

# PROTOCOLO MUNICIPAL DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

*Secretaria da  
Saúde*



**Prefeitura de  
SOROCABA**

CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA

**COMISSÃO DE ELABORAÇÃO**

**Dra Hellora Grillo Junqueira  
Núcleo de Políticas de Saúde**

**Dra Tatiana Gomila Linardi  
Rede de Saúde Pública**

**Dr José Manoel Amadio Guerrero  
Núcleo de Políticas de Saúde**

**Dr Alexandre Ascêncio  
Rede de Saúde Pública**

**Coordenação e Equipe de Cardiologia da Policlínica**

**Fabiana dos Santos Baptista  
Rede de Saúde Pública**

**Fabiana Campos de Almeida  
Rede de Saúde Pública**

**Vanderson Farley Brito dos Santos  
Rede de Saúde Pública**

**Vanessa Antunes Marciano  
Núcleo de Políticas de Saúde**

**Camila Cristina Galvan Costa  
Núcleo de Políticas de Saúde**

**Realizada Consulta Pública do dia 04/03/2022 até 04/04/2022**

## Índice

1. DEFINIÇÃO.....	4
2. PREVALÊNCIA.....	4
3. TRIAGEM.....	5
3.1. Aferições da PA.....	5
4. ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE.....	5
4.1. Pré e pós-consulta.....	6
5. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR PARA CÁLCULO DO RETORNO.....	8
6. CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	9
6.1. Sistematização da Assistência de Enfermagem.....	9
6.2. Roteiro para Primeira Consulta de Enfermagem.....	10
6.3. Atendimento de Enfermagem.....	11
7- ATENDIMENTO DA ODONTOLOGIA.....	12
8- SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES.....	13
8.1. Exames de exceção.....	14
9. TRATAMENTO.....	15
9.1. Mudança de hábitos.....	15
9.1.1. Orientações referentes a atividade física.....	15
9.2. Tratamento medicamentoso e encaminhamento ao especialista.....	17
10.METAS DE TRATAMENTO.....	18
11.CRISE / URGÊNCIA HIPERTENSIVA.....	19
12.REFERÊNCIAS.....	19
13. ANEXOS.....	20

**PROTOCOLO PARA ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO DE PACIENTE COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA**

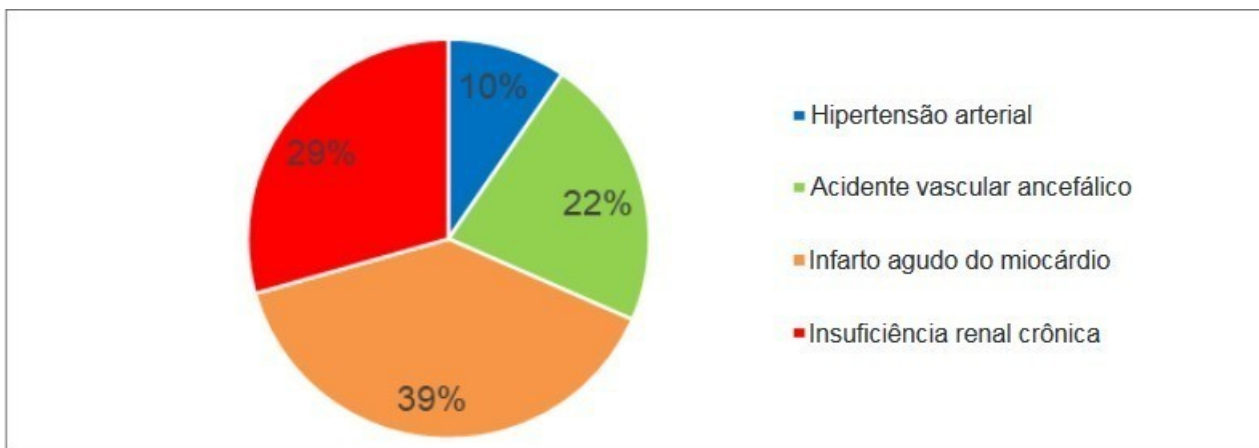
## 1. DEFINIÇÃO

Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, sustentadas, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (DIRETRIZES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2020).

## 2. PREVALÊNCIA

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Em torno de 65% dos indivíduos acima dos 60 anos apresentam HA, e deve-se considerar a transição epidemiológica que o Brasil vem sofrendo, com um número ainda maior de idosos ( $\geq 60$  anos) nas próximas décadas, o que acarretará um incremento substancial da prevalência de HA e de suas complicações. (MENNI C et al, 2013 E DIRETRIZES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2020).

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte, hospitalizações e atendimentos ambulatoriais em todo o mundo, inclusive em países em desenvolvimento como o Brasil (LANCET, 2017). Em 2017, dados completos e revisados do Datasus mostraram a ocorrência de 1.312.663 óbitos no total, com um percentual de 27,3% para as DCV. A HA estava associada em 45% destas mortes (DIRETRIZES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2020).



· Percentual de óbitos por hipertensão arterial, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e insuficiência renal crônica (Brasil, 2000).  
Fonte: Adaptado de Datasus/MS/SVS/CGIAE 2017.<sup>23</sup>

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020.

A partir de 115 mmHg de pressão sistólica (PS) e de 75 mmHg de pressão diastólica (PD), o risco para eventos cardiovasculares aumenta de forma constante, dobrando a cada 20 mmHg no primeiro caso e a

cada 10 mmHg no segundo caso (LEWINGTON et al., 2002; CHOBANIAN et al., 2003). Os valores de 140 mmHg para a PS e de 90 mmHg para a PD, empregados para diagnóstico de HAS, correspondem ao momento em que a duplicação de risco repercute de forma mais acentuada, pois já parte de riscos anteriores mais elevados (CHOBANIAN et al., 2003).

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020

### **3. TRIAGEM**

Pacientes acima ou de 40 anos, sem hipertensão diagnosticada, devem ter sua pressão arterial sistêmica aferida durante consultas de rotina e anotadas no prontuário, para identificação precoce de assintomáticos, evitando complicações como AVC ou IAM. Se o paciente apresentar PA maior ou igual a 140x90mmHg ou PA entre 130 – 139/80 – 89 mmHg na presença de outros fatores de risco para doença cardiovascular, deverá repetir aferição na unidade básica de saúde, três vezes por semana, em duas semanas. Em caso de persistência na média aritmética da PA (soma dos seis resultados, dividido por seis) maior ou igual a 140/90mmHg, deve ser agendado uma consulta no programa de HAS com prioridade. \*Obs: Caso exista a suspeita de Hipertensão do avental branco, solicitar ao paciente que realize três medidas, intervaladas em uma semana, no domicílio ou farmácia que se sinta confortável. Se algum paciente com idade menor do que 40 anos procurar a unidade por relato de PA elevada ou se apresentar algum fator de risco (Tabagista, obesidade, diabetes, AVC prévio, IAM prévio), verificar a PA na UBS. Caso esteja com a PA maior ou igual a 140x90mmHg ou PA entre 130 – 139/80 – 89 mmHg, realizar as 3 aferições por duas semanas e realizar o cálculo para avaliar se o paciente é realmente hipertenso. Ao ser enquadrado no diagnóstico de hipertensão, solicitar exames para excluir possível hipertensão secundária.

#### **Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos**

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

Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2010).

Nota: Quando as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

#### **3.1. Aferições da PA**

Realizar na própria unidade 2 vezes por semana em horário pré estabelecido pela unidade ou domicílio/farmácia, caso seja preferência do paciente.

### **4. ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE**

Criar agendas médicas de atendimento direcionadas para os pacientes do programa de hipertensão ou

hipertensão e diabetes. Para distribuir o quantitativo de vagas específicas para este grupo, o coordenador da unidade deverá levantar o número de pacientes com tal comorbidade cadastrados no PEC (através do relatório do SISWEB- Usuários por Grupo de Atendimento- códigos 279, 280 e 281), calculando a porcentagem desse grupo sobre sua população total, levantar o total de horas médicas disponíveis e assim, distribuir os pacientes nas agendas médicas, a fim de absorver essa demanda. Neste caso, a agenda deve ser elaborada com três pacientes a cada hora de atendimento.

O ideal, é que o mesmo profissional seja responsável pelo cuidado do paciente, para obter-se continuidade do processo de cuidar, salvo situações de troca/saída do profissional ou afastamento longo.

Deverá ser realizado ao menos 2 atendimentos em grupo, por mês, pelos profissionais médicos da unidade. Esta ação visa otimizar as vagas para os programáticos, sendo assim, deverão ser convocados pacientes que estejam em situação clínica estável, para que recebam orientação médica coletiva e realizem troca de receitas.

#### **4.1. Pré e pós-consulta**

Para organizar o funcionamento do Programa de Saúde do Adulto nas Unidades, é importante estabelecer processos de trabalho internos que possibilitem o acompanhamento dos pacientes do território. Como sugestão, poderá ser realizado controle dos pacientes através de planilhas, fichas- espelho ou mesmo controle de agenda pregressa, para busca ativa de faltosos. Dessa forma, um espaço para atender particularmente esse público pode facilitar essa construção.

Durante a pré-consulta, o funcionário deverá verificar como está o acompanhamento deste paciente (se está faltoso ou não), se há exames que necessitam ser impressos, se alguma conduta deve ser tomada antecedendo a consulta (por exemplo, medidas antropométricas, aferição de sinais vitais).

Durante a pós consulta, o funcionário deverá agendar um retorno para o acompanhamento, de acordo com a classificação de risco, para o profissional indicado (CM, CE, OMC). Se houver novas solicitações de exames, realizará o agendamento, para uma data minimamente próxima ao retorno, bem como recolherá guias de encaminhamento, seguindo o fluxo da unidade. É necessário aproveitar esse momento para reforçar os fluxos com o paciente, que, salvo exceções que necessitam de novas intervenções, poderá retornar nas datas agendadas, pois terá seu atendimento garantido.

Lançamento do atendimento no sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)

De acordo com a Instrução Normativa SES Nº 7, de 02 de março de 2022, é obrigatória a utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão por todos os membros da equipe. Dessa forma, todos os atendimentos deverão ser registrados no PEC.

Ainda, levando em consideração as metas e indicadores pactuados pelo Ministério da Saúde e pelo Plano Municipal de Saúde, descrevemos abaixo o detalhamento do lançamento para o indicador relacionado à HAS:

\*INDICADOR 07: Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre . Profissional que realiza o registro: médico e enfermeiro



Registro no SOAP (ícone do bonequinho)

- Subjetivo – Porque o usuário procurou a unidade

Opcional inserir o CIAP do atendimento: K86 Hipertensão sem complicação / K87 Hipertensão com complicação / W81 Toxemia Gravídica

-Clicar em adicionar (+)

- Objetivo – Como está o usuário

Inserir dados antropométricos – ANOTAR O VALOR DA PRESSÃO ARTERIAL AFERIDA no campo determinado para tal (indispensável para o indicador)

- Avaliação – Descrever o exame físico, relatos do usuário. Neste campo, o profissional enfermeiro deve realizar o SAE.

Inserir o CIAP2 ou CID:

**CIAP2:** K86; K87; W81

**CID10:** I10, I11, I110, I119, I12, I120, I129, I13, I130, I131, I132, I139, I15, I150, I151, I152, I158, I159, I270, I272, O10, O100, O101, O102, O103, O104 e O109

Clicar em adicionar (+)

- Plano – Conduta tomada para a situação

Intervenção/Procedimento (não obrigatório) – Só preencher se for realizada alguma intervenção ou procedimento durante o atendimento.

- No campo de Exames: clicar no ícone na coluna de solicitados, para todos os exames pedidos. Caso não apareça na listagem, poderá ser solicitado no campo “Outro SIA”, através de número de SIGTAP ou “Grupo de exames”.

Neste campo também será adicionado o resultado dos exames, caso haja. Deverá ser selecionado os campos solicitado/avaliado, então, clicar no ícone de lápis e inserir o resultado.

- Clicar em adicionar (+)

Problemas e condições: Inserir caso tenha algum outro problema de saúde associado, ex: DM. Em seguida, finalizar atendimento:

- Adicionar o tipo de atendimento: (1) consulta agendada ou (3) consulta no dia;
- Local de atendimento – (1) UBS ou (4) Domicilio
- Procedimentos: Excluir o que não foi realizado
- Racionalidade em Saúde (não é obrigatório)
- Desfecho do Atendimento - Liberado

SIM/ NÃO Clicar em SALVAR (ícone que aparece em cima da tela).

## 5. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR PARA CÁLCULO DO RETORNO

A estratificação tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos.

### Achados do exame clínico e anamnese indicativos de risco para DCV.

Baixo risco/Intermediário	Alto risco
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabagismo</li> <li>• Hipertensão</li> <li>• Obesidade</li> <li>• Sedentarismo</li> <li>• Sexo masculino</li> <li>• História familiar de evento cardiovascular prematuro (homens &lt;55 anos e mulheres &lt;65 anos)</li> <li>• Idade &gt;65 anos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acidente vascular cerebral (AVC) prévio</li> <li>• Infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio</li> <li>• Lesão periférica – Lesão de órgão-alvo (LOA)</li> <li>• Ataque isquêmico transitório (AIT)</li> <li>• Hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE)</li> <li>• Nefropatia</li> <li>• Retinopatia</li> <li>• Aneurisma de aorta abdominal</li> <li>• Estenose de carótida sintomática</li> <li>• Diabetes mellitus</li> </ul>

Fonte: (BRASIL, 2010).

**RCV BAIXO:** Um fator de baixo risco/intermediário – Retorno ANUAL: Apenas renovação da receita em 6 meses. Caso o médico prefira reavaliar o paciente para renovação da receita, será realizada nova consulta, bem como nos casos, os quais, o paciente apresentar alteração no quadro clínico, podendo também ser antecipado o retorno, à critério clínico.

**RCV INTERMEDIÁRIO:** Dois fatores de risco baixo/intermediário ou mais - Retorno em 6 meses com controle pressórico preenchido no mês antecedente a consulta de retorno. Se houver controle pressórico, retorno em 6 meses para avaliação breve das queixas atuais e atualização da receita, se não houver controle



dos níveis pressóricos, retorno em 3 meses com novo controle de PA preenchido por 1 mês antecedente a consulta para reavaliação. Caso os altos níveis pressóricos persistam, deverá ser realizada nova tentativa de otimizar a medicação e mudanças de hábito, até que o paciente alcance o uso máximo de 4 antihipertensivos. Neste caso, deverá ser posteriormente encaminhado ao especialista. Os exames complementares deverão ser realizados anualmente quando PA controlada e semestralmente quando PA sem controle, seguindo parametrização da solicitação dos exames. À critério clínico, agendar retorno brevemente.

**RCV ALTO:** Um fator de alto risco – Retorno em 3 meses com controle da PA preenchido durante 1 mês antecedente a consulta. Se alcançar níveis pressóricos adequados, retorno em 6 meses para renovação da receita e, com novo controle preenchido de PA, realizado um mês antes da consulta. Se a meta pressórica não for atingida, atualizar receita conforme necessidade e retorno em 3 meses para nova avaliação com novo controle preenchido de PA, realizado um mês antes da consulta. Caso os altos níveis pressóricos persistam, deverá ser realizada nova tentativa de otimizar a medicação e mudanças de hábito, até que o paciente alcance o uso máximo de 4 antihipertensivos, devendo-se posteriormente encaminhar ao especialista. Os exames complementares deverão ser realizados anualmente quando PA controlada e semestralmente quando PA sem controle, seguindo parametrização da solicitação dos exames. À critério clínico, agendar retorno brevemente

## **6. CONSULTA DE ENFERMAGEM**

A consulta de Enfermagem é uma atividade independente e privativa do Enfermeiro, tendo como objetivo a melhoria da qualidade de vida, por meio de uma abordagem contextualizada e participativa. Essa é respaldada por ferramentas legais que orientam uma prática ética e segura. Deve estar focada na avaliação de forma integral, analisando aspectos biopsicossociais do indivíduo, ofertada através de agendamento ou por demanda espontânea, na unidade de saúde, domicílio ou em outros espaços do território.

Durante a consulta de enfermagem voltada para acompanhamento de Hipertensos, o enfermeiro realizará a anamnese e exame físico, diagnóstico e prescrição de enfermagem, estratificação de risco cardiovascular e solicitação de exames complementares.

### **6.1. Sistematização da Assistência de Enfermagem**

Primando pela melhoria do atendimento à população no campo da saúde pública, o enfermeiro, enquanto agente de transformação social, busca organização e operacionalização do seu processo de trabalho a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), determinada pela resolução COFEN 358/2009.

Durante a consulta de enfermagem deve ser realizada a SAE, o qual é um instrumento norteador para que o profissional enfermeiro possa fazer o planejamento das ações frente ao usuário. Para tal utiliza-se como ferramenta a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Pública (CIPESC).

## **6.2. Roteiro para Primeira Consulta de Enfermagem**

Realizar a coleta de dados / entrevista, abrangendo os seguintes aspectos:

Identificação: sexo, idade, raça, condição socioeconômica e profissão. Identificar o conhecimento sobre sua doença e os riscos que ela acarreta.

História atual e pregressa: duração conhecida de hipertensão arterial e níveis de pressão, adesão e reações adversas aos tratamentos prévios;

Queixas atuais: Sinais e sintomas sugestivos de lesão em órgão-alvo: tontura, cefaléia, alterações visuais, dor precordial, dispnéia, parestesia, parestesias, edema e lesões de membros inferiores;

Presença de lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares (DCV): Sintomas de doença arterial coronária; Sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca; Doenças vasculares encefálicas; Insuficiência vascular das extremidades; Doença renal; Gota; Diabetes Melito. Investigação sobre diversos aparelhos e fatores de risco: Dislipidemia; Tabagismo; Sobrepeso e obesidade; Doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC); Sedentarismo, investigação de uso de substâncias psicoativas e álcool (Drogas lícitas e ilícitas).

Antecedentes familiares: Acidente vascular encefálico; Doença arterial coronariana prematura (homens < 55 anos, mulheres < 65 anos); Morte prematura e súbita de familiares 1º. Grau.

Perfil psicossocial: fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, ansiedade e pânico, situação familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade.

Avaliação dietética: incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, gorduras saturadas e cafeína.

Uso de medicamentos (anticoncepcionais, corticosteroides, descongestionantes nasais, anti- hipertensivos, outros).

Atividade física e atividade sexual.

Prosseguir com a realização do exame físico, observando:

Peso, altura, estabelecer IMC, 3 medidas da pressão arterial e frequência respiratória. Na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, deve-se utilizar como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes. A posição recomendada para a medida da pressão arterial é a sentada. As medidas nas posições ortostática e supina devem ser feitas pelo menos na primeira avaliação em todos os indivíduos e em todas as avaliações em idosos, diabéticos, portadores de disautonomias, alcoolistas e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva.

Fácies que podem sugerir doença renal ou disfunção glandular (tireoide, suprarrenal e

hipófise). Avaliação dos olhos e da acuidade visual.

Ausculata cardíaca: frequência e ritmo cardíaco, atentar à possível presença de arritmias e sopros.

Ausculata pulmonar: frequência e possíveis estertores, roncos e sibilos .

Examinar no abdômen: presença de massas palpáveis e ruídos hidroaéreos.

Avaliação de eventual edema.

Estado neurológico.

Em seguida, diagnosticar as necessidades de cuidado, interpretando a estratificação de risco cardiovascular, tirando conclusões quanto às necessidades, problemas e preocupações da pessoa para direcionar o plano assistencial.

Ao planejar a assistência, é importante incluir orientações sobre:

1. A doença e o processo de envelhecimento;
2. Motivação para modificar hábitos de vida não saudáveis;
3. Percepção de presença de complicações;
4. Os medicamentos em uso (indicação, doses, horários, efeitos desejados e

colaterais); Neste momento, o enfermeiro poderá solicitar e avaliar os exames previstos no protocolo assistencial.

A implementação dos cuidados deverá ocorrer de acordo com as necessidades e grau de risco da pessoa e da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado, em cada consulta.

Nas consultas subsequentes, deverá ser avaliado a prática dos cuidados prescritos, se foram atingidas as metas estabelecidas e quais os resultados obtidos, conjuntamente com o usuário. Então , adequar, se necessário, os cuidados de enfermagem.

### **6.3. Atendimento de Enfermagem**

O profissional auxiliar/técnico de enfermagem sob supervisão do enfermeiro prestará assistência ao usuário com foco em realizar orientações baseadas na última prescrição de enfermagem, aferir a pressão arterial, peso, altura e circunferência de cintura e observar as dificuldades enfrentadas pelo cliente em tornar o tratamento efetivo. Se constatado alterações dos sinais vitais comunicar imediatamente o enfermeiro para avaliação e tomada de conduta.

Agendar e reagendar consultas de enfermagem e médicas, de acordo com classificação de risco já realizada.

## **7- ATENDIMENTO DA ODONTOLOGIA**

Na organização do acesso à atenção odontológica nas unidades de saúde para usuários com HAS, as Equipes de Saúde Bucal (eSB) devem buscar unificar a porta de entrada com a área Médico- Enfermagem, seja numa perspectiva de organizar ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de apropriação do território-família- comunidade, seja na oferta dos serviços clínico- assistenciais. Nesse sentido, o planejamento conjunto de ações e a organização das atividades programadas é uma importante via para a integração do trabalho e para o fortalecimento da equipe. As ações de saúde bucal devem estar integradas às demais ações de saúde da unidade e os profissionais capacitados para atuar de forma multiprofissional e interdisciplinar.

No atendimento odontológico dos usuários com HAS, as eSB devem colher a história clínica previamente, obtendo-se informações sobre as condições de saúde geral e as necessidades bucais do paciente, identificando o risco em saúde bucal e planejando o tratamento para que o mesmo seja realizado de forma resolutiva. Os pacientes devem ser acolhidos nas suas queixas principais, e terem os atendimentos eletivos organizados conforme a necessidade e com resolutividade

São considerações e cuidados clínicos odontológico para o usuário com HAS: realizar a monitorização dos níveis pressóricos antes dos procedimentos; evitar sessões longas e dolorosas, estresse e liberação de adrenalina endógena. Pacientes com indicação devem ser protegidos por profilaxia antibacteriana; avaliar sempre o risco/benefício do procedimento odontológico para o paciente, assim como se é o momento adequado para tal; pacientes cardiopatas devem ter todo e qualquer foco infeccioso bucal eliminado e/ou prevenido. Avaliar a existência de outras alterações sistêmicas associadas (cardiovasculares, diabetes, insuficiência renal, distúrbios da tireoide etc.). Avaliar a prescrição de benzodiazepínico como medicação pré-anestésica, para evitar o aumento da pressão arterial por condições emocionais

Com relação aos esquemas de intervenções odontológicas, orienta-se:

Pressão arterial sistêmica controlada: 140/90 mmHg e HAS leve: 140>160/90>105 mmHg. Poderão ser realizados os procedimentos dos grupos I, II, III, IV, V e VI, adotando conduta normal, utilizando-se ou não técnicas de sedação. A equipe de Saúde Bucal poderá realizar interconsulta com o médico clínico, caso julgue necessário. Pode ser submetido a procedimentos odontológicos de caráter eletivo ou de urgência.

Hipertensão arterial sistêmica moderada: 160>170/105>115 mmHg. Poderão ser realizados os procedimentos dos grupos I, II e III, adotando conduta normal e realizando interconsulta com o médico clínico. Os procedimentos III e IV poderão ser realizados adotando-se conduta normal, interconsulta com o médico clínico e, se necessário, sedação e monitorização suplementar. Para esses pacientes, estão contraindicados anestésicos locais com vasoconstritor adrenérgico. Nas urgências odontológicas, cuja intervenção não pode ser postergada, a conduta mais importante é o pronto alívio da dor, obtido por meio da

anestesia local adequada e remoção da causa.

Hipertensão arterial sistêmica grave: 170>190/115>125 mmHg. Poderão ser realizados os procedimentos do grupo I. Os demais procedimentos deverão ser adiados. Recomenda-se a realização de interconsulta com o médico clínico. Para esses pacientes, estão contraindicados anestésicos locais com vasoconstritor adrenérgico. No caso das urgências odontológicas, o atendimento deverá ser feito em ambiente hospitalar, após avaliação médica e redução da pressão arterial para níveis mais seguros.

Tipos de procedimentos odontológico:

I – Exame, radiografias, instrução de higiene bucal, modelos de estudo.

II – Restaurações simples, profilaxia supragengival.

III– Restaurações mais complexas, raspagem, alisamento e polimento radicular (subgengival), endodontia.

IV– Extrações simples, curetagem (gengivoplastia).

V– Extrações múltiplas, cirurgia com retalho ou gengivectomia, extração de dente incluso, apicectomia, colocação de implantes simples.

VI– Extrações de toda uma arcada ou boca inteira ou cirurgia com retalho, extração de dentes inclusos múltiplos, cirurgia ortognática, colocação de implantes múltiplos.

Alguns pacientes podem necessitar de atendimento em ambiente hospitalar, por apresentarem simultaneamente outras alterações sistêmicas que aumentam o risco de urgências médicas durante o atendimento odontológico, dentre elas: insuficiência cardíaca congestiva, arritmias cardíacas, história prévia de infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular encefálico e o diabetes mellitus com controle glicêmico inadequado. Esses aspectos precisam ser avaliados individualmente, de acordo com o quadro clínico do paciente.

A administração de medicamentos anti-hipertensivos para o controle de hipertensão arterial é uma competência médica. Portanto, o cirurgião-dentista não deve empregar tais medicamentos em seu consultório, na tentativa de controlar a pressão arterial do paciente e prosseguir com o tratamento odontológico, mesmo tratando-se de casos de urgência.

## **8- SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

ANUALMENTE: Pacientes com risco cardiovascular baixo ou, intermediário controlado ou ainda alto risco cardiovascular controlado (\*Obs: À critério clínico, se houver necessidade, os exames poderão ser solicitados brevemente). Realizar anualmente o eletrocardiograma.

SEMESTRALMENTE: Pacientes com riscos cardiovasculares intermediário ou alto sem controle (\*Obs: À critério clínico, se houver necessidade, os exames poderão ser solicitados brevemente).

**Rotina complementar mínima para pessoa com HAS.**

- Eletrocardiograma;
- Dosagem de glicose;
- Dosagem de colesterol total;
- Dosagem de colesterol HDL;
- Dosagem de triglicerídeos;
- Cálculo do LDL = Colesterol total - HDL- colesterol - (Triglicerídeos/5);
- Dosagem de creatinina;
- Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1);
- Dosagem de potássio;
- Ácido Úrico

Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020

**8.1. Exames de exceção**

Outros exames complementares poderão ser solicitados conforme a apresentação clínica.

- Radiografia de tórax: Suspeita de insuficiência cardíaca ou suspeita de doença pulmonar associada (Ex: DPOC);
- Ecocardiograma: é mais sensível que o eletrocardiograma quanto ao diagnóstico de hipertrofia do ventrículo esquerdo (HVE) e agrega valores na avaliação de formas geométricas de hipertrofia e tamanho do átrio esquerdo, nas funções sistólica e diastólica. Poderá ser solicitado pelo médico da unidade quando o paciente apresentar as duas seguintes condições:
  - Houver indícios de hipertrofia do ventrículo esquerdo (HVE) no eletrocardiograma;
  - Pacientes com suspeita clínica de insuficiência cardíaca;

\*Obs: O médico solicitante do ecocardiograma deve anotar os achados do eletrocardiograma e as alterações no exame físico na solicitação do exame.

- Hemoglobina glicada (HbA1c): indicada quando a glicemia de jejum for maior que 99 mg/dL, na presença de história familiar ou de diagnóstico prévio de DM2 e obesidade;
- Albuminúria ou relação proteinúria/creatininúria ou albuminúria/creatininúria: exame útil para os hipertensos diabéticos, com síndrome metabólica ou com dois ou mais fatores de

risco, pois mostrou prever eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

- TSH e T4 livre.

## 9. TRATAMENTO

### 9.1. Mudança de hábitos

A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (DIRETRIZES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL,2020).

#### Modificações de estilo de vida para manejo da HAS.

Modificação	Recomendação	Redução da PA em mmHg
Redução de peso	Manter IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m <sup>2</sup> .	5 a 20
Alimentação saudável	Rica em frutas e vegetais. Pobre em gordura total e saturada.	8 a 14
Atividade física	Atividade aeróbica, por 30 minutos pelo menos, na maioria dos dias da semana.	4 a 9
Moderação no consumo de álcool	É aconselhável evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Quando não for possível, recomenda-se que consumo de álcool não ultrapasse 30ml de etanol/dia (90ml de destilados, ou 300ml de vinho ou 720ml de cerveja), para homens e, 15ml de etanol/dia para mulheres e indivíduos de baixo peso.	2 a 4

Fonte: (Adaptado de VII Joint CHOBANIAN et al., 2003).

#### 9.1.1. Orientações referentes a atividade física

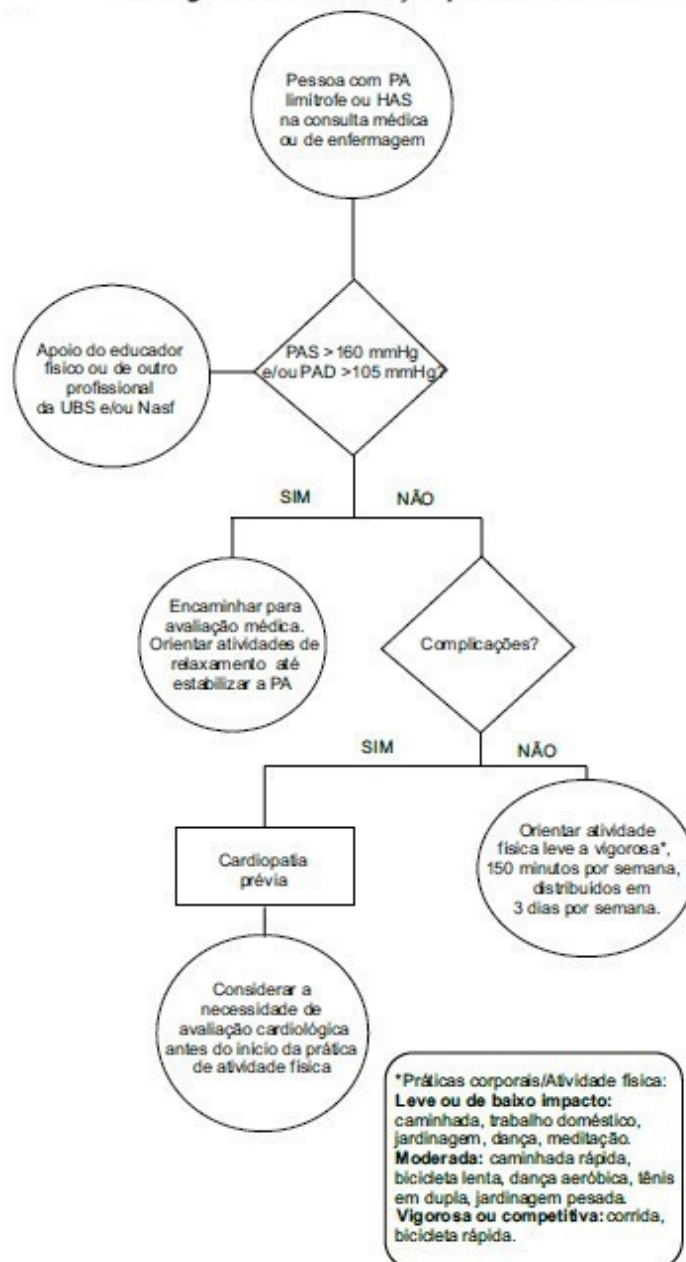
Pacientes com PA superior a 160 ou 105 mmHg: realizar atividades leves e de relaxamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

- Exercício aeróbico: Sugerir atividades como caminhadas, dança, ciclismo, natação e corrida. O início deve ser gradativo, respeitando o limite fisiológico individual. A frequência

recomendada é de 3 a 5 vezes por semana, pelo menos 30 minutos por dia, com o grau de intensidade de acordo com a adaptação fisiológica do indivíduo (BASTER; BASTER-BROOKS, 2005).

- Exercício anaeróbico: Sugerir atividades como: musculação, saltos, abdominais, flexões e agachamentos. O início deve ser gradativo, respeitando o limite fisiológico individual. A frequência recomendada é de 3 a 5 vezes por semana, de acordo com a intensidade e tipo de atividade realizada.

**Fluxograma de orientação para a atividade física**



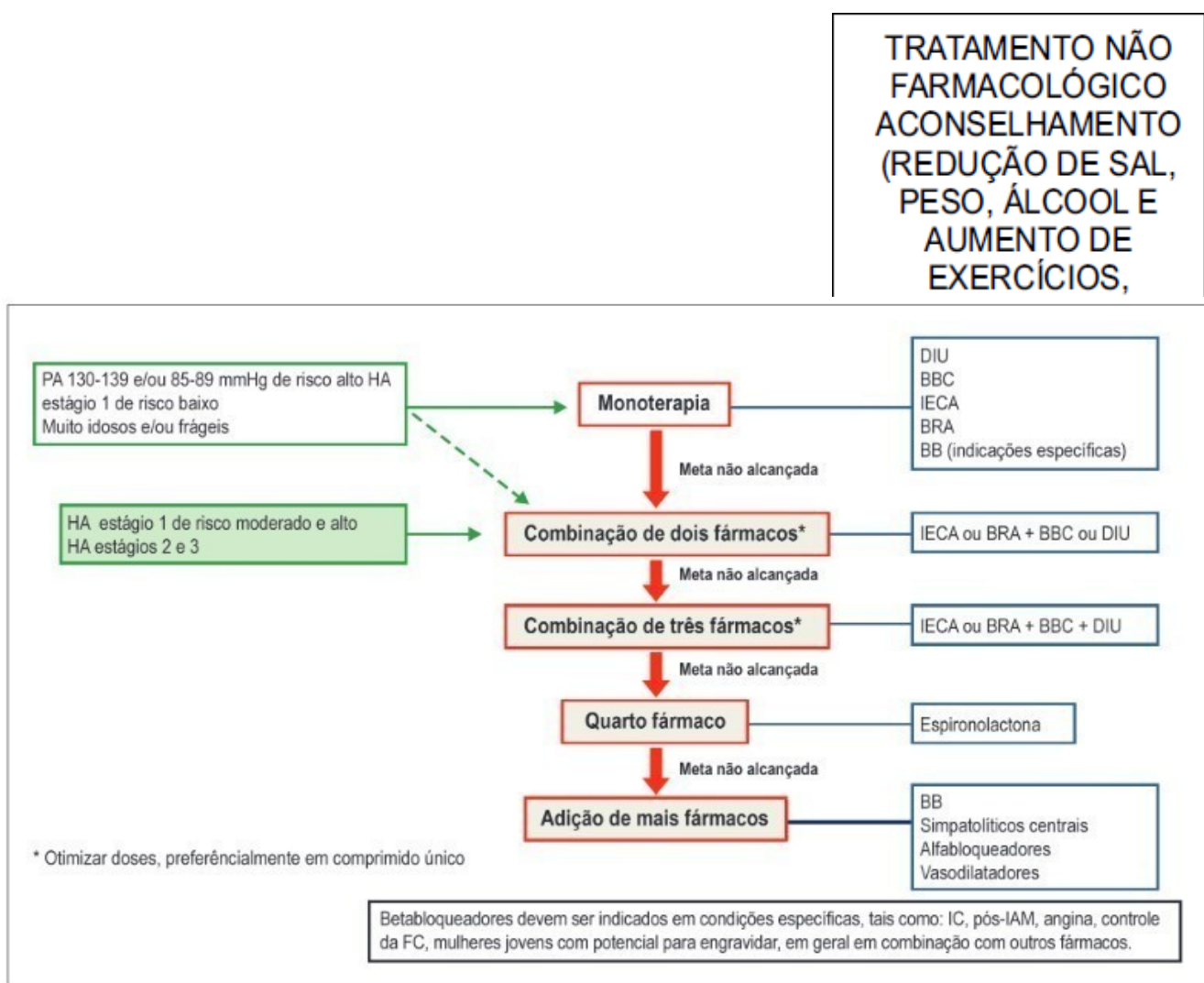
Fonte: (Adaptado de CURITIBA, 2010).



## 9.2. Tratamento medicamentoso e encaminhamento ao especialista

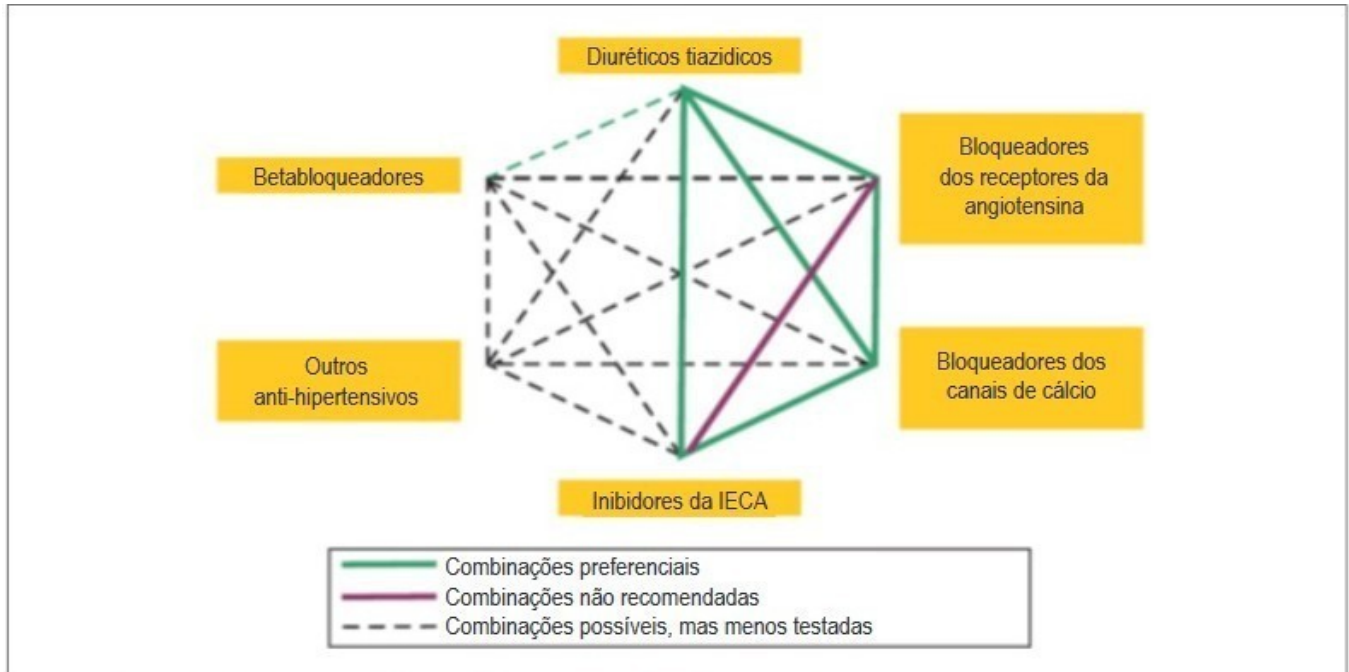
Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos (BRASIL, 2010). Pessoas com alto risco cardiovascular ou níveis pressóricos no estágio 2 (PA  $\geq$  160/100mmHg) beneficiam-se de tratamento medicamentoso desde o diagnóstico para atingir a meta pressórica, além da mudança de estilo de vida (BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2008). Pacientes sob tratamento com três anti-hipertensivos em doses adequadas, incluindo um diurético, com adesão conferida e sem pressão controlada, têm hipertensão resistente. Pacientes que atingem o uso de quatro anti-hipertensivos devem ser encaminhados ao especialista para avaliação.

\*\*Obs: Pacientes idosos com mais de 80 anos sem diagnóstico prévio de hipertensão, utilizar como limite para início da terapia farmacológica PAS  $\geq$  160 mmHg .



*Fluxograma de tratamento medicamentoso.*

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020



Esquema preferencial de associações de medicamentos, de acordo com mecanismos de ação e sinergia.  
Fonte: Malachias et al., 2016.<sup>154</sup>

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020

## 10. METAS DE TRATAMENTO

### Metas pressóricas gerais a serem obtidas com o tratamento anti-hipertensivo

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

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

Condição global	PAS de consultório		PAD de consultório	
	Limiar de tratamento	Meta pressórica	Limiar de tratamento	Meta
Hígidos	≥140	130-139	≥90	70-79
Idosos frágeis	≥160	140-149	≥90	70-79

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020

\*Obs: Em portadores com DM ou com doença arterial coronária: PAS entre 130-120 mmHg (NÃO abaixo de PAS 120 e PAD 70 mmHg).

---> Se a meta não for atingida com mais de 4 anti-hipertensivos associados, ENCAMINHAR paciente ao especialista.

## **11. CRISE / URGÊNCIA HIPERTENSIVA**

A elevação crítica da pressão arterial, em geral pressão arterial diastólica  $\geq 120$  mmHg, porém com estabilidade clínica, sem comprometimento de órgãos-alvo, caracteriza o que se convencionou definir como urgência hipertensiva (UH). Encaminhar paciente para UPH com remoção, guia de referência preenchida e sinais vitais preenchidos, após primeiro atendimento na unidade.

Pacientes que durante a triagem apresentarem PD maior ou igual a 100 mmHg com sintomatologia, devem ser encaminhados para a UPH de referência após primeiro atendimento na unidade, portando guia de referência devidamente preenchida para avaliação e conduta. Deverá ser solicitada remoção via SAMU. Neste caso, o paciente, antes da transferência, deverá ter sua consulta de retorno agendada para a data mais breve possível para reavaliação clínica e, se necessário ajuste farmacológico. Orientar o paciente a preencher a tabela de controle de PA, pelo tempo possível antes da consulta agendada, realizado ao menos 3 vezes por semana na própria unidade.

Pacientes que durante a triagem apresentarem PD maior ou igual a 100 mmHg sem sintomatologia, poderão ser medicados na própria unidade viabilizando realização de ECG. De acordo com a evolução clínica, o paciente poderá receber alta (após ajuste medicamentoso e agendamento de retorno) ou ser encaminhado à unidade de Pronto Atendimento, portando guia de transferência devidamente preenchida, e com sinais vitais e medicação utilizada na unidade anotados, cópia do ECG se tiver sido realizado. Se o médico avaliar necessidade de remoção, acionará a transferência.

Pacientes que durante a triagem apresentarem PD maior ou igual a 120 mmHg com ou sem sintomatologia, devem ser encaminhados para a UPH de referência para avaliação e conduta com remoção, guia de referência para transferência devidamente preenchida e sinais vitais anotados na ficha. Tal paciente, antes da transferência, deve ter sua consulta de retorno agendada para o mais breve possível para avaliação clínica e se for o caso avaliação da necessidade de ajuste farmacológico. Orientar o paciente a preencher a tabela de controle de PA, pelo tempo possível antes da consulta agendada, realizado ao menos 3 vezes por semana na própria unidade.

## **12. REFERÊNCIAS**

- 1- 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016.
- 2- Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2020, Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (DHA-SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) - Arq Bras Cardiol. 2020; [online].ahead print, PP.0-0.
- 3- Caderno de atenção básica nº37 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica- Hipertensão arterial sistêmica, Ministério da Saúde, Brasília-DF 2013.

### **13. ANEXOS**

- Fluxograma de Rastreamento na HAS
- Fluxograma de Retorno na HAS
- Modelo de Cartão para Pacientes com Doenças Crônicas