

## Autoria

Virginia Poliana de Lima Moitinho<sup>1</sup>ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3867-6466>Eliane Mazieiro da Silva<sup>1</sup>ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4494-5295>Erica Regina da Silva Lavoura<sup>1</sup>ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2814-9563>Iza Sherolize Amaral Silva<sup>1</sup>ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4218-1906>Luciana Venturolli dos Santos<sup>1</sup>ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4387-689X>Marcelo Midea Bauleo<sup>1</sup>ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9592-3091>Mariana de Oliveira<sup>1</sup>ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3689-2296>Vanilza Pereira de Lima<sup>1</sup>ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8808-5867>Abel Silva de Meneses<sup>1,2</sup>ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1632-2672>André Ramalho<sup>1,3,4</sup>ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8099-3043>

## Instituição

<sup>1</sup>Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM), São Paulo, SP, Brasil.<sup>2</sup>Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo, SP, Brasil.<sup>3</sup>Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Porto, Portugal.<sup>4</sup>Departamento Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde (MEDCIDS), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

## Autor Correspondente

Virginia Poliana de Lima Moitinho  
e-mail: <poliana.moitinho@cejam.org.br>

## Como citar este artigo

Moitinho VPL, Silva EM, Lavoura ERS, Silva ISA, Santos LV, Bauleo MM, et al. Linha de Cuidado Integral sobre Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial. Rev. Tec. Cient. CEJAM 2023;2:e202320012. Doi: <https://doi.org/10.59229/2764-9806.RTCC.e202320012>.

## Submissão

05/04/2022

## Aprovação

29/03/2023

## Artigo Original

## Linha de Cuidado Integral sobre Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial

## Comprehensive Health Care Line for People with Hypertension

## Resumo

**Objetivo:** Apresentar uma proposta de linha de cuidado para saúde da pessoa com hipertensão na rede de atenção à saúde de dois distritos de saúde da região sul de São Paulo. **Método:** Desenvolveu-se um estudo entre o segundo trimestre de 2021 e primeiro de 2022. Foram realizadas reuniões técnicas com representantes da Atenção Primária em Saúde e Atenção Especializada, leitura complementar de conteúdos sobre o tema, mapeamento da Rede e análise das limitações e oportunidades dos recursos e território para proposição de uma linha de cuidado em hipertensão. **Resultados:** Enunciação dos níveis de atenção à saúde, ações e intervenções de saúde, itinerário do paciente e indicadores de mensuração dos pontos críticos da linha de cuidado, vislumbrando a proposição de protocolos gerenciáveis. **Conclusão:** Concluiu-se, que a articulação em rede entre todos os pontos de atenção à saúde da pessoa com hipertensão e o compartilhamento de saberes envolvendo equipe multiprofissional e gestores atuantes no território, contribuiu para a construção da linha de cuidado que otimiza os recursos disponíveis em qualquer território.

**Descritores:** Atenção à Saúde; Regionalização da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Hipertensão Arterial.

## Abstract

**Objective:** To present a proposal for a line of health care for people with hypertension in the health care network of two health districts in the southern region of São Paulo. **Method:** A study was carried out between the second quarter of 2021 and the first quarter of 2022. Technical meetings were held with representatives of Primary Health Care and Specialized Care, additional reading of content on the subject, mapping of the Network and analysis of resource limitations and opportunities and territory for proposing a line of care in hypertension. **Results:** Enunciation of health care levels, health actions and interventions, patient itinerary and measurement indicators of the critical points of the care line, envisioning the proposition of manageable protocols. **Conclusion:** it was concluded that the networking between all health care points for people with hypertension and the sharing of knowledge involving a multidisciplinary team and managers working in the territory, contributed to the construction of a line of care that optimizes the resources available in any territory.

**Descriptors:** Delivery of Health Care; Regional Health Planning; Primary Health Care; Hypertension.

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) podem ser consideradas como problema de saúde pública no Brasil e no mundo<sup>(1-2)</sup>. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), dentre as DCNTs, as doenças do aparelho circulatório são responsáveis por cerca de 17 milhões de mortes por ano em todo o mundo. Dessas, 55,3% corresponderam a complicações decorrentes da hipertensão arterial (HAS)<sup>(1)</sup>.

O número de adultos com hipertensão entre 30 e 79 anos aumentou de 650 milhões para 1,28 bilhões nos últimos 30 anos, de acordo com a primeira análise global abrangente das tendências na prevalência, detecção, tratamento e controle da hipertensão – liderada pelo Imperial College London e Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>(3)</sup>.

Com o aumento gradativo na expectativa de vida nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a prevalência da HAS tende a aumentar ainda mais. Em média, observou-se o ganho de 1,4 ano por década de vida após os 60 anos em países desenvolvidos e 1,2 ano nos países latino-americanos no período de 1980 até 2011<sup>(4)</sup>.

Em 2020, dados completos e revisados do DATASUS mostraram a ocorrência de 1.552.740 óbitos no Brasil, com um percentual de 22,8% para as Doenças do Aparelho Circulatório. Do total de óbitos por Doenças do Aparelho Circulatório, 18,0% correspondem aos óbitos relacionados a doenças hipertensivas<sup>(5)</sup>.

No Brasil, o percentual de mortes diretamente relacionadas às doenças hipertensivas é relativamente baixo quando comparado aos óbitos por outras doenças cardiovasculares, tais como as doenças cerebrovasculares que correspondem a 27,6% e as doenças isquêmicas do coração que abrangem 30,6% do total de óbitos das Doenças do Aparelho Circulatório<sup>(5)</sup>.

Os dados de prevalência no país tendem a variar de acordo com a metodologia e a casuística utilizadas. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, 21,4% (IC 95% 20,8 - 22,0) dos adultos brasileiros auto-relataram HAS, enquanto, considerando as medidas de pressão arterial (PA) aferidas e uso de medicação anti-hipertensiva, o percentual de adultos com PA maior ou igual que 140 por 90 mmHg chegou a 32,3% (IC 95% 31,7- 33,0). Detectou-se que a prevalência de HAS foi maior entre homens, além de, como esperado, aumentar com a idade por todos os critérios, chegando a 71,7% para os indivíduos acima de 70 anos<sup>(6)</sup>.

Esses aspectos epidemiológicos reforçam a importância do diagnóstico precoce e da identificação de lesões subclínicas associadas à HAS, assim como o controle adequado da PA já nas fases iniciais da doença hipertensiva com o objetivo de diminuir ainda mais o risco cardiovascular<sup>(7)</sup>. A equação final torna o desafio do tratamento muito elevado, e a prevenção continua a ser a melhor opção em termos de custo-benefício. A abordagem adequada dos fatores de risco para o desenvolvimento da HAS deve ser o grande foco do SUS<sup>(6)</sup>.

Neste contexto, entende-se que nos serviços de atenção primária à saúde (APS) um dos problemas mais comuns que as equipes de saúde enfrentam é a HAS, pois, existem dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos dos usuários. Estudos apontam que em países com redes estruturadas de APS, 90% da população adulta consulta, pelo menos uma vez ao ano, seu médico de família<sup>(7)</sup>.

Torna-se necessário, repensar o processo saúde-doença, quanto aos seus determinantes e condicionantes, e a intervenção em toda a cadeia de produção de saúde, desde a promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação<sup>(8-11)</sup>.

Neste sentido, a linha do cuidado em hipertensão passa a ser desenhada também para fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com essa doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção, com foco na detecção precoce do diagnóstico e intervenção rápida para redução de agravos<sup>(5)</sup>.

O objetivo deste artigo é apresentar uma proposta de linha de cuidado da pessoa com HAS na rede de atenção à saúde de dois distritos de saúde da região sul de São Paulo.

## MÉTODO

### Desenho, período e cenário

A estratégia utilizada para a coleta de informações foi desenvolvida entre o segundo trimestre de 2021 e primeiro de 2022, com o objetivo de entender e aprimorar o cuidado sobre saúde da pessoa com hipertensão. O estudo foi norteado pela ferramenta de qualidade Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)<sup>(12)</sup>.

O cenário de estudo contemplou as relações da rede de atenção à saúde (RAS)<sup>(13-15)</sup> de dois distritos geopolíticos da periferia paulistana, em território de alta vulnerabilidade social, cujo índice de desenvolvimento humano (IDH) chega a 0,750 (3º pior IDH do ranking entre os 96 territórios da cidade) e a densidade demográfica a 21.937 Hab/Km<sup>2</sup> (3ª mais populosa da capital paulistana).

O território dos dois distritos conta com cerca de 604.772 pessoas adscritas, cuja ordenação do cuidado é realizada por 172 equipes de saúde da família distribuídas em 30 unidades básicas de saúde (UBS), que fazem a articulação da RAS com serviços de urgência e emergência, serviços de atenção especializada e serviços de alta complexidade hospitalar, além de triangulação do cuidado com outros equipamentos da atenção básica e sociais do território.

### Protocolo de Estudo

A proposição de uma linha de cuidados que pudesse contemplar as especificidades do território e a interface da RAS foi conduzida em cinco etapas.

A primeira etapa se deu mediante desdobramento dos processos de transformação nas relações territoriais, administrativas e de atividade técnica, deflagrados pela setorização dos serviços de saúde que apresentaram similaridade ou pertinência epidemiológica, com efeito de potencializar as ações de saúde que, se antes eram tratadas como “ilhas”, passaram a ser tratadas como “arquipélagos”.

A segunda etapa foi o levantamento de oportunidades de melhoria nos processos de cuidar dos dois distritos de saúde apresentados nos painéis de discussão com todos os integrantes da RAS. Esta etapa culminou com a necessidade de visitar o conceito de história natural das doenças e propor linhas de cuidados integrais para as necessidades de saúde mais prementes no território. Consideramos a residência do usuário e/ou território como parte do sistema de saúde, vinculado intimamente às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Já a terceira etapa contou com a realização de 14 reuniões técnicas formada por profissionais de diferentes áreas - equipe Multidisciplinar- (gerentes, enfermeiros, médicos, farmacêuticos, nutricionistas e dentistas) com o objetivo de alinhar conceitos e ideias, segundo o referencial teórico metodológico de Ludwik Fleck sobre 'Coletivo de Pensamento' e 'Estilo de Pensamento'<sup>(16)</sup>. O foco de se trabalhar nesses conceitos foi configurar uma comunidade de pessoas que trocassem mutuamente ideias ou estabelecessem uma interação intelectual e, por esta razão, pudessem desenvolver um estilo de pensamento coletivo que mantivesse sintonia com as necessidades de saúde do território.

Para subsidiar a abstração cognitiva dos fenômenos sobre esta linha de cuidados, a quarta etapa envolveu a leitura complementar de conteúdos sobre o tema, compilados durante o procedimento de busca controlada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), empregando os descritores (Hipertensão Arterial; Linha de Cuidado, e Hipertensão) pertinentes ao tema estudado. Artigos recomendados por especialistas também foram consultados.

Finalmente, na quinta etapa procedeu-se a enunciação dos níveis de atenção à saúde, ações e intervenções de saúde, itinerário do paciente e indicadores de mensuração dos pontos críticos da linha de cuidado, vislumbrando a proposição de protocolos gerenciáveis.

Por se tratar de comunicação científica metodológica não envolvendo seres humanos e aprovada pela Comissão Científica do CEJAM, dispensou-se submissão em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

**RESULTADOS**

Os resultados foram sintetizados em forma de figuras esquemáticas com efeito de disponibilizar uma representação panorâmica sobre os principais eventos que envolvem a história natural da HAS e a configuração da linha de cuidado.

A **Figura 1** apresenta uma visão abrangente sobre a história natural dos eventos sobre a saúde da pessoa com hipertensão.

Características	Período de Pré-patogênico		Período Patogênico		
			Horizonte Clínico		
	Prevenção primária		Fase Pré-clínica	Fase Clínica	Fase de Incapacidade
	Promoção à Saúde	Proteção Específica	Diagnóstico Precoce e Tratamento Imediato	Limitação do Dano	Prevenção Terciária Reabilitação
Ações de Saúde	Atenção Primária à Saúde		Atenção Especializada de Média Complexidade		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educação sanitária</li> <li>• Grupos Educativos</li> <li>• Hábitos saudáveis</li> <li>• Atividade Física</li> <li>• Controle do peso</li> <li>• Identificação de fatores de risco</li> <li>• Articulações com equipamentos do território</li> <li>• Saúde Mental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle de fatores de risco:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Obesidade</li> <li>✓ Tabagismo</li> <li>✓ Sedentarismo</li> <li>✓ Alcoolismo</li> <li>✓ Uso de Fármacos</li> <li>✓ Uso de Hormônios</li> <li>✓ Ansiedade</li> <li>✓ Hábitos Familiares</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilância sistemática dos níveis de:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pressão arterial</li> <li>✓ Glicemia</li> <li>✓ Hemoglobina Glicada</li> <li>✓ Sódio</li> <li>✓ Potássio</li> <li>✓ Ácido úrico</li> <li>✓ Colesterol e frações</li> <li>✓ Triglicerídeos</li> <li>✓ Creatinina</li> <li>✓ Urina I</li> <li>✓ Eletrocardiograma</li> <li>✓ Índice de Massa Corpórea (IMC)</li> <li>✓ Raio-X</li> <li>✓ Ecocardiograma</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamento de:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cardiopatias</li> <li>✓ Nefropatias</li> <li>✓ Oftalmopatias</li> <li>✓ Endocrinopatias</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo com incapacidades</li> <li>• Integração familiar ao tratamento</li> <li>• Estimular atividades da vida diária</li> </ul>

**Figura 1** - História natural dos eventos sobre saúde da pessoa com hipertensão, CEJAM, São Paulo, Brasil, 2022.

A perspectiva da linha de cuidado sobre saúde da pessoa com HAS, correlacionando níveis de atenção, ações de saúde, intervenções, itinerário do paciente e indicador de mensuração de pontos críticos pode ser conferida na **figura 2**.

Linha de cuidado sobre Hipertensão nas unidades do CEJAM				
Nível de Atenção	Ações de Saúde	Intervenções	Itinerário do Paciente	Indicador
Atenção Primária	Promoção	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saúde no domicílio</li> <li>- Estímulo para Alimentação Saudável</li> <li>- Estímulo para Atividade Física (PICS)</li> </ul>		Impacto não mensurável
	Prevenção	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamento para Tabagismo</li> <li>- Ações de Educação em Saúde</li> <li>- Controle de Peso</li> <li>- Redução Alcoolismo</li> <li>- Apoio à saúde mental</li> </ul>		Impacto não mensurável
	Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rastreamento com busca ativa de HAS</li> <li>- Classificação por escore de risco</li> </ul>		<b>1) Prevalência de Hipertensão Arterial no Território (fonte PEP).</b>
	Cuidado Continuado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta Médica e de Enfermagem</li> <li>- Consulta multiprofissional e matriciamento (nutri-Psico-Farma-Odonto-etc.)</li> <li>- Visita domiciliar e vigilância do ACS/ APA</li> <li>- Tratamento farmacológico segundo o estágio da doença</li> <li>- Tratamento não farmacológico</li> <li>- Exames Laboratoriais monitoramento</li> <li>- Exames de apoio diagnóstico (RX de tórax, ECG, Teste Ergométrico)</li> <li>- Classificação de risco</li> <li>- Atenção farmacêutica</li> <li>- Inclusão em programas governamentais</li> <li>- Dispensação de insumos e medicamentos</li> <li>- Controle pressão arterial</li> <li>- Prevenção de lesão em órgão alvo</li> </ul>		<b>2) Proporção de Hipertensos com Classificação de Risco Cardiovascular (fonte PEP)</b> <b>3) Proporção de Hipertensos com verificação de PA nos últimos 180 dias (fonte PEP).</b> <b>4) Proporção de pacientes hipertensos com uma ou mais condições clínicas subjacentes (diabetes, obesidade, hipercolesterolemia) (fonte PEP).</b>
Atenção Especializada de Média Complexidade	Tratamento Complementar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhamento para Cardiologista, Nefrologista, Endocrinologista Oftalmologista Angiologista segundo a oferta de serviços disponível na Rede de Atenção à Saúde disponível</li> </ul>	<b>5) Proporção de hipertensos encaminhados para avaliação cardiológica no serviços especializado de forma eletiva nos últimos 12 meses (fonte PEP).</b>	
Atenção Especializada de Alta Complexidade	Tratamento Agudo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhamento de situações agudas como risco alto</li> </ul>	<b>6) Proporção de pacientes hipertensos atendidos nos serviços de urgência e emergência devido à crise hipertensiva ou outra complicação relacionada à hipertensão (fonte PEP).</b>	

**Figura 2** - Perspectiva da linha de cuidado sobre saúde da pessoa com hipertensão, CEJAM, São Paulo, Brasil, 2022.

O plano operativo foi uma ferramenta norteadora para construção da linha de cuidado e pode ser visualizado no **Quadro 1**.

**Quadro 1** - Plano operativo para construção da linha de cuidado, CEJAM, São Paulo, Brasil, 2022.

What? (O quê?)	Why? (Por quê?)	Where? (Onde?)	Who (Quem?)	How (Como?)	When (Quando?)	
					Início	Fim
Estruturar a gestão do cuidado da pessoa com hipertensão	Para melhorar o controle da doença e reduzir os riscos à saúde	No território da equipe	Equipe de ESF Equipe Multiprofissional	Realizando o controle de fatores de risco, controle da PA, estratificação de risco, empregando atividades de cuidado continuado	2021	Continuado (medições trimestrais e semestrais)
Estabelecer a gestão dos processos sobre o cuidado da pessoa com hipertensão	Para que o cuidado seja realizado com eficiência e eficácia	No território da UBS	Gerente Enf. RT Médico RT	Realizar a configuração das agendas das equipes e sincronia multiprofissional para garantir o acompanhamento da pessoa com hipertensos		
Garantir a gestão por resultados	Para evitar mortalidade e internação por condições sensíveis à APS	No território de Jardim Ângela e Capão Redondo	Gerente Regional	Monitoramento sistemático de 6 indicadores de processo e resultado		

## DISCUSSÃO

### Promoção e Prevenção

As ações de promoção à saúde envolvem atuação intersectorial pactuada, visando o desencadeamento de ações articuladas em comunidades e grupos populacionais específicos, com vistas a promover comportamentos e estilos de vida saudáveis<sup>(17)</sup>.

A promoção e prevenção da HAS é uma construção realizada através do vínculo entre o paciente e a equipe de saúde. É necessário humanizar o atendimento, ofertando escuta qualificada, busca ativa de casos e atividades de saúde, considerando o grau de vulnerabilidade de cada indivíduo e respeitando os seus limites e preceitos.

Segundo Menezes et al<sup>(18)</sup>, a busca ativa mostra-se eficiente para reduzir a subnotificação de casos de HAS na população, onde o estudo aponta que a prevalência de HAS passou de 21% para 42,5%. Entre os indivíduos hipertensos, 73% sabiam ser portadores da doença e, destes, 95% faziam tratamento. Destaca-se a necessidade de intensificação da busca ativa para obtenção de diagnóstico e que está entre as ações estratégicas mínimas de responsabilidade dos municípios<sup>(19)</sup>.

O envolvimento do paciente na implantação do seu plano de cuidado é fundamental, e cabe à equipe motivá-lo a desenvolver suas capacidades e explorar seus potenciais em função de sua idade, estilo de vida, condições e exigências cotidianas, a fim de melhorar sua qualidade de vida<sup>(20)</sup>.

As ações educativas em saúde podem ser desenvolvidas com grupos de usuários, seus familiares e a comunidade, fortalecendo as atividades individuais.

A equipe deve usar todos os recursos disponíveis para orientação, educação e motivação, a fim de modificar hábitos de vida, detectar precocemente sintomas de risco e diminuir os fatores de risco cardiovascular.

A equipe de saúde deve motivar o usuário a realizar práticas saudáveis que auxiliem e minimizem o quadro hipertensivo. Além de interferir de forma positiva no controle dos fatores de risco cardiovascular, a adoção de um estilo de vida saudável, tem o potencial de melhorar a qualidade de vida das pessoas e não apenas reduzir a PA<sup>(21)</sup>.

É fundamental a oferta de avaliação nutricional para incentivar a alimentação saudável e redução do peso, inserindo um cardápio alimentar alternativo e avaliando as possibilidades

socioeconômicas sem perder o valor e as necessidades nutricionais. O serviço de saúde pode proporcionar ações que envolvam o preparo de alimentos de forma saudável e que seja de fácil acesso a todos os indivíduos<sup>(22)</sup>.

As práticas de atividades físicas devem ser incentivadas dentro do serviço de saúde e em domicílio, porém a avaliação é primordial para identificação dos limites e limitações do paciente, evitando danos e agravamento do quadro de saúde.

A Unidade de Saúde deve utilizar o apoio da comunidade, avaliando os ambientes propícios para o desenvolvimento de atividades no território em busca de incentivar a participação do indivíduo e família, bem como realizar a busca ativa de casos subnotificados.

O Serviço de Saúde deve trabalhar com os grupos de redução de danos para redução do uso de tabaco, álcool e outras drogas, visto que a utilização de químicos gera alteração metabólica interferindo no controle adequado da pressão arterial<sup>(23)</sup>.

É imprescindível instituir ações terapêuticas de caráter interdisciplinar, estimulando a participação de todos os membros da equipe de saúde, desenvolvendo e promovendo a criatividade de todos, fortalecendo o vínculo com o indivíduo em prol de identificar fatores de vulnerabilidade que impeçam a adesão ao plano terapêutico proposto<sup>(24)</sup>.

Embora definido no caderno de Atenção Básica e protocolos na literatura por diversas linhas de cuidado à Hipertensão, notamos dificuldade de impactos sustentáveis na população atendida, principalmente no cuidado que perpassa pela promoção e prevenção em saúde. Portanto, prospectamos que tal construção impacte de forma longitudinal e integral na qualidade de vida do indivíduo.

### Diagnóstico

O diagnóstico precoce impacta diretamente na qualidade de vida da pessoa e o controle da PA reduz o risco de complicações cardiovasculares como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais entre outros<sup>(22)</sup>. As medicações são de baixo custo e com dispensação gratuita pelo SUS e em farmácias populares. A partir dos 18 anos deve-se realizar a aferição de PA. A primeira aferição deverá ser realizada em ambos os braços e quando houver diferença nos valores, será considerado o de valor maior e este membro deverá ser a referência para as futuras aferições. Diferença de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as

pressões sistólica/diastólica<sup>(23)</sup>.

A periodicidade para aferição de PA varia de acordo com a média dos dois valores obtidos:

- Bianual, se PA menor que 120/80 mmHg;
- Anual, se PA entre 120-139/80 – 89 mmHg nas pessoas sem outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV)<sup>(24)</sup>.
- Em mais dois momentos um intervalo de 1-2 semanas, se PA maior ou igual a 140/90 mmHg ou PA entre 120-139/80 mmHg na presença de outros fatores de risco para doença cardiovascular.

A classificação da Pressão arterial é demonstrada no Quadro 2<sup>(22)</sup>:

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limitrofe	130 -139	85 -89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	>-180	>-110

**Quadro 2** - Classificação da PA, São Paulo, Brasil, 2022. (mmHg = milímetros de mercúrio; PAS = pressão arterial sistólica; PAD = pressão arterial diastólica)

Indivíduos com PA menor que 120/80 mmHg deverão verificar novamente a PA em até 2 anos, mantida, é considerado normotenso. Indivíduos com PA entre 130/85 mmHg são consideradas normotensas e deverão aferir anualmente<sup>(23)</sup>. Pacientes com Diabetes mellitus a aferição de PA deverá ser realizada em todas as consultas de rotina.

A PA entre 130/85 e 139/89 mmHg deverão ser avaliados se possuem outros fatores de risco para doenças cardiovasculares e será realizado a estratificação de risco cardiovascular. O diagnóstico de HAS é confirmado após três aferições iguais ou maiores a 140/90mmHg e deve ser iniciado o tratamento.

### Cuidado Continuado

Uma das grandes características da Estratégia em Saúde da Família é o princípio da longitudinalidade, ou seja, o acompanhamento contínuo e integral dos pacientes. Diante disso, destaca-se a função central do relacionamento de longo prazo entre equipe e usuários, na oferta do cuidado. O desenvolvimento dessa relação é primordial no alcance dos objetivos propostos na ESF. Neste sentido, emerge o conceito de Modelo de Saúde Centrado na Pessoa, capaz de estabelecer a conexão entre a ciência biomédica e a singularidade do indivíduo<sup>(25)</sup>.

Na realidade, este enfoque pressupõe a parceria entre os profissionais de saúde e os usuários, que conjuntamente, definem prioridades e metas, que devem ser inseridas em um plano de cuidados, a ser continuamente avaliado e revisado, de acordo com seus resultados<sup>(26)</sup>. Para a execução do plano, devem ser utilizados recursos das organizações de saúde e da comunidade<sup>(27-28)</sup>.

A melhoria da qualidade de vida das pessoas com condições crônicas requer a substituição de um sistema de atenção à saúde que responde aos eventos agudos e é essencialmente fragmentado, por outro sistema que possua um monitoramento regular dos pacientes, para que eles não fiquem abandonados e percam o seguimento, e que seja contínuo e focado na promoção e manutenção da saúde<sup>(29)</sup>.

A importância da consulta do cuidado continuado deve ser frisada constantemente pelos profissionais da saúde e agentes, pois com um bom acompanhamento e uma adequada frequência do paciente em suas consultas podemos minimizar várias complicações e hospitalizações evitáveis devido a hipertensão, já que é uma causa sensível à Atenção Primária<sup>(30-32)</sup>.

Dentre os fatores da organização de serviços, deve-se garantir o acesso na porta de entrada e na referência do paciente, realizar uma abordagem integral, continuada, responsável, instituindo linhas de cuidado adequadas a cada usuário<sup>(30-33)</sup>.

Os protocolos instituídos na atenção básica devem garantir a vinculação aos profissionais e serviços, conhecimento do paciente sobre a doença, seus fatores de risco e medidas implementadas, para a adesão à terapêutica instituída, incluindo adoção de estilos de vidas saudáveis, apoio familiar e da comunidade, enfim, o empoderamento dos usuários<sup>(30-34)</sup>.

### Atenção Complementar

É de fundamental importância manter um atendimento em Rede. A Atenção Primária assume o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora do sistema, sendo a porta de entrada prioritária da rede de atenção à saúde, onde atua no seguimento multidisciplinar e longitudinal do usuário, oferecendo um grande percentual de resolução, porém em casos mais complexos, a Atenção Especializada oferece tecnologias que permitem apoio à AB na elucidação diagnóstica, definição de condutas e manutenção dos tratamentos<sup>(33-34)</sup>.

Quando a pressão arterial se mostra refratária ao tratamento, tanto da equipe multidisciplinar, como medicamentoso (três drogas anti-hipertensivas com doses plenas), poderemos estar diante de um paciente com hipertensão resistente e/ou secundária e/ou com complicações; sendo assim o paciente deverá ser encaminhado à atenção especializada para avaliação: cardiologista, endocrinologista, nefrologista, angiologista ou oftalmologista<sup>(22)</sup>.

Para os casos de suspeitas de HAS secundária consideramos os seguintes critérios de encaminhamento ao especialista:

- Para os casos de suspeitas de HAS secundária consideramos os seguintes critérios de encaminhamento ao especialista:
- HAS de início súbito e lábil ou piora significativa da PA em pessoas previamente controladas e Lesão de órgão alvo;
- Automedicação frequente (anticoncepcionais, anorexígenos e estimulantes) ou uso de drogas ilícitas (cocaína) - APS;
- Presença de sintomas e sinais de: Doença Vascular Renal, Doença Renal Crônica, hipo/hipertireoidismo, apneia obstrutiva do sono, coartação da aorta, feocromocitoma ou Síndrome de Cushing;
- Ao diagnóstico, níveis baixos de K (potássio) na ausência de diuréticos, aumento da creatinina, diminuição da TFG (Taxa de filtração glomerular) < 60 ml/min, hematuria ou proteinúria na urinalise (excluir infecção urinária)<sup>(34)</sup>.

Em casos de elevação crítica da pressão arterial com quadro clínico grave, há necessidade de apoio da Rede de urgência e emergência, por isso devemos nos atentar aos sinais de:

- Alterações neurológicas ou subagudas (por exemplo: alteração do nível de consciência, confusão mental, déficits

focais);

- Complicações cardiovasculares iminentes (por exemplo: dor torácica, dispneia, estertoração pulmonar e hipoxemia);
- Alterações renais como: oligoanúria, hematúria e edema periférico;
- História de uso de drogas simpatomiméticas, como cocaína;
- HAS rebote após suspensão súbita de agentes anti-hipertensivos;
- Eclampsia;
- Período de pré e pós-operatório imediatos;
- Epistaxe severa e refratária a medidas convencionais;
- Suspeita de feocromocitoma (crises paroxísticas de cefaléia, sudorese e palpitações – apresentação clássica)<sup>(34)</sup>.

Para esses casos, temos na RAS, as unidades de Pronto Atendimento, onde o paciente será atendido, terá seu quadro estabilizado e deverá ser redirecionado à Atenção Primária para dar seguimento ao tratamento. Quando não é possível estabilizar o quadro, o paciente é transferido à rede hospitalar de referência.

### Indicadores

Os indicadores de qualidade são ferramentas importantes para orientar a política e o planejamento em saúde, e fornecem evidências que servem de base para tomada de decisões, desenvolvimento de programas e financiamento<sup>(34-37)</sup>.

Os dados obtidos através dos indicadores são úteis para avaliar o desempenho da APS, monitorar alterações ao longo do tempo e variações entre as regiões de saúde, e identificar oportunidades para melhorias na saúde e bem-estar da população<sup>(35)</sup>. Após revisão da evidência pelos profissionais envolvidos nesse trabalho, seis indicadores e quatro relatórios gerenciais de processos e resultados foram elencados com a finalidade de realizar a gestão do cuidado da pessoa com hipertensão e evitar a mortalidade e internações por condições sensíveis à APS. Sendo eles:

#### Indicadores

1. Proporção de hipertensos existentes em determinado território pelo número de hipertensos esperado para o mesmo território com base nas estimativas do VIGITEL (2019) 26,4% da população > 18 anos.
2. Proporção de hipertensos com classificação de risco pelo número de hipertensos existentes no mesmo território.
3. Proporção de hipertensos com uma verificação de pressão arterial (PA) nos últimos 180 dias pelo número de hipertensos no mesmo período e território.
4. Proporção de pacientes hipertensos com uma ou mais condições clínicas subjacentes (diabetes, obesidade, hipercolesterolemia).
5. Proporção de hipertensos encaminhados para avaliação cardiológica eletiva nos últimos 12 meses.
6. Proporção de pacientes hipertensos atendidos nos serviços de urgência e emergência devido à crise hipertensiva ou outra complicação relacionada à hipertensão.

#### Relatórios Gerenciais

##### Atenção Primária

1. Prevalência de óbitos por doenças do aparelho circulatório;

##### Atenção Secundária

1. Número de encaminhamentos da Atenção Especializada para a Cardiologia Terciária;
2. Alta Complexidade (RUE, Hospital)
3. Percentual de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada removidas da RUE para ambiente hospitalar;
4. Percentual de pacientes com crise hipertensiva encaminhada à UBS após estabilização na RUE.

### CONCLUSÃO

Apesar de, em geral, as linhas de cuidado ainda serem organizadas por doenças, é essencial que o paciente seja avaliado integralmente e o cuidado na APS não ocorra de forma fragmentada.

Considerou-se para tanto que a articulação em Rede entre todos os pontos de atenção à saúde da pessoa com hipertensão e o compartilhamento de saberes envolvendo equipe multiprofissional e gestores atuantes no território, contribuiu para a construção da linha de cuidado que otimiza os recursos disponíveis e possibilita a sua aplicabilidade pela compreensão das dificuldades e limitações existentes independente do território que for implantado.

### REFERÊNCIAS

1. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. World Health Day 2013. Geneva: World Health Organization; 2013.
3. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Brasília: Agosto, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/25-8-2021-mundo-tem-mais-700-milhoes-pessoas-com-hipertensao-nao-tratada#:~:text=25%20de%20agosto%20de%202021,pelo%20Imperial%20College%20London%20e>.
4. Mathers CD, Stevens GA, Boerma T, White RA, Tobias MI. Causes of international increases in older age life expectancy. *Lancet* 2015; 385(9967): 540-8.
5. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS/MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade SIM. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def/2017-CID 10-Capitulos I00-I99>; <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptuf.def>.
6. Barroso, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [online]. 2021, v. 116, n. 3 [Acessado 2 Março 2022] , pp. 516-658. Disponível em: <<https://doi.org/10.36660/abc.20201238>>. Epub 23 Abr 2021. ISSN 1678-4170. <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>.

7. Olsen MH, Angell S, Asmar S, Boutouyrie P, Burger D, Chirinos JA, et al. A call to action and a lifecourse strategy to address the global burden of raised blood pressure on current and future generations: The Lancet Commission on hypertension *Lancet*.2016;388(10060):2665-712.
8. MALTA, D.C. et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol. Serv. Saude*, v.18, n.1, p.79-86, 2009.
9. Whitlock, EP, Orleans, CT, Pender, N, Allan, J, 2002. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *American journal of preventive medicine*. 22 (4), 267–284. Epub 2002/05/04. doi: [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(02\)00415-4](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(02)00415-4).11988383.
10. Luciani, S, Agurto, I, Holder, R, Caixeta, R, & Hennis, AJ (2022). Integrated approach for noncommunicable disease management in the Americas. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 46, e154. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.154>.
11. Rohwer, A., Uwimana Nicol, J., Toews, I., Young, T., Bavuma, C. M., & Meerpohl, J. (2021). Effects of integrated models of care for diabetes and hypertension in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 11(7), e043705. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043705>.
12. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89(9):1245-1251. doi: <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000388>.
13. Mendes EVJC. As redes de atenção à saúde. *Saúde Coletiva*, 2010;15(5):2297-2305. 8.
14. Franco TB, Magalhães Júnior HMJO. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. 2003;2:125-135.
15. Araujo MCMH, Vanderlei LCM, Mendes MFM, Frias PG. O pensar e o agir de profissionais de saúde sobre a coordenação entre os níveis assistenciais da rede de atenção à saúde. *Saúde Coletiva*, 2021;26:3359-3370.
16. Barbosa L, Pereira Neto A. Ludwik Fleck (1896-1961) e a translação do conhecimento: considerações sobre a genealogia de um conceito. *Saúde Debate* 2017;41(esp):317-29. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S23>.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>.
18. Menezes TDC, Portes LA, Silva NCD. Prevalência, tratamento e controle da hipertensão arterial com método diferenciado de busca ativa. *Cadernos Saúde Coletiva*, 2020;28, 325-333. doi: 10.1590/1414-462X202028030357.
19. Sousa, LB, Souza, RKT, Scochi, MJ. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região Sul do Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [online]. 2006, v. 87, n. 4 [Acessado 16 Janeiro 2023], pp. 496-503. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0066-782X2006001700015>>. Epub 21 Nov 2006. ISSN 1678-4170. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2006001700015>.
20. São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. Linha de cuidado hipertensão arterial sistêmica: manejo na unidade de saúde / organizado por Fátima Palmeira Bombarda e Fabiana da Mota Peroni. -- 2 ed. -- São Paulo: SES/SP, 2018).
21. Souza WKB. Benefícios da atividade física na hipertensão arterial e orientações práticas. *Rev Bras Hiperten*, São Paulo (SP) 2004; 11(2):115-16.
22. 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 / Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
23. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 97, n. 3, p. 1-24, set. 2011. Suplemento 3.
24. CHOBANIAN, A. V et al. The Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
26. Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K, & Fahey T (2010). Self-monitoring and other non-pharmacological interventions to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 60(581), e476–e488. doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp10X544113>.
27. GOLDMEIER, S.; CASTRO, I. A teoria do autocuidado no manejo dos fatores de risco (obesidade, hipertensão e tabagismo) em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. *Revista AMRIGS*, v.49, n.3, p.149-154, 2005.
28. MENDES, E. V. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde-representação Brasil, 2012.
29. MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
30. Paulucci TD, Velasquez-Melendez G, Bernal RIT, Lana FF, Malta DC. Análise do cuidado dispensado a portadores de hipertensão arterial em Belo Horizonte, segundo inquérito telefônico. *Rev Bras Epidemiol* 2014; (Suppl): 227-40.
31. Dantas, RCO, Silva, JPTD., Dantas, DCO, & Roncalli, ÂG. Factors associated with hospital admissions due to hypertension. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 2018, 16(3), eAO4283. doi: 10.1590/S1679-45082018AO4283.
32. Borges PK de O, Schawb PM, Blanski CR, Floriano LSM, Lopes BG, Muller EV. Internações sensíveis à atenção primária e o cuidado na rede assistencial em saúde. *Rev Rene* [Internet].



- 2016;17(5):668-75. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/6199>.
33. Brasil. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes Operacionais da Atenção Especializada Ambulatorial/Hospital Dia Da Rede Hora Certa. Vol. 01 – 1ª edição 2016.
34. Cuidando de Todos: Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde no MSP: Protocolo Clínico Prático para o Tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) da Atenção Primária à Saúde (APS): Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus / [Organização, coordenação e compilação Suely Miya Shiraishi Rollemberg, Edmir Peralta Rollemberg; ilustração Instituto Tellus. -- 1. ed. -- São Paulo: Instituto Tellus, 2020.
35. Canadian Institute for Health Information (CIHI). Pan-Canadian Primary Health Care Indicators Update Report. 2012. Disponível em: [https://secure.cihi.ca/free\\_products/Pan-canadian\\_PHC\\_Indicator\\_Update\\_Report\\_en\\_web.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/Pan-canadian_PHC_Indicator_Update_Report_en_web.pdf).
36. SCALA, L.C.N. Emergências hipertensivas e uso de drogas ilícitas. Rev Bras Hipertens vol. 21(4):194-202, 2014. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881319/rbh-v21n4\\_194-202.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881319/rbh-v21n4_194-202.pdf).
37. JUNIOR, E.T. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. Metrópole e Saúde. Estud. Av. 30 (86). Jan-Apr 2016. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100007>.