quando indicado;
- Ações assistenciais individuais e em grupo;
- Participação em projetos de pesquisa;
- Gerenciamento do programa.

Recomenda-se ainda o estabelecimento de padrão definido de retorno às consultas médicas, de acordo com a classificação de risco cardiovascular, de duas vezes ao ano para os pacientes de risco baixo e médio, e de quatro vezes ao ano para os pacientes de risco alto e muito alto. As intervenções dos demais profissionais das equipes de saúde também devem seguir padrão preestabelecido, de acordo com as necessidades apontadas pelo quadro clínico e possibilidades das unidades de saúde.

Ações em grupo

São ações educativas e terapêuticas em saúde, desenvolvidas com grupos de hipertensos e seus familiares, sendo adicionais às atividades individuais. A convivência estimula a relação social, possibilita a troca de informações e permite apoio mútuo.

O hipertenso, nesse tipo de atividade, identifica-se com outras pessoas com problemas semelhantes, aprendendo a expressar seus medos e expectativas. Passa, então, a compartilhar das experiências de todos e a discutir, buscando soluções reais para problemas de saúde semelhantes aos seus.

Vigilância e monitoramento de informação

- Verificar a qualidade dos registros nos prontuários clínicos (claros e completos).
- Documentar todas as atividades desenvolvidas pelas ESF, ACS e Educação/ grupos;
- Elaborar relatórios e discutir resultados de cada equipe;
- Apoiar as supervisões e avaliar seus resultados.

Prevenção de complicações

- Dialogar e pactuar com o usuário em cada consulta suas metas terapêuticas;
- Garantir seu controle mensal: glicose capilar ou PA nas atividades de educação em saúde ou nas consultas médicas ou de enfermagem;
- Garantir o acesso a medicamentos e insumos e monitorar a adesão ao tratamento;
- Garantir a realização anual exames de urina (Creatinina/ Proteinúria) assim como perfil lipídico.
- Encaminhar o usuário para consulta especializada quando necessário;
- Orientar e anotar no prontuário, em cada consulta, as mudanças de estilos de vida (alimentação e atividade física).

Critérios de encaminhamento para unidades de referência

- Insuficiência cardíaca congestiva (ICC)
- Insuficiência renal crônica (IRC)
- Suspeita de Hipertensão Arterial e diabetes secundários
- Hipertensão Arterial resistente ou grave
- Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em gestantes, crianças e adolescentes.
- Edema agudo de pulmão prévio
- Complicações oculares
- Infarto agudo do miocárdio prévio

UNIDADES DE REFERÊNCIA

1. Unidades Básicas de Saúde;
2. Hospitais de Referência Estadual;
3. Assistência Farmacêutica (retirada das insulinas pelo município).
4. Unidades de Pronto Atendimento-UPAs;
5. Laboratórios municipais e terceirizados/conveniados;

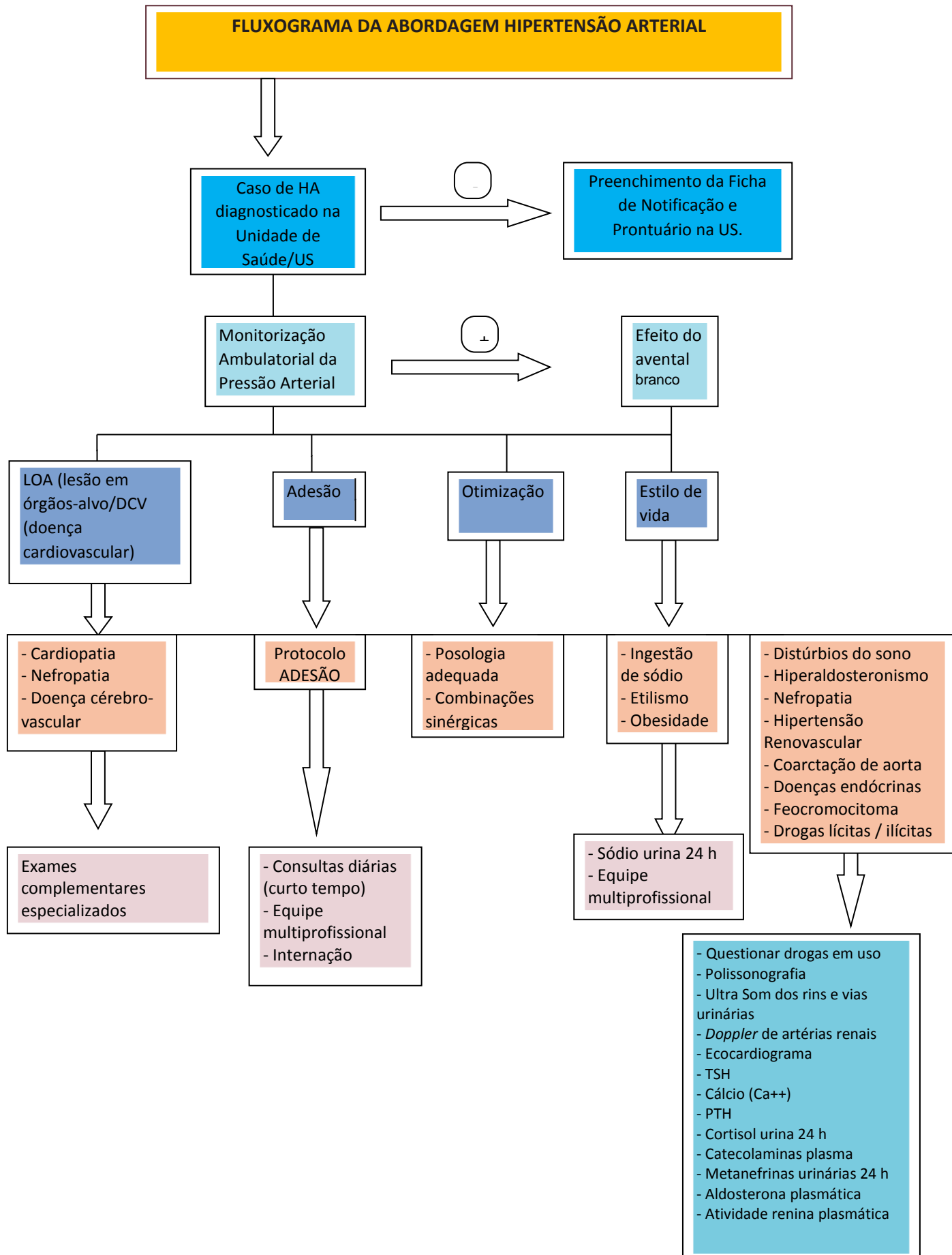
INSTRUMENTOS DISPONÍVEIS PARA CONTROLE

- Relatório Trimestral de Hipertensão e Diabetes;
- Sistemas de Informação (SIM, SINAN, e-SUS/SIAB);

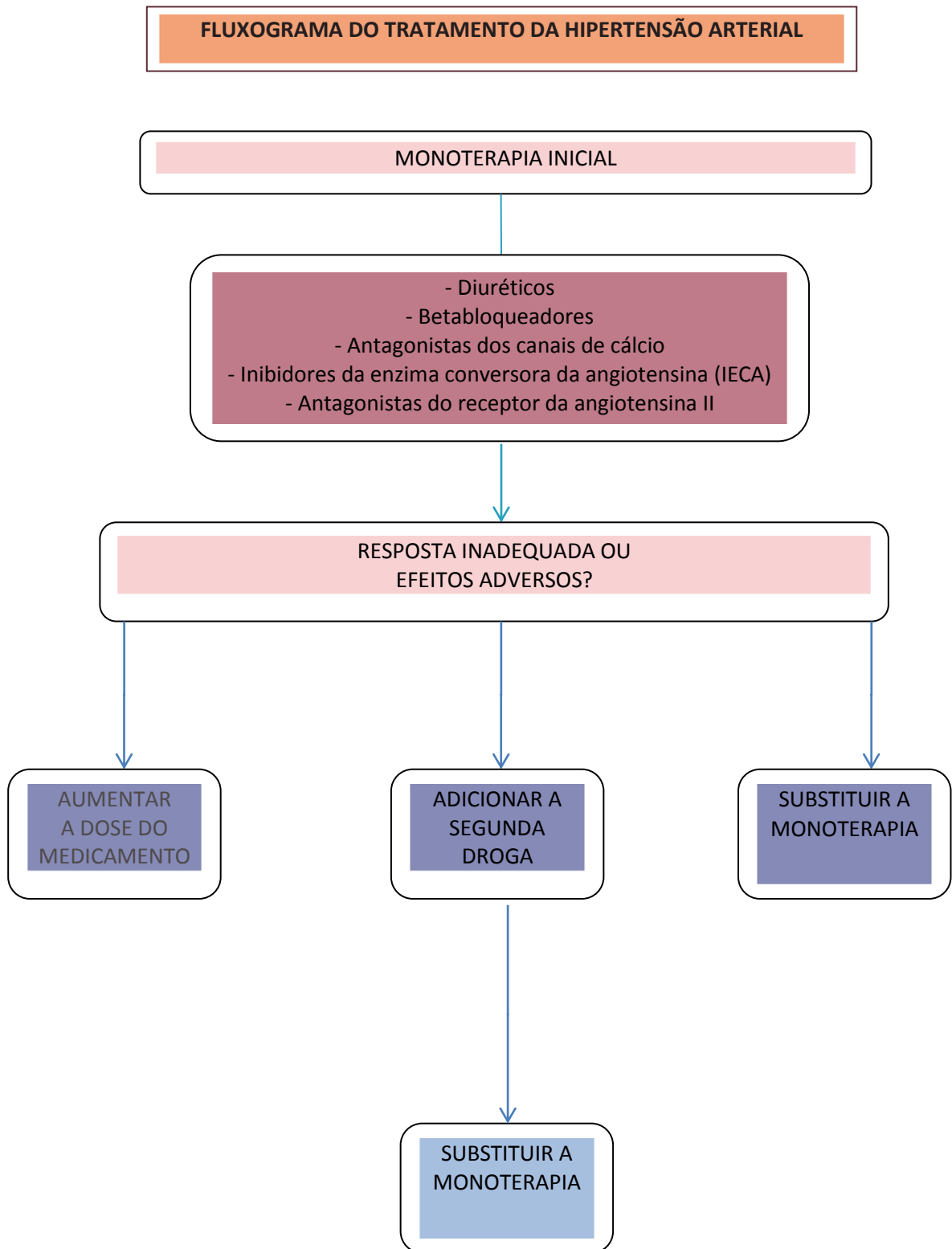
FLUXOGRAMA

Os fluxogramas abaixo descrevem as possibilidades de manejo do paciente com hipertensão na atenção básica, antes do encaminhamento ao especialista. O objetivo a ser perseguido é manter, sempre que possível, o paciente devidamente controlado em acompanhamento na unidade básica.

ANEXO I:



ANEXO II:



Vale ressaltar, que na abordagem do hipertenso, realizar:

Aconselhamento quanto a:

- Fumo
- Nutrição: alimentação saudável
- Manutenção de peso/cintura
- Atividade física

- Ênfase em medidas não farmacológicas
- Consulta médica: se hipertenso e /ou diabético seguir protocolos de tratamento
- Vacinação anual contra influenza em adultos >60 anos.

CONTATO

DANT / DCNT-TO
(63) 3218 3205/3244 – dant.tocantins@gmail.com

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno da Atenção Básica – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus** – Protocolo – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde - **PROTÓCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA:PARTE I** – Promoção à Saúde; **PARTE II** – Protocolos de Atendimento às Intercorrências; **PARTE III** – Protocolos de Encaminhamento às Especialidades; **PARTE IV**– ANEXOS. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus** / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Farmácia Popular do Brasil: **Manual de Informações às Unidades Credenciadas: Sistema de Co-Pagamento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 22 p.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia: protocolo**/Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde - 1. ed.- Londrina, PR: [s.n], 2006. 167 p.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**./Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.232 p.

Protocolo de Tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellito tipo 2 na Atenção Básica/Área Técnica de Saúde do Adulto - Secretaria Municipal da Saúde - São Paulo. Autora: Márcia Maria Gomes Massironi, 108 p.

Portaria Conjunta nº 02, de 5 de março de 2002 - Implanta o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/hipertensaodiabetes/portaria_conjunta_02.php.

Portaria nº 1168, de 15 de junho de 2004 – Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1168.htm>.

Portaria nº 1169, de 15 de junho de 2004 – Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1169.htm>.

Portaria nº 2084, de 28 de outubro de 2005 - Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na AB. Disponível em: http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891AD361903553A3174%7D/%7BD8592FDB-3373-40BE-BCA6-7456E33BD798%7D/portaria_2084.pdf

Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf.

Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007 - Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. Disponível em: <http://www.legisus.com.br/leiseatos/exibir.php?codigo=51>.

Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006 - Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materias/xml/do/secao1/2336765.xml>.