

CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS

FERNANDA LOURENÇO ARAÚJO

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NO MANEJO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM ADULTOS**

Paracatu

2021

FERNANDA LOURENÇO ARAÚJO

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NO MANEJO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA EM ADULTOS**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde do Adulto

Orientadora: Prof.^a Esp. Giovanna da Cunha Garibaldi de Andrade

Paracatu

2021

FERNANDA LOURENÇO ARAÚJO

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NO MANEJO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA EM ADULTOS**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde do Adulto

Orientadora: Prof.^a Esp. Giovanna da Cunha Garibaldi de Andrade

Banca Examinadora:

Paracatu – MG, _____ de _____ de _____.

Prof.^a Esp. Giovanna da Cunha Garibaldi de Andrade
Centro Universitário Atenas

Prof.^a Esp. Francielle Alves Marra
Centro Universitário Atenas

Prof.^a Esp. Leilane Mendes Garcia
Centro Universitário Atenas

Dedico este trabalho aos meus pais Maura e Carlos, que são minha fonte de inspiração e o motivo para que eu nunca desista dos meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelas inúmeras bênçãos concedidas em minha vida e principalmente, no decorrer da minha graduação.

Agradeço aos meus pais, Maura e Carlos, por todo o cuidado e apoio, por serem meus grandes exemplos de vida.

Agradeço ao meu marido Willian, por todo o companheirismo e dedicação.

Agradeço aos meus irmãos Andréia, Matheus e Kamila, pois sei que posso contar com vocês sempre que eu precisar.

Agradeço à minha orientadora Giovanna da Cunha Garibaldi de Andrade, por todo o suporte e esclarecimentos fornecidos não só durante a elaboração deste trabalho, mas também, nas outras disciplinas ministradas durante o curso.

A todos vocês e àqueles que de certa forma contribuíram para a elaboração deste trabalho, minha eterna gratidão!

“A felicidade é como a saúde: se não sentes falta dela, significa que ela existe.”

Ivan Turgueniev

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível, multifatorial, caracterizada pela sustentação de níveis pressóricos elevados, ou seja, pressão arterial maior ou igual a 140/90 mmHg. É considerada o principal fator de risco para doenças cardiovasculares, que são a causa mais comum de óbito no país e no mundo. Por ser uma patologia assintomática, em muitos casos, sua existência só é percebida quando algum órgão-alvo já foi prejudicado. Essa ausência de sintomas também contribui para a não adesão e o abandono ao tratamento pelos pacientes hipertensos. Diante disso, este estudo objetivou abordar estratégias que o enfermeiro pode desenvolver para diminuir a baixa adesão e o abandono ao tratamento da HAS a fim de reduzir as possíveis complicações associadas a essa doença de base. Os dados coletados foram obtidos através de revisão bibliográfica, utilizando-se artigos científicos e sites confiáveis. Observou-se que o enfermeiro tem papel fundamental na promoção da saúde de adultos hipertensos, intervindo nos fatores de risco passíveis de modificação, além de envolver os familiares nessas ações. A utilização de estratégias lúdicas, realização de grupos operativos, visitas domiciliares, são de grande importância para se alcançar melhor controle da pressão arterial e adesão aos métodos propostos e conseqüentemente, diminuir as chances de se evoluírem as comorbidades associadas à hipertensão.

Palavras-chave: Hipertensão. Enfermeiro. Complicações.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is a chronic, non-transmissible, multifactorial disease, characterized by the maintenance of high blood pressure levels, that is, blood pressure greater than or equal to 140/90 mmHg. It is considered the main risk factor for cardiovascular diseases, which are the most common cause of death in the country and in the world. Because it is an asymptomatic pathology, in many cases, its existence is only noticed when some target organ has already been harmed. This absence of symptoms also contributes to non-adherence and abandonment of treatment by hypertensive patients. Therefore, this study aimed to address strategies that nurses can develop to decrease low adherence and abandonment of SAH treatment in order to reduce the possible complications associated with this underlying disease. The collected data were obtained through bibliographic review, using scientific articles and reliable websites. It was observed that nurses have a fundamental role in promoting the health of hypertensive adults, intervening in risk factors that can be modified, in addition to involving family members in these actions. The use of playful strategies, conducting operative groups, home visits, are of great importance to achieve better control of blood pressure and adherence to the proposed methods and, consequently, reduce the chances of developing the comorbidities associated with hypertension.

Keywords: Hypertension. Nurse. Complications.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Etapas para a realização da medida da pressão arterial

20

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade, 2020

21

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AMPA	Automedida da Pressão Arterial
AVE	Acidente Vascular Encefálico
AVEH	Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico
AVEI	Acidente Vascular Encefálico Isquêmico
DAC	Doença Arterial Crônica
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DCV	Doenças Cardiovasculares
DRC	Doença Renal Crônica
EAP	Equipes de Atenção Primária
FA	Fibrilação Atrial
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Insuficiência Cardíaca
IMC	Índice de Massa Corporal
MAPA	Medida Ambulatorial da Pressão Arterial
MRPA	Medida Residencial da Pressão Arterial
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SIM	Sistema de Informações Sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	14
1.2 HIPÓTESES	14
1.3 OBJETIVOS	15
1.3.1 OBJETIVO GERAL	15
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	15
1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO	16
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO	17
2 DEFINIÇÃO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E SEU PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	17
3 FATORES DE RISCO E AS POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	23
4 AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO NO INTUITO DE MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO E REDUZIR AS COMPLICAÇÕES DA HAS	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) definida como a elevação da pressão arterial (PA), sendo caracterizada por pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos adultos sem uso de anti-hipertensivo (BARROSO, WKS; RODRIGUES, CIS; BORTOLOTTI, LA. *et. al*, 2020).

Trata-se de um quadro sindrômico, o qual provoca modificações hemodinâmicas, tróficas e metabólicas. E o grande problema da hipertensão é que, na maioria dos casos, ela não manifesta sintomas, e somente é percebida quando algum órgão já tem seu funcionamento comprometido (MENEZES *et. al*, 2010).

A HAS é considerada atualmente o principal fator de risco para doenças cardiovasculares (DCV), causa mais comum de óbito no país e no mundo. Está associada a outras doenças como dislipidemias e o diabetes tipo 2 que também potencializam o risco para eventos cardiovasculares (JARDIM *et. al*, 2016).

A HAS também está relacionada a lesões em órgãos-alvo como coração, rins e cérebro. No coração leva a doença arterial crônica (DAC), insuficiência cardíaca (IC), hipertrofia ventricular, fibrilação atrial (FA) e morte súbita. No sistema nervoso central pode ser a causa de acidente vascular encefálico (AVE) e demência. Nos rins, pode desencadear doença renal crônica (DRC), além de aumentar a progressividade da aterosclerose em diversas partes do corpo (BARROSO, WKS; RODRIGUES, CIS; BORTOLOTTI, LA. *et. al*, 2020).

Por ser uma doença de alta morbimortalidade e desencadear perda importante da qualidade de vida, a HAS exige um diagnóstico precoce. Este diagnóstico não requer tecnologias sofisticadas e complexas, e o controle e tratamento da doença podem ser realizados através de ações simples que são comprovadamente eficazes, como mudanças no estilo de vida, medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais. Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento do hipertenso pela equipe de saúde é de grande importância, principalmente pelas Equipes de Atenção Primária (EAP), pois o controle adequado da PA reduz complicações como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE), problemas renais e outros (BRASIL, 2013).

Assim, a atuação de uma equipe multiprofissional de atenção à saúde faz-se imprescindível para orientar, acompanhar, diagnosticar e tratar o adulto hipertenso, garantindo-lhe o controle adequado da pressão arterial. Entre estes profissionais destaca-se o enfermeiro, cujo papel é de grande importância nesta assistência, monitoramento e orientação no que tange às mudanças nos hábitos de vida (MOURA *et.al*, 2010). Alguns cuidados que o paciente hipertenso deve seguir são: adesão ao tratamento, controle da PA e mudanças no estilo de vida, devendo ser mais saudável e através de ações que incluem reduzir o consumo de sal, praticar atividades físicas diariamente, manter um peso saudável, não fumar, entre outros (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, o presente trabalho visa apresentar dados, conceitos, definições e propostas de intervenções a serem desenvolvidas pela equipe de enfermagem no cuidado à pessoa adulta com hipertensão arterial sistêmica, no intuito de reduzir as complicações associadas e proporcionar melhor adesão ao tratamento.

A relevância desta pesquisa colabora para a adoção de estratégias que auxiliem os enfermeiros na prevenção, no diagnóstico, tratamento e controle dos níveis pressóricos, melhorando a qualidade de vida dos portadores de hipertensão arterial, e conseqüentemente contribuindo para modificar o perfil epidemiológico, reduzindo a morbimortalidade cardiovascular no país.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Quais estratégias o enfermeiro pode desenvolver para reduzir a baixa adesão e abandono ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica e assim, diminuir as possíveis complicações associadas à doença de base?

1.2 HIPÓTESES

A HAS é uma doença de alta prevalência, a qual acomete boa parte da população brasileira adulta. Por ser uma patologia de curso silencioso e multifatorial, e por vezes, em razão da falta de conhecimento da doença e aderência ao tratamento, como consequência, há um aumento dos distúrbios associados. Devido a isso, depreende-se que o enfermeiro tem papel fundamental no desenvolvimento de

métodos preventivos, curativos e de reabilitação em pacientes hipertensos a fim de evitar complicações; além de propor intervenções de enfermagem e desenvolver ações de educação em saúde envolvendo pacientes, famílias e comunidades.

Presume-se que a equipe de enfermagem atue de forma a melhorar e motivar a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento proposto, através da promoção e prevenção da saúde, identificação dos fatores de risco modificáveis, fornecimento de informações e elucidação das dúvidas, para que assim, se alcance resultados significativos e melhoria na qualidade de vida desses pacientes.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Abordar estratégias que o enfermeiro pode desenvolver para diminuir a baixa adesão e abandono ao tratamento da hipertensão a fim de reduzir as possíveis complicações associadas a essa doença.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) definir hipertensão arterial sistêmica e conhecer o perfil epidemiológico;
- b) explicar sobre os fatores de risco e as possíveis complicações decorrentes da hipertensão arterial sistêmica enquanto doença de base;
- c) propor ações a serem desenvolvidas pelo enfermeiro no intuito de melhorar a adesão ao tratamento e reduzir as complicações da HAS.

1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) associa-se, de modo frequente a distúrbios metabólicos, alterações na estrutura e função de órgãos-alvo, e é agravada pela existência de outros fatores de risco (MALACHIAS *et. al*, 2016). Também chamada de pressão alta, ou doença assassina silenciosa, o grande problema da hipertensão é que, em muitos casos, esta se apresenta de forma assintomática,

somente sendo percebida quando algum órgão já tenha sido afetado (MOURA *et. al*, 2010).

Atualmente, 32% da população adulta brasileira, o que corresponde a cerca de 36 milhões de indivíduos, têm hipertensão. Desses 36 milhões, somente 50% têm conhecimento de que são hipertensos, dos quais apenas 50% se tratam (AGÊNCIA BRASIL, 2018). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo são hipertensas (OPAS, 2016). Além disso, a não adesão ao tratamento tem atingido aproximadamente 50% dos pacientes e a falta de controle da pressão arterial, mesmo em pacientes acompanhados em unidades de saúde, é muito frequente (MOURA *et. al*, 2010).

Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, revelam que, em 2017, o Brasil registrou 141.878 mortes devido à hipertensão ou a causas atribuíveis a ela. Esse número revela uma realidade preocupante: todos os dias 388,7 pessoas são vítimas da doença, o que significa 16,2 óbitos a cada hora. Grande parte dessas mortes pode ser evitada e 37% dessas mortes são precoces, ou seja, em pessoas com menos de 70 anos de idade (BRASIL, 2019).

Diante desse cenário, com dados tão preocupantes e com tendência ao aumento, a abordagem desse tema é de grande importância, visto que o enfermeiro é essencial para atuar na prevenção de complicações e promover melhoria na qualidade de vida dos pacientes hipertensos.

1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO

O presente trabalho desenvolvido fundamenta-se em pesquisa bibliográfica, formulada com base em materiais anteriormente publicados, buscando responder de quais formas o enfermeiro pode atuar na diminuição da baixa adesão e do abandono ao tratamento da hipertensão e reduzir as complicações associadas. Nesta modalidade de pesquisa estão inclusas fontes de informações em material impresso por meio de livros, artigos e materiais disponíveis na internet, em bases de dados digitais, como Scielo (Scientific Electronic Library Online), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Google Acadêmico, OPAS/OMS e Ministério da Saúde para a busca de informações atualizadas referentes ao tema.

Trata-se, também, de uma pesquisa aplicada, pois abrange estudos elaborados com o intuito de solucionar problemas no âmbito da sociedade. (GIL, 2017). Constitui-se ainda, de uma pesquisa explicativa, pois agrega a identificação de fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência de fenômenos, aborda o conhecimento da realidade, com a finalidade de explicar a razão de determinadas situações e o porquê dos fatos. (GIL, 2017).

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

O primeiro capítulo é composto de introdução, problema, hipóteses, objetivo geral e específicos, justificativa do estudo e metodologia do estudo.

Já o segundo capítulo apresenta a definição de hipertensão arterial sistêmica e seu perfil epidemiológico.

O terceiro capítulo busca explicar sobre os fatores de risco e as possíveis complicações decorrentes da hipertensão arterial sistêmica enquanto doença de base.

E por fim o quarto capítulo apresenta propostas de ações a serem desenvolvidas pelo enfermeiro no intuito de melhorar a adesão ao tratamento e reduzir as complicações da HAS.

2 DEFINIÇÃO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E SEU PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica não transmissível (DCNT) definida por níveis pressóricos elevados. É uma patologia multifatorial que decorre de fatores genéticos, ambientais e sociais, caracterizada por uma elevação contínua da PA, isto é, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, aferida com técnica correta, pelo menos em duas ou mais leituras obtidas em dois ou mais momentos diferentes, em adultos sem uso de medicamentos anti-hipertensivos (BARROSO, WKS; RODRIGUES, CIS; BORTOLOTTI, LA. *et. al*, 2020).

Associa-se de modo frequente, à alterações na funcionalidade e na estrutura de órgãos-alvo como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, e também à alterações no metabolismo, que incluem aumento do risco de eventos cardiovasculares, fatais ou não (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Conforme afirma Moura (2010) :

Tem como característica os níveis elevados da pressão arterial. [...] Entretanto, a delimitação do diagnóstico de hipertensão somente a partir de cifras pressóricas é arbitrária. Faz-se necessário ressaltar a importância da identificação dessa doença considerando níveis pressóricos, fatores de risco, lesões em órgãos-alvo e comorbidades associadas visando prevenir equívocos ou danos às pessoas.

A porcentagem de adultos com PA maior ou igual a 140 por 90 mmHg chegou a 32,3% em 2020. Verificou-se que a prevalência de HA foi maior entre homens, aumentando com a idade, atingindo 71,7% dos indivíduos acima de 70 anos. Com relação aos custos ao SUS, a HAS tem custos maiores do que os da obesidade e do diabetes mellitus. Em 2018, calculam-se gastos de US\$ 523,7 milhões no SUS, com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos devido a HAS (BARROSO, WKS; RODRIGUES, CIS; BORTOLOTTI, LA. *et. al*, 2020).

Em 2017, ocorreu um total de 1.312.663 óbitos, segundo dados do DATASUS, com um percentual de 27,3% para as DCV. A HAS estava relacionada a cerca de 45% destas mortes cardíacas: DAC e IC, a 51,0% das mortes por doença cerebrovascular e a 13% das mortes diretamente associadas a HA. Essas doenças

corresponderam a 22,6% das mortes prematuras no Brasil (entre 30 e 69 anos). Entre os anos de 2008 a 2017, foram consideradas 667.184 mortes atribuíveis à HA no Brasil (BARROSO, WKS; RODRIGUES, CIS; BORTOLOTTI, LA. *et. al*, 2020).

Em 2010, a prevalência mundial de HAS ($\geq 140/90$ mmHg) e/ou em uso de anti-hipertensivo foi de 31,0%, acometendo mais homens (31,9%) que mulheres (30,1%). Em 2017, segundo dados da Carga Global das Doenças (GBD), as DCV causaram 28,8% das mortes por DCNT. Este estudo também constatou que em 2017, sucederam -se quase 18 milhões de mortes devido a causas cardiovasculares (31,8% do total de óbitos). O estudo ainda afirmou que a elevação da PAS foi considerada o principal fator de risco, levando a 10,4 milhões de óbitos (BARROSO, WKS; RODRIGUES, CIS; BORTOLOTTI, LA. *et. al*, 2020).

Por ser uma doença de alta morbimortalidade e desencadear perda importante da qualidade de vida, a hipertensão arterial exige um diagnóstico precoce. Este diagnóstico não requer tecnologias sofisticadas e complexas, e o controle e tratamento da doença podem ser realizados através de ações simples que são comprovadamente eficazes, como mudanças no estilo de vida, medicamentos de baixo custo (ou distribuídos gratuitamente nos serviços de saúde) e de poucos efeitos colaterais. Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento do adulto hipertenso pela equipe de saúde é de grande importância, principalmente pelas equipes de Atenção Básica, pois o controle adequado da pressão arterial, reduz complicações como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE), problemas renais e outros (BRASIL, 2013).

Todo adulto maior de 18 anos, ao comparecer ao serviço de saúde e não tiver registrado no prontuário pelo menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la aferida e registrada. E assim como recomendam a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) (2018):

Sempre que possível, a medida da PA deverá ser realizada fora do consultório médico para esclarecer o diagnóstico e afastar a possibilidade do efeito do avental branco no processo de aferição.

A medida correta da PA é o elemento crucial para a definição do diagnóstico de HAS e a determinação da estratégia terapêutica ideal, bem como a avaliação de

sua eficácia. Deve ser realizada em toda avaliação de saúde e por profissionais devidamente treinados. O método normalmente mais utilizado para a aferição da PA no consultório é o indireto, através de técnica auscultatória e esfigmomanômetro de mercúrio ou aneróide (BARROSO, WKS; RODRIGUES, CIS; BORTOLOTTI, LA. *et. al*, 2020).

Ademais, algumas orientações devem ser fornecidas ao paciente e alguns cuidados devem ser dispensados previamente à medida da PA no consultório, tais como: explicar o procedimento e pedir ao paciente que não converse durante sua realização; o paciente deverá estar sentado confortavelmente em ambiente silencioso por pelo menos 5 minutos; certificar-se que o paciente está com a bexiga vazia, não tenha fumado nos últimos 30 minutos, nem ingerido álcool, café ou alimentos e que não tenha praticado atividade física nos 60 minutos anteriores (MALACHIAS *et. al*, 2016).

O quadro 1 descreve a técnica correta de medida da PA:

Quadro 1 - Etapas para a realização da medida da pressão arterial

Etapas
1. Determinar a circunferência do braço no ponto médio entre o acrômio e o olécrano.
2. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço.
3. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital.
4. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
5. Estimar o nível da PAS pela palpação do pulso radial.
6. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.
7. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação.
8. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).
9. Determinar a PAS pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) e, depois, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.
10. Determinar a PAD no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).
11. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e, depois proceder, à deflação rápida e completa.
12. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da PAS/PAD/zero.

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica. * Itens realizados exclusivamente na técnica auscultatória

Fonte: BARROSO, WKS; RODRIGUES, CIS; BORTOLOTTI, LA. *et. al*, 2020.

Outros métodos importantes para a investigação de pacientes com suspeita de HAS são a MRPA (Medida Residencial da Pressão Arterial) e a MAPA (Medida

Ambulatorial da Pressão Arterial), os quais não devem ser confundidos com a automedida da PA (AMPA), que é realizada com aparelho automático e pelo próprio paciente, sem valores de referência estabelecidos por protocolo. A MRPA é feita por meio de manômetros digitais pela própria pessoa ou familiares. Segundo Parati (2010): “Recomendam-se três medidas pela manhã, antes do desjejum e da tomada de medicamento, e três à noite, antes do jantar, durante cinco dias, ou duas medidas em cada sessão durante sete dias”. São consideradas fora dos limites normais na MRPA, os valores de pressão arterial maiores ou igual a 130/80 mmHg (BARROSO, WKS; RODRIGUES, CIS; BORTOLOTTI, LA. *et. al*, 2020).

A MAPA é feita por meio de aparelhos que utilizam o método oscilométrico, aferindo assim a pressão por diversas vezes dentro de um período de 24 horas e registrando também os valores da PA durante o sono. (BRASIL, 2013). São considerados fora da anormalidade na MAPA, as medidas de pressão arterial de 24 horas acima de 130x80 mmHg, vigília os valores superiores a 135x85 mmHg e sono, aqueles acima de 120x70 mmHg (BARROSO, WKS; RODRIGUES, CIS; BORTOLOTTI, LA. *et. al*, 2020).

A precisão do diagnóstico de hipertensão arterial depende, sobretudo, dos cuidados empregados na medida da PA. Dessa forma, de acordo com os valores pressóricos resultantes das medidas no consultório, é possível classificar a PA em: PA ótima, PA normal, pré-hipertensão ou estágios 1 a 3 (BRASIL, 2013).

A tabela 1, traz os valores que permitem classificar os indivíduos acima de 18 anos, em conformidade com os níveis de pressão arterial.

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade, 2020.

Classificação	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA ótima	< 120	e	< 80
PA normal	120-129	e/ou	80-84
Pré-hipertensão	130-139	e/ou	85-89
HA Estágio 1	140-159	e/ou	90-99
HA Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
HA Estágio 3	≥ 180	e/ou	≥ 110

Fonte: BARROSO, WKS; RODRIGUES, CIS; BORTOLOTTI, LA. *et. al*, 2020

Os indivíduos com PA ótima, que apresentem valores inferiores a 120/80 mmHg devem repetir as medidas anualmente. Os indivíduos com PA normal, entre

120 - 129/80 - 84 mmHg também deverão repetir as medidas anualmente. Adultos que apresentarem pré-hipertensão deverão passar por avaliação a fim de detectar a presença de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares. Caso haja presença desses fatores, a pessoa deverá ser avaliada por um enfermeiro, individual ou coletivamente, a fim de determinar quais condutas deverão ser tomadas incluindo mudanças no estilo de vida (BRASIL, 2013). E caso o adulto apresente os valores pressóricos que determinam hipertensão estágios 1, 2 e 3, é dado o diagnóstico de hipertensão e deve-se iniciar o tratamento e acompanhamento do indivíduo (BARROSO, WKS; RODRIGUES, CIS; BORTOLOTTI, LA. *et. al*, 2020).

3 FATORES DE RISCO E AS POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A HAS é uma patologia de alta prevalência e morbimortalidade, devido a isso é indispensável voltar uma maior atenção à sua prevenção, a fim de evitar o surgimento de novos casos ou que os existentes progridam para condições mais graves. Para que esta prevenção ocorra de maneira eficaz, é preciso conhecer a doença e os fatores de risco que contribuem para o seu desenvolvimento ou das complicações associadas. É fato que a HAS não se desenvolve instantaneamente. Existe uma série de fatores que estão associados à sua evolução e aparecimento de comorbidades associadas. Entre os principais fatores de risco para a HAS estão: idade, sexo/gênero, etnia e predisposição genética, que são fatores não modificáveis, e ingestão de sal, obesidade, álcool, sedentarismo, tabagismo e condições socioeconômicas, que são os fatores passíveis de modificação no intuito de reduzir o risco para a HAS (MACHADO *et. al*, 2012).

A idade constitui um fator de risco importante, pois, à medida em que esta avança, ocorrem alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos sanguíneos, o que conseqüentemente influencia no aumento da PA (MACHADO *et. al*, 2012).

Segundo BARROSO, WKS; RODRIGUES, CIS; BORTOLOTTI, LA. *et. al*, 2020:

Com o envelhecimento, a PAS torna-se um problema mais significativo, resultante do enrijecimento progressivo e da perda de complacência das grandes artérias. 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 (≥ 60 anos) nas próximas décadas, o que acarretará um incremento substancial da prevalência de HA e suas complicações.

Em ambos os sexos, a presença de HAS aumenta com a idade, atingindo 61,5% dos homens e 68,0% das mulheres na faixa etária de 65 anos ou mais. Nas faixas etárias mais jovens, a PA é mais elevada entre homens, mas sua elevação por década é maior entre as mulheres (MALACHIAS *et. al*, 2016).

Os homens são mais afetados pela doença até os 50 anos e as mulheres, devido a produção de hormônios femininos que servem como fatores de proteção, têm

menor incidência antes da menopausa, a qual aumenta a partir da sexta década de vida (MACHADO *et. al*, 2012).

A etnia também é um fator de risco significativo para a HAS, ainda que seu índice na população em geral seja elevado, nota-se que a etnia negra tem maior predisposição para a doença. Estudos mostram que tanto negros quanto brancos possuem um componente genético para a hipertensão arterial, porém, esse componente se mostra mais elevado em negros, podendo estar relacionado ao fato de que os indivíduos negros possuem um defeito hereditário no mecanismo de captação de sódio e cálcio, e em seu transporte renal. Além disso, observa-se também maior sensibilidade ao sal em pessoas negras, e que estes, também reagem melhor aos diuréticos e bloqueadores dos canais de cálcio, e apresentam pouca resposta aos anti-hipertensivos bloqueadores beta-adrenérgicos ou aos inibidores da enzima conversora de angiotensina (CORREA *et. al*, 2019). Em contrapartida segundo o Vigitel 2018 (inquérito telefônico que monitora a magnitude das DCNT e analisa seus determinantes a fim de se subsidiar estratégias para a promoção da saúde), observa-se que no Brasil, não houve diferença importante entre negros e brancos com relação à prevalência de HAS; os dados apontam que a prevalência foi de 24,9 % na etnia negra e 24,2% na branca (BARROSO, WKS; RODRIGUES, CIS; BORTOLOTTI, LA. *et. al*, 2020).

Os fatores genéticos também influenciam os níveis pressóricos. Contudo, em virtude da grande diversidade dos genes, das variantes estudadas até então e da miscigenação da população brasileira, não foram designadas referências com relação a este fator. A maior parte desse risco genético é repassado de forma poligênica, assim, as centenas de variações de DNA transmitidas, colaboram em conjunto, para o aumento da possibilidade de se desenvolver o fenótipo hipertensivo (BARROSO, WKS; RODRIGUES, CIS; BORTOLOTTI, LA. *et. al*, 2020).

A obesidade é fator predisponente para a hipertensão, podendo ser a causa de 20% a 30% dos casos de HAS. O tecido adiposo atua como um órgão endócrino produzindo adipocitocinas, que são moduladores imunes. Em consequência da obesidade, há o aumento da liberação dessas adipocitocinas pró-inflamatórias, levando a um processo inflamatório crônico. Dessa forma, a disfunção dessas adipocitocinas aparenta ser a resposta moduladora do sistema inflamatório que acarreta as doenças cardiovasculares, e simultaneamente, a hipertensão arterial (BURGO *et, al*, 2014).

O consumo excessivo de sódio está relacionado ao desenvolvimento da HAS. A associação entre PA e sódio compreende fatores hemodinâmicos e não hemodinâmicos, que induzem mecanismos cardiovasculares adversos. Alguns indícios sugerem que o sal pode estar interligado com a hipertrofia de cardiomiócitos e acúmulo demorado de colágeno dentro da matriz extracelular. Através de estudos *in vitro*, observou-se que o sal pode influenciar diretamente no crescimento do miocárdio, e em culturas de mioblastos e cardíacos e células musculares lisas de vasos, observou-se que o excesso de sódio levou à hipertrofia, favorecendo a síntese proteica e impedindo a degradação de proteínas. Assim, a ingestão excessiva de sal, além de contribuir para a elevação da PA, pode afetar de forma negativa a estrutura e a função do coração e vasos sanguíneos (BOMBIG; FRANCISCO; MACHADO, 2014).

A redução da ingestão de sal na dieta contribui para a diminuição dos níveis pressóricos e do risco de doenças cardiovasculares. Portanto, a quantidade recomendada de sódio a ser ingerida por dia é de aproximadamente 2 g/dia, o que equivale a cerca de 5 g de sal por dia (BARROSO, WKS; RODRIGUES, CIS; BORTOLOTTI, LA. *et. al*, 2020).

Com o avanço tecnológico, a sociedade atualmente está cada vez mais sujeita a confortos e comodidades, o que faz com que as pessoas tenham uma vida sedentária, prática esta que é considerada um fator de risco importante para o desenvolvimento de HAS e doenças cardiovasculares. Nota-se que o risco de ter um infarto é duas vezes maior em indivíduos sedentários, em comparação à indivíduos que praticam alguma atividade física (CARLUCCI *et. al*, 2013).

No Brasil, segundo o inquérito telefônico Vigitel 2019, 44,8% dos adultos não obtiveram um nível ideal de prática de atividade física, sendo essas taxas maiores entre mulheres (52,2%) que homens (36,1%) (BARROSO, WKS; RODRIGUES, CIS; BORTOLOTTI, LA. *et. al*, 2020). O sedentarismo favorece a resistência à insulina e a elevação dos níveis lipídicos na corrente sanguínea. Portanto, um estilo de vida saudável e ativo proporciona um aumento da capacidade física e reduz o risco de morbimortalidade nos indivíduos adultos (BARRETO *et. al*, 2013).

O consumo crônico e elevado de álcool leva a um aumento da PA de forma constante. O álcool desempenha uma ação aguda após o consumo, levando ao desenvolvimento de HAS ao longo do tempo. Os mecanismos pressupostos para o efeito que o consumo crônico do álcool desempenha no sistema cardiovascular

abordam a estimulação do sistema nervoso autônomo simpático, aumento na secreção de glicocorticóides, alterações na contratilidade da musculatura lisa dos vasos e aumento da resposta vascular a vasoconstritores e carência no relaxamento muscular (SOUZA *et. al*, 2014).

Segundo estudos epidemiológicos, a prevalência de HAS é maior nos indivíduos que ingerem cerca de 30 g de álcool/dia, o correspondente a 1 garrafa de cerveja (5 % de álcool, 600 ml) ou 2 taças de vinho (12% de álcool, 250 ml) ou 1 dose (42% de álcool, 60 ml) de destilados como uísque, vodca, aguardente (BARROSO, WKS; RODRIGUES, CIS; BORTOLOTTI, LA. *et. al*, 2020).

A relação entre tabagismo e a HAS deriva-se da interação entre fatores hemodinâmicos, ativação do sistema nervoso autônomo e disfunção endotelial. A nicotina provoca a ativação do sistema nervoso simpático e leva à elevação da frequência cardíaca, da PA e aumenta a contratilidade do miocárdio, reduzindo a oferta de oxigênio aos vasos e músculo cardíaco. Este componente da fumaça do cigarro atua como um agonista adrenérgico, estimulando a liberação local e sistêmica de catecolaminas como dopamina, adrenalina e vasopressina (SOUZA, 2015).

As complicações da HAS também podem estar associadas à baixa renda, pois esta pode ser um fator decisivo para a adesão ao tratamento ou trazer dificuldade de acesso às medidas terapêuticas, à alimentação saudável ou devido ao custo elevado em alguns casos. A baixa escolaridade está diretamente relacionada ao nível socioeconômico mais baixo, o qual apresenta maior prevalência de HAS e condições associadas à patologia. A classe social e os fatores socioeconômicos podem estar relacionados com o desenvolvimento da hipertensão, no entanto esta relação ainda precisa ser muito discutida para se alcançar dados concretos (ALMEIDA *et. al*, 2017).

A HAS é considerada fator de risco para complicações e doenças cardiovasculares, como: acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), doença arterial coronária (DAC), insuficiência cardíaca (IC), fibrilação atrial (FA), doença arterial periférica (DAP), demência, doença de Alzheimer, doença renal crônica (DRC), além de morte súbita. Essas complicações manifestam-se geralmente, após muitos anos de exposição aos níveis sustentados de PA elevada. Esses desfechos em consequência da elevação da PA podem ser classificados em precoces e tardios e incluem a maioria das doenças cardiovasculares. Essas condições associadas, seja por sua alta prevalência na população adulta brasileira ou pela sua grande relação com eventos cardiovasculares devem ser identificadas no

adulto hipertenso através do histórico clínico, exame físico e outros exames complementares. Tal identificação é relevante para se estratificar o risco a que esse paciente está exposto e para que os fatores de risco modificáveis tenham a intervenção terapêutica adequada (BARROSO, WKS; RODRIGUES, CIS; BORTOLOTTI, LA. *et. al*, 2020).

O acidente vascular encefálico (AVE) é o desfecho mais comum da lesão vascular decorrente da HAS (MALACHIAS *et. al*, 2016). No Brasil, o AVE destaca-se por ser a principal causa de internações, perda da funcionalidade e mortalidade, ultrapassando inclusive outras doenças cardíacas e até mesmo o câncer. Por outro lado, o controle da PA reduz em até sete vezes as chances de sofrer um AVE (MENDONÇA; LIMA; OLIVEIRA, 2012). O AVE pode ocorrer de várias maneiras, entre elas encontram-se, o acidente vascular encefálico isquêmico (AVEI) e o hemorrágico (AVEH). O AVEI ocorre devido à diminuição do fluxo sanguíneo para o encéfalo, e tem como consequência, isquemia, necrose e perda de tecido cerebral. O AVEH é resultante principalmente da ruptura de pequenas artérias cerebrais, lesadas devido à vasculopatia crônica. Ambos os tipos de AVE são graves. Os prejuízos à qualidade de vida vão depender precisamente das áreas cerebrais acometidas, podendo comprometer a fala, visão, movimento e coordenação de membros, quando estes não forem fatais. Portanto, as ações terapêuticas a fim de prevenir desfechos como estes, são fundamentais (MALACHIAS *et. al*, 2016).

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma complicação que, na maioria dos casos, resulta da aterosclerose coronariana com oclusão trombótica das artérias coronárias. A HAS é um fator de risco importante para o desenvolvimento do IAM, acarretando pior prognóstico após este, a curto e a longo prazos. Dados epidemiológicos associam a HAS à doença arterial crônica (DAC). Segundo o estudo INTERHEART, cerca de 25% dos IAM podem ser atribuídos à HAS (BARROSO *et. al*, 2020). A hipertrofia ventricular esquerda é uma complicação importante e muito comum em portadores de HAS, está relacionada a grande incidência de IC, arritmia ventricular, IAM, morte súbita cardíaca e AVC. A HAS também é considerada o fator mais potente para o desenvolvimento da doença arterial periférica (DAP), que é caracterizada pela aterosclerose dos membros inferiores, provocando a isquemia destes (SILVA, 2014).

Adultos hipertensos também apresentam risco maior de desenvolver insuficiência cardíaca (IC) ao longo da vida em comparação aos normotensos. A

coexistência de outras comorbidades nesses pacientes, como diabetes, doença coronariana e hipertrofia ventricular esquerda, potencializa ainda mais esse risco (SILVA, 2014). A HAS tem papel relevante na fisiopatologia da IC, levando à disfunção diastólica e sistólica do ventrículo esquerdo. O diagnóstico precoce e tratamento ideal da HAS reduzem consideravelmente o risco de desenvolvimento da IC. O tratamento medicamentoso para controle da PA reduz em 50% a incidência da IC em adultos (BARROSO, WKS; RODRIGUES, CIS; BORTOLOTTI, LA. *et. al*, 2020).

A HAS é fator predisponente para a fibrilação atrial (FA), que é a forma de arritmia mais comum na prática clínica, responsável por tromboembolismos e alterações cognitivas. Nas últimas duas décadas, a FA foi considerada um importante problema de saúde pública, consumindo grande parte de recursos em saúde e sua prevalência em geral foi de 0,5% a 1% (MALACHIAS, *et. al*, 2016).

A maioria dos adultos com doença renal crônica (DRC) apresenta a PA elevada, o que aumenta o risco de DCV e morte. A DRC é caracterizada pela presença de dano ou redução da função renal por pelo menos três meses e é considerada juntamente com a HAS e diabetes, um dos problemas de saúde pública mais graves atualmente. A HAS é considerada causa primária de DRC em decorrência das alterações causadas por esta doença de base, como quebra da barreira endotelial evidenciada pela presença de hemorragias, exsudatos e podendo haver presença de edema da papila. Nos rins ocorrem muitas modificações no glomérulo e no leito arterial, já o colapso de glomérulos está presente na fase mais tardia do processo. A progressão da DRC é diminuída através do controle rigoroso da PA (LOPES, 2014).

A HAS também é vista como fator patogênico no declínio cognitivo, seja de origem vascular, como o AVE, ou devido à doença de Alzheimer, que são as causas mais relevantes de demência. Segundo estudos epidemiológicos, o uso de anti-hipertensivos pode reduzir a ocorrência do declínio cognitivo, principalmente se usados a longo prazo (BARROSO, WKS; RODRIGUES, CIS; BORTOLOTTI, LA. *et. al*, 2020).

Por fim, a morte súbita cardíaca, é definida como um evento inesperado, de origem cardíaca. É um evento natural, que acontece em menos de uma hora após o início dos sintomas e acomete indivíduos sem nenhuma condição prévia possivelmente fatal. A presença de fatores de risco aumentam o risco de morte súbita, sendo a HAS o fator mais prevalente entre as vítimas (SANTOS *et. al*, 2014).

4 AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO NO INTUITO DE MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO E REDUZIR AS COMPLICAÇÕES DA HAS

A Enfermagem é uma ciência, cuja essência e especialidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na coletividade; de forma autônoma ou em equipe. É uma profissão de ajuda, que tem relações complexas e multifacetadas, composta por vários elementos. Seu cuidado ultrapassa os aspectos biológicos da pessoa, e tem como eixo o ser que experiêcia a doença, incluindo sua cultura, valores, crenças, modos de vida e sentimentos, vinculados aos cuidados de que necessita. Assim sendo, torna-se imprescindível compreender como se dá a prática de enfermagem à clientela hipertensa nos diversos cenários de atuação da saúde, e principalmente, nas ações de prevenção (MOURA *et. al*, 2010).

Embora a HAS seja uma doença crônica-degenerativa de fácil diagnóstico e com grande diversidade terapêutica, seu controle consiste em um desafio para os pacientes, principalmente devido às mudanças no estilo de vida que devem ser adotadas e para os profissionais, especialmente os enfermeiros, por terem sua ação voltada para o cuidado contínuo ao paciente. O maior desafio a estes profissionais encontra-se na necessidade de se desenvolver estratégias com o propósito de conduzir o paciente ao autocuidado e conseqüentemente à adesão ao tratamento. Esta adesão é obtida através da participação do paciente de forma ativa na sua estratégia terapêutica, não assumindo o papel de apenas um cumpridor de recomendações, mas de sujeito do processo, responsabilizando-se pelo seu tratamento juntamente com os profissionais de saúde (MENEZES; GOBBI 2010).

Observa-se que muitos hipertensos são cientes sobre os seus hábitos inadequados, no entanto, sentem-se desmotivados a adotarem mudanças no seu estilo de vida devido à cronicidade da doença. Além disso, essa falta de adesão e conhecimento, e debilidade do autocuidado, aliados à ausência de sintomas da HAS, fazem com que sua magnitude seja ocultada, o que contribui para que os pacientes se acomodem quanto ao seu quadro crônico. Por isso, a orientação de pacientes com HAS compete em grande parte ao enfermeiro, posto que a educação em saúde faz parte de suas atribuições, e também, devido ao seu contato constante com o paciente. Deste modo, o desenvolvimento da relação entre o paciente e o profissional

enfermeiro é incentivado, criando assim o vínculo pessoal para que as mudanças profundas sejam alcançadas (MOURA *et. al*, 2010).

Os enfermeiros e demais membros da equipe multiprofissional presenciam além da pouca adesão, o abandono ao tratamento anti-hipertensivo. Por este motivo, esforços devem ser aplicados para se otimizar recursos e estratégias, com a participação ativa do hipertenso e manutenção da qualidade de vida, buscando minimizar ou evitar este problema tão frequente. Este processo de educação em saúde deve ser realizado regularmente nas visitas domiciliares e consultas de enfermagem. A melhor forma de atuar é buscando minimizar ou eliminar os fatores de risco modificáveis. Assim, a equipe de enfermagem deve intervir em assuntos como: alimentação inadequada e rica em lipídio, conservantes e sódio, falta de atividade física, alcoolismo e tabagismo. Primeiramente, é fundamental que o enfermeiro tenha domínio das técnicas e dos fundamentos científicos e conhecimento do estado emocional e das necessidades de cada indivíduo. Ao inteirar-se de como o paciente e família lidam com as questões cotidianas, o enfermeiro pode traçar o plano de cuidados adequado e implementar ações individualizadas e integrais. Deve ainda utilizar de um diálogo claro, com linguagem de fácil entendimento, deixando de lado o formalismo e os termos técnicos (MENEZES; GOBBI 2010).

O enfermeiro deve enfatizar a mudança no estilo de vida, que tem como objetivo reduzir a PA e os fatores de risco. O paciente deve ser motivado a adotar comportamentos que promovam a redução da PA. As medidas que forem sugeridas causarão impacto no estilo de vida do paciente e sua concretização dependerá sobretudo, da compreensão do problema e do empenho do mesmo para cumprir o plano traçado (BRASIL, 2013).

A obesidade e o índice de massa corporal (IMC) elevado estão diretamente relacionados com a HAS. Em contrapartida, a redução do peso promove a diminuição da PA, seja em indivíduos normotensos ou em hipertensos. Manter o peso dentro da faixa da normalidade do IMC pode ser a melhor maneira de prevenção primária da HAS, devendo ser mantido, então, entre 18,5 e 24,9kg/m². Para manter o peso saudável é importante aliar hábitos dietéticos saudáveis e prática regular de atividades físicas. O enfermeiro deve então, orientar o adulto hipertenso a cumprir uma dieta rica em frutas e vegetais, com baixo valor calórico e baixa quantidade de gorduras saturadas. Deve também salientar que os benefícios dessa dieta são ainda maiores se associados à redução da ingestão de sódio que deve ser inferior a 5 g de sal por

dia. Além disso, deve-se levar em consideração os aspectos socioeconômicos e culturais, para que as recomendações alimentares possam ser seguidas (BARROSO, WKS; RODRIGUES, CIS; BORTOLOTTI, LA. *et. al*, 2020).

O paciente hipertenso também deve habituar-se a praticar atividades físicas regularmente, a fim de manter uma vida saudável e reduzir o peso e a PA. Todos os adultos, principalmente os hipertensos, devem ser aconselhados a praticar no mínimo, 30 minutos de atividade física aeróbica, como caminhada, corrida, ciclismo e natação, com intensidade moderada, de 5 a 7 dias por semana. (BARROSO, WKS; RODRIGUES, CIS; BORTOLOTTI, LA. *et. al*, 2020).

O consumo de álcool deve ser moderado, sua ingestão deve se limitar a 30 gramas de álcool por dia, limite este que deve ser reduzido à metade para homens de baixo peso, mulheres e indivíduos com sobrepeso e triglicerídeos aumentados (MALACHIAS *et. al*, 2016). O paciente também deve ser orientado quanto à todos os malefícios do tabagismo para que assim, esteja consciente da importância do abandono deste vício, por contribuir não só para a HAS, mas também para problemas pulmonares e o câncer (MENEZES; GOBBI 2010). Além disso, a adoção de práticas de gerenciamento de estresse como psicoterapias comportamentais e técnicas de meditação e relaxamento, desempenham papel importante no tratamento da HAS (MALACHIAS *et. al*, 2016).

Para interferir nos fatores de risco é imprescindível que o enfermeiro saiba se relacionar com o paciente e sua família, para que haja a criação do vínculo de confiança, o que facilitará a aceitação de hábitos que mudarão o estilo de vida. Através de sua função educadora, o enfermeiro deve integrar ações educativas tanto para o paciente quanto para a sua família, visto que a presença de uma doença crônica na família exige várias alterações na estrutura da mesma, pelo fato de ter que se adaptar a dinâmica familiar às necessidades relacionadas ao tratamento do membro hipertenso. A família deve ser vista como aliada para a motivação da aderência às mudanças, devido a sua grande influência na tomada de decisões dos pacientes (MOURA *et. al*, 2010).

O enfermeiro deve fornecer todas as informações necessárias relativas à HAS e suas possíveis complicações, tratamentos alternativos, seus riscos e benefícios, e através da educação em saúde deve incentivar o autocuidado, para que o paciente também se torne responsável pelo tratamento. Uma opção para auxiliar nas intervenções que serão realizadas, é a utilização de estratégias lúdicas para

facilitar a explicação e compreensão de termos científicos, apoio físico e psicológico, que devem ser demonstrados pela expressão de preocupação e interesse pela situação, através do toque, do olhar e da escuta ativa (MENEZES; GOBBI 2010).

Outra estratégia importante é a realização de grupos operativos de hipertensos, ferramenta utilizada para orientar, esclarecer as dúvidas, monitorar a adesão, estimular mudanças nos hábitos de vida e que, além de propiciar o atendimento de uma maior quantidade de pacientes, favorece a socialização, a troca de experiências e o apoio entre os participantes (MOURA *et. al*, 2010).

Assim sendo, nota-se que para o manejo da HAS, doença multifatorial que demanda uma abordagem multiprofissional, o papel do enfermeiro tem como objetivo a promoção da saúde. A consulta de enfermagem junto aos pacientes hipertensos oportuniza grandes benefícios. A educação em saúde, seja nas visitas domiciliares ou nos grupos operativos, e as orientações sobre hábitos de vida saudáveis, com foco nas mudanças de atitude frente ao estilo de vida, têm por objetivo esclarecer mais sobre a doença, promover o autocuidado e conseqüentemente melhorar o controle da PA e a adesão à terapêutica proposta (AGENA *et. al*, 2010).

Vale ressaltar ainda, que para o desenvolvimento destas ações é necessário muito empenho, pois muitas dessas mudanças só são alcançadas a longo prazo. A prevenção, promoção e educação em saúde colaboram para a redução de gastos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ademais, o paciente é muito beneficiado, pois, além de melhorar seu quadro hipertensivo, passa a ter mais qualidade de vida, diminuindo ainda o risco de desenvolver outras comorbidades associadas (MENEZES; GOBBI *et. al*, 2010).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta pesquisa foi possível evidenciar que a HAS é uma doença de alta prevalência e baixas taxas de controle, acometendo milhares de pessoas no Brasil e no mundo. Devido à ausência de sintomas e sua cronicidade, muitos hipertensos, principalmente os adultos, não aderem ou abandonam o tratamento, e até mesmo só percebem a existência do problema quando este já atingiu algum órgão-alvo, levando aos mais diferentes desfechos.

A HAS é causa importante de perda da qualidade de vida, é considerada principal fator de risco para doenças de ordem cardiovascular, cerebral e renal, além de ser a causa mais comum de morte súbita cardiovascular. É desencadeada por uma série de fatores de risco modificáveis (como tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares inadequados) e não modificáveis (como idade, sexo, etnia, condições socioeconômicas).

Para reduzir a baixa adesão e abandono ao tratamento da HAS, a fim de que sejam reduzidas as possíveis complicações associadas à doença, o enfermeiro deve atuar na promoção da saúde, intervindo nos fatores de risco modificáveis, agindo de forma a eliminá-los ou reduzi-los. Para isso, dispõe de ações educativas, abrangendo o paciente, sua família e até mesmo a comunidade.

O enfermeiro é um educador em saúde nato, cuja ação é focada no cuidado contínuo, o que favorece a criação do vínculo com o seu paciente. Assim, através de suas práticas educativas, aliadas ao seu empenho, empatia e dedicação, seus pacientes hipertensos devem ser incentivados ao autocuidado e conseqüentemente à adesão ao tratamento. Por meio da participação do paciente de forma ativa em seu tratamento, assumindo também a responsabilidade pela continuação e efetividade do mesmo juntamente com os profissionais, maiores serão as chances de não evoluir as complicações de sua doença de base.

REFERÊNCIAS

AGENA, Fabiana; SILVA, Giane C. A. da; PIERIN, Angela Maria G. **Monitorização residencial da pressão arterial: atualidades e papel do enfermeiro.** Rev Esc Enferm USP 2011; 45 (1): 258-63. Disponível em: <file:///home/chronos/u-d4108a2fdd931a03e9000a9cd8cef3fdb212c857/MyFiles/Downloads/Downloads/Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20residencial%20hipertensi%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2020.

ALMEIDA, Amanda S.; MOURA, Josely P.; PIANTINO, Camila B.; ROSSI, Vilma E. C. **Estilo de vida e perfil socioeconômico de pacientes hipertensos.** Rev. enferm. UFPE online., Recife, 11(12): 4826-37, dec., 2017. Disponível em: <file:///home/chronos/u-d4108a2fdd931a03e9000a9cd8cef3fdb212c857/MyFiles/Downloads/Downloads/22299-75555-1-PB.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2021.

BARROSO, Weimar Kunz Sebba; RODRIGUES, Cibele Isaac Saad; BORTOLOTTI, Luiz Aparecido; MOTA-GOMES, Marco Antônio; BRANDÃO, Andréa Araujo; FEITOSA, Audes Diógenes de Magalhães; MACHADO, Carlos Alberto; POLI-DE-FIGUEIREDO, Carlos Eduardo; AMODEO, Celso; MION JÚNIOR, Décio; BARBOSA, Eduardo Costa Duarte; NOBRE, Fernando; GUIMARÃES, Isabel Cristina Britto; VILELA-MARTIN, José Fernando; YUGAR-TOLEDO, Juan Carlos; MAGALHÃES, Maria Eliane Campos; NEVES, Mário Fritsch Toros; JARDIM, Paulo César Brandão Veiga; MIRANDA, Roberto Dischinger; PÓVOA, Rui Manuel dos Santos; FUCHS, Sandra C; ALESSI, Alexandre; LUCENA, Alexandre Jorge Gomes de; AVEZUM, Alvaro; SOUSA, Ana Luiza Lima; PIO-ABREU, Andrea; SPOSITO, Andrei Carvalho; PIERIN, Angela Maria Geraldo; PAIVA, Annelise Machado Gomes de; SPINELLI, Antonio Carlos de Souza; NOGUEIRA, Armando da Rocha; DINAMARCO, Nelson; EIBEL, Bruna; FORJAZ, Cláudia Lúcia de Moraes; ZANINI, Claudia Regina de Oliveira; SOUZA, Cristiane Bueno de; SOUZA, Dilma do Socorro Moraes de; NILSON, Eduardo Augusto Fernandes; COSTA, Elisa Franco de Assis; FREITAS, Elizabete Viana de; DUARTE, Elizabeth da Rosa; MUXFELDT, Elizabeth Silaid; LIMA JÚNIOR, Emilton; CAMPANA, Erika Maria Gonçalves; CESARINO, Evandro José; MARQUES, Fabiana; ARGENTA, Fábio; CONSOLIM-COLOMBO, Fernanda Marciano; BAPTISTA, Fernanda Spadotto; ALMEIDA, Fernando Antonio de; BORELLI, Flávio Antonio de Oliveira; FUCHS, Flávio Danni; PLAVNIK, Frida Liane; SALLES, Gil Fernando; FEITOSA, Gilson Soares; SILVA, Giovanio Vieira da; GUERRA, Grazia Maria; MORENO JÚNIOR, Heitor; FINIMUNDI, Helius Carlos; BACK, Isabela de Carlos; OLIVEIRA FILHO, João Bosco de; GEMELLI, João Roberto; MILL, José Geraldo; RIBEIRO, José Marcio; LOTAIF, Leda A. Daud; COSTA, Lilian Soares da; MAGALHÃES, Lucélia Batista Neves Cunha; DRAGER, Luciano Ferreira; MARTIN, Luis Cuadrado; SCALA, Luiz César Nazário; ALMEIDA, Madson Q.; GOWDAK, Marcia Maria Godoy; KLEIN, Marcia Regina Simas Torres; MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolívar; KUSCHNIR, Maria Cristina Caetano; PINHEIRO, Maria Eliete; BORBA, Mario Henrique Elesbão de; MOREIRA FILHO, Osni; PASSARELLI JÚNIOR, Oswaldo; COELHO, Otavio Rizzi; VITORINO, Priscila Valverde de Oliveira; RIBEIRO JUNIOR, Renault Mattos; ESPORCATTE, Roberto; FRANCO, Roberto; PEDROSA, Rodrigo; MULINARI, Rogerio Andrade; PAULA, Rogério Baumgratz de; OKAWA, Rogério Toshiro Passos; ROSA, Ronaldo Fernandes; AMARAL, Sandra Lia do; FERREIRA-FILHO, Sebastião R.; KAISER, Sergio Emanuel; JARDIM, Thiago de Souza Veiga;

GUIMARÃES, Vanildo; KOCH, Vera H.; OIGMAN, Wille; NADRUZ, Wilson. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020**. Arq. Bras. Cardiol., v. 116, n. 3, p. 516-658, mar. 2021.

BOMBIG, Maria T. N.; FRANCISCO, Yoná A.; MACHADO, Carlos A. **A importância do sal na origem da hipertensão**. Rev. Bras. Hipertens. vol 21 (2): 63-67, 2014. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881408/rbh-v21n2_63-67.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica/ Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p: il (**Cadernos de Atenção Básica, n. 37**). Disponível em: <<file:///home/chronos/u-d4108a2fdd931a03e9000a9cd8cef3fdb212c857/MyFiles/Downloads/Downloads/CADERNO%20DE%20ATEN%C3%87%C3%83O%20B%C3%81TICA%20N%C2%BA%2037.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2020.

BURGOS, Paula F. M.; COSTA, William da; BOMBIG, Maria T. N.; BIANCO, Henrique T. **A obesidade como fator de risco para hipertensão**. Rev. Bras. Hipertensão vol. 21 (2): 68-74, 2014. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881409/rbh-v21n2_68-74.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2021.

CARLUCCI, Edilaine M. S.; GOUVÊA, José A. G.; OLIVEIRA, Ana P.; SILVA, Joseane D.; CASSIANO, Angélica C. M.; BENNEMANN, Rose M. **Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular**. Com. Ciências Saúde 2013; 24(4): 375-384. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/obesidade_sedentarismo_fatores_risco_cardiovascular.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2021.

CORREA, Rafaela R.; CLIMACO, Ravanna A. P.; MACEDO, Kecya P. C.; BISPO, Daniel C.; CARVALHO, Felipe S.; OLIVEIRA, Evaldo H.; LEITÃO, Joseana M. S. R. **Hipertensão arterial na etnia negra: uma revisão da terapia medicamentosa**. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR. Vol. 27, n. 1, pp. 157-159 (Jun-Ago 2019). Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190607_200307.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2021.

Dia Mundial da Hipertensão 2016. **OPAS/BIREME**, 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=330:dia-mundial-da-hipertensao-2016&Itemid=183&lang=pt>. Acesso em: 04 nov. 2020.

GANDRA, Alana. Brasil participa de banco de dados mundial sobre a hipertensão. **AGÊNCIA BRASIL**, 2018. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-05/brasil-participa-de-banco-de-dados-mundial-sobre-hipertensao>>. Acesso em: 04 nov. 2020.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

Hipertensão arterial: a doença silenciosa que atinge 35% da população brasileira. **UOL**, 2019. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/bbc/2019/05/17/hipertensao-arterial-a-doenca-silenciosa-que-atinge-35-da-populacao-brasileira.htm>> . Acesso em: 06 nov. 2020.

Hipertensão é diagnosticada em 24,7% da população, segundo a pesquisa Vigitel. Gov.br, 2018. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/no-brasil-388-pessoas-morrem-por-dia-por-hipertensao>>. Acesso em: 04 nov. 2020.

JARDIM, Paulo César B. V.; SOUZA, Weimar K. S. B. de; LOPES, Renato D.; BRANDÃO, Andréia A.; MALACHIAS, Marcus V. B.; GOMES, Marco M.; JÚNIOR, Heitor M.; BARBOSA, Eduardo C. D.; PÓVOA, Rui Manoel dos S.; **IRBH - Primeiro Registro Brasileiro de Hipertensão Arterial**. Disponível em: <<file:///home/chronos/u-d4108a2fdd931a03e9000a9cd8cef3fdb212c857/MyFiles/Downloads/Downloads/1%20REGISTRO%20BRASILEIRO%20DE%20HIPERTENS%C3%83O.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2020.

LOPES, Antônio A. **Hipertensão arterial e doença renal crônica**. Revista hipertensão volume 17 - Número 3-4. Julho/Dezembro 2014 - págs. 183-191. Disponível em: <<https://www7.bahiana.edu.br:8443/jspui/bitstream/bahiana/218/1/revista%20de%20hipertensao-2014-3-4-artigo%20de%20AVC.pdf#page=36>>. Acesso em: 01 mai. 2021.

MACHADO, Mariana C.; PIRES, Cláudia G. S.; LOBÃO, William M. **Concepções dos Hipertensos sobre os fatores de risco para a doença**. Ciência & Saúde Coletiva, 17 (5): 1365-1374, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500030>. Acesso em: 20 abr. 2021.

MALACHIAS, Marcus Vinícius B.; SOUZA, Weimar K. S. B.; PLAVNIK, Frida L.; RODRIGUES, Cibele I. S.; BRANDÃO, Andrea A.; NEVES, Mário F. T, et. al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arq. Bras Cardiol 2016; 107 (3 Supl. 3): 1-83. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2021.

MENDONÇA, Larissa B. A.; Lima, Francisca, E, T.; Oliveira, Sherida K. P. **Acidente vascular encefálico como complicação da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes?** Esc, Anna Nery (impr.) 2012 abr-jun; 16(2): 340-346. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/19.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2021.

MENEZES, Ana Gabriela M. P. de; GOBBI, Débora. **Educação em saúde e Programa Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos**. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010; 34 (1): 97-102. Disponível em: <file:///home/chronos/u-d4108a2fdd931a03e9000a9cd8cef3fdb212c857/MyFiles/Downloads/Downloads/13_revisao_Educacao.pdf>. Acesso em: 05 out. 2020.

MOURA, Denizielle de I. M.; BEZERRA, Sara T. F.; MOREIRA, Thereza M. M.; FIALHO, Ana V. de M. **Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma**

revisão bibliográfica. Rev Bras Enferm, Brasília 2011 jul-ago; 64 (4): 759-65. Disponível em: <file:///home/chronos/u-d4108a2fdd931a03e9000a9cd8cef3fdb212c857/MyFiles/Downloads/Downloads/ARTIGO_HIPERTENS%C3%83O.pdf>. Acesso em: 05 out. 2020.

SANTOS, Maria F. B.; VOLPE, Gustavo J.; FILHO, Antonio P.; MACIEL, Benedito C.; NETO, Antonio M.; SCHMIDT, André. **Morte súbita cardíaca no Brasil: Análise dos casos de Ribeirão Preto (2006-2010).** Arq. Bras Cardiol. 2014; [online]. ahead print, PPO-O 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/2014nahead/pt_0_066-782X-abc-20140178.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2021.

SILVA, Luiz S. A. **Hipertensão arterial sistêmica e morbidade cardiovascular: foco na epidemiologia no Brasil.** Revista Hipertensão volume 17 - Número 3 - 4. Julho/Dezembro 2014. págs. 163 - 168. Disponível em: <<https://www7.bahiana.edu.br:8443/jspui/bitstream/bahiana/218/1/revista%20de%20hipertensao-2014-3-4-artigo%20de%20AVC.pdf#page=36>>. Acesso em: 01 mai. 2021.

SOUZA, Dilma S. M. **Álcool e hipertensão: aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e clínicos.** Rev. Bras. Hipertens. vol. 21(2): 83-86, 2014. Disponível em:<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881413/rbh-v21n2_83-86.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2021.

SOUZA, Márcio G. **Tabagismo e Hipertensão arterial: como o tabaco eleva a pressão.** Rev. Bras. Hipertens. vol. 22(3): 78-83, 2015. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881231/rbh_v22n3_78-83.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2021.