



FACULDADE SANTA LUZIA
CURSO DE ENFERMAGEM

NELMA LIMA SILVA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E SEUS FATORES DE RISCO: PAPEL DO
PORTADOR E DOS GESTORES PARA UMA MELHOR QUALIDADE DE VIDA.**

Santa Inês –MA
2022

NELMA LIMA SILVA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E SEUS FATORES DE RISCO: PAPEL DO
PORTADOR E DOS GESTORES PARA UMA MELHOR QUALIDADE DE VIDA.**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem como requisito para obtenção de nota na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientador(a): Prof^a Esp. Lúcia Camila
Oliveira Friedrich Sousa

Santa Inês –MA

2022

S586h

Silva, Nelma Lima.

Hipertensão arterial sistêmica e seus fatores de risco: papel do portador e dos gestores para uma melhor qualidade de vida. / Nelma Lima Silva. – 2022.

57f.:il.

Orientador: Prof.^a Esp.^a Lúcia Camila Oliveira Friedrich Sousa.

Monografia (Graduação) – Curso de Bacharelado em Enfermagem, Faculdade Santa Luzia – Santa Inês, 2022.

1. Hipertensão Arterial Sistêmica. 2. Fatores de risco. 3. qualidade de vida. 4. Gestão pública. I. Silva, Nelma Lima. II. Sousa, Lúcia Camila O. Friedrich (Orientadora). III. Título.

CDU 614.2

NELMA LIMA SILVA

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E SEUS FATORES DE RISCO: PAPEL DO PORTADOR E DOS GESTORES PARA UMA MELHOR QUALIDADE DE VIDA.

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem como requisito para obtenção de nota na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientador(a): Prof^a Esp. Lúcia Camila Oliveira Friedrich Sousa

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Esp. Lúcia Camila Oliveira Friedrich Sousa

Prof. Esp. Wemerson Leandro dos Santos Meireles

Profa. Esp. Gracilene Oliveira da Silva

Santa Inês, MA _____ de _____ de 2022

Dedico primeiramente a Deus, por ser o mantenedor de nossas vidas, e à minha família, por todo o carinho e paciência.

AGRADECIMENTOS

À Deus toda honra, toda glória e todo louvor, por ele, para eles são todas as coisas.

À minha família pelo incentivo, especialmente minha mãe, Maria Lima Silva, mulher de fé, que sempre esteve ao meu lado nessa jornada, dando-me apoio necessário em tudo o que faço nessa vida.

Aos meus irmãos pelas orações.

À faculdade, direção e coordenação docente.

À Ana Paula Moraes, que muito contribuiu para minha formação.

SILVA, Nelma Lima. **Hipertensão Arterial Sistêmica e seus fatores de risco: papel do portador e gestores para uma melhor qualidade de vida**, 2022, 57 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Faculdade Santa Luzia, 2022.

RESUMO

Buscou-se com esta pesquisa abordar sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica e seus fatores de risco, com vistas no papel do portador e dos gestores públicos para uma melhor qualidade de vida. Partindo do ponto de que a Hipertensão Arterial é a doença silenciosa que mais prevalece no mundo, que possui um longo curso assintomático. Seu tratamento adequado pode consistir tanto na adoção de estilo de vida saudável, quanto pelo uso de medicamentos ou associação de ambos, de acordo com especialistas. Os fatores de risco estão associados ao tabagismo, consumo de álcool, sedentarismo, obesidade. A prática regular de exercícios físicos favorece inúmeros benefícios que se manifestam sob todos os aspectos do organismo. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, apoiando-se em critérios de seleção de inclusão e exclusão, onde no incluso destaca-se: Brasil (2018 e 2020); Ferreira (2018); MS (2006); Brêtas e Gamba (2020); Perrotti (2017); Wenzel, Souza e Souza (2019) dentre outros. Os resultados mostram que na Hipertensão arterial sistêmica, a pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e a pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em pessoas que não estejam utilizando medicamentos para hipertensão; Que manter uma alimentação saudável eleva a qualidade de vida das pessoas; Uma alimentação com ingestão de sal em excesso aumenta os riscos de hipertensão arterial; A falta de uma atividade física aumenta a ocorrência de várias doenças, dentre elas a hipertensão arterial sistêmica; Investir na precaução e na educação como promotora da saúde é um fator decisivo não só para garantir a qualidade de vida da população, mas também para diminuir as internações hospitalares e naturais gastos que estas ocasionam ao sistema de saúde pública.

Palavras – Chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Fatores de risco. Qualidade de vida. Portador. Gestão pública.

SILVA, Nelma Lima. **Systemic Arterial Hypertension and its risk factors: role of the patient and managers for a better quality of life**, 2022, 57 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Faculdade Santa Luzia, 2022.

ABSTRACT

The aim of this research was to address Systemic Arterial Hypertension and its risk factors, with a view to the role of the patient and public managers for a better quality of life. Starting from the point that Arterial Hypertension is the most prevalent silent disease in the world, which has a long asymptomatic course. Its proper treatment may consist of adopting a healthy lifestyle, using medications or a combination of both, according to experts. Risk factors are associated with smoking, alcohol consumption, physical inactivity, obesity, lack of physical exercise. The regular practice of physical exercises favors numerous benefits that are manifested in all aspects of the body. The methodology used was bibliographic research, based on inclusion and exclusion selection criteria, where the following stand out: Brazil (2002 and 2006); Ferreira (2015); MS (2006); Bretas and Gamba (2006); Perrotti (2007); Wenzel, Souza and Souza (2009) among others. The results show that in systemic arterial hypertension, systolic blood pressure greater than or equal to 140 mmHg and diastolic blood pressure greater than or equal to 90 mmHg, in people who are not using medication for hypertension; That maintaining a healthy diet increases people's quality of life; A diet with excessive salt intake increases the risk of high blood pressure; The lack of physical activity increases the occurrence of several diseases, including systemic arterial hypertension; Investing in precaution and education as a health promoter is a decisive factor not only to guarantee the population's quality of life, but also to reduce hospital admissions and the natural expenses they cause to the public health system.

Keywords: Systemic Arterial Hypertension. Risk factors. Quality of life. Carrier. Public administration.

LISTA DE SIGLAS ABREVIações

AVE	Acidente Vascular Cerebral
DCU	Doenças Cardiovasculares
FR	Fatores de Risco
HÁ	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
P.A	Pressão Arterial
IMC	Índice de Massa Corporal
SBC	Sociedade Brasileira de Computação
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
RCQ	Relação Cintura-Quadril

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: CONCEITOS, DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO.....	15
3.2 EPIDEMIOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	19
3.3 DIAGNÓSTICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	21
3.4 TRATAMENTO TERAPÊUTICO.....	23
3.4.1 Tratamento não farmacológico.....	27
3.4.2 Tratamento farmacológico.....	30
3.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	31
3.6 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E O ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL.....	32
3.7 OS EXERCÍCIOS FÍSICOS NO COMBATE À HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	36
4 METODOLOGIA	40
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	40
4.2 PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO.....	40
4.3 AMOSTRAGEM.....	40
4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO.....	40
4.4.1 Inclusão.....	40
4.4.2 Não inclusão.....	40
4.5 COLETA DE DADOS.....	41
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	42
6 CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS	53

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica, apesar de ser uma doença crônica, sem cura, pode ser controlada com atitudes que vão desde o controle do peso, como a adoção de hábitos saudáveis, o que leva a compreender a existência de estratégias, ações que levam a diminuir e/ou evitar riscos e complicações decorrentes da condição crônica (FERREIRA, 2015, p. 54).

Sendo assim, escolheu-se abordar a temática Hipertensão Arterial Sistêmica e seus fatores de riscos, com vistas no papel do portador e dos gestores para uma melhor qualidade de vida devido ao fato de, mesmo conhecendo-se a eficácia, efetividade e eficiência das inúmeras medidas preventivas e de controle disponíveis, os agravos desta doença continuam representando um dos maiores desafios sociais e de saúde pública. E também pelo fato de grande parte dos indivíduos desconhecerem ser portadores desta patologia, o que acaba por comprometer a qualidade de vida destes. E pela necessidade de buscar descrever melhor a população de usuários portadores dessas afecções crônicas, com vistas a oferecer subsídios para o planejamento de ações que possam melhorar a qualidade de vida destes indivíduos.

A referida síndrome ganhou proporção nacional e internacional, que, de acordo com o Ministério da Saúde (2006), tem crescido de forma muito rápida, principalmente na população pobre e menos favorecida de países em desenvolvimento. É tida como uma das mais graves dentre as doenças crônicas não transmissíveis, sendo responsável por um número elevado de óbito atualmente.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma síndrome que se caracteriza basicamente pelo aumento dos níveis pressóricos sistólicos e diastólicos. Aparece isoladamente em 30% dos casos, estando, na maioria das vezes, relacionada a outras condições denominadas como fatores de risco, a saber: obesidade, sedentarismo e diabetes.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) os fatores de riscos para HAS são condições ou características quando presentes aumenta a probabilidade do desenvolvimento da patologia. Sendo classificados em dois grupos: fator de risco não modificáveis e modificáveis.

Sendo assim, questiona-se sobre quais medidas devem ser tomadas tanto pelo portador quanto pelos gestores para reduzir ou evitar os problemas de Hipertensão Arterial Sistêmica?

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença detectável por meio da aferição da pressão arterial. Tornou-se problema grave de saúde pública devido às proporções que tomou. Podendo evoluir para complicações nos sistemas cardiovascular, renal e vascular.

É uma patologia que ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica que vem ocorrendo no Brasil desde a década de 1960. E os serviços de saúde, bem como a adoção de hábitos saudáveis, possuem importância crucial na redução de doenças crônicas e suas complicações. Contudo, inúmeros são os fatores de risco associados ao surgimento desta patologia.

Os fatores de risco cardiovascular podem estar relacionados com: idade, sexo, escolaridade, herança genética, estilo de vida, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e dieta inadequada, a agentes biológicos, como também as condições sócias econômicas culturais e ambientais.

De acordo com Wenzel, Souza e Souza (2009) alguns fatores se tornam de suma importância para a determinação da hipertensão arterial sistêmica, como o excesso de peso, o tabaco, o consumo excessivo de álcool, a alimentação inadequada, a falta de atividade física e a história familiar, que tem ocupado destaque entre os principais fatores.

Diante disto em hipótese a esta pesquisa afirma-se que a pressão Arterial Sistêmica possui relação direta com a falta de exercícios físicos, alimentação saudável, histórico familiar, tabagismo, idade, consumo excessivo de álcool, obesidade, sedentarismo, dentre outros fatores de risco que levam ao aparecimento como também ao agravamento da enfermidade.

Esta pesquisa encontra-se estruturada em cinco capítulos, iniciando-se pela parte introdutória desta pesquisa. No segundo serão apresentados os objetivos geral e específicos. No terceiro capítulo será apresentada a revisão de literatura, abordando de forma específica sobre os conceitos, definições e classificação da hipertensão arterial sistêmica (3.1); Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica (3.2); Diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica (3.3); Tratamento terapêutico (3.4); Tratamento não farmacológico (3.4.1); Tratamento farmacológico (3.4.2); Promoção da saúde (3.5); Hipertensão arterial sistêmica e o estilo de vida saudável

(3.6); Os exercícios físicos no combate à hipertensão arterial sistêmica (3.7). No quarto capítulo será apresentada a metodologia utilizada para desenvolver esta pesquisa, destacando-se os autores consultados; o tipo de estudo, população e amostra. No quinto capítulo serão apresentadas as discussões e resultados da revisão de literatura. E por fim e não menos importante serão apresentadas as considerações finais e as referências.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Abordar sobre a Pressão Arterial Sistêmica - (PAS) e seus fatores de risco, com vistas ao papel do portador e dos gestores para uma melhor qualidade de vida.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender os fatores que contribuem para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Conceituar com embasamento teórico a referida patologia;
- Identificar as atitudes e/ou ações devem ser desenvolvidas pelo portador, bem como pelos gestores para uma melhor qualidade de vida.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: CONCEITOS, DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS é um problema grave de saúde pública. é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana (BRASIL, 2006). Acarreta elevada morbimortalidade e sua alta prevalência na população em geral tem um grande impacto no custo do Sistema Único de Saúde (SUS). Estudos indicam que a prevalência da HAS aumenta progressivamente com a idade, independentemente do sexo (MANO, 2002).

Em indivíduos com menos de 40 anos de idade, a prevalência é de 10%, aos 50 anos chega a 20%, após os 60 anos ultrapassa 40%, atingindo até 60% após os 70 anos. A prevalência na população negra é sempre maior em todas as idades, sendo 20% até os 40 anos e elevando-se para 50% após os 50 anos. No Brasil, estudos mostram uma prevalência elevada na população, situando-se ao redor de 20% na população adulta (>20), podendo chegar a 30% em algumas situações e localidades (Ibid).

A alta prevalência no Brasil da HAS tem forte relação com 80% dos casos de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e 60% dos casos de doença isquêmica do coração. Constitui, sem dúvida, o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, cuja principal causa de morte, o AVE, tem como origem a hipertensão não controlada. (BRASIL, 2002, p. 9).

A hipertensão arterial é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg, e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg em pessoas que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Esta elevação anormal pode causar lesões em diferentes órgãos do corpo humano, sendo a hipertensão arterial, um dos principais fatores associados ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, como a insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e acidentes vascular cerebral (BRASIL, Apud SILVA, 2017, p. 22).

Por ser uma doença crônica, a Hipertensão Arterial Sistêmica, exige por parte do paciente e da equipe de saúde, um cuidado continuado, passando a depender desse somatório de fatores e da relação entre eles.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma síndrome caracterizada pela presença de níveis altos de pressão do sangue dentro das artérias, iguais ou superiores a 140 x 90 milímetros de mercúrio (mmHg). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, DE HIPERTENSÃO E DE CARDIOLOGIA, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (2001, p. 149), “a hipertensão arterial é uma doença de natureza multifatorial, caracterizada pela elevação da pressão arterial frequentemente associada a alterações metabólicas e fenômenos tróficos”. Não podendo ser entendida somente com uma condição clínica de cifras tensionais elevadas e sim como um quadro sindrômico (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

As doenças cardiovasculares são a maior causa de morte na maioria dos países ocidentais, inclusive o Brasil. A hipertensão é um fator independente de riscos para doença coronariana, acidente vascular encefálico (AVE), aterosclerose, retinopatia e nefropatia (COELHO, NOBRE, 2016, p. 51-56).

A Sociedade Brasileira de Hipertensão- SBH (2010) relata que a hipertensão arterial contribui significativamente para uma elevada mortalidade cardiovascular em todas as regiões do país. Apesar da medida da pressão arterial ser um método simples e de fácil aquisição, por ser não-invasivo e de baixo custo, estudos epidemiológicos têm demonstrado que muitos portadores dessa doença crônica desconhecem a sua condição.

A Hipertensão Arterial Sistêmica- HAS é definida ainda como uma entidade clínica, na qual o indivíduo apresenta níveis de pressão arterial que conferem um significativo aumento do risco de eventos cardiovasculares a curto ou longo prazo.

No que diz respeito à classificação, a mesma se classifica como: hipertensão leve, hipertensão moderada, hipertensão grave e hipertensão sistólica isolada. Onde na primeira, a pressão arterial sistólica é de 140 a 159 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) de 90 a 99 mmHg. Na segunda, a pressão arterial sistólica é de 160 a 179 mmHg e pressão arterial diastólica 100 a 109 mmHg. Na terceira, a pressão arterial sistólica é de 180 mmHg e PAD 100 mmHg. E na quarta e última, a PAS deverá ser de 140 mmHg e PAD 90mmHg. Admitindo-se como pressão arterial ideal, condição em que o indivíduo apresenta menos risco cardiovascular a de PAS 120 mmHg e PAD 80 mmHg.

Classifica-se ainda como primária ou secundária, tomando-se como referência as causas da hipertensão e dos fatores etiológicos que levam ao seu desenvolvimento.

Sua etiologia é desconhecida, invocando-se vários mecanismos pra explicar a elevação dos níveis pressóricos, tais como hereditariedade, reatividade vascular anormal, alta ingestão de sódio na alimentação, uso de bebidas alcólicas, disfunção do sistema renina-angiotensina e distúrbios emocionais de duração prolongada (BRÊTAS e GAMBA, 2006).

A hipertensão primária é assim chamada quando não se consegue caracterizar sua etiologia, sendo dependente de diversos fatores, tais como traço hereditário, ingestão excessiva de sal, obesidade, estresse e uso de bebidas alcólicas.

A hipertensão secundária pode ser causada da utilização de corticoides, doença do parênquima renal, feocromocitoma, hiperaldosteronismo primário, síndrome de Cushing, diabetes melito, distúrbios neurológicos e disfunção da tireoide, hipófise ou paratireoide (REICHMANN et. al, 2006). Na hipertensão secundária, destaca-se a hipertensão arterial renal (5%), renovascular (4%), restando (1%) para todas as outras causas (BALLONE, 2006 e GUYTON, 2000).

Para Bretas e Gama (2006), a hipertensão arterial secundária, diferente da primária ou essencial, que apresenta mecanismos etiológicos múltiplos e não muito claros, tem etiologia definida e fisiopatogenia razoavelmente esclarecida. Tais causas devem merecer todo o empenho em seu diagnóstico, pois, uma vez identificadas, podem ser curadas. As formas secundárias compreendem 10% dos casos de hipertensão, tem etiologia variável de acordo com a idade; destas 40% a 45% são de causa renal, 20% são renovasculares, 15% decorrem de feocromocitoma e o 15% restantes têm etiologia em outras doenças endócrinas ou são decorrentes do uso de determinadas drogas.

Segundo Porto (2020) “a Pressão Arterial Sistêmica é uma síndrome que se caracteriza basicamente pelo aumento dos níveis pressóricos sistólicos e diastólicos”. Aparece isoladamente em 30% dos casos, estando, na maioria das vezes relacionada a outras condições, denominadas como fatores de risco, a saber: obesidade, sedentarismo e diabetes.

Versa-se ainda que, de acordo com Moraes (2012) “a Hipertensão Arterial atinge milhões de pessoas em todo o mundo e contribui de forma significativa para

um grande número de óbitos, causados pelo infarto no miocárdio, acidente vascular cerebral e doença renal crônica”.

Tacon, Santos e Castro (2010) afirmam que, “para que haja um controle eficaz da HAS, as ações do sistema da atenção primária, devem ser uma prioridade dos sistemas de saúde, além de se tornarem mais efetivas, a fim de reduzir a prevalência da doença”.

É de grande valia evidenciar também que a Hipertensão Arterial está relacionada ao estilo de vida do indivíduo como também a idade, raça e antecedentes familiares com maior prevalência em idosos e negros. A etnia negra é um forte fator predisponente à HAS, deixando as pessoas afro brasileiras expostas ao desenvolvimento de uma hipertensão mais severa, como também a um maior risco de ataque cardíaco e morte súbita quando comparadas às pessoas de etnia branca.

É necessário o desenvolvimento de novas estratégias de intervenções para que a mudança no estilo de vida e adesão sejam contínuas. Obter sucesso através das mudanças comportamentais é primordial e garante uma melhor adesão. (FRANCO; SILVA; WAJNGARTEN, 2018).

Ressalta-se ainda que por se tratar de uma doença que tem relação com o estilo de vida do indivíduo as campanhas de orientação servem para diminuição de sua incidência. Para que haja a qualidade de vida é importante o paciente se valer das alternativas disponíveis para garantir a eficácia do tratamento, tais como redução do peso corpóreo, diminuição da ingestão de sal (sódio) e bebidas alcoólicas, a prática de exercícios regulares também é uma alternativa para controle da doença.

A Hipertensão Arterial Sistêmica, apesar de ser uma doença crônica, sem cura, pode ser controlada com atitudes que vão desde o controle do peso, como a adoção de hábitos saudáveis, o que leva a compreender a existência de estratégias, ações que levam a diminuir e/ou evitar riscos e complicações decorrentes da condição crônica.

O controle da pressão é complexo, envolvendo mecanismos hemodinâmicos, neurológicos e hormonais, que quando ocorrem mudanças devido a estímulos diversos, esses mecanismos interagem para regular a pressão.

O apropriado controle da Pressão Arterial (PA) pode estabelecer tratamento farmacológico e não farmacológico. As ações não farmacológicas beneficiam a

diminuição da dose diária de anti-hipertensivos e adia a progressão do agravo da doença.

Em conformidade com o descrito acima, Freitas (2007) afirma que “a necessidade de mudar o estilo de vida, os fatores culturais e as atividades do cotidiano, em função de hábitos de vida mais saudáveis, são importantes para prevenir possíveis complicações da referida doença”.

Deste modo, Brandão (2010) afirma ainda que “a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, associando-se de forma frequente a alterações funcionais e estruturais de órgãos alvos e alterações metabólicas”.

3.2 EPIDEMIOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica, é uma pandemia, ou seja, está presente em todo o mundo. Porém, em alguns lugares há uma concentração maior do que em outros. O Brasil, não se diferencia de outros países quando se trata do número de hipertensos existentes, pois são milhões distribuídos em todo o país, sem distinção de cor, raça, religião, ou classe social.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença que apresenta alto custo social, sendo responsável, também no ano de 2006, por aproximadamente 40% dos casos de aposentadoria anterior à idade legalmente prevista e de absenteísmo no trabalho (CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA, Fev/2006).

Neste sentido, o Caderno de Atenção Básica de nº 15 do ano de 2006, do Ministério da Saúde, já indicava que a HAS era responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal.

É um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. É um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e renais.

A mudança nos critérios de avaliação e diagnóstico da hipertensão, faz com que o número de hipertensos chegue a quase 50% da população adulta, dependendo de região para região do país. Esses números podem ser considerados alarmantes epidemiologicamente falando, mas se lavado em consideração, a

quantidade de pessoas que são portadoras de HAS e não sabem, por ela ter essa característica de ser assintomática, passando a dar sinal, somente quando afeta um órgão alvo ou quando leva a óbito o pacientes que “não sentia nada”.

Segundo Brêtas e Gamba (2006), no Brasil, dados do datasus, revelam que essas doenças cardiovasculares estão há décadas em primeiro lugar entre as causas de morte na população. Em 2020, corresponderam a mais de 27% do total de óbitos.

Tais números, das consequências ocasionadas em decorrência da hipertensão, passar a aparecer quando as equipes de atenção básica passam a atuar como forma de controle da hipertensão, ou seja, no diagnóstico, aconselhamento, auxílio tratamento, com orientações de motivação e continuidade ao tratamento, pois sem a equipe para desempenhar esse papel regulador, as morbimortalidades causadas pela hipertensão aumentariam.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HÁ) sendo considerada como síndrome, além de confirmação da elevação da pressão arterial são também objetivos da investigação clínico-laboratorial, a avaliação de lesões em órgãos alvo, doenças cardiovasculares, identificação de fatores de risco para doenças cardiovasculares, diagnosticar doenças relacionadas à hipertensão, quando houver, a causa básica da HÁ. Fazem parte da avaliação do paciente uma história clínica detalhada, o exame físico que deva incluir fundoscopia e avaliação cardiovascular completa, e avaliação laboratorial básica, onde se deva incluir urina, creatina, potássio sérico, glicemia em jejum, colesterol total e eletrocardiograma de repouso (SOCIADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA- SBC, 2010).

A HAS é um problema de saúde pública pela sua cronicidade, pelos custos com internações, por levar a incapacitação e a aposentadoria precoce. Uma doença inicialmente assintomática, a HAS frequentemente leva o paciente a não buscar estratégias de controle da doença, a não aderir ao tratamento de forma ativa, não se conscientizando da importância de adequar o tratamento à sua condição, com vistas a minimizar os agravos da mesma.

O desenvolvimento da hipertensão arterial dependerá de fatores genéticos e ambientais. Para o indivíduo desenvolver ou não esta doença dependerá basicamente do seu estilo de vida, pois se o fator genético já é relevante e, este mantiver uma vida sedentária, uma dieta hipersódica e hipercalórica poderá

apresentar a doença mais precocemente, geralmente próximo à terceira década de vida e com características de maior resistência ao tratamento (AMODEO, 2010).

Entre as doenças crônicas, a hipertensão é considerada de maior prevalência na população, devido ao aumento do número de pessoas acometidas ao longo dos anos. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013 pelo Ministério da Saúde, estima-se que 53 milhões de brasileiros possuem diagnóstico de alguma Doença Crônica não Transmissível, sendo que entre os entrevistados da pesquisa, a HAS é a que mais prevalece.

3.3 DIAGNÓSTICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

É conhecido que a Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva, às vezes esse diagnóstico é dado ao acaso, seguindo tais parâmetros.

Logo porque a hipertensão é uma doença de curso e característica silenciosa, sem apresentar sinais e sintomas de fácil identificação precocemente, antes de possíveis complicações que o hipertenso possa vir sofrer. O diagnóstico em alguns casos, por causa de todo esse curso silencioso, seja dado ao acaso, em uma consulta de rotina e/ou ação social. E não é da primeira vez, em que a detecção da alteração/elevação da pressão, que uma pessoa vai ser dada como hipertenso, há todo um protocolo a ser seguido para que isso aconteça.

Para um diagnóstico pleno, é imprescindível a avaliação da história clínica do paciente, exame físico completo, avaliação de fatores de risco exames adicionais para comprovação do estado patológico hipertensivo (BRUNNER e SUDDARTH, 2022).

De acordo com Bretas e Gamba (2006), a hipertensão é considerada uma doença silenciosa, pois seus sintomas são incomuns até que a doença esteja bastante avançada, de modo que a maioria das pessoas descobre seu aumento durante uma pesquisa ou em uma consulta de rotina. À medida que a hipertensão avança, os pacientes em tratamento podem relatar dores occipitais matinais, fadiga, palpitações, embasamento visual e epistaxe. Seu diagnóstico é baseado em anamnese, exame físico, exames complementares que auxiliam na realização do

diagnóstico da doença propriamente dita, etiologia, grau de comportamento de órgãos -alvo e identificação dos fatores de risco cardiovascular associados.

Devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvos e as comorbidades associada. É preciso ter cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso - positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo. Indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevados em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição da pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais.

A pressão arterial está dividida em sistólica, que é a pressão máxima gerada pelo volume de sangue bombeado para artéria aorta a cada sístole cardíaca e a pressão diastólica que é o valor mínimo atingido antes de uma nova sístole, por decaimento da pressão após o volume residual de sangue ser drenado por relaxamento da aorta elástica e o encerramento da válvula semilunar, que impede esse sangue retroceder (VARELA, 2017).

A aferição repetida da pressão arterial em dias diversos em consultório, é requerida para chegar a pressão casual e reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial, ante à simples presença do profissional de saúde no momento da aferição da PA (BRASIL, 2006).

A comprovação da hipertensão só é feita com a aferição da pressão, com a aferição de no mínimo três vezes, para se ter certeza do diagnóstico. Para o desenvolvimento de todo esse processo, quem vai aferir a pressão do paciente deve, seguir certos passos e tomar alguns cuidados com o aparelho, se está devidamente calibrado com o paciente, ele o paciente não se exercitou, fumou ou ingeriu bebida alcóolica nos últimos 30 minutos que antecedem a verificação da pressão, e claro, conhecer a técnica de aferição (ROMANO, 2011).

A aferição da pressão arterial é, comprovadamente, o elemento chave para estabelecer o diagnóstico da hipertensão arterial, baseando-se na medida de duas ou mais aferições, obtidas em duas ou mais consultas, depois que uma elevação inicial foi verificada. Contudo, nem sempre a aferição é realizada de forma adequada, e os erros podem ser evitados com o preparo apropriado do paciente, uso de técnicas padronizadas e equipamento calibrado. O método mais utilizado é o

indireto, com técnica auscultatória, com esfigmomanômetro aneroide ou de coluna de mercúrio e estetoscópio (BRÊTAS e GAMBA et, al, 2006).

Quando diagnosticada precocemente, a hipertensão arterial é bastante sensível, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações; quando não, retardam a progressão das já existentes e as perdas delas resultantes (BRASIL, 2002).

Para diagnosticar a HA principalmente deve-se comparar as medidas da pressão arterial e comparar estas medidas com um padrão de normalidade. Deve-se ressaltar que a pressão arterial é afetada por uma série de fatores, tais como: estado físico no momento da aferição, condição emocional, local de aferição, pois a pressão arterial é muito variável.

De acordo com a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) qualquer número é arbitrário; qualquer classificação é insuficiente. Tendo em vista que, devem ser considerados no diagnóstico os níveis tensionais, os fatores de risco, os órgãos alvo lesados e as comorbidades associadas.

3.4 TRATAMENTO TERAPÊUTICO

As primeiras tentativas terapêuticas anti-hipertensivas, na década de 40, foram direcionadas à hipertensão maligna, logo comprovando-se que a redução da pressão arterial desses pacientes aumentava significativamente a sua sobrevivência. Inicialmente, utilizou-se apenas a restrição de sal na dieta; posteriormente, obtiveram-se bons resultados com a cirurgia de simpatectomia e, finalmente, com as primeiras drogas anti-hipertensivas.

O apropriado controle da Pressão Arterial (PA) pode estabelecer tratamento farmacológico e não farmacológico. As ações não farmacológicas beneficiam a diminuição da dose diária de anti-hipertensivos e adia a progressão do agravamento da doença. Em meio a as estratégias para prevenir agravos da doença, torna-se importante a mudança de estilo de vida, os exercícios físicos, entre outros. Assim também, como a adoção de dieta equilibrada e a restrição do consumo de sal e tabaco são fundamentais. Contudo, essa mudança é um processo proativo e exige adesão sucessiva, multifatorial e diversificada, enfim, empenho do paciente com a própria saúde (BARBOSA et al,2019).

O tratamento da HAS tem como principal objetivo reduzir da morbidade e da mortalidade cardiovasculares por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Medidas não farmacológicas consistem em redução do peso corporal, dieta pobre em sódio (sal de cozinha) e balanceada, aumento da ingestão de frutas e verduras, redução de bebidas alcoólicas, adoção de exercícios físicos regularmente, cessação/atenuação do tabagismo e a substituição da gordura saturada por poliinsaturados e monoinsaturados (SBC, 2007; BARRETO; SANTELLO, 2002)

O tratamento para o controle da hipertensão arterial inclui, além da utilização de medicamentos, a modificação de hábitos de vida. Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento.

O tratamento dessa doença crônica visa à redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares do paciente hipertenso, sendo utilizadas tanto medidas não farmacológicas isoladas, como associadas a medidas farmacológicas. A decisão terapêutica baseia-se no risco cardiovascular e não apenas no nível de pressão arterial.

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo vai além do seguimento das prescrições médicas. É entendida como um englobamento de questões: socioeconômicas, relacionadas à doença, ao tratamento, ao paciente em si, ao sistema de saúde e à equipe. (GUSMÃO; JUNIOR, 2020)

Antes da adoção/prescrição do tratamento do hipertenso, deve-se ter a confirmação diagnóstica da patologia, avaliação dos riscos que o paciente corre, com possíveis agravos a órgãos-alvo e/ou se há doença já pré-existente. Depois, de todas essas avaliações feitas e concluídas, pode-se prescrever e orientar o paciente quanto ao tratamento. (PERROTTI et al, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001, p. 52) a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, é caracterizada como “o grau em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer a consultas médicas, coincide com o conselho médico de saúde”.

A eficácia do programa de tratamento da hipertensão vai depender o grau de hipertensão, complicações, do custo da assistência, e principalmente do estilo de vida adotado em acordo com o tratamento.

Basicamente há duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida e o tratamento medicamentoso. A adoção de hábitos saudáveis de vida é parte fundamental da prevenção de hipertensão e do manejo daqueles acometidos pela patologia. A modalidade de tratamento mais adequada para um determinado paciente, levando-se em consideração a classificação do risco individual e os níveis pressóricos detectados na consulta inicial (BRASIL, 2006).

Diante do diagnóstico e da escolha do esquema terapêutico, o paciente não deverá ser atendido restritamente apenas pelo médico, ele deve ser atendido pelos demais profissionais que também atendem e/ou fazem parte da equipe UBS ou hospital, como o enfermeiro responsável pelo acompanhamento e avaliação do paciente periodicamente (LESSA, 2006).

A adesão ao tratamento medicamentoso ou não, é fundamental para o sucesso da terapia instituída pelo médico e equipe de saúde. Na hipertensão arterial é aspecto primordial para o controle adequado da PA e consequente redução da morbimortalidade (GUSMÃO e JÚNIOR, 2016).

Os métodos utilizados na avaliação da adesão ao tratamento são muitos, apesar de não haver um consenso na literatura. As estratégias podem ser indiretas como na contagem de comprimidos e relatos dos pacientes ou diretas como na dosagem em líquidos corporais do princípio ativo do medicamento.

Mesmo com todos os avanços terapêuticos e farmacológicos, ainda é precário o controle efetivo da PA e adesão ao tratamento anti-hipertensivo na população (Ibid, 2006). A adesão ao tratamento da HAS é complexa e multifatorial. Estudos mostram que nos países de primeiro mundo, como os Estados Unidos, a taxa de pacientes que estão em tratamento é de 50% e 27% os que se mantêm com a PA controlada (NOBRE et. al, 2001).

Várias barreiras podem ser identificadas na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Fatores relacionados á HAS, como cronicidade, ausência de sintomas ou complicações a longo prazo e fatores relacionados ao paciente, como a escolaridade, condições socioeconômicas, sexo, idade, etnia, crenças e aspectos culturais. A relação entre os pacientes e a equipe de saúde é aspecto de

fundamental importância no processo de adesão e conseqüente aumento do controle (IDEM).

No sentido pleno da palavra, uma boa adesão é melhor que, isoladamente, comparecer a consultas, fazer uso de medicamentos e adotar hábitos de vida saudáveis. Uma boa adesão, de fato é a soma de todos esses fatores, ou seja, uma atitude completa em relação à própria saúde e exige participação dos pacientes, não como objeto, mas como sujeitos da ação. “Quanto maior o grau de conhecimento do indivíduo sobre seu problema, independente do seu comportamento efetivo no autocuidado, maior sua chance de sucesso (NOBRE et al, 2001).

É importante versar também que é preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez, uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos apresenta outras comorbidades, como diabetes e obesidade, o que traz implicações em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas.

Conforme Castro (2018), o início do tratamento da hipertensão nem sempre coincide com a época de conhecimento do diagnóstico, ou seja, o paciente geralmente é diagnosticado quando a doença se encontra em estágio avançado e a ciência e os sintomas da doença gera mudanças na vida dos doentes, como novos hábitos alimentares, geralmente com diminuição de sal, utilização de medicamentos contínuos, sintomas físicos já citados anteriormente, mudanças de emprego, aposentadorias por invalidez, entre outros.

O tratamento da hipertensão arterial tem por finalidade a redução dos valores de pressão a níveis inferiores a 140mmHg para sistólica e 90 mmHg para diastólica, visando a redução da morbimortalidade cardiovascular, sendo, portanto, abordado medidas farmacológicas e não farmacológicas (BRASIL, 2002). Como mostrado a seguir.

A educação em saúde é indispensável para que haja controle da pressão arterial, o usuário deverá ser instruído em tudo que rege seu tratamento desde os medicamentos até os principais efeitos colaterais, assim o mesmo se sentirá mais confiante e disposto a aderir ao tratamento (IGUCHI,2013).

A adesão precoce ao tratamento da HAS é de suma importância para a prevenção de complicações de doenças crônicas, comorbidades e mortalidade precoce, pois o seu controle não se dá somente pelo tratamento farmacológico, mas também através de mudanças nos hábitos de vida, como na alimentação e realização regular de atividade física. No entanto, uma grande parcela de hipertensos não utiliza de forma correta e usual os medicamentos prescritos, além de não aderirem às mudanças alimentares e estilo de vida, a fim de controlar a doença, que na maioria das vezes é assintomática (GIROTTI, 2008).

3.4.1 Tratamento não farmacológico

O tratamento não farmacológico consiste na adoção de medidas corretivas e educativas no estilo de vida dos hipertensos. Embora a hipertensão arterial primária ou essencial não tenha cura, a mudança no estilo de vida, sem o uso de medicamentos pode fazer com que a PA fique controlada, dependendo do estágio da pressão (MANFROI e OLIVEIRA, 2006).

O tratamento não farmacológico é baseado na mudança de estilo uma vida que inclui controle de peso, redução do consumo de álcool, redução de ingestão de sódio, gordura saturada e colesterol, além da ingestão adequada potássio, cálcio e magnésio, pare de fumar e participar regularmente programas de exercícios e a melhor forma de lidar com o estresse.

Dentre o referido tratamento, está o controle de peso, uma vez que o excesso deste é um fator predisponente para a hipertensão. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença do excesso de peso. Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso.

O tratamento contínuo da hipertensão deve ser seguido para garantir um controle eficaz da pressão arterial. Para tanto, a adesão à terapêutica anti-hipertensiva garante uma evolução clínica e uma qualidade de vida melhor ao indivíduo. (HANUS et al. 2015).

Independentemente do valor do Índice de Massa Corporal – IMC, a distribuição de gordura, com localização predominantemente no abdômen, está frequentemente associada com resistência à insulina e elevação da pressão arterial. Assim, a circunferência abdominal, acima dos valores de referência, é um fator

preditivo de doença cardiovascular. A redução da ingestão calórica leva à perda de peso e diminuição da pressão arterial, mecanismo explicado pela queda da insulina, redução da sensibilidade ao sódio e diminuição da atividade do sistema nervoso autônomo simpático (BRASIL, 2006).

A redução de peso é medida anti-hipertensiva, com indicação racional. Estudos mostram que a dieta rica em frutas, vegetais e laticínios com baixo teor de gorduras totais e saturadas, é capaz de diminuir a pressão arterial.

Uma dieta com conteúdo reduzido de sódio, baseada em frutas, verduras, legumes, cereais integrais, leite, derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol, mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos (BRASIL, 2006).

A redução entre o consumo o alto consumo de álcool e a elevação da pressão arterial têm sido relatada em estudos observacionais. A redução da ingestão do álcool pode reduzir a pressão arterial em homens normotensos e hipertensos que consomem grande quantidade de bebidas alcoólicas. Recomenda-se limitar a ingestão de tal bebida a menos de 30ml/dia de etanol para homens e a ingestão dessa quantidade para mulheres, preferencialmente com as refeições. Isso corresponde, para o homem, a ingestão diária de no máximo 720ml de cerveja; 240 ml de vinho ou 60 ml de bebida destilada. Aos pacientes que não conseguem se enquadrar nesses limites, deve-se encorajá-los ao abandono total do consumo de álcool, visto ser um problema de saúde pública, relacionado com dependência, hepatopatias e deficiência imunológica (BRASIL, et al 2006).

Segundo Chavaglia e Silva (2010) o alcoolismo pode ser definido como uma doença crônica, onde ocorre o consumo exacerbado de álcool sem limites e em grandes proporções, tornando-se progressivamente dependente. De acordo, com a literatura o consumo moderado do álcool pode reduzir o risco do desenvolvimento de algumas doenças cardiovasculares, no entanto, o consumo exagerado pode acarretar consequências muito negativas para a saúde do indivíduo e altos custos para o sistema de saúde.

O abandono do tabagismo é também fator contribuinte no tratamento não farmacológico, uma vez que o risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Parece ser maior em mulheres do que em homens. Em avaliação por Medicação e Avaliação da Pressão Arterial (MAPA), a PA sistólica de hipertensos fumantes foi significativamente mais

elevada do que em não fumantes, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo. Portanto, os hipertensos que fumam, devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas (BRASIL, 2006). O tabagismo é um fator de risco extremamente importante para a mortalidade e morbidade cardiovasculares e está associado ao risco aumentado de doença arterial periférica, doença cardíaca coronária e morte súbita.

O fumo, associado à pressão arterial é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. A fumaça do cigarro é uma mistura de aproximadamente 5.000 substâncias diferentes. Sendo mais de 40 delas reconhecidas como cancerígenas, compostas de uma parte grossa, que contém monóxido de carbono e outra particulada, composta por nicotina e água. Durante a tragada, a fumaça é inalada para os pulmões distribuindo-se para a circulação sistêmica e chegando, rapidamente ao cérebro, entre 7 a 19 segundos, após atravessar com facilidade a barreira hematoencefálica (GRAVINA et al, 2017).

Outro elemento importante no tratamento não farmacológico, está a atividade física regular. Pacientes hipertensos devem iniciar atividade física regular, pois além de diminuir a pressão arterial, pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso (BRASIL, 2006).

Em relação à redução de peso corporal, o excesso de peso está associado diretamente ao aumento da pressão arterial. A perda de peso colabora com a redução da pressão sistólica e diastólica, e tem como objetivo alcançar o índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m² e relação cintura-quadril (RCQ) inferior a 0,8 para mulheres e 0,9 para homens.

O sódio também está relacionado à pressão arterial. De acordo com Saraiva (2008), a hipertensão arterial é observada primeiramente em populações com ingestão de sal superior a 100mEq/dia. A dieta habitual do brasileiro contém de 10 a 12g de sal/dia. É recomendado ingerir até 6g/dia de sal presentes nos alimentos naturais e reduzir o sal adicionado aos alimentos, evitando o saleiro à mesa e alimentos industrializados (SBH, 2002). Além da redução da pressão arterial, existem outros efeitos benéficos adicionais à restrição do sódio, como a redução da necessidade de medicamentos anti-hipertensivos, redução na perda de potássio

diurético-induzida, possibilidade de regressão da hipertrofia ventricular esquerda e proteção da osteoporose e cálculos renais através da execução urinária de cálcio.

Deste modo, é de suma relevância dizer que a atividade física tem sido estabelecida como importante fator de prevenção de doenças cardiovasculares e redução da pressão arterial. O mecanismo por meio do qual o exercício físico reduz a pressão, parece estar relacionado. Tal fator, será visto de forma mais abrangente no item 3.3.

3.4.2 Tratamento farmacológico

A mudança do estilo de vida é uma atitude que deve ser estimulada em todos os indivíduos hipertensos, durante a vida, independentemente do níveis de pressão arterial. Quando se obtém uma resposta inadequada à modificação do estilo de vida, ou seja, a pessoa não atingiu a pressão arterial desejada, ou não está fazendo considerável progresso nesse sentido, então é necessária a intervenção farmacológica. A decisão de iniciar a terapêutica medicamentosa deve ser baseada na intensidade da hipertensão arterial, na presença ou não de lesões em órgãos alvo e nos fatores de risco associados (SANTOS e ROSA et.al., 2009).

O tratamento medicamentosos à base de drogas anti-hipertensivas, pretende a redução e dos eventos cardiovasculares fatais e não fatais. O documento IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, estabelece que o esquema terapêutico deve ser iniciado com monoterapia, com diurético, betabloqueador, antagonista dos canais de cálcio, inibidor as enzima conservadora da angiotensina ou antagonista do receptor da angiotensina II. Caso não se obtenha a redução tensional, pode-se aumentara dose máxima, substituir a droga por outra de classe diferente com outro mecanismo de ação. E se ainda o controle desejado não for alcançado, associam-se duas ou mais drogas (GUSMÃO e GINANI et al, 2019).

De acordo com Brêtas e Gamba (2006), apesar da eficiência dos esquemas terapêuticos utilizados no tratamento da hipertensão, o controle da pressão arterial nem sempre é obtido de maneira satisfatória. Verifica-se que, de modo geral, apenas 30% dos hipertensos estão controlados, caracterizando baixa adesão ao tratamento. Os fatores intervenientes no processo sã: crença, hábitos de vida e culturais, instituição, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera comparado ao tempo de atendimento, relacionamento com a equipe de saúde, dentre outros.

O tratamento farmacológico da hipertensão arterial tem por objetivos reduzir a pressão arterial e prevenir a ocorrência de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. As drogas anti-hipertensivas em uso, são classificadas em diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores de canais de cálcio.

O III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, orienta o início do esquema terapêutico com monoterapia, não se obtendo à redução dos níveis de pressóricos, pode-se aumentar as doses, antes de substituir as associar outra medicação. Deve-se sempre, observar os efeitos colaterais de cada droga, pois a ocorrência destes é um importante fator de limitação à aderência ao tratamento por parte do paciente.

Antes de aumentar ou modificar a dosagem de um anti-hipertensivo, deve-se monitorar a adesão, isto significa que, o paciente deve estar com a pressão controlada e aderente às informações de mudanças nos hábitos de vida. A principal causa de hipertensão arterial resistente é a descontinuidade da prescrição estabelecida (BRASIL, 2002).

Os diuréticos são as drogas mais usadas no tratamento da hipertensão arterial sistêmica, em todo o mundo, há mais de trinta anos. Têm papel vital no controle dessa condição, seja isolado ou em associações com outras drogas (Ibid, 2002).

3.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE

Atenção integral à saúde são atividades que visam a promoção da saúde, prevenção de doenças e fatores de risco, e tratamento adequado de pacientes após o início da doença. Há muitos anos se afirmar que Ezdrowie é um direito de todos, garantido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, liberdade, alimentação, educação, segurança, nacionalidade (BUSS, 2003, p. 1).

Saúde e qualidade de vida são dois tópicos intimamente relacionados. Promover saúde é promover qualidade de vida. A Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, estabeleceu uma série de princípios éticos e políticos que definem os campos de ação. Segundo esse documento, promoção da saúde é um processo de empoderamento da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo (CARTA DE OTTAWA, 1998).

Para alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos precisam saber como modificar positivamente o ambiente natural, político e social. Saúde é, portanto, um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como a capacidade física. (BUSS, 2003). A saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai além de um estilo de vida saudável para um bem-estar saudável (HAESER, BÜCHELE & BRZOWSKI, 2012).

Para proteger a saúde, será necessário utilizar e integrar os saberes e práticas reunidos em compartimentos separados: assistência médica hospitalar; programas de saúde pública; vigilância epidemiológica, vigilância em saúde, educação em saúde, etc. Por meio de atividades não setoriais em diversas áreas como água, esgoto, drenagem urbana, bem como na educação, habitação, alimentação e nutrição, canalizando esses conhecimentos e práticas integradas para um determinado território (BUSS, 2003).

A promoção da saúde, portanto, significa construir políticas públicas saudáveis: criando ambientes propícios, capacitando atividades comunitárias, desenvolvendo habilidades para o autocontrole e autonomia pessoal e reorientando os serviços de saúde (OMS, 1986). A reorientação da saúde se dá por meio do deslocamento do papel do setor saúde para a promoção, o que torna necessário colocar as políticas públicas saudáveis na agenda dos tomadores de decisão (RABELLO, 2004).

3.6 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E O ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL

O controle das doenças crônicas é um desafio para os profissionais de saúde, dadas todas as variáveis que interferem em seu controle. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Muitas vezes está associada a alterações funcionais e / ou estruturais em órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRANDÃO et al., 2010).

A hipertensão tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerado um dos principais fatores de risco modificáveis (FR) e o mais importante problema de saúde pública. A mortalidade por doenças cardiovasculares

(DCV) aumenta progressivamente à medida que a PA aumenta (54% para AVC ± AVC e 4% para doença isquêmica do coração ± DIC), com a maioria em países de economia baixa a média e mais da metade aos 45 e 69 anos. No Brasil, as DCV são a principal causa de morte (BRANDÃO et al., 2010).

Para baixar a pressão arterial, a decisão terapêutica deve se basear no risco cardiovascular, levando em consideração a presença de fatores de risco, lesão de órgão-alvo e / ou doença cardiovascular conhecida, e não apenas o nível da PA (BRANDÃO et al., 2010).

O estilo de vida da população desempenha um papel importante na alta prevalência de hipertensão. Existem alguns fatores dietéticos que podem influenciar a pressão arterial, tais como: obesidade e ingestão energética, consumo de gordura, sódio, potássio e fibra alimentar, consumo de bebidas alcoólicas. A obesidade pode aumentar a pressão arterial diretamente, e pessoas obesas são inadequadamente suscetíveis à hipertensão (COSTA, 2013).

A justificativa para intervenção em pessoas com esses valores de PA baseia-se no fato de que metade da carga atribuída ocorre em pressões sistólicas entre 130 e 150 mm HG, ou seja, o limite de pressão arterial é mantido (Grau B) (BRAZILIAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2010).

É importante considerar que nesta faixa de pressão arterial existe um grande número de pessoas com doenças cardiovasculares e renais conhecidas, além de um grande número de pessoas com diabetes, doenças renais, múltiplos fatores de risco cardiovascular e síndrome metabólica. Portanto, parece importante que essas pessoas recebam tratamento medicamentoso.

O tratamento precoce da dependência de drogas é projetado para proteger os órgãos-alvo; redução do impacto devido à presença de fatores de risco associados e à progressão do processo aterosclerótico. Modificações no estilo de vida podem se refletir no atraso no desenvolvimento de HAS em pessoas com pressão limítrofe. Também tem efeito benéfico sobre os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento ou agravamento da hipertensão (grau B) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Portanto, tem que ser indicado indiscriminadamente. O tempo recomendado para autoavaliação das mudanças no estilo de vida em hipertensos e com pressão arterial limítrofe e baixo risco cardiovascular é de pelo menos 06 meses. Caso o paciente não responda a essas medidas após três meses, uma nova avaliação deve

ser realizada em até 06 meses para confirmar o controle da pressão arterial. Se esse benefício não for confirmado, o tratamento medicamentoso em associação já está confirmado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). E os pacientes de risco moderado, alto e muito alto, independentemente da PA, devem ser agrupados (tratados e não tratados) para atingir a meta prescrita o mais cedo possível. Novas pesquisas não mostram benefício de uma redução mais intensa da pressão arterial como se pensava anteriormente (Grau A) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A equipe multiprofissional pode incluir todos os profissionais que lidam com pacientes hipertensos; médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, especialistas em educação física, agentes de saúde, farmacêuticos. Como a hipertensão arterial sistêmica é uma síndrome clínica multifatorial, contar com a ajuda de uma equipe multidisciplinar para dar suporte ao paciente hipertenso é uma abordagem bem-vinda, sempre que possível (MINAYO, 2011).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada pelo Ministério da Saúde um dos principais problemas de saúde pública do Brasil devido ao seu porte e ao crescente número de hipertensos na população. Atualmente, o Brasil possui cerca de 17 milhões de pessoas com hipertensão, o que significa que 35% da população com 40 anos ou mais tem hipertensão (BRASIL, 2006).

A hipertensão generalizada é considerada uma síndrome de origem multifatorial em que os níveis de pressão arterial são dependentes de 139 mmHg para a pressão arterial sistólica (PAS) e 89 mmHg para a pressão arterial diastólica (PAD) em adultos que não fazem uso de anti-hipertensivos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HYPERTENSÃO). - SBH, 2010). Estudos sobre o tema indicam que fatores como idade, sexo e estado nutricional são determinantes para o desenvolvimento da hipertensão generalizada, sendo o risco maior em homens com sobrepeso e acima de 40 anos (BERTIM et al., 2011; BANDONI; JAIME; SARNO, 2008).

Bertim et al (2011) concluíram que a partir dos 40 anos ocorre um aumento na incidência de pessoas com hipertensão em ambos os sexos, principalmente entre pessoas com sobrepeso e obesidade. Em um estudo semelhante a este, uma prevalência geral de excesso de peso foi de cerca de 46% (30,0% das mulheres (W) e 56,0% dos homens (M)), a incidência geral de hipertensão foi de cerca de 30%

(18,7% FE 38,1% M), e a hipertensão esteve diretamente relacionada à idade em ambos os sexos (> 40 <50 38,6% F e 65,8% M;> 50 54,3% F e 63,7% M) (BANDONI; JAIME; SARNO, 2008).

Levantamentos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos mostraram taxas de HAS acima de 30%. Considerando valores de PA acima de 140/90 mmHg, entre os sexos, a incidência foi de 35,8% entre os homens e 30% entre as mulheres (SBH, 2010). Existem também fatores de risco, como idade, sexo, raça / cor, história familiar e fatores de risco ambientais, como estilo de vida sedentário, sobrepeso / obesidade, bem como ingestão de alimentos não saudáveis (excesso de sal, gordura animal, ingestão diária de mais de 100ml). Café ou bebidas com cafeína e abuso de bebidas alcoólicas), estresse descontrolado e tabagismo (CAETANO; MOREIRA; SANTOS, 2011).

No entanto, a identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica é de fundamental importância, pois diversos aspectos e agravos atribuídos a essa doença crônica são comórbidos ou anteriores (ALMEIDA et al., 2020).

Em alguns casos, a HAS pode ser controlada com tratamentos não medicamentosos que incluem restrições alimentares com alto teor de sódio, lipídios e carboidratos simples; cessação do tabagismo e consumo de álcool, controle de peso e estresse, além de atividade física e aumento da ingestão de potássio, controle da dislipidemia, suplementação de cálcio e magnésio e atividade antiestresse (ALMEIDA et al., 2020).

Porém, para que essas mudanças ocorram na vida dos hipertensos, é necessário envolver os profissionais de saúde para lidar com os aspectos de prevenção e promoção da saúde, informar a população, implementar processos educativos e avaliá-los periodicamente no sentido de melhorar as atividades desenvolvidas e sua adaptação a novas realidades, e o desenvolvimento de pesquisas voltadas para a prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica (FENSTERSEIFER; GASPERIN, 2016).

A execução de medidas de prevenção contra a HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do SUS, enquanto o Sistema de Saúde Suplementar Complementar assiste aproximadamente 46,5 milhões. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de

evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde (SBH, 2010).

A abordagem multiprofissional se dá por meio da educação em saúde e da criação de Grupos Educativos, nos quais os profissionais envolvidos demonstram a valorização do controle da doença hipertensiva por meio de diferentes saberes, pois é uma forma de interação entre profissionais e usuários que lhes permite refletir e revelar seus. Realidade, observar os problemas mais comuns entre eles, trocar experiências e propor mudanças de hábitos (ALMEIDA et al., 2020).

Para Damasceno (1999), um programa educativo e de acompanhamento para hipertensão deve ser aplicado mesmo para aqueles indivíduos que podem não ser diagnosticados como portadores de hipertensão arterial. Segundo o autor, nesse caso é levado em consideração a presença dos fatores de risco associados à hipertensão, que poderiam acarretar no desenvolvimento da patologia.

A atenção básica desempenha um papel central na rede de serviços para a implementação da atenção à hipertensão arterial sistêmica. Portanto, as diretrizes clínicas para o tratamento da hipertensão recomendam medidas preventivas e a promoção de um estilo de vida mais saudável. Esses métodos previnem o aparecimento dessa doença, bem como auxiliam na sua detecção precoce, minimizando seus danos, riscos e custos com o atendimento (BRITO et al., 2009).

3.7 OS EXERCÍCIOS FÍSICOS NO COMBATE À HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

É de grande valia explicar também que os exercícios físicos interferem na redução da pressão arterial pelo envolvimento de fatores hemodinâmicos, humorais e neurais. O treinamento físico regularmente e moderado em humanos promove a diminuição dos níveis pressóricos por diminuição da atividade simpática periférica e do tônus simpático do músculo cardíaco. Este por sua vez, determina diminuição da frequência cardíaca e a conseqüente queda do débito cardíaco (FERREIRA, et al, 2015).

A adoção da prática regular de exercícios físicos é recomendada para todos os portadores de hipertensão, inclusive aqueles sob tratamento medicamentoso, porque reduz a pressão arterial consideravelmente. Além disso, o exercício físico

pode reduzir o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade em geral (SBC, 2007).

A adoção da prática regular de exercícios físicos é recomendada para todos os portadores de hipertensão, inclusive aqueles sob tratamento medicamentoso, porque reduz a pressão arterial consideravelmente. Além disso, o exercício físico pode reduzir o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade em geral (SBC, 2007).

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006),

A recomendação da atividade física baseia-se em parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização. Portanto, a atividade física deve ser realizada por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana (5) de forma contínua ou acumulada. A orientação ao paciente deve ser clara e objetiva. As pessoas devem incorporar a atividade física nas atividades rotineiras como caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa, optar sempre que possível pelo transporte ativo nas funções diárias, que envolvam pelo menos 150 minutos/semana [...]. O efeito da atividade de intensidade moderada realizada de forma acumulada é o mesmo daquela realizada de maneira contínua, isto é, os trinta minutos podem ser realizados em uma única sessão ou em duas sessões de 15 minutos [...] ou ainda, em três sessões de dez minutos [...].

Para Amer, Marcon e Santana (2010) o excesso de peso e a obesidade constituem um grave problema de saúde pública com séria importância para a sociedade, pois, além de estar associado a um complexo de doenças crônico-degenerativas, seu aumento é gradativo e percorre desde a infância até a idade adulta, podendo constituir um processo epidêmico.

No que diz respeito ao sedentarismo, Aziz (2014) o sedentarismo é um dos fatores que mais contribuem para o aumento dos níveis de pressão arterial, como também está associado a outras condições que agravam a situação hipertensiva, entre elas, diabetes, obesidade, dislipidemia e síndrome metabólica.

No Brasil, a prevalência de obesidade ocorre nos níveis econômicos mais elevados, tornando este grupo aparentemente de maior risco ao desenvolvimento de doenças associadas a este fator de risco. Além disso, o consumo excessivo de sal e a elevada ingestão de cafeína parecem colaborar para a elevação da pressão arterial (CHRISTOFARO et al., 2010).

Segundo Aziz (2014) o sedentarismo é um dos fatores que mais contribuem para o aumento dos níveis de pressão arterial, como também está associado a

outras condições que agravam a situação hipertensiva, entre elas, diabetes, obesidade, dislipidemia e síndrome metabólica.

Uma vida sedentária é distinguida pela carência de exercícios físicos, onde provoca perda de flexibilidade articular e contribui no comprometimento de diversos órgãos do organismo. A falta de uma atividade física aumenta a ocorrência de várias doenças, dentre elas a hipertensão arterial sistêmica, estas consequências se ampliam quando o sedentarismo é associado ao tabagismo.

O tabagismo é um fator de risco extremamente importante para a mortalidade e morbidade cardiovasculares e está associado ao risco aumentado de doença arterial periférica, doença cardíaca coronária e morte súbita.

Afirma-se ainda que de acordo, com a literatura o consumo moderado do álcool pode reduzir o risco do desenvolvimento de algumas doenças cardiovasculares, no entanto, o consumo exagerado pode acarretar consequências muito negativas para a saúde do indivíduo e altos custos para o sistema de saúde.

Com relação aos hábitos alimentares, de acordo com Farias (2007) “a alimentação tem função essencial no surgimento de doenças cardiovasculares, sendo também de fundamental importância na prevenção das mesmas”.

A idade também é considerada um fator de risco muito importante que contribui para o aparecimento da Hipertensão Arterial Sistêmica, principalmente no que diz respeito às alterações nas musculaturas lisas e no tecido conjuntivo dos vasos, acontecimento decorrente do processo de envelhecimento (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2007).

A recomendação da atividade física baseia-se em parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização. Portanto, a atividade física deve ser realizada por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana, de forma contínua ou acumulada. A orientação ao paciente hipertenso deve ser clara e objetiva. As pessoas devem incorporar a atividade física nas atividades rotineiras como: caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa. O efeito da atividade de intensidade moderada realizada de forma acumulada é o mesmo daquela realizada de maneira contínua (BRASIL, 2006).

De forma prática, a atividade física moderada é aquela que pode ser realizada mantendo-se conversação. Programas de exercícios físicos para a prevenção de doenças cardiovasculares e redução de pressão arterial devem contar

com atividades aeróbicas dinâmicas, tais como caminhadas rápidas, corridas leves, natação e ciclismo. A frequência ideal é de três a cinco sessões por semana, cada uma com duração de trinta a sessenta minutos. Antes de iniciar o treinamento físico, deve-se fazer uma avaliação clínica (BRETAS e GAMBÁ, 2006).

A avaliação médica e de esforço em indivíduos assintomáticos deve se restringir apenas a pacientes com escore de Framingham alto ou aqueles que desejam desenvolver programas de exercícios estruturados ou atividades desportivas que exijam níveis de atividade física de alta intensidade (BRASIL, 2006).

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este trabalho foi desenvolvido por meio da pesquisa bibliográfica, à luz de autores de renome que se dedicaram a trabalhar a temática abordada.

Deste modo, Fonseca (2002) afirma que,

[...] a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém, pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta.

Esse procedimento de pesquisa é relevante, uma vez que facilita a vida do pesquisador quando tiver que lidar com um problema de pesquisa que enfatiza determinadas informações e dados que se encontram muitas vezes dispersos ou fragmentados.

4.2 PERÍODO DE ESTUDO

Será desenvolvido no período de agosto a novembro de 2022

4.3 AMOSTRAGEM

Foram selecionados 25 artigos que tratam sobre o tema. Tendo contato direto com uma gama de produções escritas sobre a temática.

4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

4.4.1 Inclusão

Foram selecionados manuscritos publicados nos últimos 10 anos, exceto portarias e resoluções e documentos bem como manuscritos da língua portuguesa.

4.4.2 Não inclusão

Foram estudados os títulos e os resumos de artigos, num total de 15 trabalhos analisados. A partir desta análise foram selecionados todos os artigos e

portarias que se encontraram nos critérios de inclusão. Dos 15 artigos, apenas 10 fizeram parte do critério analítico, excluindo-se então, os que não atenderam aos critérios de inclusão.

4.5 COLETA DE DADOS

Selecionou-se manuscritos, artigos, portarias, que, após avaliação, foram cuidadosamente analisados de forma crítica e reflexiva. Para tanto, o campo de busca de pesquisa foram as bases de dados da SCIELO, Google acadêmico. E-books.

A busca realizou-se através dos seguintes descritores: hipertensão arterial sistêmica, enfermagem, fatores de risco e prevalência. A fim de estabelecer a amostra dos estudos selecionados para a presente revisão de literatura, foram estabelecidos os seguintes critérios: } Inclusão: artigos científicos que retratam a hipertensão arterial sistêmica na atenção básica de saúde; artigos científicos indexados nas bases MEDLINE/BVS, LILACS E 14 SCIELO; BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE; artigos científicos publicados entre o período de 2018 a 2022, nos idiomas inglês, espanhol e português. Exclusão: capítulos de livros, dissertações, teses, reportagens, notícias, editoriais, textos não científicos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Quadro 1 – Distribuição dos artigos segundo ano de publicação, base de dados e modelo para publicação eletrônica, idioma, e o país da pesquisa.

Nº	Identificação do estudo	Autores	Revista Científica	Ano
01	FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE MOTORISTAS CAMINHONEIROS.	ALMEIDA	REVISTA COGITARE ENFERMAGEM	2020
02	SEDENTARISMO E HIPERTENSÃO ARTERIAL.	AZIZ	REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO	2014
03	EXCESSO DE PESO E HIPERTENSÃO ARTERIAL EM TRABALHADORES DE EMPRESAS BENEFICIADAS PELO PROGRAMA DE ALIMENTAÇÃO DO TRABALHADOR	BANDONI	REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA	2018
04	DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO VI: CONCEITUAÇÃO, EPIDEMIOLOGIA E PREVENÇÃO PRIMÁRIA	BRANDÃO	REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO	2018
05	ASSOCIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL COM HIPERTENSÃO ARTERIAL DE ADULTOS	BERTIM	REVISTA MOTRIZ	2019
06	RECOMENDAÇÕES PRÁTICAS PARA SE EVITAR O ABANDONO DO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO.	COELHO	REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO	2016
07	PRESSÃO ARTERIAL ELEVADA EM ADOLESCENTES DE ALTO NÍVEL ECONÔMICO	CHRISTOFARO; CASONATTO; FERNANDES	REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA	2019
08	ATUAÇÃO DOS PAIS NA PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA EM SAÚDE.	CAETANO; MOREIRA; SANTOS	REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA	2020
09	O COTIDIANO DA VIDA DE HIPERTENSOS: MUDANÇAS, RESTRIÇÕES E REAÇÕES	CASTRO	REVSTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM- SP	2018

10	DESAFIOS E SOLUÇÕES PARA A FALTA DE ADERÊNCIA A ORIENTAÇÕES E TRATAMENTOS	FRANCO	REVISTA DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA	2018
11	AS MODIFICAÇÕES DO ESTILO DE VIDA PARA HIPERTENSOS	FENSTERSEIFER	REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM	2019
12	FREQUÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E FATORES ASSOCIADOS	FERREIRA	REVISTA SAÚDE PÚBLICA	
13	TRATAMENTO NÃO-MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO NO IDOSO. REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO	GRAVINA	REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO	2021
14	ADESÃO AO TRATAMENTO – CONCEITOS.	GUSMÃO	REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO	2021
15	FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À PRESSÃO ARTERIAL ELEVADA EM ADOLESCENTES.	SILVA	REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA E ESPORTE	2018

Fonte: Silva (2022)

Quadro 2 – Distribuição dos artigos selecionados após leitura e aplicação dos critérios de inclusão

Nº	Identificação do estudo	Autor/ano	Amostra estudada	Principais resultados
01	FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE MOTORISTAS CAMINHONEIROS.	ALMEIDA (2020)	257 MOTORISTAS CAMINHONEIROS	O EXCESSO DE TRABALHO DESSA CATEGORIA PROFISSIONAL TEM CAUSADO VÁRIOS PROBLEMAS DE SAÚDE, E A HIPERTENSÃO ARTERIAL ESTÁ ENTRE ESSES PROBLEMAS. OU SEJA, APRESENTAM DIVERSOS RISCOS QUE PREDISPÕEM ESSA PATOLOGIA.
02	SEDENTARISMO E HIPERTENSÃO ARTERIAL	AZIZ (2018)	USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) COM DIABETES MELLITUS (DM)	O SEDENTARISMO É UM DOS FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A ELEVAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL. CONSIDERADO TAMBÉM UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA. E QUE TEM COMO EFEITO DE SAÚDE, A ATIVIDADE FÍSICA, POIS ESTA, APRESENTA EFEITOS BENÉFICOS EM RELAÇÃO À SAÚDE. E A FALTA DESTA, CONTRIBUÍ PARA O

			TIPO 2 E/OU HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)	AUMENTO DO SEDENTARISMO E SEUS MALEFÍCIOS ASSOCIADOS À SAÚDE E AO BEM-ESTAR DO INDIVÍDUO
03	EXCESSO DE PESO E HIPERTENSÃO ARTERIAL EM TRABALHADORES DE EMPRESAS BENEFICIADAS PELO PROGRAMA DE ALIMENTAÇÃO DO TRABALHADOR.	BANDONI (2020)	200 TRABALHADORES	A QUANTIDADE DE ÓLEO OFERECIDA NA REFEIÇÃO DOS TRABALHADORES PERTENCENTES À PESQUISA É DEMASIADAMENTE ELEVADA, O QUE CONTRIBUI PARA O EXCESSO DE GORDURAS DAS REFEIÇÕES. ESSA GRANDE QUANTIDADE DE LIPÍDIOS NAS REFEIÇÕES PODE LEVAR AO SURGIMENTO OU AGRAVAMENTO DE PROBLEMAS CARDIOVASCULARES. A ALIMENTAÇÃO OFERECIDA AOS TRABALHADORES NÃO ESTÁ TOTALMENTE ADEQUADA ÀS RECOMENDAÇÕES DO PAT. A ALIMENTAÇÃO COM QUALIDADE É FUNDAMENTAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DE TODOS OS CIDADÃOS.
04	DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO VI: CONCEITUAÇÃO, EPIDEMIOLOGIA E PREVENÇÃO PRIMÁRIA	BRANDÃO (2022)	1.296 ADULTOS DE AMBOS OS SEXOS	A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, É CONSIDERADA UM IMPORTANTE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA DEVIDO À SUA ALTA PREVALÊNCIA E BAIXAS TAXAS DE CONTROLE. A PREVALÊNCIA DA HAS FOI DE 22,0%, SENDO 26,9% (IC95% 23,14 – 30,93) PARA O SEXO MASCULINO E 17,6% (IC95% 15,15 – 20,28). PARA O SEXO FEMININO. NO PRESENTE ESTUDO, A PREVALÊNCIA DE HAS FOI MAIOR NOS INDIVÍDUOS DO SEXO MASCULINO EM RELAÇÃO AO FEMININO.
05	ASSOCIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL COM HIPERTENSÃO	BERTIM (2021)	5.053 ADULTOS DE AMBOS OS SEXOS (20 A 60 ANOS)	A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, UM DOS MAIORES FATORES DE RISCO PREVALENTES PARA O DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES. OS

	ARTERIAL DE ADULTOS.			HOMENS COM O AVANÇO DA IDADE E EXCESSO DE PESO APRESENTAM ASSOCIAÇÃO LINEAR COM O AUMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL.
06	O COTIDIANO DA VIDA DE HIPERTENSOS: MUDANÇAS, RESTRIÇÕES E REAÇÕES.	CASTRO (2018)	MÉTODO DESCRITIVO-ABORDAGEM QUALITATIVA 6 HIPERTENSOS	NO CASO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL, PARA QUE SEU TRATAMENTO ATINJA A EFICÁCIA DESEJADA QUE É A DIMINUIÇÃO DA MORBIDADE E DA MORTALIDADE CARDIOVASCULAR, SE FAZ NECESSÁRIA A ADOÇÃO DE MEDIDAS QUE INTERFEREM NO ESTILO DE VIDA DOS HIPERTENSOS E QUE, COMPROVADAMENTE, FAVORECEM A REDUÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL. DIFERENTES CARACTERÍSTICAS REFLETIRAMSE NAS REAÇÕES/COMPORTAMENTOS DOS HIPERTENSOS EM RELAÇÃO AO SEU COTIDIANO DA VIDA APÓS A DESCOBERTA. OU O INÍCIO DO TRATAMENTO DA HÁ. A MODIFICAÇÃO OU NÃO DO COTIDIANO DESSES HIPERTENSOS, LOGO APÓS A DESCOBERTA DA HA, PARECE ESTAR RELACIONADA À PRESENÇA DE SINTOMATOLOGIA, À COMPREENSÃO DOS DOENTES SOBRE A DOENÇA E AO IMPACTO DESTA NAS SUAS VIDAS.
07	AS MODIFICAÇÕES DO ESTILO DE VIDA PARA HIPERTENSOS	FENSTERSEI FER (2021)	PESQUISA BIBLIOGRÁFICA PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL-LEVANTAMENTO DE DADOS SECUNDÁRIOS DA INSTITUIÇÃO DE INTERVENÇÃO	AS MUDANÇAS DOS ESTILOS DE VIDA, TANTO INDIVIDUAL QUANTO COLETIVA, SÃO FUNDAMENTAIS PARA PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E PARA ALCANÇAR AS MEDIDAS PRESSÓRICAS ADEQUADAS PRECONIZADAS PELO MINISTÉRIO DE SAÚDE. UMA DAS FORMAS PARA AUMENTAR O CONHECIMENTO DOS

				PACIENTES SOBRE TER UM MODO E ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL É COM A EDUCAÇÃO EM SAÚDE. COM O ACOMPANHAMENTO DOS FATORES PREDISPOANTES, É POSSÍVEL MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DA COMUNIDADE E DE EVITAR O AUMENTO DE CASOS NOVOS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL.
08	FREQUÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E FATORES ASSOCIADOS	FERREIRA (2022)	SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO/2013- POPULAÇÃO ADULTA- 26 CAPITAIS E NO DF	OS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À HAS DESCRITOS NA LITERATURA ABRANGEM A ALIMENTAÇÃO INADEQUADA, A INGESTÃO EXCESSIVA DE SAL, O CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL, A INATIVIDADE FÍSICA, O EXCESSO DE PESO, O TABAGISMO E OS DISTÚRBIOS DO METABOLISMO DA GLICOSE E DOS LIPÍDIOS. A PREVALÊNCIA DE HAS AUTORREFERIDA ENTRE OS ADULTOS RESIDENTES NAS CAPITAIS BRASILEIRAS E DISTRITO FEDERAL FOI DE 24,1%. SENDO MAIOR NO SEXO FEMININO, ENTRE OS ELEMENTOS QUE CONTRIBUEM PARA A MULTIDETERMINADA DA HAS, ENCONTRAM-SE OS FATORES GENÉTICOS, O AMBIENTE FÍSICO E PSICOSSOCIAL, A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E AS RELAÇÕES ENTRE ESSES VÁRIOS ELEMENTOS
09	TRATAMENTO NÃO-MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO NO IDOSO.	GRAVINA (2018)	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	O TRATAMENTO NÃO-FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL É REALIZADO POR MEIO DE MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA. AS PRINCIPAIS MODIFICAÇÕES NO ESTILO DE VIDA QUE PODEM REDUZIR A PRESSÃO ARTERIAL SÃO: A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA E A MUDANÇA DE HÁBITOS NUTRICIONAIS.

10	FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À PRESSÃO ARTERIAL ELEVADA EM ADOLESCENTES.	SILVA (2018)	ADOLESCENTES ENTRE 14 E 18 ANOS	O ESTUDO DEMONSTROU QUE ALTA PREVALÊNCIA DE PRESSÃO ARTERIAL ELEVADA E A CIRCUNFERÊNCIA DE CINTURA PODE SER UM BOM PARÂMETRO PARA SE DETERMINAR RISCO DE DESENVOLVER HIPERTENSÃO ARTERIAL, CONCOMITANTEMENTE COM O ESTADO NUTRICIONAL. A HIPERTENSÃO ARTERIAL TEM OCORRÊNCIA DEVIDO A UMA COMBINAÇÃO DE MÚLTIPLOS FATORES PREDISPOANTES, ESTÁ ASSOCIADA AO EXCESSO DE PESO, SEDENTARISMO, DIETA INADEQUADA, ENTRE OUTROS. O AUMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PREDISPOSIÇÃO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL, TENDO EM VISTA QUE OS PROBLEMAS DECORRENTES DESSES FATORES DE RISCO PODERÃO SE ASSOCIAR E CAUSAR O DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES PRECOCEMENTE.
----	---	--------------	---------------------------------	--

Fonte: Silva (2022)

Após leitura dos 10 artigos selecionados para leitura e aplicação dos critérios de inclusão, checou-se aos resultados a seguir:

Na leitura e artigo 1, que trata dos fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial entre motoristas caminhoneiros, está descrito que o Brasil possui uma população de 700 mil caminhoneiros, na maioria homens. Que com o grande excesso de trabalho, desenvolvem muitos problemas de saúde, e um deles está a hipertensão arterial. E diante do exposto, Penteado, Gonçalves e Marques (2020) afirmam que “as condições de trabalho, com alta carga, tráfego intenso, contato limitado com colegas e familiares, bem como o hábito de fumar, têm sido considerado fatores importantes para o aumento do risco de infarto do miocárdio”.

Ainda no artigo 1, ficou evidente que o consumo de medicamentos para inibir o sono, foi relatado por 49% dos caminhoneiros entrevistados. Fato justificado

pelo cansaço, haja vista que, muitos deles também relataram já terem, devido ao sono, cansaço, perdido a atenção na estrada (65, 4%). Fator que leva a uma probabilidade maior de acidentes no trânsito, por falha humana.

Ainda nessa perspectiva, Penteado (2020) relata que caminhoneiros que trafegam por longas rotas, possivelmente com jornada de trabalho superior a 8 horas, comprometem o sono e o descanso, com complicações para a saúde física e mental, principalmente quanto às doenças cardiovasculares.

O controle da alimentação, o não uso do tabaco e exercícios físicos, são importantes fatores na prevenção da hipertensão arterial. Interromper o uso do cigarro é extremamente importante para evitar essa patologia, assim como valorizar a atividade física e a reeducação alimentar (ARAÚJO, MENEZES, DÓREA, TORRES, VIEGAS E SILVA (2020).

O artigo 2, revisão de literatura, que trata do sedentarismo e hipertensão arterial, deixa claro que o sedentarismo é um dos fatores que contribuem para a elevação da pressão arterial. E com base nesse comentário (2006) afirma que o risco de ocorrência de infarto é duas vezes maior em indivíduos sedentários, quando comparados com aqueles regularmente ativos. Nobre (2018) ainda acrescenta dizendo que “o sedentarismo contribui para a resistência à insulina e o aumento dos níveis de lipídios na circulação sanguínea. Assim, o estilo de vida ativo, promove um aumento da capacidade física e pode atenuar o risco de morbidade e mortalidade nos indivíduos (NEGRÃO,2020).

Após leitura do artigo 3, que trata do excesso de peso e hipertensão arterial em trabalhadores de empresas beneficiadas pelo Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), ficou evidente que, como já descrito no início desse tópico, a hipertensão arterial sistêmica é considerada como um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil, haja vista à sua dimensão e crescente número de hipertensos. Corroborando, Castro (2020), dia que a hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica degenerativa de etiologia multifatorial, que compromete os vasos sanguíneos, determinando alteração no tônus vasomotor, favorecendo a vasoconstrição, aumentando a pressão arterial. E no que concerne à obesidade, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), relata que o aumento da obesidade tem sido motivo de preocupação, uma vez que essa condição associa-se ao surgimento de disfunções de caráter crônico –degenerativo, como a hipertensão arterial.

Após leitura do artigo 4, que discorre sobre as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI: conceituação, epidemiologia e prevenção primária. Percebeu-se que, como mostra o referido artigo, a hipertensão arterial sistêmica, é uma condição clínica caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2018) ainda diz que estudos clínicos demonstram que a detecção, tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares.

Confirmando as informações supracitadas Oliveira (2021) confirma dizendo que a hipertensão arterial é o principal fator de risco de morte entre as doenças não transmissíveis, mostra relação direta e positiva, com o risco cardiovascular. Entretanto, apesar dos progressos na prevenção, diagnóstico, tratamento e controle, ainda é um problema de saúde pública.

Após leitura do quinto artigo, que fala sobre a associação do estado nutricional com hipertensão arterial de adultos. Schocken (2018) ressalta que a hipertensão arterial sistêmica, é responsável em média, por 30% das mortes em indivíduos adultos no mundo. E no Brasil, as taxas de prevalência na população varia entre 22,3% à 43,9% (SBC, 2020).

Ferreira (2010) confirma ainda dizendo que, no Brasil, estima-se que 15% a 20% das pessoas adultas podem ser consideradas hipertensas e outra grande parte atingida pela enfermidade, nem sequer conhecem o problema.

Ao fazer e a leitura do artigo 6, que aborda questões sobre o cotidiano da vida de hipertensos, com foco nas mudanças, restrições e reações, foi possível perceber que, como relata Mendes e Trevizan (2020), a hipertensão pode trazer complicações sérias para o indivíduo, que comprometem seu estado físico, causando incapacidades e exigem mudanças em seu estilo de vida. Maciel (2018) ainda confirma dizendo que a adoção de um estilo de vida saudável, faz parte do tratamento não medicamentoso. Por isso, para que o tratamento atinja a eficácia desejada, faz-se necessário a adoção de medidas que interferem no estilo de vida das pessoas acometidas pela hipertensão.

Na análise do sétimo artigo, que discorre sobre as modificações do estilo de vida para hipertensos, que muito tem em comum com o artigo 6. Dessa forma, conforme (HARBRON, 2002), entre as mudanças que devem ocorrer na vida de um hipertenso, estão a redução do peso corporal, a dieta hipossódica e balanceada, o aumento da ingestão de frutas e verduras, a redução de bebidas alcoólicas, a

realização de exercícios físicos, a cessação/atenuação do tabagismo e a substituição da gordura saturada por poliinsaturados e monoinsaturados. E Castro (2020) ainda complementa, a prática desses hábitos pode resultar em dispensa da terapia farmacológica ou a dose de drogas pode ser reduzida.

Após leitura do artigo 8, ficou claro que, que trata da frequência de hipertensão e fatores de risco associados. Outros fatores de risco cardiovascular comumente se associam à HAS, como obesidade e distúrbios do metabolismo da glicose e dos lipídios. A alimentação inadequada, excesso de sal, consumo abusivo de álcool, inatividade física, excesso de peso e tabagismo também estão entre esses fatores.

Os fatores de risco associados à HAS descritos na literatura abrangem a alimentação inadequada, a ingestão excessiva de sal, o consumo abusivo de álcool, a inatividade física, o excesso de peso, o tabagismo e os distúrbios do metabolismo da glicose e dos lipídios. A obesidade é um importante fator de risco para hipertensão (WORLD HEALTH ORGANIZATION. GLOBAL STATUS REPORT ON NONCOMMUNICABLE DISEASES, 2010).

Após leitura do artigo 9, que versa sobre o tratamento não medicamentoso da hipertensão no idoso, percebeu-se que, como afirma Lopes e Moraes (2018), o controle não farmacológico da HAS é importante e necessário, embora se mostre de difícil execução. Ou seja, com a adesão ao tratamento não medicamentoso os pacientes conseguirão controlar os níveis de pressão evitando as consequências negativas da morbimortalidade cardiovascular e cérebro vascular, bem como viver com mais qualidade por meio das mudanças de hábitos e estilo de vida.

E finalizando a leitura dos artigos, no artigo 10, que fala sobre fatores de risco associados à pressão arterial em adolescentes. Está descrito que, conforme Daniels (2018) a hipertensão arterial tem ocorrência devido a uma combinação de múltiplos fatores predisponentes, está associada ao excesso de peso, sedentarismo, dieta inadequada, entre outros. Assim como em adultos, adolescentes com esta enfermidade estabelecida desenvolvem lesão de órgãos alvos, incluindo hipertrofia ventricular esquerda. Desta forma, é de extrema importância a identificação desses fatores de risco e a sua relação com valores pressóricos elevados para minimizar ou prevenir complicações crônicas que podem ser expressas posteriormente.

6 CONCLUSÃO

Esta pesquisa permitiu perceber que para que haja um controle eficaz da HAS, as ações do sistema de atenção primária, devem ser uma prioridade dos sistemas de saúde, além de se tornarem mais efetivas, a fim de reduzir a prevalência da doença.

Viu-se ainda que alguns fatores se tornam de suma importância para a determinação da hipertensão arterial sistêmica, como o excesso de peso, o tabaco, o consumo excessivo de álcool, a alimentação inadequada, a falta de atividade física e a história familiar, que tem ocupado destaque entre os principais fatores.

As mudanças no estilo de vida da população são de fundamental importância no tratamento e na prevenção da hipertensão. Uma alimentação saudável, especialmente quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, consequências do tabagismo.

Esta pesquisa evidenciou ainda que a Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

A hipertensão é um problema de saúde pública que quando não tratada conduz a várias doenças degenerativas, como insuficiência cardíaca congestiva, nefropatia em estágio terminal e doença vascular periférica. Outro fator complicador é que muitos os pacientes hipertensos são assintomáticos por um grande período de tempo, apresentando quadro típico só quando desfechos mais severos acontecem, a exemplo do acidente vascular cerebral ou ataque cardíaco fatal.

A HAS é uma doença cujo controle tem se tornado um desafio para os profissionais, visto que seu tratamento exige a participação ativa do hipertenso, no sentido de modificar alguns hábitos de vida prejudiciais à saúde e assimilar outros que beneficiem sua condição de saúde.

A adesão terapêutica é baseada na relação colaborativa e de cumplicidade entre o paciente e os profissionais de saúde, pois pressupõe que uma boa adesão ao tratamento e ao serviço serão responsáveis pelo controle adequado dos níveis pressóricos.

O tratamento da HA consiste na junção da terapia medicamentosa e a não medicamentosa, podendo ser restrito a terapia não medicamentosa com acompanhamento da equipe de saúde da evolução dos níveis pressóricos, a depender do caso. O tratamento não medicamentoso é de fundamental importância principalmente as mudanças relacionadas ao estilo de vida dos pacientes portadores hipertensão.

É essencial à união ao regime terapêutico para se evitar as prováveis intercorrências, incluindo como implicações esperados desta e de outras ações preventivas o controle da pressão arterial e baixa na incidência ou retardo de complicações cardiovasculares e a evolução da qualidade de vida.

Investir na precaução e na educação como promotora da saúde é um fator decisivo não só para garantir a qualidade de vida da população, mas também para diminuir as internações hospitalares e naturais gastos que estas ocasionam ao sistema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

- AMODEO, C. **Hipertensão Arterial Sistêmica: Estratificando as Metas Terapêuticas**. Disponível em: Acessado em 5 de outubro de 2022.
- AZIZ, J. L. (2014). **Sedentarismo e hipertensão arterial**. Revista Brasileira de Hipertensão, 21(2), 75-82.
- AMER, N. M. A., Marcon, S. S. & Santana, R. G. (2018) **Índice de Massa Corporal e Hipertensão Arterial em Indivíduos Adultos no Centro-Oeste do Brasil**. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. 99 (4), 120-128.
- ALMEIDA, M. E. F, et al. **Fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial entre motoristas caminhoneiros**. Revista Cogitare Enfermagem, v.15, n.4, p.652-8, Out/Dez. 2010.
- ARAÚJO AJ, MENEZES AMB, DÓREA AJPS, TORRES BS, VIEGAS CAS, SILVA CAR, et al. **Diretrizes para cessação do tabagismo**. J Bras Pneumol. 2018;30(2):1S-76S.
- BRÊTAS, A. C. P.; GAMBA, M. A. (Org.). **Enfermagem e saúde do adulto**. São Paulo: Manole, 2006.
- BRANDÃO, A. et al. **Diretrizes brasileiras de hipertensão vi: Conceituação, epidemiologia e prevenção primária**. Revista Hipertensão, v. 13, n. 1, p. 8–11, 2018.
- BARBOSA, R. G. B. et al. **Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v. 99, n. 1, p. 636-641, 2019.
- BARRETTO, ACP; SANTELLO, JL. **Manual de hipertensão: entre a evidência e a prática clínica**. São Paulo: Lemos Editorial; 2020. 192p.
- BRUNNER, S.C.S.; SUDDARTH, B.B. **Tratado de Enfermagem medico-cirúrgica: tratamento de pacientes com distúrbios reprodutivos femininos**. 10. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.1, 2022.
- BRASIL, M. da Saúde do. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, operadoras e planos**. Ministério da saúde. 2009. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Dez 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica- DAB**. Cadernos da atenção básica, Brasília; N. 15, p. 8, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas de Promoção da Saúde**. Brasília, 2002. 56 p. Disponível em. Acessado em: 14 JUNHO. 2022.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde, Secretaria

BUSS, P. M. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde.** In: CZERESNIA, Dina (Org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

BANDONI, D. H.; JAIME, P. C.; SARNO, F. **Excesso de peso e hipertensão arterial em trabalhadores de empresas beneficiadas pelo Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT).** Revista Brasileira de Epidemiologia, v.11, n.3, p.453-462, 2008.

BERTIM, R. L et al. **Associação do estado nutricional com hipertensão arterial de adultos.** Revista Motriz, v.17, n.3, p.424-430, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 58p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

CHRISTOFARO, D. G. D.; CASONATTO, J.; FERNANDES, R. A. et al. **Pressão arterial elevada em adolescentes de alto nível econômico.** Revista Paulista de Pediatria, v. 28, n. 1, p. 23-8, 2010.

COELHO, E.B.; NOBRE, F. **Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo.** Revista Brasileira de Hipertensão. v.13, n.1, p. 51-54, 2020.

CAETANO, J.A.; MOREIRA, F. G. A.; SANTOS, Z. M. S. A. **Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial uma tecnologia educativa em saúde.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.16, n.11, p.4385-4394, 2019.

CASTRO, V. D; CAR, M. R. **O Cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações.** Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 2, p. 145-53, jun. 2000.

-CHAVAGLIA, A. F.; SILVA, C. A. **ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR NA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.** Belém-Pa. 2010.

DANIELS S. R, Loggie JM, Khoury P, Kimball TR. **Left Ventricular Geometry and Severe Left Ventricular Hypertrophy in Children and Adolescents With Essential Hypertension.** Circulation. 2018; 97: 1907-11.

FRANCO, F.G.M.; SILVA, F.M.F.; WAJNGARTEN, M. **Desafios e soluções para a falta de aderência a orientações e tratamentos.** Rev. Soc. Cardiol, Estado de São Paulo, v.23, n.2, p. 28-34, abr.-jun. 2018.

FERREIRA SRG. **Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2018.** Rev Saude Publica. 2018;43 Supl 2:98-106.

FENSTERSEIFER, L. M.; GASPERIN, D. **As modificações do estilo de vida para hipertensos**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v.27, n.3, p.372-378, set. 2021.

FREITAS A. M, RUFFONI R, TUBINO M. J G, **Levantamento de alguns fatores alegados para aderência à prática esportiva na perspectiva do lazer na cidade do Rio de Janeiro**, *Revista virtual EFArtigos – Natal/RN* – volume 02 – n 12 – outubro – 2007.

GUSMÃO, J. L. de; JUNIOR, D. M. **Adesão ao tratamento – conceitos**. Revista Brasileira de Hipertensão. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-25, jan. 2020.

GIROTTTO, E. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de saúde da família**, Londrina, PR. Disponível em: Acessado em 28 de junho de 2022.

GUYTON, A.C. **Fisiologia Humana**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

GRAVINA, C.F.; GRESPAN, S.M.; BORGES, J.L. **Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso**. Revista Brasileira de Hipertensão, v.14. p. 33-36, 2019.

HANUS, J. S. et al. **Associação entre a qualidade de vida e adesão à medicação de indivíduos hipertensos**. Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo, v. 28, n. 4, jul/ago. 2015.

HARBRON E. **Medical and complementary**. Nurs Times; 98:32-4, 2020.

IGUCHI, N. Y. **Adesão ao tratamento e controle da hipertensão arterial: considerações a partir de revisão bibliográfica**. 2013. 43 f. TCC (Especialização) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais.

HANUS, J. S.; AMBONI, G.; ROSA, M. I. D.; CERETTA, L. B. et al. **The quality and characteristics of sleep of hypertensive patients**. Rev. Esc. Enferm. USP, 49, n. 4, p. 596-602, 2015/08 2015.

HAESER L. M. BÜCHELE F. BRZOZOWSKI F. S. **Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde**. Physis [Internet]. Junho de 2012.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco, 1998.

MANO GMP, Souza VF, Pierin AMG, Lima JC, Igenes EC, Ortega KC, Mion Júnior D. **Assessment of the Dixtal DX2710 automated oscillometric device for blood pressure measurement with the validation protocols of the British Hypertension Society (BHS) and the Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI)**. Arq Bras Cardiol 2002.

MORAES A. L. L.; AVEZUM JUNIOR A. **O impacto da Hipertensão Arterial no Mundo**. In: BRANDÃO A. A.; AMODEO C.; NOBRE F. Hipertensão. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. **Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica**: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam e Com., Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, 2006.

MINAYO, M. Cecília. **Por um Trabalho cada vez mais interdisciplinar**. RADIS, Comunicação e Saúde- entrevista. N.107, julho 2011.

MENDES, I.A.C.; TREVIZAN, M.A. **A necessidade de aprendizagem em pacientes crônicos**. Enf. Atual, v.3, n.18, p.4-7, 2020.

MACIEL, E.A.B. **Estudo da adesão ao tratamento da hipertensão arterial**. Ribeirão Preto, 2018, 212p. Dissertação (Mestrado) - Escola de E Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MORAES, K.F. **Tratamento não medicamentoso para hipertensão arterial**.

Disponível

em [HTTP://www.inesul.edu.br/revista_saude/arquivos/arqidvol_10_1339682941.pdf](http://www.inesul.edu.br/revista_saude/arquivos/arqidvol_10_1339682941.pdf).

Acesso em: maio 2018.

NOBRE M.R.C, Domingues RZL, Silva AR, Colugnati FAB. Organização Mundial da Saúde; Federação Internacional de Diabetes. **Ação já contra o diabetes - uma iniciativa da Organização Mundial de Saúde e da Federação Internacional de diabetes**. p. 1-19, 2018.

NEGRÃO C.E, Trombetta IC, Tinucci T, Forjaz CLM. **O papel do sedentarismo na obesidade**. Rev Bras Hipertens. 2020; 7(2): 149-55.

OLIVEIRA, A. **Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial**. Revista Bioquímica da Hipertensão. São Paulo – SP, 2021.

PORTO, Celmo Celso. **Semiologia médica**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

PENTEADO RZ, GONÇALVES CGO, COSTA DD, Marques JM. **Trabalho e saúde em motoristas de caminhão no interior de São Paulo**. Saúde Soc. 2008;17(4):35-45.

REICHMANN, M. L. A. B.; PINTO, H. B. F.; ARANTES, M. B.; DOS SANTOS, M. B.; VIARO, O.; NUNES, V. F. P. **Educação e promoção da saúde no programa de controle à hipertensão secundária**. São Paulo: INSTITUTO PASTEUR, 2006.

ROMANO, B. W. (2001). **Aspectos psicológicos na determinação do comportamento dos pacientes diante das doenças crônicas**. In B. W. Romano (Org.), *Psicologia e cardiologia: encontros possíveis* (pp.207-221). São Paulo: Casa do Psicólogo.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Sociedade Brasileira de Hipertensão**. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol. v.95, n.1, suppl.1, p.51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). **Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial**, V. São Paulo: SBH, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO – SBH. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Brasília: de Janeiro/Março de 2022

SILVA, K. S.; JUNIOR, J. C. F. **Fatores de risco associados à pressão arterial elevada em adolescentes**. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 67-74, 2007.

SBC, S. B. de C.; SBH, S. B. de H.; SBN, S. B. de N. **V diretrizes de monitorização ambulatorial da pressão arterial (mapa) e diretrizes de monitorização residencial de pressão arterial (mrpa)**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 97, n. 3, p. 1–24, 2021.

SCHOCKEN, D. D. et al. **Prevention of heart failure: a scientific statement from the american heart association councils on epidemiology and prevention, clinical cardiology cardiovascular nursing, and high blood pressure research; quality of care and outcomes research interdisciplinary working group; and functional genomics and translational biology interdisciplinary working group**. Circulation, Boston, v. 117, p. 2544-2565, 2008.

TACON, K.C. B; SANTOS, H.C. O; CASTRO, E.C. **Perfil Epidemiológico da Hipertensão Arterial Sistêmica em Pacientes Atendidos em Hospital Público**. Revista Brasileira de Clínica Médica, v.8, n.6, p.486-9, 2010.

PERROTTI TC, et al. **Tratamento farmacológico da hipertensão no idoso**. Rev Bras de Hipert. 2007.

VARELA N. D. L; **Cronoterapia no tratamento da hipertensão arterial**; Programa de Mestrado da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra; julho de 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: WHO/NUT/ NCD; 2017 [citado 2019 fev 28]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/.

WENZEL, D; SOUZA, J. M. P; SOUZA, S. B. **Prevalência hipertensão arterial em militares jovens e fatores associados**. Revista de Saúde pública, v. 43, n. 5, p. 789- 95, 2009