



UNIÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SERVIÇO, ENSINO E PESQUISA LTDA - UNISEPE
CENTRO UNIVERSITÁRIO AMPARENSE - UNIFIA
Rod. "João Beira" – SP 95 - KM 46,5 – Bairro Modelo – Caixa Postal 118 – CEP: 13905-529 Amparo - SP
(19) 3907-9870 – e-mail: unifia@unifia.edu.br – site: www.unifia.edu.br

unisepe[®]
EDUCACIONAL

CENTRO UNIVERSITÁRIO AMPARENSE - UNIFIA
Rod. "João Beira" – SP 95 - KM 46,5 – Bairro Modelo – Caixa Postal 118 – CEP: 13905-529 Amparo - SP
(19) 3907-9870 – e-mail: unifia@unifia.edu.br – site: www.unifia.edu.br

unisepe[®]
EDUCACIONAL

CURSO SUPERIOR EM ENFERMAGEM

JACQUELINE DOS SANTOS BISPO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: DIAGNÓSTICO,
TRATAMENTO E PRÁTICA NA ENFERMAGEM**

AMPARO, SÃO PAULO

2023



UNIÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SERVIÇO, ENSINO E PESQUISA LTDA - UNISEPE
CENTRO UNIVERSITÁRIO AMPARENSE - UNIFIA
Rod. "João Beira" – SP 95 - KM 46,5 – Bairro Modelo – Caixa Postal 118 – CEP: 13905-529 Amparo - SP
(19) 3907-9870 – e-mail: unifia@unifia.edu.br – site: www.unifia.edu.br

unisepe[®]
EDUCACIONAL

CURSO SUPERIOR EM ENFERMAGEM

JACQUELINE DOS SANTOS BISPO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PRÁTICA NA ENFERMAGEM

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Núcleo de Pesquisa do Centro Universitário Amparense como
parte das atividades para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

AMPARO, SÃO PAULO

2023



RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição médica crônica caracterizada pelo aumento persistente da pressão arterial nas artérias das pessoas e que atinge ao menos 35% da população brasileira e um bilhão de pessoas no mundo.

Quando não controlada adequadamente, a HAS pode levar a uma série de problemas de saúde graves como doenças cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais (AVC), doença renal crônica, aneurismas, entre outras.

Diante de todo histórico e momento que a sociedade brasileira e mundial vive, o objetivo do presente estudo é examinar em detalhes a HAS, abordando aspectos diagnósticos, tratamentos e o manejo da enfermagem dessa condição, através da revisão de literatura que explora desde a avaliação inicial do paciente até a adesão do tratamento.

Palavras chaves: Hipertensão Arterial Sistêmica; diagnóstico; tratamento.



SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	OBJETIVO	6
2.1	Objetivo geral.....	6
2.2	Objetivo específico.....	6
3	METODOLOGIA	7
4	DESENVOLVIMENTO	8
4.1	O que é Hipertensão Arterial Sistêmica.....	8
4.2	Métodos de diagnósticos da HAS.....	11
4.3	Tratamentos da hipertensão arterial sistêmica.....	12
4.3.1	Medicamentos anti-hipertensivos.....	13
4.3.1.1	Diuréticos.....	14
4.3.1.2	Inibidores da enzima conversora da angiotensina.....	16
4.3.1.3	Bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina.....	18
4.3.2	Medidas não farmacológicas.....	20
4.4	Prática na enfermagem e a adesão ao tratamento.....	23
5	CONCLUSÃO	26
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28



1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição médica crônica que tem se destacado como um dos principais desafios de saúde em nível global. Também conhecida como pressão alta, a HAS é caracterizada pelo aumento persistente da pressão arterial nas artérias, exercendo uma carga significativa sobre o sistema cardiovascular e sendo um fator de risco fundamental para uma série de doenças graves, incluindo acidente vascular cerebral (AVC), infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença renal crônica e doenças vasculares periféricas. (BRANDÃO e col, 2022)

Em um cenário de rápida urbanização, o envelhecimento da população e mudanças no estilo de vida, a prevalência da HAS tem aumentado de forma alarmante, tornando-se uma epidemia global. Estima-se que cerca de um bilhão de pessoas em todo o mundo estejam atualmente vivendo com pressão arterial elevada, e esse número tende a aumentar nas próximas décadas. (Conselho Federal de Farmácia, 2023)

No contexto brasileiro, a HAS não apenas contribui significativamente para a morbidade e mortalidade, mas também impõe um fardo substancial aos sistemas de saúde e à economia do país. O Sistema Único de Saúde (SUS), como principal pilar da assistência médica no Brasil, enfrenta o desafio complexo de lidar com a prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da HAS em uma população diversificada e geograficamente dispersa

A estrutura deste trabalho abrange vários aspectos essenciais da HAS, começando com a explicação dos objetivos. Em seguida, a exploração do diagnóstico da HAS, incluindo métodos de medição da pressão arterial e critérios de diagnóstico, e destaca a importância da enfermagem nesse processo, o tratamento da HAS abordando detalhadamente, cobrindo opções farmacológicas, medidas não farmacológicas e a crucial adesão do paciente ao tratamento.

Este TCC tem como escopo também fornecer uma análise aprofundada da HAS, abordando questões críticas relacionadas ao seu diagnóstico, tratamento e, especialmente, à prática da enfermagem na gestão dessa condição. A enfermagem desempenha um papel vital na assistência aos pacientes hipertensos, contribuindo não apenas para o cuidado clínico, mas também para a promoção de mudanças no estilo de vida e a educação do paciente.



UNIÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SERVIÇO, ENSINO E PESQUISA LTDA - UNISEPE
CENTRO UNIVERSITÁRIO AMPARENSE - UNIFIA
Rod. "João Beira" – SP 95 - KM 46,5 – Bairro Modelo – Caixa Postal 118 – CEP: 13905-529 Amparo - SP
(19) 3907-9870 – e-mail: unifia@unifia.edu.br – site: www.unifia.edu.br

unisepe[®]
EDUCACIONAL

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

O presente trabalho tem por objetivo analisar a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), abordando os métodos de diagnóstico do HAS e seus tipos de tratamento, a importância do cuidado do profissional da enfermagem no acompanhamento e tratamento HAS, trazendo casos clínicos para a análise.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Descrever o que se trata a HAS, demonstrando como diagnosticar e o trabalho humanizado da equipe de enfermagem no tratamento e condução dos pacientes.



UNIÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SERVIÇO, ENSINO E PESQUISA LTDA - UNISEPE
CENTRO UNIVERSITÁRIO AMPARENSE - UNIFIA
Rod. "João Beira" – SP 95 - KM 46,5 – Bairro Modelo – Caixa Postal 118 – CEP: 13905-529 Amparo - SP
(19) 3907-9870 – e-mail: unifia@unifia.edu.br – site: www.unifia.edu.br

unisepe[®]
EDUCACIONAL

3. METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho utilizando da revisão de literatura, que tem por finalidade reunir o conhecimento científico já existente sobre o tema, para desenvolver o conhecimento abordado.

Para a realização dessa revisão literária foram percorridas as seguintes etapas: definição do tema, pesquisa bibliográfica nos meios de pesquisas como: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Sociedade Brasileira de Hipertensão, Descritores em Ciência de Saúde (DeCS) e diretrizes do Ministério da Saúde.

Foram empregados termos de busca, como "Hipertensão Arterial Sistêmica", "HAS", "Diagnóstico", "Tratamento" e "Cuidados de enfermagem", na pesquisa. Além das fontes mencionadas, documentos eletrônicos também foram explorados.

Os artigos foram escolhidos com base nos seguintes critérios de inclusão: pesquisas que abordaram o tema em questão, disponibilidade do texto completo em língua portuguesa e data de publicação, preferencialmente, nos últimos cinco anos. Após a compilação dos artigos, eles foram estruturados e agrupados em categorias, preparando o terreno para a análise crítica e reflexiva, visando aprofundar o tópico proposto.

Foram utilizados artigos, livros e informações públicas.



4. DESENVOLVIMENTO

4.1 O QUE É HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Primeiramente, antes de abordar o que tema principal do trabalho, importante dizer o que é a pressão arterial, já que, o foco do artigo tem como problema uma consequência desta.

A pressão é a força que exerce sobre uma determinada área e causa expansão no recipiente que a contém, além de movimentar o seu conteúdo. Na fórmula, pressão (P) é igual à força (F) dividida pela área (A), e essa relação é crucial na compreensão da pressão hidrostática em líquidos, incluindo o sangue, sendo regida por princípios físicos bem estabelecidos. (TOLEDO, Atha Comunicação e Editora. 2018)

No contexto do nosso corpo, a pressão sanguínea é determinada pela força gerada pelo coração (atua como uma bomba) e afeta a expansão das paredes das artérias (conhecida como tensão) e a velocidade com que o sangue flui através desses vasos. As artérias maiores, chamadas de condutâncias, permitem o fluxo, enquanto as artérias menores, chamadas de resistências, controlam o fluxo. O sangue move-se de maneira contínua devido às variações de pressão nesse circuito fechado, frequentemente chamado de sistema pressurizado. (TOLEDO, Atha Comunicação e Editora. 2018)

Em repouso, a pressão sanguínea mais alta ocorre durante a ejeção ventricular, atingindo cerca de 120 mmHg. À medida que o sangue percorre o sistema arterial, essa pressão gradativamente diminui, seguindo um gradiente, até atingir valores em torno de 80 mmHg, que representa a pressão diastólica, determinada pela resistência das pequenas arteríolas em condições normais. (TOLEDO, Atha Comunicação e Editora. 2018)

Por sua vez, na raiz do presente trabalho, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) se define pela manutenção prolongada de uma pressão arterial (PA) elevada, aumentando o risco de eventos cardiovasculares. O desequilíbrio entre o retorno venoso, a força de contração cardíaca e a resistência dos vasos sanguíneos cria uma carga de pressão que pode prejudicar tanto os vasos pequenos quanto os grandes, além de causar perturbações no funcionamento do corpo e em sua estrutura. (BRANDÃO e col, 2022)

Essa relação entre a PA e o risco de eventos cardiovasculares e renais é contínua e gradual, afetando condições como acidente vascular cerebral (AVC),



doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca e outras doenças vasculares não cardíacas. No entanto, os valores considerados anormais de PA variam de acordo com as diretrizes para diagnóstico e controle da PA, refletindo diferentes interpretações das evidências. (BRANDÃO e col, 2022)

Realizar múltiplas medições da PA aumenta a precisão em avaliar a pressão usual e suas flutuações ao longo do dia, incluindo em momentos específicos, como durante o sono ou o exercício. Isso torna importante a realização de medições repetidas no consultório médico e fora dele, preferencialmente através de monitoramento ambulatorial da PA (MAPA) ou monitoramento residencial da PA (MRPA). (BRANDÃO e col, 2022)

A HAS é classificada como uma doença crônica não transmissível (DCNT) devido ao seu grande impacto na ocorrência de doenças cardiovasculares, doença renal crônica e mortalidade prematura. A prevenção e o controle da HAS representam estratégias com grande potencial para reduzir a incidência e a prevalência de doenças cardiovasculares em todo o mundo. (BRANDÃO e col, 2022)

Essa mudança ocorre da alteração nos estilos de vida da população que está causando transformações no panorama das doenças epidemiológicas em todo o mundo, e o Brasil não é exceção. Isso é especialmente notável nas enfermidades ligadas aos padrões alimentares inadequados e à falta de atividade física.

Não bastasse essa alteração, o mundo como um todo passou por uma terrível pandemia do Covid-19, onde o distanciamento social afetou drasticamente na qualidade de vida de todas as pessoas, agravando não somente a HAS, mas as doenças como um todo no geral, até mesmo as psíquicas.

Para fins de apontamentos, um estudo realizado pela Sociedade Brasileira de Hipertensão, em seu resumo científico do XXX Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão, demonstrou que houve piora nos valores da PAS após o período da pandemia dentro da sociedade brasileira.

Segundo o referido estudo, ao todo, foram atendidos 4.558 indivíduos, dos quais 2.292 (50,3%) eram do sexo masculino e 2.292 (49,7%) do sexo feminino, com uma idade média de $50,0 \pm 16$ anos. Em relação à auto declaração de hipertensão, 800 (17,5%) participantes afirmaram já ter sido diagnosticados com HAS, enquanto 1.599 (35,0%) apresentaram pressão arterial fora do controle. Dentre esses, 2.474 (54,2%) disseram ser normotensos, 687 (15,0%) afirmaram desconhecer o



diagnóstico de HAS. No entanto, 182 (4,0%) entre aqueles que se declararam normotensos apresentaram pressão arterial alterada. Portanto, quando considerados todos os 2.656 participantes, constatou-se que 799 (17,0%) estavam com pressão arterial elevada. (GUERRA e col, 2022)

No que se refere aos valores médios da pressão arterial durante o período pré-pandemia, a pressão arterial sistólica (PAS) era de 149 ± 16 mmHg, a pressão arterial diastólica (PAD) era de 91 ± 11 mmHg e a frequência cardíaca (FC) era de 78 ± 13 bpm. Já no período pós-pandemia, observou-se uma elevação significativa nos valores médios da PAS para 153 ± 16 mmHg ($p < 0,0001$), da PAD para 90 ± 11 mmHg e uma diminuição na FC para 74 ± 8 bpm. (GUERRA e col, 2022)

Diante dessa pesquisa, os dados apresentados fornecem uma perspectiva epidemiológica no contexto brasileiro, que comparou os períodos pré e pós-pandemia. Nota-se uma mudança significativa nos valores médios da pressão arterial sistólica (PAS), indicando um aumento do risco cardiovascular na população brasileira.

E como mencionado acima, o que seria a pressão arterial diastólica?

A pressão arterial diastólica é a medida da pressão exercida pelo sangue contra as paredes das artérias quando o coração está em seu estado de repouso, ou seja, entre batimentos cardíacos. É representada pelo valor menor em uma leitura da pressão arterial, como em "120/80 mmHg", em que 80 mmHg é a pressão arterial diastólica. Essa medida é importante porque indica a pressão nas artérias durante o relaxamento do coração, o que reflete a resistência dos vasos sanguíneos e fornece informações sobre a saúde cardiovascular e a função dos vasos sanguíneos. A pressão arterial diastólica é um dos componentes essenciais para avaliar a pressão arterial e compreender o risco de condições como hipertensão e doenças cardiovasculares (BRANDÃO e col, 2022)

Ainda, restou por fim mais uma menção que merece ser devidamente explicada, a pressão arterial sistólica.

A pressão arterial sistólica é a medida da pressão exercida pelo sangue contra as paredes das artérias no momento em que o coração se contrai, impulsionando o sangue para o resto do corpo. Ela é representada pelo valor maior em uma leitura da pressão arterial, como em "120/80 mmHg", em que 120 mmHg é a pressão arterial sistólica. A pressão arterial sistólica é importante porque reflete a força gerada pelo coração para bombear o sangue e distribuí-lo pelo sistema circulatório. É um indicador



fundamental da pressão arterial e fornece informações sobre a saúde do coração e a capacidade do sistema cardiovascular de suprir o corpo com sangue oxigenado. Elevações na pressão arterial sistólica estão associadas a um maior risco de problemas de saúde, incluindo hipertensão e doenças cardiovasculares. (BRANDÃO e col, 2022)

E por fim, para melhores fins de elucidação sobre Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Pressão Arterial Diastólica (PAD), a tabela a seguir demonstra a variação de cada uma:

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
Estágio 1	140-159	e/ou	90-99
Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
Estágio 3	≥ 180	e/ou	≥110

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (BRASIL, 2020)

4.2 MÉTODOS DE DIAGNÓSTICOS DA HAS

O diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) é estabelecido por meio da medição repetida da pressão arterial (PA) em dias diferentes, com a observação de valores persistentemente elevados. Uma única leitura não é suficiente para confirmar o diagnóstico (SANTOS, 2016).

A HAS pode ser categorizada em primária ou secundária, sendo a forma primária a mais comum (representando cerca de 90% dos casos) e geralmente associada a fatores de estilo de vida, como dieta inadequada e falta de atividade física.

A hipertensão que se desenvolve como resultado de uma doença ou condição médica tratável, como aldosteronismo primário, doença renal ou hipertireoidismo, é classificada como secundária. O diagnóstico dessa forma secundária de hipertensão requer investigações adicionais, incluindo exames de imagem e testes laboratoriais (SANTOS, 2016).



Há que se falar também, da pré-disposição para a HAS, esta, por sua vez, que é conhecida como pré-hipertensão (PH) e caracterizada por uma pressão arterial sistólica (PAS) que varia entre 121 e 139 mmHg e/ou uma pressão arterial diastólica (PAD) que varia entre 81 e 89 mmHg (SANTOS, 2016).

Essa classificação atual substitui a antiga designação "hipertensão limítrofe" e já indica um maior risco cardiovascular, podendo evoluir rapidamente para hipertensão. É importante destacar que indivíduos com pressão arterial nesses níveis têm uma probabilidade significativamente maior de desenvolver hipertensão arterial sistêmica (HAS) nos anos seguintes e enfrentam um risco cardiovascular mais elevado em comparação com aqueles que mantêm uma pressão arterial dentro dos parâmetros normais ($PA \leq 120 \times 80$ mmHg) (SANTOS, 2016).

A identificação da HAS é um processo que envolve a combinação desses métodos e a análise de dados para confirmar o diagnóstico. É importante ressaltar que o diagnóstico da HAS requer múltiplas medições da pressão arterial em diferentes momentos para evitar erros de medição e considerar a variabilidade da pressão arterial ao longo do dia. (BRASIL, 2020)

Basicamente, o diagnóstico da hipertensão arterial é estabelecido por meio da medição da pressão arterial, que pode ser realizada tanto em consultório médico como fora desse ambiente. É fundamental que essa medição seja conduzida de maneira apropriada, utilizando equipamentos validados. (Barroso WKS, 2020)

Além disso, o diagnóstico leva em consideração a análise da história médica do paciente, englobando tanto seu histórico de saúde pessoal quanto informações sobre problemas de saúde na família. Um exame físico minucioso é conduzido, e exames laboratoriais podem ser solicitados quando necessário. (Barroso WKS, 2020)

Essas práticas seguem as orientações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, que estabelecem os procedimentos recomendados para o diagnóstico preciso dessa condição de saúde. (Barroso WKS, 2020)

4.3 TRATAMENTOS PARA A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Como dito no início a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição de saúde crônica que requer uma abordagem terapêutica abrangente para seu controle eficaz. Não só isso, o tratamento da HAS também pode ser realizado em medidas



farmacológicas e não farmacológicas, além da importância da adesão contínua ao tratamento.

E para fins deste artigo, a seguir será abordado os seguintes tipos de tratamento: medicamentos anti-hipertensivos, medidas não farmacológicas e a adesão ao tratamento.

4.3.1 MEDICAMENTOS ANTI-HIPERTENSIVOS

As doenças cardiovasculares (DCV) são, nos dias atuais, a principal causa de problemas de saúde e mortes em nível global. Entre os fatores que contribuem para essas doenças, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) se destaca como o principal, afetando cerca de um terço da população adulta.

A HAS é uma condição complexa que envolve vários fatores, incluindo influências genéticas e uma associação frequente com outros fatores de risco cardiovascular (FRCV). Estes incluem a falta de atividade física, excesso de peso (sobrepeso e obesidade), níveis anormais de gorduras no sangue (dislipidemias ou DLP) e diabetes mellitus (DM).

Portanto, o tratamento adequado dos pacientes com HAS requer uma abordagem ampla, que abrange a detecção precoce da elevação da pressão arterial, uma avaliação precisa do risco cardiovascular e a implementação de estratégias terapêuticas eficazes para reduzir tanto o risco absoluto quanto o remanescente.

Todos os pacientes hipertensos podem se beneficiar ao adotar estilos de vida saudáveis de maneira constante. Adicionalmente, a maioria deles, em algum momento, precisará de um ou mais medicamentos.

O controle eficaz da pressão arterial (PA) por si só é eficaz na redução do risco cardiovascular global, independentemente dos medicamentos utilizados e do nível de risco cardiovascular, embora os resultados sejam mais notáveis em indivíduos com maior risco. Análises combinadas de ensaios clínicos sólidos mostram que a redução de 10 mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) e 5 mmHg na pressão arterial diastólica (PAD) diminui o risco relativo de eventos cardiovasculares graves, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e, por conseguinte, a mortalidade por causas cardiovasculares. (SANTOS, 2016)



Assim, abordaremos as quatro classes mais comuns de anti-hipertensivos: diuréticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), bloqueadores dos receptores AT1 de angiotensina II (BRA) e betabloqueadores (BB). (SANTOS 2016)

Além disso, cada classe de medicamento tem benefícios específicos e, em alguns casos, efeitos colaterais. Por exemplo, os diuréticos tiazídicos podem afetar o perfil metabólico, embora a indapamida cause menos alterações metabólicas. A espironolactona é frequentemente recomendada como a quarta opção para pacientes com hipertensão resistente ou de difícil controle. IECA e BRA são eficazes na proteção renal em casos de disfunção renal e em pacientes diabéticos. IECA tendem a causar tosse seca em uma proporção ligeiramente maior em comparação com os BRA. Os BCC di-hidropiridínicos são mais eficazes na redução da pressão arterial, mas não têm efeito bradicardizante como os não di-hidropiridínicos, e eles reduzem desfechos renais e cardiovasculares graves em graus semelhantes aos IECA e BRA. (SANTOS, 2016)

Por fim, os BB têm efeitos distintos entre os diferentes membros da classe e são recomendados em situações específicas, uma vez que podem não reduzir o risco de eventos, como acidente vascular cerebral, da mesma forma que outras classes principais. (SANTOS, 2016)

Agora, passaremos a abordar cada medicamento em específico.

4.3.1.1 DIURÉTICOS

Diurético é uma substância que promove o aumento do fluxo de urina e a eliminação de água do corpo. Esse efeito ocorre devido à redução da reabsorção de cloreto de sódio em várias partes do néfron, o que resulta em maior perda de sódio e água através da urina, desencadeando a ação diurética. (BRANDÃO,2022)

Os diuréticos pertencem a diversas classes e atuam em diferentes locais do néfron: Sítio I: diuréticos inibidores da anidrase carbônica; Sítio II: diuréticos de alça; Sítio III: diuréticos tiazídicos e Sítio IV: diuréticos poupadores de potássio.

Os diuréticos da classe das tiazidas são medicamentos acessíveis em termos de custo e mostraram ser eficazes na redução da pressão arterial, além de desempenharem um papel importante na prevenção de eventos cardiovasculares graves. Em particular, pacientes mais idosos, aqueles de origem afrodescendente e



indivíduos com evidências de retenção de líquidos podem se beneficiar significativamente do uso de diuréticos como primeira linha no tratamento da hipertensão arterial. (BRANDÃO, 2022)

Os diuréticos da classe das tiazidas representam um avanço no tratamento diurético da hipertensão arterial sistêmica (HAS). Em doses equivalentes, eles demonstraram uma redução mais expressiva da pressão arterial em comparação com a hidroclorotiazida. (BRANDÃO, 2022)

Esta classe de medicamentos é pouco comum no tratamento da hipertensão arterial. Geralmente, é reservada para pacientes com hipertensão que também sofrem de insuficiência cardíaca ou têm um comprometimento grave da função renal (grau IV ou V). (BRANDÃO, 2022)

Os diuréticos da classe de alça, embora sejam eficazes na eliminação de excesso de líquidos do corpo, sua capacidade de reduzir a pressão arterial não é muito marcante. Isso ocorre porque a rápida perda de líquido desencadeia mecanismos fisiológicos compensatórios. Como efeito colateral, essa ação intensiva no equilíbrio hídrico pode ativar o sistema nervoso simpático e o sistema renina-angiotensina-aldosterona. (BRANDÃO, 2022)

Portanto, o uso desses medicamentos pode aumentar o risco de resultados indesejados em pacientes hipertensos que não possuam as condições médicas que justificariam seu uso preferencial. (BRANDÃO, 2022)

Há também os diuréticos poupadores de potássio, na prática clínica brasileira, a espironolactona é o agente mais comumente utilizado dessa classe. Outro diurético pertencente a esse grupo, chamado amilorida, também é utilizado para tratar a HAS, mas é frequentemente encontrado em combinação fixa com outros diuréticos, como hidroclorotiazida, clortalidona ou furosemida. (BRANDÃO, 2022)

Esses medicamentos são especialmente benéficos para pacientes com hiperaldosteronismo, uma condição em que o corpo produz excesso de aldosterona, um hormônio que regula o equilíbrio de sódio e potássio. (BRANDÃO, 2022)

A administração de poupadores de potássio juntamente com outras classes de diuréticos, como tiazídicos ou diuréticos de alça, pode ser útil para reduzir o risco de efeitos colaterais, como câibras musculares, que são uma queixa comum entre pacientes em tratamento com diuréticos. (BRANDÃO, 2022)



4.3.1.2 INIBIDORES DA ENZIMA CONVERSORA DA ANGIOTENSINA

O tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) frequentemente envolve o uso de inibidores da enzima conversora da angiotensina I (IECA). Esses medicamentos desempenham um papel central no manejo da HAS, geralmente sendo prescritos como primeira linha de tratamento. (SANTOS, 2019)

Os IECA funcionam inibindo a formação da angiotensina II, uma substância que causa constrição dos vasos sanguíneos. Além disso, eles aumentam os níveis de bradicinina, uma molécula que promove a dilatação dos vasos sanguíneos. Os IECA também estimulam a produção de prostaciclina e óxido nítrico nas células endoteliais, o que contribui para a vasodilatação. (SANTOS, 2019)

Esses medicamentos são amplamente considerados como a primeira opção no tratamento da HAS, embora a eficácia possa variar dependendo do estágio da hipertensão, do equilíbrio de fluidos no corpo e das características individuais do paciente. Portanto, a escolha do IECA e a dosagem precisam ser personalizadas para se adequarem a cada situação clínica. (SANTOS, 2019)

Os inibidores da enzima conversora da angiotensina I (IECA) são preferenciais quando há necessidade de tratar a hipertensão arterial sistêmica (HAS) em conjunto com outras condições de saúde. Isso inclui casos de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, doença arterial coronariana, história de infarto do miocárdio, diabetes mellitus ou doença renal crônica, bem como na prevenção de acidentes vasculares cerebrais recorrentes. (SANTOS, 2019)

A eficácia do tratamento com IECA pode variar consideravelmente e depende de diversos fatores. Isso inclui o grau de hipertensão do paciente, o estado do equilíbrio de fluidos no corpo e, notavelmente, as características demográficas da população atendida. Na prática clínica, observa-se que os IECA costumam proporcionar resultados mais notáveis em pacientes de origem étnica branca, especialmente naqueles que adotam restrições dietéticas de sódio, pois isso ativa de forma mais intensa o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA). (SANTOS, 2019)

Por outro lado, em pacientes de ascendência afrodescendente, nota-se uma menor resposta na redução da pressão arterial (PA), conforme documentado em diversos estudos. Essa diferença é atribuída a níveis mais baixos de renina, expansão



do volume sanguíneo e uma maior sensibilidade ao sal. No entanto, nos pacientes afrodescendentes, a combinação de IECA com diuréticos pode melhorar a eficácia do tratamento, reduzindo as discrepâncias raciais. (SANTOS, 2019)

Geralmente, os pacientes afrodescendentes podem necessitar de doses mais elevadas de IECA para alcançar uma resposta adequada na redução da PA. Eles também se beneficiam de maneira semelhante aos não afrodescendentes, com a redução de eventos cardiovasculares e proteção dos órgãos-alvo. (SANTOS, 2019)

Um dos primeiros estudos a investigar a combinação de inibidores da enzima conversora da angiotensina I (IECA) com outros medicamentos anti-hipertensivos foi o estudo CAPPP (Projeto de Prevenção com Captopril), no qual o IECA foi associado a um betabloqueador ou um diurético. (SANTOS, 2019)

No entanto, os resultados desse estudo ficaram aquém do esperado, pois a redução da pressão arterial (PA) com o uso desse IECA era comparável ao tratamento convencional da época com betabloqueadores ou diuréticos. (SANTOS, 2019)

A redução da pressão arterial promovida pelos IECA é altamente variável e depende de diversos fatores, incluindo o estágio da hipertensão, a etnia e a idade do paciente. Estudos comparativos entre IECA e bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA) encontraram efeitos semelhantes. (SANTOS, 2019)

A combinação tríplice de IECA, antagonistas do canal de cálcio (ACC) e diuréticos oferece uma excelente combinação de medicamentos, abordando aspectos complementares e inibindo os efeitos adversos específicos de cada fármaco. (SANTOS, 2019)

Os IECA geralmente são bem tolerados e não costumam causar fadiga ou sintomas relacionados ao sistema nervoso central. No entanto, podem levar a hipotensão sintomática, sendo mais comum em pacientes com depleção de volume e ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA). Essa hipotensão pode ser minimizada iniciando o tratamento com baixas doses de IECA e ajustando gradualmente a dose. (SANTOS, 2019)

Uma elevação leve no nível de potássio no sangue pode ocorrer devido ao efeito antialdosterona dos IECA em pacientes com função renal normal. A hipercalemia, definida como níveis de potássio no sangue acima de 5,1 mEq/L, ocorreu em 11% dos pacientes em um estudo dos Veterans Affairs, sendo mais comum em pacientes com níveis elevados de creatinina sérica. (SANTOS, 2019)



A combinação de IECA com antagonistas do receptor mineralocorticoide ou outros diuréticos poupadores de potássio aumenta o risco de hipercalemia, exigindo uma monitorização cuidadosa dos níveis de potássio no sangue e da função renal. (SANTOS, 2019)

Em resumo, os IECA são medicamentos de primeira linha no tratamento da hipertensão arterial sistêmica, com boa adesão e potência anti-hipertensiva comparáveis a outros tratamentos. Eles têm uma aplicabilidade ampla, não apenas na hipertensão, mas também na insuficiência cardíaca e doença arterial coronariana. Além de reduzirem a PA, têm um papel significativo na redução da morbidade e mortalidade cardiovascular. Embora possam causar efeitos colaterais, a maioria não é grave o suficiente para exigir a interrupção do tratamento. Raramente, ocorre um efeito mais sério, o angioedema, que requer atenção especial. Os IECA continuam sendo os principais medicamentos em diversas condições do sistema cardiovascular devido à sua eficácia comprovada. (SANTOS, 2019)

4.3.1.3 BLOQUEADORES DOS RECEPTORES AT1 DA ANGIOTENSINA

Os bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II (BRA) são uma classe de medicamentos amplamente utilizados no tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) no Brasil. Eles desempenham um papel fundamental como tratamento de primeira linha para essa condição e também mostram benefícios comprovados em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFEr), doença arterial coronariana (DAC), diabetes mellitus (DM) e doença renal crônica (DRC). (SANTOS, 2019)

Esses medicamentos agem no sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA). Sua principal ação é bloquear os receptores AT1 da angiotensina II. Ao fazer isso, eles contrapõem os efeitos desencadeados por essa via de sinalização, que incluem a constrição dos vasos sanguíneos, inflamação, crescimento e proliferação celular, retenção de sódio, aumento do risco de aterosclerose, ativação do sistema nervoso simpático e redução do fluxo sanguíneo nos rins. (SANTOS, 2019)

Um efeito interessante da inibição dos receptores AT1 é um aumento compensatório nos níveis de angiotensina I e angiotensina II, o que leva a um aumento da ativação dos receptores AT2. Isso resulta em efeitos benéficos, como a dilatação



dos vasos sanguíneos, aumento da excreção de sódio e água, ação anti-inflamatória, inibição do crescimento celular e aumento do fluxo sanguíneo nos rins. (SANTOS, 2019)

Além disso, ao bloquear a angiotensina II, ocorre uma maior produção de peptídeos como a angiotensina 1-7. Esse peptídeo age em receptores específicos e desencadeia a produção de óxido nítrico e prostaciclina, levando à vasodilatação, aumento da excreção de sódio e água, bem como efeitos anti-proliferativos. (SANTOS, 2019)

É importante notar que alguns BRA também têm efeitos independentes do bloqueio dos receptores AT1. Eles incluem a inibição do receptor de tromboxano A2, a inibição da agregação plaquetária, a ativação do receptor PPAR- γ , a redução dos níveis sanguíneos de ácido úrico, a inibição da produção de prostaglandinas, o estímulo à síntese de óxido nítrico e a inibição do sistema nervoso simpático. Esses efeitos adicionais contribuem para a eficácia geral dos BRA no tratamento da HAS e condições cardiovasculares relacionadas. (SANTOS, 2019)

De modo geral, os bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II (BRA) são bem tolerados e têm uma baixa taxa de efeitos colaterais. Em contraste com os inibidores da enzima conversora da angiotensina I (IECA), que frequentemente estão associados à ocorrência de tosse seca, os BRA apresentam uma incidência de tosse semelhante à observada em pacientes que recebem placebo. Além disso, as taxas de interrupção ou abandono do tratamento por parte dos pacientes que utilizam BRA são inferiores às observadas com IECA e são comparáveis às taxas observadas em pacientes que recebem placebo. (SANTOS, 2019)

Os BRA são eficazes no tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS), podendo ser usados isoladamente ou em combinação com outros medicamentos. Eles são geralmente bem tolerados, apresentam um perfil de efeitos colaterais semelhante ao de um placebo e representam uma alternativa para pacientes que não toleram IECA. Além de controlar a pressão arterial e reduzir a rigidez das artérias, os BRA têm uma série de benefícios adicionais. (SANTOS, 2019)

Eles demonstraram ser eficazes na redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares, úteis na prevenção de fibrilação atrial (FA) nova e na recorrência dessa arritmia, eficazes na redução da incidência de diabetes e na melhoria do



controle glicêmico. Além disso, eles têm um efeito benéfico na redução da quantidade de proteína na urina e na progressão da doença renal. (SANTOS, 2019)

4.3.2 MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Para falar de medidas não farmacológicas, devemos entendê-la como uma série de cuidados que não são através de medicamentos que o paciente deve seguir.

Desse modo, passaremos a falar primeiramente sobre o controle de íons e eletrólitos.

O desequilíbrio nos eletrólitos, conhecido como desequilíbrio hidroeletrólítico, desempenha um papel fundamental no aumento da pressão arterial e pode, por sua vez, ser uma consequência da hipertensão arterial sistêmica (HAS), especialmente durante episódios de crise hipertensiva. Além disso, a eficácia do controle da HAS está intimamente ligada à gestão adequada desses fatores. (BRANDÃO, 2022)

Os eletrólitos, representados em rótulos de produtos alimentícios como sais minerais, desempenham um papel crítico na regulação da pressão arterial. Em situações de distúrbios hidroeletrólíticos agudos associados a aumentos súbitos da pressão arterial, a correção imediata é frequentemente alcançada com medicamentos administrados por via parenteral (como intravenosa, intramuscular, subcutânea ou intradérmica, para uma absorção mais rápida). A abordagem a longo prazo envolve intervenções não medicamentosas, incluindo dietas equilibradas que reduzem o consumo de sódio (Na⁺), mantêm níveis adequados de potássio (K⁺) e cálcio (Ca⁺⁺), limitam o consumo de gorduras e promovem a ingestão de fibras. Essas medidas contribuem para o controle da pressão arterial. (BRANDÃO, 2022)

Os eletrólitos, como sódio (Na⁺), cálcio (Ca⁺⁺), magnésio (Mg⁺⁺), e potássio (K⁺), têm distribuições características no organismo, com o sódio e o cálcio predominando no fluido extracelular, enquanto o potássio é mantido em maior concentração no interior das células. Os processos de transporte desses eletrólitos dentro e fora das células desempenham um papel vital em funções fisiológicas como a atividade neuronal, incluindo o sistema nervoso central e autônomo, a função dos músculos esqueléticos, a regulação do ritmo cardíaco e a contração dos músculos cardíacos e vasos sanguíneos. Todos esses processos são essenciais para a regulação da pressão arterial. (BRANDÃO, 2022)



A redução na ingestão de sódio (Na⁺) na dieta é uma intervenção não medicamentosa fundamental no tratamento da hipertensão arterial sistêmica. A relação entre sódio (Na⁺) e potássio (K⁺) na dieta é essencial, e um equilíbrio adequado contribui para um controle mais eficaz da pressão arterial, superando a redução isolada de sódio ou o aumento isolado de potássio. (BRANDÃO, 2022)

Outra medida não farmacológica é o controle no consumo do álcool.

Os efeitos do álcool no corpo são variados, afetando desde o sistema nervoso central até a elevação da pressão arterial e o aumento do risco cardiovascular. A relação positiva entre o consumo de álcool e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é bem conhecida, e a moderação no consumo é recomendada como parte das mudanças no estilo de vida. (BRANDÃO, 2022)

A HAS relacionada ao consumo crônico de álcool é um processo complexo com múltiplos fatores que ainda não foram completamente esclarecidos. A quebra do álcool em acetaldeído gera substâncias reativas de oxigênio e diminui os níveis de óxido nítrico nos tecidos. Esse processo de estresse oxidativo, juntamente com o aumento do cálcio dentro das células, disfunção do endotélio, inflamação nos vasos sanguíneos, maior reatividade vascular e alterações estruturais levam ao aumento da resistência nos vasos periféricos e, conseqüentemente, à elevação da pressão arterial. (BRANDÃO, 2022)

Estudos observacionais demonstraram uma relação dose-resposta entre o consumo de álcool e a pressão arterial, levando à recomendação de moderação no consumo de álcool. Especificamente, é sugerido que as mulheres limitem o consumo a, no máximo, um drinque (equivalente a 14 g de álcool) por dia, enquanto os homens podem consumir até dois drinques. Essa recomendação é apoiada por pesquisas de intervenção que avaliaram os efeitos do consumo crônico de álcool na pressão arterial, demonstrando que a pressão arterial se eleva durante o consumo e diminui gradualmente após a interrupção do álcool. (BRANDÃO, 2022)

Algumas análises exploratórias revelaram que os pacientes hipertensos que receberam uma intervenção, relataram menos episódios de consumo excessivo de álcool no ano anterior e tinham pressão arterial superior a 140/90 mmHg na avaliação inicial, experimentaram benefícios no controle da hipertensão arterial sistêmica. (BRANDÃO, 2022)

E por fim, abordaremos os benefícios dos exercícios físicos no controle da HAS.



A prática regular de exercícios físicos é essencial para prevenir e tratar a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Geralmente, recomenda-se um programa que combina exercícios aeróbicos com exercícios de resistência dinâmica, embora outros tipos de exercícios também possam ser benéficos. (BRANDÃO, 2022)

Os exercícios aeróbicos se baseiam na produção de energia aeróbica e devem incluir atividades que envolvam grandes grupos musculares, realizadas de maneira cíclica e repetitiva, com intensidade leve a moderada e por um período prolongado. Após o exercício aeróbico, é comum observar uma redução na pressão arterial, que geralmente permanece mais baixa do que os níveis pré-exercício por vários minutos ou até horas, sem sintomas de tontura, caracterizando o fenômeno conhecido como hipotensão pós-exercício. Em pessoas com hipertensão ou pré-hipertensão, a redução média da pressão arterial após o exercício aeróbico é de cerca de -6/-4 mmHg, com o maior efeito ocorrendo cerca de 30-45 minutos após o exercício e persistindo por até 16 horas. (BRANDÃO, 2022)

Por outro lado, o exercício resistido dinâmico envolve a contração de segmentos do corpo contra uma resistência, frequentemente chamado de treinamento de força. Seu principal benefício é melhorar a estrutura e a função muscular. Após uma sessão de exercício resistido dinâmico, observa-se uma redução média da pressão arterial de cerca de -9/-6 mmHg em indivíduos hipertensos. (BRANDÃO, 2022)

No geral, parece que exercícios que recrutam grupos musculares maiores resultam em maiores reduções da pressão arterial após o exercício. No entanto, os efeitos do volume total de exercício (número de séries e repetições) e da intensidade ainda precisam de mais estudos para uma compreensão completa. (BRANDÃO, 2022)

Em resumo, a adoção de um estilo de vida ativo, que inclui a prática regular de exercícios aeróbicos e de resistência, desempenha um papel fundamental no controle da HAS. Além de ajudar a reduzir a pressão arterial, essa abordagem contraria os mecanismos subjacentes da hipertensão, auxilia no controle de condições médicas relacionadas e previne danos nos órgãos-alvo. Portanto, incentivar a prática de atividades físicas e recomendar um programa regular de treinamento físico são passos essenciais na prevenção e no tratamento da HAS. (BRANDÃO, 2022)



4.4 ADESÃO AO TRATAMENTO E PRÁTICA NA ENFERMAGEM

A hipertensão arterial é uma doença que, atualmente, pode ser controlada com relativa facilidade, graças às diversas opções terapêuticas disponíveis. No entanto, um desafio considerável para os profissionais encarregados de tratar pacientes hipertensos é a adesão ao tratamento, que, na maioria das vezes, é baixa ou inexistente. Isso torna o tratamento ineficaz na prevenção de complicações a curto, médio e longo prazo e prejudica a qualidade de vida dos pacientes. (BRASIL, 2020)

A avaliação da adesão ao tratamento da hipertensão arterial envolve uma variedade de métodos, que podem ser classificados como diretos, com evidências objetivas da ingestão dos medicamentos pelos pacientes, e indiretos, que usam diferentes estratégias para estimar a adesão à medicação. A escolha do método apropriado depende dos objetivos da avaliação, dos recursos disponíveis, da aceitação do paciente, da praticidade e dos custos envolvidos. (BRASIL, 2020)

É fundamental destacar que a falta de adesão ao tratamento tem graves consequências, sobretudo o descontrole da pressão arterial, resultando em danos aos órgãos-alvo, como o coração e os rins, e um risco ampliado de morbimortalidade cardiovascular. Tais consequências geram consideráveis impactos econômicos, incluindo maiores despesas com assistência médica e aposentadorias precoces. (BRASIL, 2020)

Dentre as estratégias para melhorar a adesão ao tratamento da hipertensão, destacam-se as seguintes:

- Automedida da pressão arterial, permitindo que o próprio paciente monitore seus níveis.
- Simplificação dos esquemas de medicação, com prescrições de doses mínimas, administração em dose única diária e combinação de diferentes anti-hipertensivos em um único comprimido.
- Implementação de equipes multidisciplinares de cuidados de saúde para pacientes hipertensos, envolvendo médicos, enfermeiros, farmacêuticos, educadores físicos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde.

Para que os pacientes sigam o tratamento de forma eficaz, é fundamental que eles estejam bem informados e compreendam a importância das medidas preventivas no controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS). Essas informações costumam ser



UNIÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SERVIÇO, ENSINO E PESQUISA LTDA - UNISEPE
CENTRO UNIVERSITÁRIO AMPARENSE - UNIFIA
Rod. "João Beira" – SP 95 - KM 46,5 – Bairro Modelo – Caixa Postal 118 – CEP: 13905-529 Amparo - SP
(19) 3907-9870 – e-mail: unifia@unifia.edu.br – site: www.unifia.edu.br

unisepe[®]
EDUCACIONAL

transmitidas durante consultas médicas e orientações de enfermagem, que estão intimamente ligadas ao tratamento com medicamentos e às mudanças no estilo de vida. A criação de um relacionamento próximo com os pacientes desempenha um papel fundamental na melhoria da adesão ao tratamento, especialmente no caso da HAS, que é uma doença crônica que requer tratamento contínuo. (BRASIL, 2020)

Assim, aprimorar a adesão ao tratamento da hipertensão é essencial para reduzir os custos associados à morbidade, mortalidade e atendimento médico. Atualmente, dispomos de um leque de terapias com eficácia comprovada, tanto medicamentosas quanto não medicamentosas, para o tratamento da hipertensão. No entanto, garantir que os pacientes sigam essas abordagens ainda representa um desafio significativo para todos os profissionais de saúde. (BRASIL, 2020)

Por sua vez, o enfermeiro tem vital função para o tratamento da HAS, na prática, o profissional da enfermagem deve capacitar indivíduos para que tenham maior controle sobre os fatores que afetam a gestão de seu próprio cuidado de saúde e, assim, aprimorar seu bem-estar. (ARAUJO, 2014)

O desenvolvimento de competências avançadas em comunicação, técnicas para modificar comportamentos, educação do paciente e habilidades de aconselhamento são componentes fundamentais que melhoram os sistemas de assistência médica. (ARAUJO, 2014)

Eles desempenham um papel vital em auxiliar pessoas com condições crônicas a assumirem um papel ativo em seu próprio cuidado, incluindo a promoção e avaliação da adesão às orientações médicas, fazendo uso de abordagens educacionais, motivacionais e cognitivas, bem como aproveitando as tecnologias disponíveis. (ARAUJO, 2014)

As equipes de saúde que operam na atenção primária devem adotar o princípio do "cuidado centrado no paciente". Nesse modelo, o indivíduo assume um papel central nas ações de cuidado, que são adaptadas às suas necessidades específicas. Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de auxiliar os pacientes no desenvolvimento de conhecimento, habilidades, competências e confiança necessárias para que possam gerenciar sua própria saúde e tomar decisões informadas de maneira mais eficaz. (BRASIL, 2020)



O cuidado é uma construção colaborativa, realizada em conjunto com os pacientes, levando em consideração suas particularidades e potencialidades, com o objetivo de promover uma vida independente e satisfatória. (BRASIL, 2020)

Esse modelo de cuidado é respaldado pela Portaria 2.436 do Ministério da Saúde, datada de 21 de setembro de 2017.

E dentro dessa portaria, há as ESF (estratégia saúde da família), e nesse contexto da ESF, o enfermeiro desempenha um papel fundamental. A abordagem de cuidado é verdadeiramente interprofissional, onde cada profissional faz sua avaliação. Posteriormente, em colaboração, eles desenvolvem estratégias para a manutenção e recuperação da saúde dos pacientes. (SANTOS, 2019)

O enfermeiro não apenas gerencia e coordena atividades na ESF, mas também desempenha um papel vital na educação em saúde dos pacientes. Isso visa aumentar o conhecimento dos pacientes, incentivando sua participação e adesão ao tratamento.

O enfermeiro realiza consultas de enfermagem, identificando perfis de pacientes hipertensos que podem não comparecer e investiga as razões para suas ausências. Isso permite ajustar as ações de saúde para melhorar a adesão ao tratamento. (SANTOS, 2019)

A presença de uma equipe multidisciplinar é altamente eficaz para garantir que os pacientes adiram ao tratamento e o sigam consistentemente. Isso capacita a população a entender melhor a patologia e os métodos de tratamento, o que contribui para seu bem-estar geral. (SANTOS, 2019)

É importante ressaltar que os enfermeiros estão familiarizados com os protocolos do Hiperdia e podem implementar atividades que incentivem os pacientes hipertensos a cuidarem de si mesmos, buscando melhorar sua qualidade de vida e saúde. Apesar das dificuldades encontradas nas unidades de ESF, o objetivo é atender às demandas dos usuários, ouvi-los e garantir atenção integral e de qualidade. (SANTOS, 2019)

Diante do exposto, recomenda-se que os enfermeiros implementem essas estratégias e recursos nas unidades de ESF. Isso fortalecerá a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS), reduzindo assim complicações e aumentando a efetividade do tratamento. (SANTOS, 2019)



5. CONCLUSÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição de saúde crônica que representa um sério problema de saúde pública em todo o mundo. Esta doença, caracterizada pelo aumento persistente da pressão arterial, é frequentemente chamada de "assassino silencioso" devido à sua natureza assintomática e às graves complicações que pode causar se não for devidamente controlada.

O diagnóstico da HAS é fundamental para o tratamento eficaz. Medir a pressão arterial regularmente é o primeiro passo na identificação da condição. Valores elevados, geralmente acima de 140/90 mmHg, em pelo menos duas medidas, são indicativos de hipertensão. Além disso, a avaliação do paciente para identificar fatores de risco, como histórico familiar, obesidade, tabagismo e estilo de vida sedentário, é de extrema importância.

O tratamento da HAS envolve uma abordagem multimodal. Isso inclui mudanças no estilo de vida, como dieta saudável e aumento da atividade física. Além disso, o tratamento medicamentoso é frequentemente necessário. Vários medicamentos anti-hipertensivos estão disponíveis, cada um com seus mecanismos de ação e indicações específicas.

Nesse cenário, o enfermeiro desempenha um papel vital, na Atenção Primária à Saúde (APS), onde a grande maioria dos pacientes com HAS é atendida, o enfermeiro tem um papel central na educação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento desses pacientes.

Ele ajuda a educar os pacientes sobre a importância do controle da pressão arterial, a medir a pressão regularmente, a aderir ao tratamento medicamentoso e a fazer as mudanças no estilo de vida necessárias. Além disso, o enfermeiro pode atuar na identificação precoce da HAS, no monitoramento contínuo dos pacientes e na promoção de um ambiente de cuidado centrado no paciente.

Em conclusão, a HAS é uma condição de saúde prevalente com sérias implicações para o bem-estar dos pacientes, com o diagnóstico precoce e o tratamento adequado são essenciais.

Nesse contexto, o papel do enfermeiro é fundamental para melhorar os resultados do tratamento e garantir que os pacientes com HAS tenham a melhor qualidade de vida possível, através de uma abordagem integrada e centrada no



UNIÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SERVIÇO, ENSINO E PESQUISA LTDA - UNISEPE
CENTRO UNIVERSITÁRIO AMPARENSE - UNIFIA
Rod. "João Beira" – SP 95 - KM 46,5 – Bairro Modelo – Caixa Postal 118 – CEP: 13905-529 Amparo - SP
(19) 3907-9870 – e-mail: unifia@unifia.edu.br – site: www.unifia.edu.br

unisepe[®]
EDUCACIONAL

paciente, o enfermeiro desempenha um papel crucial na prevenção, controle e na adesão ao tratamento dessa condição crônica.



6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAUJO, Ocione Cristina de; COSTA, Yasmin Fernandes. **O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica**. [S. l.], 1 dez. 2014. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/155566/A12.pdf. Acesso em: 30 ago. 2023.
- Barroso WKB, et al. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Arq Bras Cardiol. 2021; 116 (3): 516-658. Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x55156.pdf Acesso em: 07 set.2023
- Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa AD de M, et al. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020**. Arq Bras Cardiol. 2021;116(3):516-658.
- BRANDÃO, Andrea A. AMODEO, Celso. NOBRE, Fernando. **HIPERTENSÃO**- Editora Manole| Santana do Parnaíba| 3.ed| 2022.
- BRASIL. Sociedade Brasileira De Hipertensão; Sociedade Brasileira De Nefrologia. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020** Diretrizes. v. 116, n. 3, 2020. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf> Acesso em: 29 set 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília;2017
- Carvalho MV, Siqueira LB, Souza ALL, Jardim PCBV. **A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida**. Arq Bras Cardiol. 2013;100(2):164-174. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/nDbtL3y4fFjbRLv3TT8Nxvj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 set. 2023.
- Feitosa ADM, Mota-Gomes MA, Barroso WS, Miranda RD, Barbosa ECD, Brandão AA, et al. **The impact of changing home blood pressure monitoring cutoff from 135/85 to 130/80 mmHg on hypertension phenotypes**. J Clin Hypertens. 2021.
- Guerra,GM; Bartholomeu,T; Plavnik,FL; deAngelis, K;Lopes, HF; Gowdak,M; Tsunemi,MH; Amaral,SL; Cesarino,EJ; Bortolotto, LA. **Hipertensão**, v.24, Número 2. Brasil. 2022.
- LEÃO, M., F. M.; **Avaliação Genotóxica e Mutagênica de anti- hipertensivos distribuídos pela farmácia popular em células do sistema imunológico humano**; Universidade Federal do Pampa; Uruguaiiana 2016.



UNIÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SERVIÇO, ENSINO E PESQUISA LTDA - UNISEPE
CENTRO UNIVERSITÁRIO AMPARENSE - UNIFIA
Rod. "João Beira" – SP 95 - KM 46,5 – Bairro Modelo – Caixa Postal 118 – CEP: 13905-529 Amparo - SP
(19) 3907-9870 – e-mail: unifia@unifia.edu.br – site: www.unifia.edu.br

unisepe[®]
EDUCACIONAL

LEITE, Maria Clerya Alvino; MEDEIROS, Ana Lucia de França. **Atuação do Enfermeiro no Controle da Hipertensão Arterial em Unidades de Saúde da Família.** 30 jan.2010. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/5832/5089>. em: 25 set. 2023.

SALLES, A. L. DE O. et al. **O enfermeiro e a questão da adesão do paciente ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica TT.** *Revista enfermagem UERJ*, v. 27, p. e37193–e37193, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1005387>. Acesso em: 15 ago 2023.

SANTOS, Paulo C. J. L. **Atenção Farmacêutica: Contexto Atual, Exames Laboratoriais e Acompanhamento Farmacoterapêutico.** São Paulo: Atheneu, 2016.

SANTOS, Paulo C. J. L. (Org.); PILGER, Diogo (Ed.). **Cuidado farmacêutico: pacientes com hipertensão, dislipidemia e outras doenças. Série Farmácia Clínica & Atenção Farmacêutica**, 1ª ed., v. 2, Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **Sobre a Hipertensão.** São Paulo, SP. Disponível em: <https://www.sbh.org.br/sobre-a-hipertensao/> Acesso em: 18 ago. 2023.

TOLEDO, Juan Carlos Yugar. **Revista Brasileira de Hipertensão.** Volume 25. Nº1. Atha Comunicação e Editora. 2018.

ZEFERINO, Helton de Souza; **Linha de Cuidado a Pessoa com Hipertensão Arterial: Ministério da Saúde.** [S. l.], 1 dez. 2019. Disponível em: <https://saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/atencao-basica/linha-de-cuidado-ab-aps/linha-de-cuidado-a-pessoa-com-hipertensao-arterial-sistemica/16393-linha-de-cuidado-a-pessoa-com-hipertensao-arterial-sistemica/file>. Acesso em: 30 ago. 2023.

<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/17/hipertensao-arterial-a-doenca-silenciosa-que-atinge-35-da-populacao-brasileira.ghtml> Acesso em: 18 ago.2023.

Conselho Federal de Farmácia. **OMS: uma em cada três pessoas no mundo sofre de pressão alta e 80% não recebe o tratamento adequado** Disponível em <https://site.cff.org.br/noticia/Noticias-gerais/22/09/2023/oms-uma-em-cada-tres->



UNIÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SERVIÇO, ENSINO E PESQUISA LTDA - UNISEPE
CENTRO UNIVERSITÁRIO AMPARENSE - UNIFIA
Rod. "João Beira" – SP 95 - KM 46,5 – Bairro Modelo – Caixa Postal 118 – CEP: 13905-529 Amparo - SP
(19) 3907-9870 – e-mail: unifia@unifia.edu.br – site: www.unifia.edu.br

unisepe[®]
EDUCACIONAL

pe~~so~~as-no-mundo-sofre-de-p~~re~~ssao-alta-e-80-nao-recebe-o-tratamento-adequado#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20OMS,milh%C3%B5es%20para%201%2C3%20bilh%C3%A3o%20acessado%20em%2029%20set%202023.