

**FACULDADE MAUÁ DE GOIÁS
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MELQUISEDECK DE MORAIS PORTO

**HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO CONDIÇÃO PARA DESCREVER O
ACESSO À SAÚDE**

Águas Lindas-GO

2024

FACULDADE MAUÁ DE GOIÁS
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MELQUISEDECK DE MORAIS PORTO

HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO CONDIÇÃO PARA DESCRIVER O
ACESSO À SAÚDE

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Enfermagem da Faculdade Mauá de Goiás, como parte dos requisitos para a obtenção do título de bacharel em enfermagem. Sob a orientação do prof. Luana Guimarães.

Águas Lindas-GO

2024

RESUMO

Segundo o Ministério da Saúde, a hipertensão arterial ou pressão alta é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias. Ela acontece quando os valores das pressões máxima e mínima são iguais ou ultrapassam os 140/90 mmHg. A pressão alta faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer com que o sangue seja distribuído corretamente no corpo. O problema é herdado dos pais em 90% dos casos, mas há vários fatores que influenciam nos níveis de pressão arterial, como os hábitos de vida do indivíduo. Com o objetivo de avaliar a prevalência e fatores de risco de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Sendo avaliado o número de mortes causadas pelas HAS, fatores de risco, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção. O estudo foi elaborado através de base de dados on-line, selecionando artigos de sites que continham descritores que se encaixavam mais ao perfil da pesquisa. Foram encontrados 12.437 mil artigos relacionados ao assunto, após realizar a seleção de filtros necessários, foram selecionados 1.246 artigos, posteriormente foi realizada a leitura de títulos e resumos e escolhidos 10 artigos para compor o estudo. As fontes de pesquisa utilizadas foram BVS (Biblioteca Virtual da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), os dados relacionados contêm dados epidemiológicos em taxas e informações relacionadas a Hipertensão Arterial Sistêmica. As complicações associadas à HAS, como AVC e insuficiência cardíaca, exercem um impacto considerável na taxa de mortalidade e na economia nacional. A gestão eficaz no tratamento da HAS é crucial desde as intervenções farmacológicas quanto a mudanças no modo de vida, como foco no auxílio da população iniciativas como o HIPERDIA, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo treinar e capacitar os profissionais da saúde para melhor atender os portadores de HAS. Estudos sugerem que dietas como a DASH e a mediterrânea podem ser vantajosas para o controle das HAS. A aderência ao tratamento é um indicador importante de controle da doença, podendo ser mensurada através de diferentes métodos, como observação clínica e a análise de exames complementares. A hipertensão arterial sistêmica representa um desafio significativo para a saúde pública, não apenas devido à sua alta prevalência, mas também pelas complicações graves que pode causar, como doenças cardiovasculares e renal. A implementação de estratégias de intervenção que incluam educação em saúde, promoção de estilos de vida saudáveis e adesão a tratamentos adequados é essencial para reduzir os índices de morbidade e mortalidade associados à HAS. A colaboração entre equipes de saúde, pacientes e suas famílias é vital para o sucesso no controle da hipertensão, promovendo uma cultura de saúde e bem-

estar.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Fatores de Risco, Estratégia Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

A escolha do tema “Hipertensão como Condição Traçadora para Descrever o Acesso à Saúde” foi motivada pela necessidade de compreender e responder aos desafios da hipertensão arterial sistêmica (HAS) de acordo com CAVASSIN e LIMA JÚNIOR, 2021 podem-se vislumbrar três ações estratégicas: melhorar o acesso aos cuidados em saúde, aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e quebrar os paradigmas da inércia terapêutica, visando assim este estudo busca as melhores maneiras para se aplicar os três passos de um melhor cuidado da (HAS).

Foi realizada uma revisão da literatura para compreender as dificuldades enfrentadas nas estratégias de saúde pública em diferentes contextos. Esta análise detalhada resultou em conhecimentos importantes sobre as abordagens que podem ser usadas para melhorar a estratégia em questão. Examinar uma variedade de contextos enriqueceu a compreensão, possibilitando a identificação de práticas eficazes e áreas que precisam de mais atenção. Adicionalmente, essa análise minuciosa proporcionou uma fundação robusta para a criação de novas estratégias e políticas de saúde pública, com o objetivo de melhorar constantemente os serviços prestados à população.

Realizando assim, uma identificação e análise dos principais fatores de risco associados à hipertensão sistêmica para a implementação de estratégias de promoção e prevenção da saúde. Analisando o impacto na sociedade e nas famílias para o risco da HAS e examinar os fatores do estilo de vida que ajudará a compreender melhor a doença, sendo que “ela destaca-se como uma patologia cuja incidência teve um aumento substancial, e por isso, se sobressai por ser um problema de Saúde Pública, como um desafio aos enfermeiros que atuam na Atenção Primária em Saúde. Os maus hábitos alimentares, potencializados pelo consumo excessivo de alimentos ultra processados, a obesidade e o sedentarismo influenciam de forma relevante o acréscimo dessa doença” (Oliveira ASFSR, 2022).

Em última análise, este estudo visa preencher lacunas no conhecimento sobre a pressão arterial sistêmica. Fornece informações para promover a saúde e melhorar o acesso aos cuidados médicos.

A abordagem integrada proposta reflete a complexidade da interação dos fatores de

risco, permitindo estratégias mais eficazes e individualizadas para abordar este importante problema de saúde pública.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A HAS consiste numa elevação crônica dos valores de pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg e dos valores de pressão diastólica igual ou superior a 90 mmHg (International Classification of Diseases, 2022). Esta classifica-se quanto à gravidade e etiologia (DGS, 2011; Serviço Nacional de Saúde (SNS), 2022; SPH, 2020). Quanto à gravidade é categorizada como: (1) Grau 1 - hipertensão arterial ligeira (140-159/90-99 mmHg); (2) Grau 2 - hipertensão arterial moderada (160-179/100-119 mmHg); e (3) Grau 3 - hipertensão arterial grave ($\geq 180/110$ mmHg). Quanto ao curso da doença, inicialmente os seus sinais e sintomas não são perceptíveis (SPH, 2023), contudo a sua elevação contínua no tempo gera lesões vasculares, podendo originar aneurismas, Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), Insuficiência Cardíaca (IC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Insuficiência Renal, entre outras (DGS, 2017). Apresenta sintomas inespecíficos associando-se frequentemente a outras causas, o que origina diagnósticos tardios (SPH, 2020).

No Brasil, aproximadamente 32,5% (36 milhões) de pessoas adultas estão acometidas de hipertensão arterial sistêmica (HAS), destes, mais da metade são idosos, cerca de 60%. Essa patologia contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por doenças cardiovasculares (DCV). Além disso, as complicações cardíacas, renais e acidente vascular encefálico (AVE), tanto promovem um elevado impacto socioeconômico que influenciam, por exemplo, na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar como é a principal causa de morte no país. (Oliveira ASFSR).

De acordo com o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2023, A frequência de adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial variou entre 19,2% em São Luís e 34,4% no Rio de Janeiro. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas em Porto Alegre (33,1%), no Rio de Janeiro (31,9%) e em São Paulo (29,1%), e as menores em São Luís (15,0%), Manaus (17,1%) e Palmas (19,0%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas no Rio de Janeiro (36,5%), em Recife (36,0%) e em Salvador (33,8%), e as menores em Boa Vista (19,3%), em Macapá (21,7%) e em São Luís (22,6%). A frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 27,9%, sendo maior entre mulheres (29,3%) do que entre homens (26,4%). Em ambos os sexos, esta frequência aumentou com a idade e

diminuiu com o nível de escolaridade.

Segundo o International Council of Nurses (ICN) (2020), a HAS é uma Doença Crônica passível de controle e com a correta gestão irá evitar o desenvolvimento de complicações graves. Contextualizando o descrito com o projeto de intervenção desenvolvido, identificamos como principais necessidades de intervenção o controle dos fatores de risco da HAS, que abrangem as medidas farmacológicas e não farmacológicas, sendo que nestas últimas é dada primazia aos fatores modificáveis, visando a adoção de estilos de vida saudáveis (DGS, 2013a; SPH, 2022; WHO, 2020a).

Para tentar conter os índices elevados de custos e mortalidades, em 2001, o Ministério da Saúde elaborou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus -HIPERDIA. Segundo Nicolau et al. (2018) o plano foi elaborado com o objetivo de capacitar e atualizar os profissionais da equipe da atenção primária acerca da HAS e diabetes. É na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que ocorre o principal campo para o desenvolvimento das práticas de educação em saúde realizada pela equipe de enfermagem aos portadores de HAS (NICOLAU et al., 2018).

As diretrizes atuais têm apontado cada vez mais estudos que verificam a influência dos diferentes padrões alimentares e seus efeitos benéficos no controle da HAS, dentre eles, os que vem ganhando destaque são: Dieta Approach to Stop Hypertension (DASH), DASH- Sodium, Dieta Mediterrânea (MedDiet) e Plant based (Barroso W 2021). Para Spinelli et al. (2020) A adesão às medidas do tratamento não farmacológico depende em grande parte da disposição do indivíduo em concordar com mudança em hábitos e condições pessoais que carregam consigo há muitos anos e por isso mesmo são parâmetros onde existe uma grande resistência às interferências.

Dentre os tratamentos não medicamentosos a Dieta DASH é padrão alimentar mais recomendado e com maior nível de evidência para a prevenção primária e o controle da PA, cuja pesquisa inicial ocorreu há mais de 20 anos e segue com desdobramentos e novas investigações. Ademais, também há consenso do efeito potencializador para o controle da PA quando a Dieta DASH é realizada em concomitância com o controle do consumo de sódio (Berges et al., 2023).

Para as medidas farmacológicas notou-se uma grande dificuldade na adesão relacionado ao tratamento medicamentoso, para Spinelli et al. (2020) apontam que muitos estudos clínicos demonstraram que a média da aderência aos medicamentos anti-hipertensivos era significativamente maior nos pacientes que os tomavam em dose única diária, em comparação com os que tomavam mais do que uma dose por dia. Este é o aspecto de maior

relevância na adesão do paciente ao tratamento medicamentoso, de forma que a adesão reduz drasticamente quando a administração é realizada em duas, três ou mais doses ao dia.

Não existe um teste padrão para aferir a adesão ao tratamento, na prática realizamos a observação do comportamento dos pacientes objetivando estimar nível de colaboração participativa. São aceitos como indicadores de adesão:

Condição clínica do avaliado: Níveis tensionais controlados, redução na frequência de internações ou dos atendimentos em pronto-socorro.

Diretos: Análise de exames complementares, entre eles os que proporcionam medidas da pressão arterial fora do ambiente de consultório (MAPA e MRPA) e exames que identificam dano a órgãos alvo (determinação da Albuminúria, ecocardiograma e a avaliação dos parâmetros centrais).

Indiretos: Contagem de comprimidos, número de receitas dispensadas.

Subjetivos: Relatos do paciente, familiares ou cuidadores.

A ausência de uma de uma qualificação na atenção primária estudos indicam que os enfermeiros revelaram dificuldades em realizar ações de educação em saúde, pois foram formados para a prática clínica, e não educadora. Manifestaram anseios ante a necessidade de qualificação profissional, pois evidenciaram que a ausência de conhecimento específico de como atuar na ESF gera grandes obstáculos na garantia da produção do cuidado em saúde (Ramos CFV et al. 2018).

Hipertensão Arterial

Fluxograma diagnóstico terapêutico

Anamnese + Exame físico com aferição correta da PA		Autores: Bruno Landal Cavassin; Emilton Lima Júnior	
1. Orientar o paciente sobre a medição da PA + Repouso de 5 minutos.	6. Manguito a 2-3 cm da fossa cubital. Parte compressiva sobre a artéria braquial.	7. Estimar a PAS pela palpação do pulso radial. Registre a FC.	8. Insuflar 20 a 30 mmHg acima da PAS. Deflação com velocidade de 2 mmHg/s e ausculta do sons de Korotkoff.
2. Paciente deve estar com a bexiga esvaziada.	9. Realizar três medidas, com intervalo de 1 a 2 minutos. Utilizar a média. (Aferições adicionais são necessárias se diferença > 10-15 mmHg entre as medidas).	9. Realizar três medidas, com intervalo de 1 a 2 minutos. Utilizar a média. (Aferições adicionais são necessárias se diferença > 10-15 mmHg entre as medidas).	10. Aferir em ambos os MMSS (Utilizar o maior valor). Informe a medida ao paciente.
3. Não ter realizado exercício físico nos últimos 60 minutos ou ingerido bebidas alcoólicas, café ou alimentos ou ter fumado nos últimos 30 minutos.	5. Determinar a circunferência do braço (CB) no ponto médio entre o acrômio e o olécrano e selecionar o manguito (Largura: 40% da CB. Comprimento: ≥ 80% da CB).	Obs.: Aferir após 1 e 3 minutos em pé em idosos, diabéticos, disautônômicos, em uso de antihipertensivo e suspeita de hipotensão postural	

Exames Iniciais	Fatores de Risco Cardiovasculares	Exames Adicionais (Pesquisa de LOA)
Parcial de Urina (EAS)	Sexo masculino	ITB (Índice Tornozelo Braquial)
K ⁺ plasmático	Idade (♂ ≥ 55 anos ou ♀ ≥ 65 anos)	Exame de fundo de olho (obrigatório após o diagnóstico de HA)
Cr com TFG por CKD-EPI	HMF de DCV 1º grau (♂ < 55 anos ou ♀ < 65 anos)	RX de tórax se suspeita doença cardíaca, aórtica ou pulmonar
Glicemia de jejum + HbA1c	Tabagismo	Ecocardiograma se HVE no ECG ou suspeita de IC
Perfil lipídico	Dislipidemia	Relação Alb/Cr urinária para DM ou SM ou ≥ 2 Fatores de risco
Ácido úrico plasmático	Resistência insulínica (DM = alto risco)	Solicitar US Doppler de carótida, US Doppler renal, VOP (Vel. Onda de Pulso), RNM de cérebro e teste ergométrico segundo recomendações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial
Eletrocardiograma (ECG)	Obesidade (IMC ≥ 30 Kg/m ² ou CA ♂ ≥ 94cm/ ♀ ≥ 80 cm)	

	Pré-HA (PAS 130-139 ou PAD 85-89 mmHg)	Estágio 1 (PAS 140-159 ou PAD 90-99 mmHg)	Estágio 2 (PAS 160-179 ou PAD 100-109 mmHg)	Estágio 3 (PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110 mmHg)
Sem fator de risco	Sem risco adicional = MAPA/MRPA ou PA nas próximas consultas	Risco Baixo = MAPA/MRPA ou PA nas próximas consultas	Risco Moderado = MAPA/MRPA ou PA nas próximas consultas	Risco Alto e Diagnóstico de HA Estágio 3
1-2 fatores de risco	Risco Baixo = MAPA/MRPA ou PA nas próximas consultas	Risco Moderado = MAPA/MRPA ou PA nas próximas consultas	Risco Alto e Diagnóstico de HA Estágio 2	
≥ 3 fatores de risco	Risco Moderado = MAPA/MRPA ou PA nas próximas consultas	Risco Alto e Diagnóstico de HA Estágio 1		
LOA, DCV, DRC III, DM	Risco Alto = MAPA/MRPA ou PA nas próximas consultas			

Diagnóstico de HA

- ≥ 2 medidas em ≥ 2 consultas ≥ 140/90 mmHg ou 1 medida ≥ 180/110 mmHg
- Excluir Hipertensão do Jaleco Branco ou Hipertensão Mascarada com MAPA (HA se em 24h ≥ 130/80 mmHg; Vigília ≥ 135/85 mmHg; Sono ≥ 120/70 mmHg) ou MRPA (HA se ≥ 130/80 mmHg)

Classificação	Condutas iniciais	Meta não atingida	Classificação	Metas (mmHg)
HA 2/3; HA RISCO ALTO; HA 1 e RISCO MODERADO	MEV + Step 2 por 3 meses	Iniciar Step 3	Risco baixo e moderado	< 140/90
HA 1 e RISCO BAIXO; Idosos frágeis; Pré-HA e RISCO ALTO	MEV por 3 meses	Iniciar Step 1	Risco alto	< 130/80
			Insuficiência Cardíaca ou DM ou DAC	120-129/70-79
			Idosos com fragilidade moderada a severa	140-149/70-79

MEV = Controlar peso e a CA + Dieta (DASH) + Na ⁺ < 2g/dia (NaCl < 5g (uma colher de chá)) + Cessar tabagismo + Exercício físico ≥ 150 min/semana + Reduzir consumo de álcool/ bebidas estimulantes/ exposição à poluição, ao frio e ao estresse		Avançar os Steps é melhor que aumentar a dose caso PA ≥ 20/10 mmHg acima da meta	
	<55 anos e/ou Não afrodescendentes		Não Diabéticos: ≥55 anos e/ou Afrodescendentes
Step 1	1ª. iECA: Enalapril 5 - 40mg 2x/dia (SUS) ou Captopril 25-150mg 2-3x/dia (SUS) ou Perindopril 4-16mg 1x/dia ou Ramipril 2,5-20 1-2x/dia 2ª. BRA: Losartana 25 - 100mg 1x/dia (SUS) ou Valsartana 80-32mg 1x/dia ou Olmesartana 20-40mg 1x/dia ou Telmisartana 20-80 1x/dia		1ª. BCC: Anlodipino 2,5 - 10mg 1x/dia (SUS) *Se BCC não tolerado, usar Tiazídico/Tipo-tiazídico
Step 2	1ª. iECA/BRA + BCC 2ª. iECA/BRA + Tiazídico/Tipo-tiazídico 3ª. BCC + Tiazídico/Tipo-tiazídico		
Step 3	iECA/BRA + BCC + Tiazídico/Tipo-tiazídico Hidroclorotiazida 12,5 - 50 mg 1x/dia (SUS) ou Indapamida 1,5 - 3mg 1x/dia ou Clortalidona 12,5 - 25 mg 1x/dia		
Step 4	Step 3 + Espironolactona 25 - 50mg 1x/dia (SUS) *Antes e após o início da Espironolactona dosar Cr (TFG), Na ⁺ e K ⁺ . Se K ⁺ < 4,5 mmol/l considere βBloq ou αBloq.		
Step 5	Step 4 + β-Bloqueador e/ou Agonista α-2a central *Se FC > 70bpm → preferir βBloq. Se FC < 70bpm → preferir agonista α-2a central β-Bloqueador: Carvedilol 12,5 - 50mg 2x/dia (SUS) ou Bisoprolol 2,5 - 20mg 1x/dia ou Nebivolol 2,5 - 10mg 1x/dia Agonista α-2a central: Rilmenidina 1-2mg 1-2x/dia ou Clonidina 0,2 - 0,9mg 2x/dia ou Metildopa 250mg - 2000mg 2x/dia (SUS)		
Step 6	Step 5 + Vasodilatador direto e/ou α-Bloqueador Vasodilatador direto: Hidralazina 25 - 200mg 2-3x/dia (SUS) ou Minoxidil 2,5 - 80mg 2-3x/dia α-Bloqueador: Doxazosina 1 - 16/mg 1x/dia (SUS)		

Obs. 1: Prefira associação de medicamentos em um único comprimido. **Obs. 2:** Os medicamentos citados são apenas recomendações, podendo ser trocados por outros da mesma classe **Obs. 3:** Se necessário, usar um medicamento que tenha benefício comprovado para as duas comorbidades (Exemplo: HA + ICFER e o uso de βBloq).

(Abreviações: Alb, albumina; BCC, bloqueador de canal de cálcio; BRA, bloqueador do receptor de angiotensina; CA, circunferência abdominal; CB, circunferência do braço; Cr, creatinina; DAC, doença arterial coronariana; DCV, doenças cardiovasculares; DM, diabetes mellitus; DRC, doença renal crônica; FC, frequência cardíaca; HA, hipertensão arterial; HMF, história mórbida familiar; HVE, hipertrofia ventricular esquerda; IC, insuficiência cardíaca; ICFER, insuficiência cardíaca de fração reduzida; iECA, inibidor da enzima conversora de angiotensina; IMC, índice de massa corpórea; LOA, lesões de órgão-alvo; MAPA, Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial; MEV, mudanças de estilo de vida; MMSS, membros superiores; MRPA, Monitorização Residencial de Pressão Arterial; PA, pressão arterial; PAD, pressão arterial diastólica; PAS, pressão arterial sistólica; RNM, ressonância nuclear magnética; RX, radiografia; SAOS, síndrome da apneia obstrutiva do sono; SM, síndrome metabólica; SUS, Sistema Único de Saúde; TFG, taxa de filtração glomerular; US, ultrassonografia; βBloq, betabloqueador).

Figura 1. Fluxograma do diagnóstico ao tratamento da Hipertensão Arterial
Fonte: Cavassin 2021.

PERCURSO METODOLÓGICO

É uma pesquisa de método qualitativo que utiliza a Revisão Bibliográfica Descritiva da Literatura. Seu progresso seguiu as seis etapas metodológicas descritas por Souza et al. (2010): formulação da pergunta, pesquisa na literatura, coleta de dados, avaliação crítica dos estudos, análise dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

Buscando responder os seguintes questionamentos norteador dessa pesquisa: “Identificar e descrever os principais fatores de risco associado à HAS, Estratégias de prevenção e conscientização das HAS”, os seguintes descritores em ciência foram estabelecidos na pesquisa: “Hipertensão arterial sistêmica”; “Fatores de risco”; “Estratégia saúde da família”.

O estudo foi elaborado através de base de dados on-line, selecionando artigos de sites que continham descritores que se encaixavam mais ao perfil da pesquisa. Foram encontrados 12.437 mil artigos relacionados ao assunto, os critérios de inclusão aplicados foram: publicações de artigos científicos. No espaço de tempo de cinco anos (2019-2024); artigos contendo texto na íntegra. Disponíveis em sua totalidade e artigos escritos em Português. Após realizar a seleção de filtros necessários, foram selecionados 1.246 artigos, posteriormente foi realizada a leitura de títulos e resumos e escolhidos 10 artigos para compor o estudo; após a interpretação/sintetização dos resultados, procedeu-se à análise comparativa entre os textos, identificando suas semelhanças e realizando o agrupamento necessário.

As fontes de pesquisa utilizadas foram BVS (Biblioteca Virtual da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), os dados relacionados contêm dados epidemiológicos em taxas e informações relacionadas a Hipertensão Arterial Sistêmica.

Esta pesquisa foi realizada seguindo a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), mais precisamente no item VI do artigo 1º. Essa resolução estabelece normas para estudos com participação de indivíduos no Brasil e define princípios éticos e legais para a realização de pesquisas científicas. O artigo 1º, item VI, destaca a relevância de preservar a integridade e os direitos dos participantes da pesquisa, ressaltando a importância de assegurar a dignidade, a privacidade e o bem-estar dos envolvidos. Assim, o método utilizado neste artigo segue as regras éticas da Resolução 510/2016 CEP/CONEP, garantindo a integridade e o respeito aos direitos dos participantes da pesquisa (Brasil, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é umas das DCNT com uma prevalência que afeta aproximadamente 32,5% da população adulta no Brasil, sendo mais comum entre os indivíduos mais idosos. Pensando no desenvolvimento das DCNT o Ministério da saúde estabeleceu metas nacionais compartilhadas.

A HAS pode ser classificada de acordo com seu grau de gravidade, com variação de hipertensão leve a grave, e as condições iniciais muitas vezes não apresentam sintomas evidentes, devido a essas dificuldades em seus sintomas claros afetam em seus diagnósticos tornando de certo modo tardio para seu tratamento. As complicações associadas à HAS, como AVC e insuficiência cardíaca, exercem um impacto considerável na taxa de mortalidade e na economia nacional.

Os dados recentes sugerem que a incidência de diagnósticos médicos de HAS varia de região para região, sendo mais elevadas em regiões metropolitanas. A gestão eficaz no tratamento da HAS é crucial desde as intervenções farmacológicas quanto a mudanças no modo de vida, como foco no auxílio da população iniciativas como o HIPERDIA, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo treinar e capacitar os profissionais da saúde para melhor atender os portadores de HAS.

Estudos sugerem que dietas como a DASH e a mediterrânea podem ser vantajosas para o controle das HAS. A aderência ao tratamento é um indicador importante de controle da doença, podendo ser mensurada através de diferentes métodos, como observação clínica e a análise de exames complementares.

Em suma, a HAS é uma questão de saúde pública que requer monitoramento constante, intervenções efetivas e sensibilidade acerca da relevância de hábitos de vida saudáveis para evitar complicações graves e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa um desafio significativo para a saúde pública, não apenas devido à sua alta prevalência, mas também pelas complicações graves que pode causar, como doenças cardiovasculares e renal. É fundamental que tanto os profissionais de saúde quanto a população em geral compreendam a importância da detecção precoce e do manejo eficaz da condição. A implementação de estratégias de intervenção que incluam educação em saúde, promoção de estilos de vida saudáveis e adesão a tratamentos

adequados é essencial para reduzir os índices de morbidade e mortalidade associados à HAS.

Além disso, considerando a variabilidade na prevalência da hipertensão em diferentes regiões do Brasil, é crucial adaptar as abordagens de intervenção às necessidades locais, garantindo que todos os indivíduos recebam o cuidado necessário. A colaboração entre equipes de saúde, pacientes e suas famílias é vital para o sucesso no controle da hipertensão, promovendo uma cultura de saúde e bem-estar. Assim, ao enfrentar a hipertensão de forma integrada e proativa, podemos melhorar a qualidade de vida dos afetados e diminuir o impacto socioeconômico dessa condição no país.

REFERÊNCIAS

AMARAL, I. B. S. T; SILVA, A. L. A. A consulta do enfermeiro na estratégia saúde da família: um recorte do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**. 13: 227-233, 2021. Disponível em:

<https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/8250/pdf_1>.

Acesso em: 17 de mai. de 2024.

BERGER, A. L. D. *et al.* efeito dos padrões alimentares no tratamento e prevenção da hipertensão arterial: uma atualização. São Paulo. **Rev Bras Hipertens**. Vol. 30(1): 11-5, 2023. Disponível em: <[http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/30-](http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/30-1/03_revista%20brasileira%20de%20hipertens%C3%A3o_30_n1.pdf)

[1/03_revista%20brasileira%20de%20hipertens%C3%A3o_30_n1.pdf](http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/30-1/03_revista%20brasileira%20de%20hipertens%C3%A3o_30_n1.pdf)>. Acesso em: 23 de jun. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: "plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças ... - gov." https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf

FILHO, C. A. L. *et al.* educação em saúde como estratégia prestada por enfermeiros a pacientes com hipertensão na perspectiva dos cuidados primários. *umarama. arq. ciências saúde unipar*. 27 (2): 1027-1037, 2023. Disponível em:

<<https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/9412>>. Acesso em: 14 de jun. de 2024.

SPINELLI, A. C. S. HIPERTENSÃO ARTERIAL: ADESÃO AO TRATAMENTO.

Natal. **Rev Bras Hipertens**. Vol. 27(1): 18-22, 2020. Disponível em:
<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/27-1/Pages%20from%20REVISTA%20BRASILEIRA%20HIPERTENS%C3%83O%2027%20N1_18-22.pdf>. Acesso em 16 de mai. de 2024.

NETO, C. T. S; ALMEIDA, A. N. G. Perfil socioeconômico e epidemiológico de portadores de hipertensão e diabetes do Riacho Fundo II – DF. Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde**. 29(1):15-22, 2018. Disponível em:
<<https://revistaccs.espdf.fepecs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/66#:~:text=Foram%20entrevistados%20328%20pacientes%20portadores%20de%20hipertens%C3%A3o%20e/ou%20diabetes>>. Acesso em: 15 de jun. de 2024.

OLIVEIRA, A.S.F. S.R; BRITO, L.C; LEITE, S.P.R; AZEVEDO, S.L; CUNHA, A.L; NASCIMENTO, R.E; BESSATR, SOUZA C.J; SILVA, J.R.M; Desafios encontrados pelos enfermeiros na consulta de enfermagem ao paciente hipertenso na atenção primária. **Glob Acad Nurs**. 2022;3(Sup.1):e239.
<https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200239>. Acesso em 15 de jun. De 2024.

SPINELLI, A. C. S. hipertensão arterial: adesão ao tratamento. Natal. **Rev Bras Hipertens**. Vol. 27(1): 18-22, 2020. Disponível em:
<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/27-1/Pages%20from%20REVISTA%20BRASILEIRA%20HIPERTENS%C3%83O%2027%20N1_18-22.pdf>. Acesso em 16 de mai. de 2024.

RAMOS, C. F. V; ARARUNA, R. C; LIMA, C. M. F; SANTANA, C. L. A; TANAKA, L. H. Práticas educativas: pesquisa-ação com enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. São Paulo. **Rev Bras Enferm [Internet]**. 71 (3): 1144-51, 2018. Disponível em:
<<https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5259/3032>>. Acesso em: 10 de jun. de 2024.