

**CELSO GOMES DE ARAÚJO**

**IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO DE  
URGÊNCIA HIPERTENSIVA SISTÊMICA EM UBS DO MUNICÍPIO DE  
FRANCISCO BADARÓ - MG**

**ARAÇUAÍ, MINAS GERAIS**

**2010**

**CELSO GOMES DE ARAÚJO**

**IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO DE  
URGÊNCIA HIPERTENSIVA SISTÊMICA EM UBS DO MUNICÍPIO DE  
FRANCISCO BADARÓ - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Maria do Carmo Melo

**ARAÇUAÍ, MINAS GERAIS**

**2010**

**CELSO GOMES DE ARAÚJO**

**IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO DE  
URGÊNCIA HIPERTENSIVA EM UBS DO MUNICÍPIO DE FRANCISCO  
BADARÓ - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Maria do Carmo Melo

Banca Examinadora

Prof. João Antônio Xavier \_\_\_\_\_ UFMG  
Profa. Cândida Erêndira \_\_\_\_\_ UNAM  
Profa. Maria da Glória Cruz \_\_\_\_\_ UFOP

Aprovada em Belo Horizonte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Este trabalho é dedicado**

A Deus, autor da vida.

À minha família pelo apoio, dedicação e carinho, minha gratidão.

Às pessoas de grande dimensão existencial que deixam suas pegadas, sua sabedoria e seus ensinamentos por onde quer que passem.

## **Agradeço**

Pela amizade e receptividade, aos professores e colegas do curso.

A todos os que, de alguma forma, contribuíram para a realização desta monografia.

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença altamente prevalente, tornando-se fator determinante nas elevadas taxas de morbidade e mortalidade da população, constituindo um dos problemas importantes de saúde na atualidade. Está fortemente presente em nosso país, atingindo cerca de 20% da população adulta jovem e 50% da população idosa. As urgências hipertensivas são ocorrências clínicas que podem representar mais de 25% dos atendimentos a urgências médicas. A crise hipertensiva é a entidade clínica representada pelo aumento súbito da pressão arterial (superior a 180 x 120 mmHg), acompanhada por sintomas como cefaleia, tontura, zumbido e sem lesão aguda de órgãos alvos, é definida como urgência hipertensiva. Esse conhecimento é importante para o enfermeiro no momento de decidir sobre a conduta. Este trabalho tem o objetivo de fazer uma revisão de literatura sobre hipertensão arterial, avaliar o problema nos pacientes acima de 30 anos, e a participação do enfermeiro no atendimento à urgência hipertensiva. Os dados foram buscados nos registros dos prontuário e em grupos operativos de hipertensão arterial na Unidade Básica de Saúde de Tocoíós no município de Francisco Badaró, Minas Gerais. Nos registros dos prontuários dos pacientes hipertensos encontrou-se que 62% dos pacientes são do gênero masculino e 38% feminino, 72,2% sabiam ter hipertensão e 46% desconheciam as complicações. A maioria dos hipertensos está na faixa de idade entre 30 e 70 anos. Dos hipertensos, 66,7% não apresentaram controle eficaz dos níveis pressóricos e 38,1 % não estavam sendo tratados. Quanto aos fatores que interferem no tratamento os mais presentes foram observados que o mais presente foi a alimentação inadequada e a falta de atividade física. A maioria não possuía conhecimento específico acerca da doença. Concluiu-se que é importante o acesso dos hipertensos aos serviços de saúde para que a hipertensão seja diagnosticada e tratada. E que os pacientes tenham informação sobre a hipertensão, para que possam aderir satisfatoriamente ao tratamento.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Unidade Básica de Saúde. Urgência hipertensiva. Enfermeiro.

## LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

<b>FIGURA 1.</b> Mapa conceitual da Hipertensão arterial em 2009	34
<b>GRÁFICO 1.</b> Variável gênero	36
<b>GRÁFICO 2.</b> Porcentagem de hipertensos na UBS	36
<b>GRÁFICO 3.</b> Distribuição percentual pessoas HA segundo faixa etária	37
<b>GRÁFICO 4.</b> Proporção de pacientes com conhecimento doença	37
<b>GRÁFICO 5.</b> Índice de complicações	38
<b>GRÁFICO 6.</b> PA da amostra segunda consulta de acordo com o sexo	38
<b>GRÁFICO 7.</b> PA da amostra última consulta	39
<b>GRÁFICO 8.</b> Percentual hipertensos, segundo a prática atividade física	39
<b>GRÁFICO 9.</b> Importância da participação do enfermeiro no atendimento	43
<b>QUADRO 1.</b> Classificação da pressão arterial	16
<b>TABELA 1.</b> Utilização dos serviços pelos pacientes portadores de HA	41

## SUMÁRIO

<b>I – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
A – JUSTIFICATIVA.....	10
B – OBJETIVOS.....	11
<b>II – DESENVOLVIMENTO .....</b>	<b>13</b>
A – FUNDAMENTAÇÃO TÉCNICO-TEÓRICA .....	13
B – POPULAÇÃO ESTUDADA .....	32
C – MATERIAL E MÉTODOS .....	32
D – RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	35
<b>III – CONCLUSÕES .....</b>	<b>44</b>
<b>IV – REFERÊNCIAS .....</b>	<b>48</b>



## I – INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HA) constitui um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade. Estima-se que a hipertensão arterial atinja aproximadamente 22% da população brasileira acima de vinte anos, sendo responsável por 80% dos casos de acidente cerebrovascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais com 1,1 milhões de internações por ano (FUCHS, 2004; ZAITUNE, et.al., 2006).

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 250.000 mortes por ano, a hipertensão arterial participa de quase metade delas. A HA vem sendo o mais comum e importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, e tem, com elas, uma relação contínua e progressiva (FUCHS, 2004).

A HA é uma síndrome de origem multifatorial, caracterizada pelo aumento das cifras pressóricas arteriais, possibilitando anormalidades cardiovasculares e metabólicas que podem levar a alterações funcionais e/ou estruturais de vários órgãos, principalmente coração, cérebro, rins e vasos periféricos. Constitui um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade.

A HA é o mais importante fator de risco cardiovascular modificável, estando associada a condições bastante frequentes na população, como doença arterial coronária (DAC), doença cerebrovascular (DCV), insuficiência cardíaca (IC), doença renal terminal, doença vascular periférica, hipertrofia ventricular esquerda (HVE) e disfunção diastólica.

A HA está associada a um importante aumento nos eventos cardiovasculares com conseqüente diminuição da sobrevida e piora na qualidade de vida. Muitos estudos demonstraram os benefícios do tratamento da HA na população, com redução significativa dos eventos cardiovasculares e melhora na qualidade de vida (CARVALHO, et. al., 2002).

A identificação de vários fatores de risco para hipertensão arterial - a hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, o nível de escolaridade, a situação sócio-econômica, a obesidade, o etilismo, o tabagismo e o uso de

anticoncepcionais orais - muito contribuiu para os avanços na epidemiologia cardiovascular e, conseqüentemente, nas medidas preventivas e terapêuticas dos altos índices pressóricos, que abarcam os tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos.

A adesão ao tratamento proposto constitui um sério problema de saúde pública, devendo ser entendido como um dos principais obstáculos para o sucesso do combate a hipertensão. Estudos desenvolvidos revelam que fatores usuais que dificultam o seguimento de esquemas terapêuticos, como crenças, efeitos colaterais dos medicamentos, dificuldades econômicas, e inadequação médico-paciente. E destacam dois fatores importantes a inexistência de sintomas e a cronicidade da doença exigindo do paciente um tratamento contínuo a que nem sempre está disposto a se submeter.

Tanto o tratamento medicamentoso como o não-farmacológico devem ser empregados, sempre considerando o indivíduo com suas co-morbidades e expectativas. As modificações de estilo de vida podem ter ótima aderência, desde que bem orientadas, especialmente por equipe multidisciplinar. O uso da terapia farmacológica combinada (duas drogas no mesmo comprimido) é uma necessidade para os hipertensos, melhorando a adesão ao tratamento e a eficácia anti-hipertensiva com diminuição dos efeitos colaterais.

Quando a terapêutica medicamentosa não é mais o objetivo do tratamento, o controle dos sintomas torna-se fundamental para o cuidado do paciente, que deve ser reavaliado com freqüência, para que as intercorrências sejam prontamente controladas e ele viva com alívio e conforto. Com os avanços da medicina, hoje se pode conviver com uma doença crônica sem perda de qualidade de vida, mas, para isso, é necessário adaptar-se à nova realidade.

Intervenções não-farmacológicas são apontadas na literatura pelo baixo custo, risco mínimo e pela eficácia na diminuição da pressão arterial. Entre elas estão: a redução do peso corporal, a restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física. Desse modo, a intervenção não-farmacológica presta-se ao controle dos fatores de risco e às modificações no estilo de vida, a fim de prevenir ou deter a evolução da hipertensão arterial.

A atenção primária à saúde no Brasil, conta com o Programa Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde dando subsídios aos profissionais de saúde para identificar os fatores psicossociais e institucionais relacionados ao tratamento

da hipertensão arterial, visando contribuir para a diminuição das taxas de morbidade e mortalidade, bem como, para o aumento da qualidade de vida dos portadores da doença e de seus familiares.

Ao planejar ações para controlar os impactos da hipertensão arterial nos indivíduos e em seus familiares, deve-se ter a sensibilidade e a capacidade de identificar desordens do campo físico, psíquico, social e espiritual. Com o cuidado paliativo, identificam-se essas dimensões do sofrimento humano e cuida-se delas.

A prevenção no desvio de saúde com a HA, abrange medidas médicas exigindo ações para diagnóstico e tratamento cujos requisitos são garantir assistência médica apropriada; realizar medidas diagnósticas e terapêuticas prescritas; regular os efeitos desconfortáveis e/ou nocivos de cuidados prescritos; aprender a viver com os efeitos patológicos, com as consequências e com medidas de tratamento continuado promovendo o desenvolvimento pessoal (OREM, 2001).

Os requisitos de autocuidado incluem a importância de o portador buscar e incorporar conhecimentos acerca da doença, assumindo com responsabilidade e motivação o seu cuidado com relação à dieta, ao tratamento, na execução à risca das recomendações médicas e em como evitar as complicações agudas e crônicas.

O presente estudo tem como objetivos avaliar nos indivíduos acima de trinta anos, a prevalência da hipertensão arterial referida e analisá-la, segundo variáveis sócio-econômicas, demográficas e de comportamentos relacionados à saúde, bem como investigar o uso de serviços de saúde, as práticas e o conhecimento dos hipertensos quanto às opções do tratamento anti-hipertensivo.

## A – JUSTIFICATIVA

Trabalhando na Unidade Saúde da Família, pude perceber o elevado número de pacientes cadastrados na faixa etária acima do trinta anos. O que mais me despertou a atenção, foi a constatação de que muitos deles, não sabiam que seus níveis de pressão arterial eram elevados, uns não apresentavam boa adesão ao tratamento e outros, tinham dificuldades em manter o controle adequado dos níveis de pressão arterial, mesmo seguindo a terapêutica prescrita pelo médico. Diante

dessa situação foi proposta uma triagem com classificação para atendimento de emergência hipertensiva em UBS.

A investigação proposta procura demonstrar os resultados da situação de saúde de uma comunidade, com base na avaliação do estado de saúde de cada indivíduo e com isso produzir indicadores globais de saúde para o grupo investigado (ROUQUAYROL & ALMEIDA FILHO, 1999), segundo achados em registros nos prontuários e relatos dos grupos operativos.

Esses resultados demonstram mudanças que devem ser implantadas de imediato no atendimento à população em geral, gerando melhor atendimento, tratamentos mais efetivos e melhores cuidados.

O presente trabalho trará subsídios para que o profissional de saúde possa intervir de forma positiva no atendimento, orientação, controle e acompanhamento dos hipertensos em emergências hipertensivas em UBS, além do controle e acompanhamento da hipertensão arterial.

## B – OBJETIVOS

### **Objetivo Geral**

Fazer análise da literatura sobre hipertensão arterial, avaliando os registros de prontuários e os relatos dos grupos operativos e a orientação primária aos pacientes hipertensos atendidos pela ESF, na UBS do distrito de Tocoios de Minas município de Francisco Badaró da Região do Médio Jequitinhonha.

### **Objetivos Específicos**

- Conhecer os fatores de riscos relacionados à hipertensão arterial sistêmica da população atendida.
- Determinar a prevalência da HA entre a população atendida pela equipe do PSF/UBS do município de Tocoios de Minas – MG, no período de Junho a Dezembro de 2009.

- Identificar os aspectos que interferem no tratamento e no controle da doença e/ou da crise hipertensiva.

## II – DESENVOLVIMENTO

### A – FUNDAMENTAÇÃO TÉCNICO-TEÓRICA

#### 1. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

##### 1.1. CONCEITO

A hipertensão arterial sistêmica é uma síndrome clínica de origem multifatorial, caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mmHg de pressão sistólica e/ ou 90 mmHg de diastólica – em pelo menos duas aferições subsequentes – obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranquilo (SILVA & SOUZA, 2004).

A HA possibilita anormalidades cardiovasculares e metabólicas que podem levar a alterações funcionais e/ou estruturais de vários órgãos, principalmente coração, cérebro, rins e vasos periféricos. Quase sempre, acompanham esses achados de forma progressiva, lesões nos vasos sanguíneos com subsequentes alterações de órgãos-alvo como cérebro, coração, rins e retina.

Com o aumento da expectativa de vida em todo o mundo, observou-se uma maior incidência e prevalência de certas doenças, particularmente as doenças cardiovasculares. A hipertensão atinge indiscriminadamente todo o espectro da população, embora alguns grupos apresentem características especiais, tanto quanto a sua prevalência como ao prognóstico e a resposta às diversas modalidades terapêuticas.

Geralmente, é uma doença silenciosa: não doi, não provoca sintomas, entretanto, pode matar. Quando ocorrem sintomas, já decorrem de complicações. A pressão ideal é aquela menor que 120 sistólica e 80 diastólica. O Ministério da Saúde (MS), considera esse valor ideal, porque há menos riscos para o aparelho cardiovascular. (SILVA & SOUZA, 2004).

A hipertensão arterial não é apenas o registro de pressão alta. Em seu diagnóstico, sempre se deve considerar a presença de fatores de risco, de

comorbidades e de lesões em órgãos-alvo, o que favoreceria as orientações, o tratamento e o controle precoce da hipertensão.

As situações especiais abrangem os negros e miscigenados, os idosos, as crianças e os adolescentes e as mulheres. E ainda os casos de obesidade, Diabetes Mellitus, dislipidemias, acidente vascular periférico e insuficiência cardíaca. A hipertensão arterial exige tratamento contínuo e controle durante toda a vida e a baixa adesão ao tratamento, representa um importante problema de saúde pública (KOHLMANN JR & PLAVNIK, 2002).

A prevalência da hipertensão aumenta com a idade e sua magnitude, depende dos atributos biológicos e demográficos das populações, do estilo de vida predominante em cada uma delas, do ambiente físico e psicossocial, das características da organização dos serviços e das respectivas interações entre esses vários elementos (BARRETO & CARMO, 2000).

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 250.000 mortes por ano, a HA participa de quase metade delas. As alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento de HA, sendo a principal doença crônica nessa população. Estudo epidemiológico com pacientes acima de 30 anos encontrou prevalência de HA em 62%, dos quais mais de 60% eram portadores de hipertensão sistólica isolada (HSI) (OPARIL, 2003).

Portanto, a HA é uma doença de alta prevalência em nosso país, atingindo cerca de 20% da população adulta jovem e 50% da população idosa. Dos casos de hipertensão, aproximadamente, 90% são do tipo primário, cuja etiologia é desconhecida. Se não detectada precocemente, poderá ocasionar uma série de distúrbios, levando a lesões de órgãos vitais como coração, cérebro e rins. (OLIVEIRA, et al., 2002).

A HA é o mais importante fator de risco cardiovascular modificável, estando associada a condições bastante frequentes, principalmente nos idosos, como doença arterial coronária (DAC), doença cerebrovascular (DCV), insuficiência cardíaca (IC), doença renal terminal, doença vascular periférica, hipertrofia ventricular esquerda (HVE) e disfunção diastólica (IRIGOYEN, et.al., 2005).

A Hipertensão Arterial é responsável por aproximadamente, 25% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e por 40% da etiologia dos acidentes vasculares cerebrais, sendo a causa da cardiopatia hipertensiva. Como fator de risco

para cardiopatia isquêmica e fator etiológico da cardiopatia hipertensiva, a HAS está frequentemente na linha causal de insuficiência cardíaca (POZZAN et al., 2003).

A HA também é o principal fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento isquêmico cardíaco, cerebral, vascular periférico e renal, sendo a causa modificável mais importante para a morbidade e a mortalidade cardiovascular (FUCHS, 2004).

A hipertensão sistólica isolada é a mais prevalente entre os idosos, e parece estar mais associada a eventos cardiovasculares que a hipertensão diastólica ou sistólica e diastólica.

De forma similar, o acometimento isquêmico e as alterações glomerulares diretas tornam a hipertensão arterial uma das mais frequentes causas de insuficiência renal crônica. Essa multiplicidade de consequências, coloca a hipertensão arterial na origem das doenças crônico-degenerativas e, portanto, a caracteriza como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos.

Apesar disso, em um estudo epidemiológico, apenas 10% dos hipertensos estavam com sua pressão controlada, e, em cerca de 10%, o diagnóstico de HA somente foi feito após um evento clínico decorrente da pressão elevada por vários anos, tais como acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio (IAM) (LOLIO, et.al., 2000).

Na rotina diagnóstica os dados de história clínica e de exame físico devem ser priorizados para o indivíduo hipertenso. A HA permanece como um dos grandes desafios contemporâneos e vem se transformando, progressivamente, num dos mais graves problemas de saúde pública.

## 1.2. CLASSIFICAÇÃO

Desde 1992, já se classificava um paciente como hipertenso quando sua pressão arterial fosse maior ou igual a 140 x 90 mmHg. Esses valores são reconhecidos e acatados e, de acordo com a classificação atual, a hipertensão arterial é considerada a partir de 140 x 90 mmHg (IV DIRETRIZES, 2005).



Até poucos anos atrás a Organização Mundial de Saúde preconizava que os níveis pressóricos acima de 160 mmHg x 95 mmHg caracterizavam um paciente como hipertenso. Porém, a classificação mais recente, preconizada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, segue parâmetros norte-americanos, onde a pressão ideal é aquela menor que 120 sistólica e 80 diastólica. O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando as pressões sistólica e diastólica, situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação do estágio (SILVA & SOUZA, 2004).

**QUADRO 1.** Classificação da pressão arterial

<b>Classificação</b>	<b>PAS (mmHg)</b>	<b>PAD (mmHg)</b>
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
<b>Hipertensão</b>		
Estágio I (leve)	140-159	90-99
Estágio II (moderado)	160-179	100-109
Estágio III (grave)	≥ 180	≥ 110
Sistólica isolada	≥ 140	> 90

**Fonte:** www.sbh.org.br - IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2002.

Aceita-se como normal cifra < 130 mmHg de pressão sistólica, e < 85 mmHg de pressão diastólica. Níveis entre 130-139 mmHg e 85-89 mmHg são considerados como normais limítrofes. Conforme mencionado, níveis > 140/90 mmHg não devem ser considerados fisiológicos. Entretanto, em hipertensos com níveis muito elevado de pressão sistólica, pode-se visar até 160 mmhg de pressão sistólica (OMS, 2006).

Na realidade, apesar de qualquer número ser arbitrário e qualquer classificação, insuficiente, a necessidade de sistematização obriga uma definição operacional para separar indivíduos sãos dos doentes. Podemos ter maior ou menor risco cardiovascular, tanto acima como abaixo do número limítrofe, quando o paciente é considerado individualmente.

Pelo exposto, enfatiza-se a necessidade de extrema cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de falso-positivo como pela repercussão

na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante.

A inclusão do grupo com cifras tensionais normal limítrofe de 130-139 mmHg / 85-89 mmHg deve-se ao fato de que esses indivíduos beneficiar-se-ão com as medidas preventivas. De acordo com a situação clínica presente, recomenda-se que as medidas sejam repetidas em pelo menos duas ou mais visitas. As medições na primeira avaliação devem ser obtidas em ambos os membros superiores e também em posição ortostática.

Sabe-se ainda que 2/3 dos pacientes com mais de 60 anos apresentam hipertensão arterial sistólica isolada, ou seja PA sistólica maior ou igual a 140 mmHg, com PA diastólica menor que 90 mmHg. A classificação mais recente dos níveis pressóricos encontra-se no Quadro 1 (GOMES, 2005).

### 1.3. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da hipertensão arterial é basicamente estabelecido pelo encontro de níveis tensionais permanentemente elevados acima dos limites de normalidade, quando a pressão arterial é determinada por meio de métodos e condições apropriados. Portanto, a medida da pressão arterial é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão arterial.

A medida da pressão arterial deve ser estimulada e realizada em toda avaliação de saúde, por médicos de todas as especialidades e demais profissionais da área de saúde. O esfigmomanômetro de coluna de mercúrio é o ideal para essas medidas. Os aparelhos do tipo aneróide, quando usados, devem ser periodicamente testados e devidamente calibrados. A medida da pressão arterial deve ser realizada na posição sentada e em pé.

Com o envelhecimento, ocorre a perda da elasticidade nos grandes vasos com tendência ao aumento da pressão arterial sistólica, propiciando maior prevalência de pressão arterial sistólica, constituindo um fator preditivo positivo, para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares (CHENEY, et.al., 2002).

Por outro lado, a pressão diastólica, configura-se como um preditor negativo; enquanto a pressão de pulso, a diferença da leitura da pressão arterial sistólica e diastólica, assume um grande papel.

Na população idosa, há que se considerar três variáveis da maior importância. A primeira refere-se ao *hiato auscultatório*, situação que leva à subestimação da pressão arterial sistólica. Nesses casos, após a ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), ocorre seu desaparecimento, e o reaparecimento somente ocorrerá após o decréscimo de até 40 mmHg (LANDINI, 2004).

Essa situação, se não identificada, poderá levar à subestimação da pressão sistólica (PAS) ou à superestimação da pressão diastólica. Diante dessa ocorrência deve-se considerar a pressão sistólica como o valor obtido quando do aparecimento pela palpação manual do pulso radial após a desinflação do manguito.

Outra situação extremamente comum e identificada por William Osler em 1892, é a pseudo-hipertensão. Pacientes com arteriosclerose pronunciada e calcificação da parede arterial têm um enrijecimento tão pronunciado dos vasos que a insuflação do manguito é insuficiente para colabar a artéria braquial (MION, et.al., 2005).

Para identificar essa condição, utiliza-se a manobra descrita por Osler, que consiste em inflar o manguito do aparelho até níveis acima da pressão sistólica (PAS) e, concomitantemente, palpar a artéria radial. Caso a artéria persista palpável, comprovará sua rigidez, indicando que o índice obtido pela ausculta não expressa a verdadeira pressão arterial sistólica, se comparado com o índice colhido por medida intra-arterial.

É importante a medida da PA também em posição de pé. A predisposição do hipertenso para apresentar hipotensão ortostática torna-o vulnerável a quedas e consequentes fraturas ósseas e/ou hematomas subdurais por trauma de crânio.

Os mais conhecidos fatores ligados a essa intercorrência são: menor eficiência dos mecanismos reguladores da pressão arterial por meio dos barorreceptores, a frequente utilização de medicamentos como diuréticos, tranquilizantes, vasodilatadores e betabloqueadores, assim como a maior frequência de insuficiência vascular cerebral. A prevalência desse fenômeno aumenta com a idade.

Finalmente, há que se mencionar também a hipertensão do avental branco ou de consultório, que segundo alguns autores pode ocorrer em até 20% dos pacientes hipertensos; eventualidade que pode ser minimizada por meio de aferições repetidas no próprio consultório ou no domicílio (MION, et.al., 2005). Para diagnóstico correto são utilizados alguns exames que se verão a seguir.

### 1.3.1. Medida domiciliar e automedida da pressão arterial

São procedimentos úteis para identificar a hipertensão de consultório isolada (hipertensão do avental branco), avaliar a eficácia da terapêutica anti-hipertensiva, estimular a adesão ao tratamento e reduzir custos.

Os aparelhos eletrônicos devidamente validados e calibrados são os mais indicados para a medida da pressão arterial domiciliar. Os aparelhos de coluna de mercúrio e os aneróides podem ser usados, desde que calibrados e após treinamento apropriado, os de medida da pressão arterial no dedo não são recomendados. Apesar de ainda não existir consenso quanto aos valores de normalidade para a medida da pressão arterial domiciliar, consideram-se valores normais até 135/85mmHg (KLEIN, 2001).

### 1.3.2. Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA)

A MAPA tem seu emprego justificado principalmente quando houver dúvidas como a labilidade emocional e a hipertensão episódica, podendo ainda graças a suas diversas mensurações (até 100 leituras em 24 horas), orientar na avaliação da eficácia do medicamento administrado, bem como verificar alterações noturnas da pressão arterial e ainda os sintomas de hipotensão (BARRETO, et.al., 2001).

A MAPA é um método automático de medida indireta e intermitente da pressão arterial durante 24 horas, enquanto o paciente realiza suas atividades rotineiras, inclusive durante o sono.

Estudos têm demonstrado que esse método apresenta melhor correlação com risco cardiovascular do que a medida da pressão arterial de consultório. As principais indicações para o uso desse método são a hipertensão de consultório isolada e a hipotensão ligada à disfunção autonômica.

É importante ressaltar que ainda não existe evidência de que esse método deva ser empregado na avaliação rotineira do paciente hipertenso, não substituindo, portanto, a avaliação clínica do paciente e a medida da pressão arterial de consultório.

### 1.3.3. Exames subsidiários

Uma vez feito o diagnóstico de HA, alguns exames deverão ser realizados, no intuito de:

- a) verificar se a hipertensão é essencial ou secundária;

- b) constatar a presença de eventuais lesões em órgãos-alvo como cérebro, coração, rins e vasos periféricos;
- c) orientar o profissional sobre qual anti-hipertensivo deverá ser escolhido diante do perfil metabólico e bioquímico do paciente.

Dentre esses exames destacam-se:

- hemograma completo
- glicemia de jejum
- eletrólitos (na<sup>+</sup>, k<sup>+</sup>, ca<sup>++</sup>, mg<sup>++</sup>)
- colesterol total e frações
- triglicérides
- ácido úrico
- exame de fundo de olho
- eletrocardiograma
- raio-x de tórax

#### 1.4. INVESTIGAÇÃO CLÍNICO LABORATORIAL

Devem ser feitos a história clínica e o exame físico bem detalhados, associados à avaliação laboratorial: exame de urina (bioquímica e sedimento), creatinina, potássio, glicemia, colesterol total, eletrocardiograma de repouso.

No entanto, a associação frequente de outros fatores de risco e de lesões em órgãos-alvo, nessa faixa etária leva quase sempre a uma avaliação laboratorial complementar: ecodopplercardiograma, radiografia de tórax, HDL-colesterol (se colesterol total/glicemia estiverem altos), triglicérides, ácido úrico, TSH, cálcio, proteinúria de 24h, hematócrito e hemoglobina; MAPA; teste de esforço (paciente com risco coronariano) (PIERIN, et.al., 2004).

A maioria dos pacientes apresenta hipertensão arterial essencial ou primária, com grande prevalência de hipertensão sistólica isolada. Índícios de hipertensão arterial secundária deverão ser investigados pela história clínica bem direcionada para as causas mais frequentes, e por métodos diagnósticos específicos.

Entre as causas secundárias de hipertensão arterial destacam-se insuficiência aórtica, hipertireoidismo, bloqueio atrioventricular total, uso de medicamentos que elevam a pressão arterial e arteriosclerose renovascular (NOBLAT, et.al., 2006).

Por outro lado, indivíduos saudáveis, com aumento da idade, mostram uma progressiva diminuição da massa renal, do fluxo renal e da taxa de filtração glomerular, que pode não ser acompanhada por elevação da creatinina sérica. A razão para esse fato é que com a idade há também perda progressiva da massa muscular, principal determinante da produção de creatinina.

Conseqüentemente, níveis séricos de creatinina acima de 1,5 mg/dl são considerados anormais nessa população. A possibilidade real de que haja associação de estenose de artéria renal, uni ou bilateral, agrava o problema, uma vez que a isquemia renal induzida por esse mecanismo leva ao aumento da pressão arterial, e à piora da função renal (NOBLAT, et.al., 2006).

A associação de creatinina sérica elevada com hipertensão arterial, mesmo de grau moderado, mas com evidências de arteriosclerose em outros territórios vasculares, ou, ainda, hipertensão de difícil controle terapêutico, sugere causa renovascular. O diagnóstico da lesão poderá ser feito de forma não invasiva, utilizando-se ultra-sonografia com Doppler de artérias renais, na busca de gradiente de fluxo entre a aorta e artéria renal.

Se o Doppler for negativo e persistir a suspeita clínica, a angiorressonância magnética ou a tomografia computadorizada deverão ser indicadas. O Ecodoppler pode ser falso-negativo se o examinador não for experiente, o equipamento não for de boa qualidade ou o paciente for obeso. Se o teste for positivo, o paciente deverá ser enviado para arteriografia renal bilateral, exame importante para o diagnóstico e para a programação de abordagem terapêutica (PASCHOAL, 2006).

A investigação clínica do paciente esbarra na multiplicidade de doenças, algumas com sintomas semelhantes que, com frequência, mascaram o quadro clínico. Além disso, é necessária rigorosa avaliação das condições cognitivas do paciente que, num primeiro contato, pode dar falsa impressão de normalidade, gerando omissões ou informações erradas.

A medida da pressão arterial (PA), em face de sua grande variabilidade em indivíduos hipertensos, torna necessários alguns cuidados. A posição em decúbito é a mais apropriada, realizando-se no mínimo duas tomadas de PA, idealmente três

tomadas, com intervalo de tempo mínimo de cinco minutos entre cada medida, principalmente nos paciente ansiosos.

Nesses indivíduos, antes do diagnóstico definitivo de hipertensão arterial, é recomendado repetir no consultório e no domicílio, a medida da PA, ou até mesmo recorrer à Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) com o objetivo de afastar a hipertensão do jaleco branco e a disfunção autonômica.

Outros cuidados devem ser observados na medida da PA do hipertenso. A pseudo-hipertensão, decorrente do aumento da resistência vascular periférica em função da calcificação com rigidez da parede arterial, ocorre quando a artéria se encontra muito endurecida, calcificada e a insuflação máxima do manguito não faz desaparecer o pulso radial, devendo-se recorrer à manobra de Osler (MION, et.al., 2005).

Em algumas situações, é possível ouvir os primeiros ruídos de Korotkoff, seguindo-se silêncio e reaparecimento dos ruídos, fenômeno de hiato auscultatório, o que leva à subestimação da pressão sistólica. A medida pelo sistema Finapress ou similares e a medida intra-arterial da PA, considerada padrão-ouro, podem ser usadas em raras situações (BASSETT, et.al., 2002).

Muitos dos pacientes, normotensos durante a vida adulta, tornam-se hipertensos devido às alterações vasculares que se instalam de maneira lenta e insidiosa, e devido a esses aspectos não apresentam os sintomas e sinais clínicos clássicos da HA, como sensação de cansaço, cefaleia, tontura, escotomas visuais e zumbidos.

Outro aspecto importante diz respeito à utilização de medicamentos como anorexígenos, antiinflamatórios não hormonais ou esteróides, descongestionantes nasais e antidepressivos tricíclicos, pois sabemos que tais medicamentos podem interferir nos níveis pressóricos. Também se deve ter em mente que situações como pós-prandial podem levar a uma diminuição temporária da pressão arterial sistólica em até 10 mmHg nos primeiros 60 minutos após as refeições, e que atividade física, café e cigarro podem aumentar, mesmo que temporariamente a PA.

O exame físico do paciente requer inicialmente que o esfigmomanômetro utilizado preencha os critérios necessários a fim de se evitarem equívocos. Para tal, o aparelho deverá estar devidamente calibrado, e a bolsa utilizada estar de acordo com a circunferência do braço do paciente, devendo este estar sentado e com o braço apoiado, após repouso de pelo menos cinco minutos.

Cabe ainda levar em consideração alguns aspectos que dizem respeito à verificação da PA (SBH, 2006):

- a) Labilidade emocional: sabe-se que 10 a 20% dos pacientes apresentam acréscimo de seus níveis pressóricos quando estão diante dos médicos, a conhecida "síndrome do jaleco branco";
- b) Lacuna auscultatória, identificada pelo apagamento dos sons da segunda para a terceira fase dos sons de Koroktof;
- c) Hipotensão postural, traduzida pela queda em 20 mmHg ou mais da pressão sistólica e/ou queda de 10 mmHg ou mais da pressão diastólica após dois minutos da mudança de decúbito clinostático para ortostático;
- d) Pseudo-hipertensão, fenômeno que ocorre na presença de processos arterioescleróticos severos, onde nem a insuflação do manguito consegue colabar a artéria radial, facilmente verificada pela manobra de Osler, que é a apalpação do pulso distal durante a insuflação do próprio manguito;
- e) Presença de arritmias cardíacas, por exemplo, a fibrilação atrial, que podem dificultar a ausculta da pressão arterial.

Pelo fato de a hipertensão arterial ser multicausal, multifatorial, assintomática na maioria das vezes e por envolver orientações voltadas para vários objetivos, o sucesso na execução dessas metas é bastante limitado quando decorre da ação de um único profissional. Esse fato talvez justifique o baixo índice de sucesso e de adesão obtido quando os cuidados aos pacientes são realizados por um único profissional de saúde, em geral o médico. Objetivos múltiplos exigem diferentes abordagens e portanto a formação de uma equipe multiprofissional.

## 1.5. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Vários estudos epidemiológicos demonstraram claramente que a HA está relacionada, direta ou indiretamente, à ocorrência de muitas doenças, destacando-se o acidente vascular encefálico (AVE), a doença coronariana, a insuficiência cardíaca e a insuficiência renal crônica.

Mais ainda, ensaios clínicos randomizados, duplo-cegos, placebo-controlados já demonstraram inequivocamente que a diminuição da PA é efetiva em reduzir



eventos cardiovasculares fatais e não-fatais nos hipertensos (FIRMO, et.al., 2005).

O Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial considera o limite de normalidade para PAS < 130 mmHg e PAD < 85 mmHg. Os valores apresentados na Tabela 1 são válidos para todos os indivíduos acima de 18 anos de idade, nos quais, evidentemente, estão incluídos os acima de 30 anos (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS, 2005). No entanto, deve-se ressaltar que, nas últimas duas décadas, surgiram evidências de que os valores mais altos de PA deveriam ser tratados, e não necessariamente focados exclusivamente na pressão diastólica, mas também, e principalmente, na sistólica.

## 1.6. EPIDEMIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

Em pesquisa feita recentemente em ambiente extra-hospitalar, a prevalência de hipertensão arterial sistêmica é de 57,7% da população avaliada. Se se estima que em 2025 haverá 14% da população brasileira constituída por pessoas bem acima de 30 anos, ter-se-á algo em torno de 32.000.000 de idosos, cerca de 20.000.000 a 21.000.000 pacientes idosos hipertensos (TRINDADE, et.al., 2003).

A progressiva deposição de cálcio, a maior deposição de colágeno e menores quantidades de elastina nas camadas arteriais contribuem para menor distensibilidade e maior rigidez arterial com conseqüente aumento da resistência periférica vascular, levando à hipertensão arterial sistêmica.

Por outro lado, situações que de alguma maneira promovam ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona levam à liberação de substâncias como angiotensina II e aldosterona, que implicam em maior retenção de sódio e água, além de promoverem constricção do leito arterial vascular (TRINDADE, et.al., 2003).

Recentemente fizeram-se importantes descobertas dentre as quais citam-se as alterações genéticas, os distúrbios metabólicos e o próprio acometimento endotelial:

- a) pesquisas genéticas atuais chegam a apontar relações estreitas de interações entre genes do angiotensinogênio e da enzima de conversão da angiotensina como preditores da hipertensão.
- b) outros estudos têm demonstrado que a hiperinsulinemia é um ativador do

sistema nervoso simpático, além de promover maior reatividade vascular e crescimento das células musculares lisas subintimais, podendo, dessa maneira contribuir para a elevação dos níveis tensionais.

- c) o endotélio, décadas atrás considerado como uma simples barreira mecânica de troca de moléculas, água e nutrientes, hoje é reconhecidamente um órgão dinâmico, capaz de integrar sinais mecânicos e bioquímicos, e gerar, entre outras, substâncias vasoconstrictoras e vaso-relaxantes (dentre as quais endotelina e óxido nítrico, respectivamente).

Além desse importante papel no equilíbrio da pressão arterial, sabe-se que situações como a diminuição de estrógeno, obesidade, dislipidemia, hiperuricemia, tabagismo, e a própria hipertensão arterial podem promover desequilíbrio na síntese e na liberação dessas substâncias vasodilatadoras e vasoconstrictoras, causando o aumento da resistência periférica com elevação da pressão arterial.

#### 1.6.1. Consequências fisiopatológicas

##### 1.6.1.1 - Alterações do pulso e da PA

O envelhecimento aórtico, com enrijecimento da parede, faz com que a velocidade da onda de pulso (VOP) aumente. Em um estudo, a VOP aumentou 134% do nascimento até os 90 anos, aumento maior que a variação de pressão no mesmo período (DRESSLER & SANTOS, 2004).

O aumento da VOP é acompanhado também de um aumento da velocidade da onda reflexa, que retoma da periferia para a circulação central. Nos indivíduos jovens a onda reflexa atinge a aorta ascendente no início da diástole, aumentando a pressão diastólica inicial.

Nos idosos, a onda reflexa retoma a aorta ascendente durante a sístole, contribuindo para uma elevação ainda maior da pressão sistólica. A importância da reflexão da onda de pulso sobre a pressão sistólica aumenta com o envelhecimento, chegando a ser responsável por mais de 20% da PAS central (DRESSLER & SANTOS, 2004).

A perda da onda reflexa na protodiástole faz com que a pressão diastólica permaneça igual ou diminua. A pressão de pulso, que é a diferença entre a pressão arterial sistólica e a diastólica aumenta. O aumento da pressão de pulso já foi

identificado como sendo um importante fator de risco cardiovascular independente em idosos.

Dessa forma, o endurecimento da aorta contribui muito para a ocorrência da hipertensão sistólica isolada nos idosos. Até mesmo em indivíduos altamente selecionados, sem doença cardiovascular, a pressão sistólica tende a subir durante toda a vida, ao passo que a pressão diastólica aumenta até os 55-60 anos e, então, seus níveis lentamente declinam.

Assim, o aumento da prevalência de HA, no idoso, ocorre principalmente devido ao aumento da frequência de HSI. Na população com 30 anos ou mais, quase 40% dos indivíduos têm HSI, e representam praticamente dois terços de todos os hipertensos (AYRES, 2007).

#### 1.6.1.2 - Disfunção Diastólica

O aumento da pressão sistólica eleva o estresse de parede do ventrículo esquerdo (VE), promovendo HVE. Acompanhando a diminuição da complacência aórtica, ocorre um enrijecimento ventricular esquerdo, mesmo na ausência de hipertrofia. Uma redução significativa do relaxamento ventricular é causa frequente de IC em hipertensos, mesmo se estiverem com a função sistólica ventricular normal (CHENEY, 2002).

#### 1.6.1.3 - Dissecção Aórtica

É provável que a degeneração da camada média esteja envolvida na dissecção da aorta. A incidência de dissecção aórtica aumenta com a idade e com a hipertensão. A prevenção das alterações aórticas, diminuindo o estresse de parede (enrijecimento, hipertensão e dilatação), poderia contribuir para a prevenção da degeneração da camada média e da dissecção aórtica (CHENEY, 2002).

### 1.7. TRATAMENTO

#### 1.7.1 - Tratamento não-medicamentoso

O tratamento de HÁ deve se basear não apenas no nível pressórico, mas também na presença de outros fatores de risco cardiovascular (RCV). A decisão

terapêutica dar-se-á de acordo com a estratificação do RCV individual. São considerados três grupos de risco (HEURTIN, 2004):

1. sem lesão em órgãos (LOA) e sem fatores de RCV;
2. sem LOA, mas com fatores de RCV, exceto DM;
3. com LOA, doença cardiovascular clinicamente manifesta e/ou DM.

A idade igual ou acima de 60 anos já é considerada fator de risco importante, não havendo distinção de risco entre os dois sexos, pois a menopausa já ocorreu nessa faixa etária. Outros fatores de RCV também são considerados: tabagismo, DM, dislipidemia, história familiar para doença cardiovascular, notadamente se em idades precoces.

As lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares a serem consideradas são: doenças cardíacas (hipertrofia ventricular esquerda, angina ou infarto do miocárdio prévio, revascularização miocárdica prévia, insuficiência cardíaca), nefropatia, doença vascular arterial periférica, episódio isquêmico ou AVE e retinopatia hipertensiva.

Modificações no estilo de vida são úteis na abordagem do hipertenso; entretanto, o tratamento medicamentoso deve ser iniciado sempre que a PAS for  $\geq 160$  e/ou PAD  $\geq 100$  mmHg.

Da mesma forma, anti-hipertensivos devem ser prescritos para PAS que se mantém  $\geq 140-150$  e/ou PAD  $\geq 90$  mmHg após seis meses de tratamento não-medicamentoso. Nos diabéticos, o tratamento deve ser iniciado quando PAS  $\geq 130$  e/ou PAD  $\geq 85$  mmHg.

As medidas terapêuticas na HA têm como meta valores de PA abaixo de 140/90mmHg. Nos hipertensos, essa redução deve ser gradual. Em indivíduos diabéticos e naqueles com doença renal, os valores a serem atingidos devem estar abaixo de 130/85mmHg, e, em presença de proteinúria acima de 1g/dia, inferiores a 125/75mmHg (WHELTON, 2006).

O objetivo do tratamento deve ser a redução da pressão arterial a níveis  $< 140/90$  mmHg. Nos pacientes com níveis muito elevados de pressão sistólica, esta pode ser mantida em níveis até 160 mmHg. Nesse último grupo de pacientes, deve-se iniciar o tratamento com metade da menor dose recomendada e aumentar, lentamente, até atingir a dose terapêutica.

A análise conjunta de vários estudos randomizados documentou redução

média de 34% de acidentes vasculares cerebrais, 19% de eventos coronarianos e 23% nas mortes vasculares após seguimento médio de cinco anos, após redução de 12 a 14 mmHg da pressão arterial sistólica e de cinco a seis mmHg da pressão arterial diastólica comparado com placebo (HSG, 2007).

Alguns estudos têm ressaltado o cuidado de não se promoverem reduções exageradas da pressão diastólica, sob o risco de aumentar o risco de eventos cardiovasculares. Dessa forma, valores inferiores a 65 mmHg devem ser evitados.

As principais medidas a serem implementadas e que resultam em maior eficácia anti-hipertensiva são: redução do peso corporal, ingestão de sódio, consumo de bebidas alcoólicas, aumento na ingestão de potássio, e exercício físico regular.

#### 1.7.2 - Tratamento medicamentoso

Além do tratamento não medicamentoso, a identificação do uso drogas que possam contribuir para a elevação da PA deve ser feita, considerando-se que, nessa faixa etária, é comum a prática da polifarmácia.

Dentre essas drogas destacam-se antiinflamatórios não-esteróides, anti-histamínicos, descongestionantes, antidepressivos tricíclicos, corticosteróides, esteróides anabolizantes, vasoconstritores nasais, carbenoxolona, ciclosporina, inibidores da monoaminoxidase, chumbo, cádmio, tálio, alcalóides derivados do *ergot*, moderadores do apetite, hormônios tireoidianos, antiácidos ricos em sódio, eritropoetina, cocaína e cafeína (VAN ROSSUN, et.al., 2003).

A abordagem multiprofissional aumenta as taxas de adesão ao tratamento, devendo a família do hipertenso ser envolvida na adoção dessas medidas, não só para ampliar as chances de sucesso dos resultados, mas pelo potencial preventivo que representa para o núcleo familiar.

O tratamento medicamentoso deve ser individualizado e contemplar os seguintes princípios gerais:

- contribuir para redução das taxas de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais
- ser eficaz por via oral e bem tolerado
- permitir o menor número possível de tomadas diárias, com preferência para aqueles com posologia de dose única diária
- iniciar com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica,

podendo aumentá-las gradativamente e/ou associá-las a outro hipotensor de classe farmacológica diferente, respeitando-se um período mínimo de quatro semanas, salvo em situações especiais

- instruir o paciente sobre a doença, os efeitos colaterais dos medicamentos, a planificação e os objetivos terapêuticos
- considerar as condições socioeconômicas.

As medidas medicamentosas para controle da hipertensão são (III CBHA, 1998):

- diuréticos
- betabloqueadores
- antagonistas dos canais de cálcio
- inibidores da enzima de conversão da angiotensina
- antagonistas dos receptores da angiotensina II
- vasodilatadores diretos
- inibidores adrenérgicos de ação central (MARTIN, et. al., 2004).

A decisão terapêutica deve levar em conta, além dos valores da pressão arterial, a presença ou não de lesões em órgãos-alvo e de fatores de risco cardiovascular associados.

São considerados fatores de risco maiores: tabagismo, dislipidemia, diabetes *mellitus*, lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares, doenças cardíacas (hipertrofia ventricular esquerda, angina ou infarto prévio do miocárdio, revascularização miocárdica prévia, insuficiência cardíaca), episódio isquêmico ou acidente vasculocerebral, nefropatia, doença vascular arterial periférica e retinopatia hipertensiva.

Com base nessas informações, os pacientes podem ser classificados em três grupos, conforme abaixo:

- Grupo A - sem fatores de risco e sem lesões em órgãos-alvo;
- Grupo B - presença de fatores de risco (não incluindo diabetes *mellitus*) e sem lesão em órgãos-alvo;
- Grupo C - presença de lesão em órgãos-alvo, doença cardiovascular clinicamente identificável e/ou diabetes *mellitus*.

As medidas de modificação de estilo de vida podem ser recomendadas à população em geral, como forma de promoção da saúde. Os pacientes com hipertensão arterial estágios B e C devem receber tratamento medicamentoso inicial, que também está indicado para os pacientes hipertensos com lesão em

órgãos-alvo, ou doença cardiovascular, ou diabetes mellitus, independentemente do estágio da hipertensão arterial.

Pacientes com valores de pressão arterial enquadrados na faixa normal limítrofe, mas pertencentes ao grupo de risco C, devem receber tratamento medicamentoso caso apresentem insuficiência cardíaca, insuficiência renal, ou diabetes mellitus. Na hipertensão leve (estágio I), os pacientes enquadrados nos grupos de risco A e B são elegíveis para ser tratados unicamente com modificações no estilo de vida por seis a 12 meses.

Se, nesse período de acompanhamento, a pressão arterial não for controlada, o tratamento medicamentoso deverá ser considerado. A idade avançada ou a presença de pressão sistólica elevada isoladamente não altera a decisão terapêutica.

## 1.8. RISCOS DA HIPERTENSÃO

Apesar de ser uma doença muitas vezes assintomática, a HA leva a alterações funcionais e estruturais de vários órgãos e sistemas, onde o coração, o cérebro, os rins e os vasos periféricos são os mais acometidos.

Cerca de 70 % dos pacientes que têm acidente vascular cerebral (AVC) são hipertensos; e 60 % dos idosos que têm infarto do miocárdio são portadores de hipertensão arterial (MATTHEWS, et.al., 2002).

De maneira inversa ao que se pensava anos atrás, os estudos atuais têm demonstrado que a hipertensão sistólica é tão maléfica ou mais que a hipertensão diastólica.

Nos *TRIALS* epidemiológicos como os de Framingham e o MRFIT (*Multiple Risk Factor Interventional Trial*), a pressão sistólica maior que 160 mmHg foi fator de risco mais importante que pressão diastólica maior que 100 mmHg (BARRETO, et.al., 2001).

## 2. O ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO À URGÊNCIA HIPERTENSIVA

As crises hipertensivas podem ter origem na hipertensão arterial se esta não for devidamente controlada, e podem desencadear uma situação de urgência ou de emergência clínica. Na urgência hipertensiva, essa elevação não está associada a sintomas como obnubilação, vômitos, dispnéia, entre outros. Desse modo, não apresenta riscos imediatos à vida ou a órgão-alvo (SBH, 2002). A urgência hipertensiva é a entidade clínica onde há aumento súbito da pressão arterial PA ( $\geq 180 \times 120$  mmHg) (HERZOG, et al., 2007).

Na pseudocrise hipertensiva, a elevação deve-se exclusivamente a um estresse físico ou psicológico (dor). Muitos pacientes apresentam a PA demasiadamente elevada simplesmente por não usarem suas medicações ou por não saberem ser portadores de hipertensão arterial sistêmica, tratando-se apenas de hipertensão arterial sistêmica crônica não controlada (LOPES & FEITOSA)

O objetivo do tratamento inicial da crise hipertensiva é alcançar redução segura e controlada da pressão arterial até um nível fisiológico, não crítico, no qual existe menor risco cardiovascular (SOWERS, 2003). O papel do enfermeiro na Unidade de urgência consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhando e ensinando a manutenção da saúde e orientando os enfermos para uma continuidade do tratamento e medidas vitais (FINCKE, 2004).

O enfermeiro dessa Unidade é responsável pela coordenação da equipe de enfermagem e é parte vital e integrante da equipe de emergência. Os enfermeiros das unidades de urgência aliam à fundamentação teórica (imprescindível) a capacidade de liderança, o trabalho, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de ensino, a maturidade e a estabilidade emocional (GOMES, 2006).

É necessária a constante atualização desses profissionais, pois, desenvolvem com a equipe médica e de enfermagem, habilidades para que possam atuar em situações inesperadas de forma objetiva e sincrônica. No atendimento aos pacientes que apresentam quadros clínicos de crise hipertensiva na USB, é feita medicação e os pacientes permanecem com monitorização da PA, acompanhados por médico e enfermeiro.



Entretanto, quando a pressão arterial do paciente em observação se mantém em níveis que ponham em risco a integridade, ele é encaminhado para um hospital geral da rede pública.

## B – POPULAÇÃO ESTUDADA

O município de Francisco Badaró está localizado na Região do Médio Jequitinhonha, com uma população total de 10.309 habitantes, sendo coberta em sua totalidade por equipes de PSF. A Equipe de Saúde da Família de Tocoíós de Minas tem uma população total de 2.481 habitantes totalizando 709 famílias, onde está inserido o distrito de Tocoíós de Minas e demais comunidades vizinhas. As populações de hipertensos cadastrados somam um total de 335, desta equipe de saúde, sendo que 152 desses hipertensos estão na faixa etária acima de trinta anos.

## C – MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia adotada foi a revisão bibliográfica de artigos científicos publicados no período de 2000 a 2009, que continham informações necessárias para esta revisão. Foi considerado apenas um, para os artigos em duplicidade nos bancos de dados e todo o material foi analisado, considerando-se as bases teóricas da reflexão e os dados quantitativos e qualitativos apresentados sobre o tema. Foram utilizados os seguintes termos de busca: hipertensão arterial, Unidade Básica de Saúde, urgência hipertensiva, enfermeiro, hipertensão/atendimento.

Os idiomas considerados foram o português e o inglês. As bases de dados utilizadas foram Medline, Fiocruz, Lilacs e Scielo onde artigos, teses, monografias, foram consultados e encontrada uma maneira de sintetizá-los neste trabalho, com o caráter de objetividade para que se torne mais completo.

O critério de inclusão foi selecionar estudos sobre hipertensão arterial e os critérios de exclusão: artigos alusivos à pesquisa com adolescentes, crianças e gestantes e animais, e artigos relacionando a doença a outras morbidades.

Foi utilizada a metodologia de análise dos textos e revisão bibliográfica eletrônica e sistemática de artigos científicos publicados, agrupando informações de de vários autores para análise de estudos relacionados ao impacto, à incidência, à prevalência, às consequências e causas da hipertensão arterial. Também foram consultados páginas eletrônicas de órgãos específicos como Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, Ministério da Saúde, dentre outros e autores especialistas.

Para melhor desenvolvimento do trabalho também foi adotada pesquisa documental realizada a partir da análise dos prontuários onde constam informações sócio-econômicas, hábitos alimentares e realização de atividades físicas, de 298 pacientes hipertensos atendidos na Unidade Básica de Saúde no primeiro semestre de 2009 na USB do município em conjunto com a ESF de Tocoíós de Minas. Foram também coletados dados provenientes dos grupos operativos com os pacientes envolvidos. Os dados foram analisados quantitativamente.

De acordo com Triviños (1987), a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental, baseando suas conclusões nas descrições do real cultural que lhe interessa para tirar dele os significados que tem para as pessoas que pertencem a essa realidade, ela é descritiva, e seus resultados são produtos de uma visão subjetiva, expressa por narrativas, declarações de pessoas e entrevistas.

Foram estudadas as seguintes variáveis: sexo, idade, serviço de saúde utilizado, presença de hipertensão arterial, cobertura e concentração de atendimento. Na pesquisa também foram coletados dados informativos sobre quadro clínico, patologia, tipo de tratamento atual, crise hipertensiva e fatores que interferem no tratamento dos portadores de HÁ e observações da equipe de saúde sobre a evolução da paciente.

Os resultados serão divulgados à comunidade acadêmica e ao grupo envolvido, os dados do estudo serão apresentados por meio de tabelas e gráficos, baseados nos prontuários e nas respostas dos questionários, juntamente com a discussão que será baseada na literatura pesquisada e nos resultados dos achados.

O estudo teve como vantagens o baixo custo, o risco mínimo, o alto potencial descritivo e a simplicidade analítica, no qual foram utilizados o raciocínio indutivo e procedimentos estatísticos na apresentação e discussão dos resultados. Os dados obtidos, sob a perspectiva apresentada neste trabalho, visa dar sentido a problemas

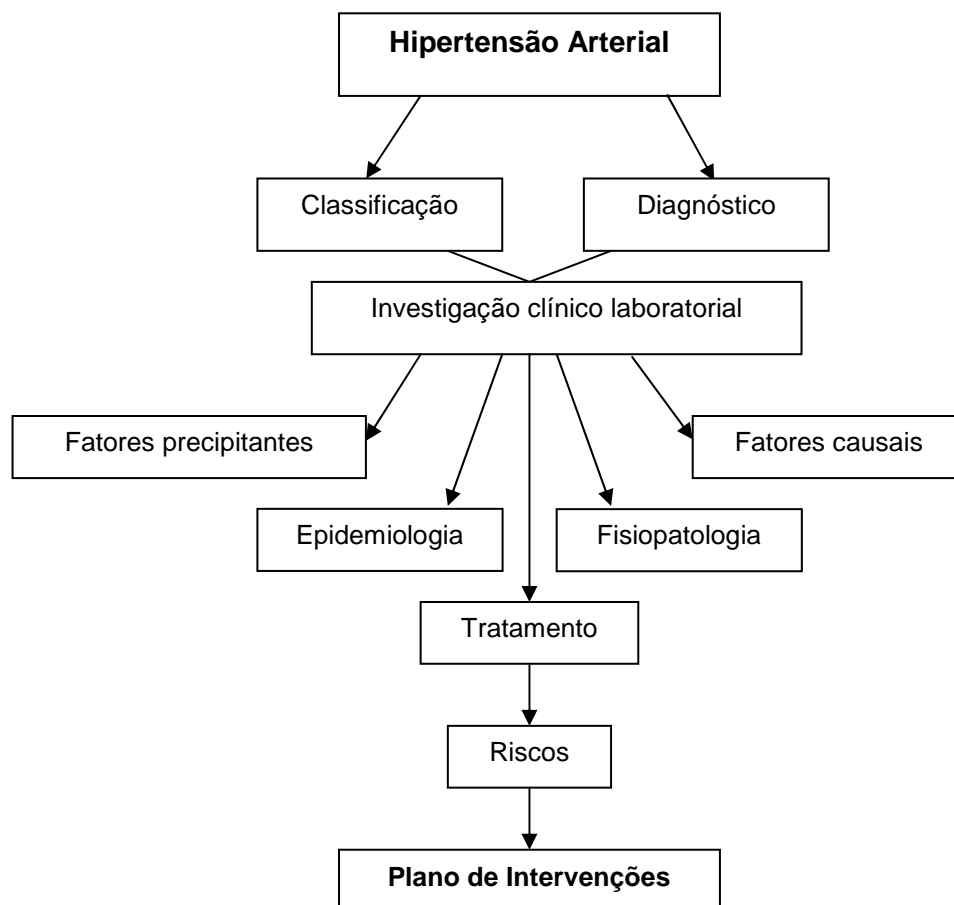
novos que possam constituir novas representações sobre a hipertensão arterial na população em geral.

## PLANO DE INTERVENÇÕES

Na unidade da ESF de Tocoíós de Minas, existe o grupo de hipertensão do qual participo há mais de 4 anos e pela minha vivência profissional percebo que os pacientes hipertensos deveriam ter maior monitoramento e acompanhamento por meio do grupo de enfermagem.

Para esse fim, sugiro que se faça um plano de intervenções da seguinte forma: abordagem por meio estudo qualitativo, sob a forma de uma entrevista semi-estruturada abordando a dificuldade de adesão ao tratamento e ao atendimento básico de saúde.

## MAPA CONCEITUAL



**FIGURA 1.** Mapa conceitual da hipertensão arterial em 2009

## D – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos dados coletados por meio do prontuário e dos registros dos grupos operativos, foi possível identificar as condições em que os pacientes seguiam o tratamento, fatores desencadeantes da crise hipertensiva e as repercussões da doença em suas vidas, incluindo suas condições na família e no grupo social.

Durante o contato na instituição, é sempre reforçada a importância do tratamento e são enfatizadas outras orientações. O primeiro retorno ocorre quatro dias após o atendimento no serviço de saúde e os demais em intervalos de sete dias.

Os cuidados de enfermagem são implementados em todos os retornos, com reavaliação dos comportamentos e reforço das intervenções necessárias, incluindo diálogos sobre o tratamento, a vida, o medo e a raiva, situações que eram os principais estímulos desencadeadores de elevação da pressão arterial.

O paciente com hipertensão arterial precisa desenvolver sistemas adaptativos para bem viver com a doença. Esses sistemas têm entrada de estímulos, nível de adaptação e respostas comportamentais à semelhança de mecanismos de enfrentamento.

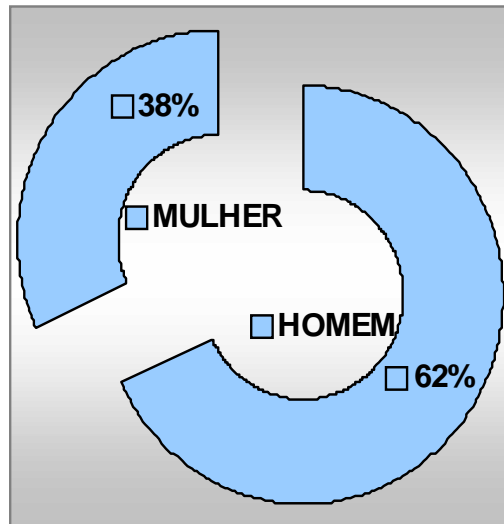
O paciente adaptado demonstra comportamentos capazes de preencher as metas de sobrevivência. A meu ver, para esses pacientes, adaptação significa ser hipertenso e ter qualidade de vida.

Segundo foi observado, alguns pacientes não estavam adaptados à condição de pessoa com limitações advindas da hipertensão arterial, para exercer atividades dependentes de esforço físico.

Assim, em nossas intervenções, buscamos reforçar atitudes favoráveis, como preparar trabalhos manuais que poderiam gerar recursos financeiros para o paciente e para a família, e agir como mecanismo de fuga da ansiedade. No atendimento aos pacientes, sempre incentivamos a busca de apoio na família e nos amigos mais próximos, para desenvolver a sensação de amparo e segurança requerida pelo enfrentamento ineficaz.

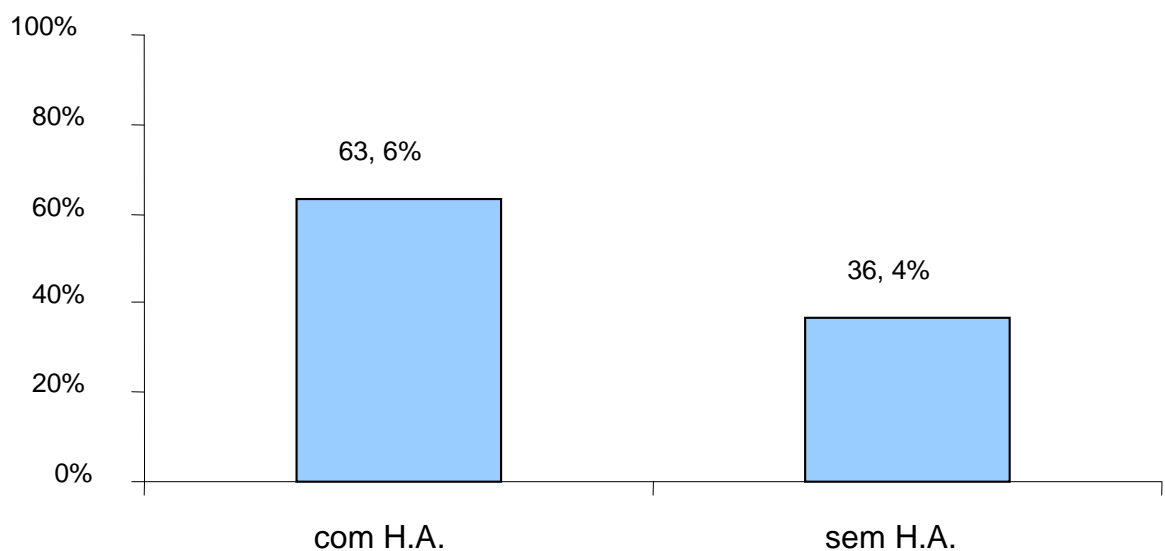
Considere-se que mudança de comportamento demora e requer continuidade e persistência por parte da pessoa que precisa mudar, uma vez que valores e crenças podem dificultar o alcance de respostas adaptativas.

Diante do que foi apresentado em relação ao perfil da população hipertensa da UBS Jequitinhonha, constatou-se que, dos 298 prontuários analisados, 62% são do sexo masculino e 38% do sexo feminino representados no Gráfico 1.

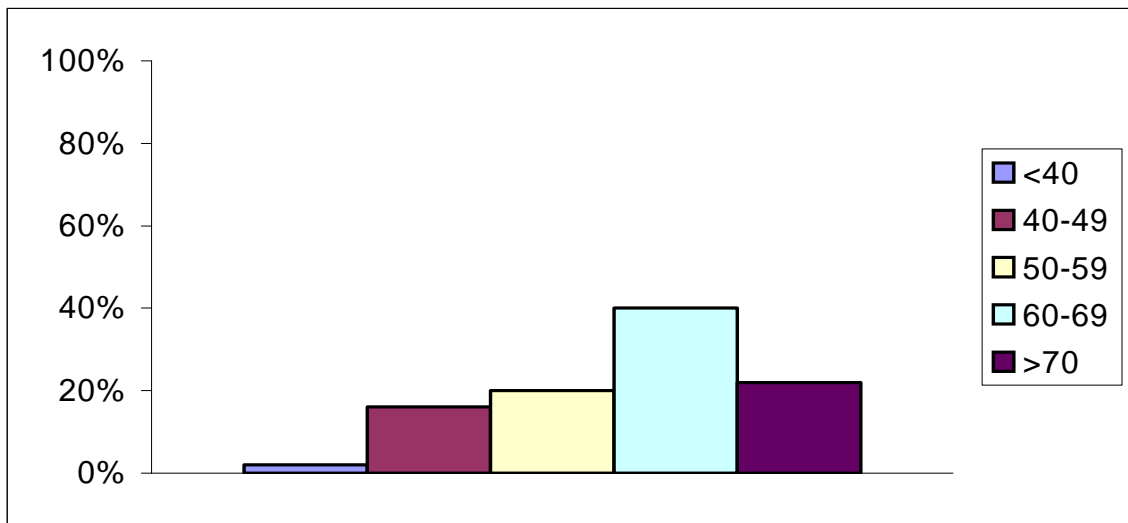


**GRÁFICO 1.** Variável gênero

Do total de prontuários analisados na UBS Jequitinhonha, 63,6% foram identificados como hipertensos (gráfico 2). A idade variou de 30 a 85 anos com uma média de 57,5 anos (gráfico 3).

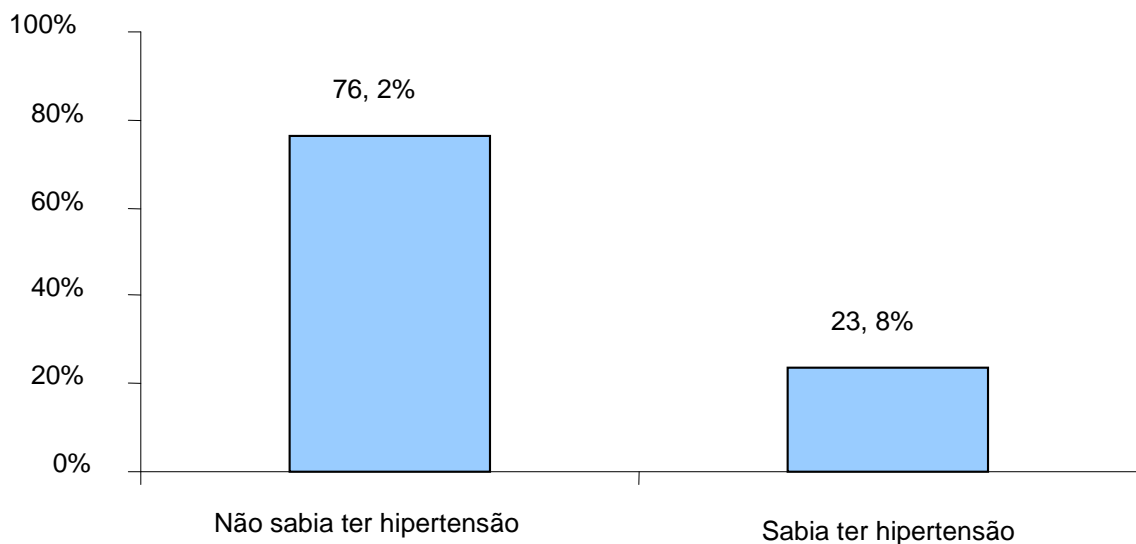


**GRÁFICO 2.** Porcentagem de hipertensos na UBS



**GRÁFICO 3.** Distribuição percentual dos pacientes com HA segundo faixa etária

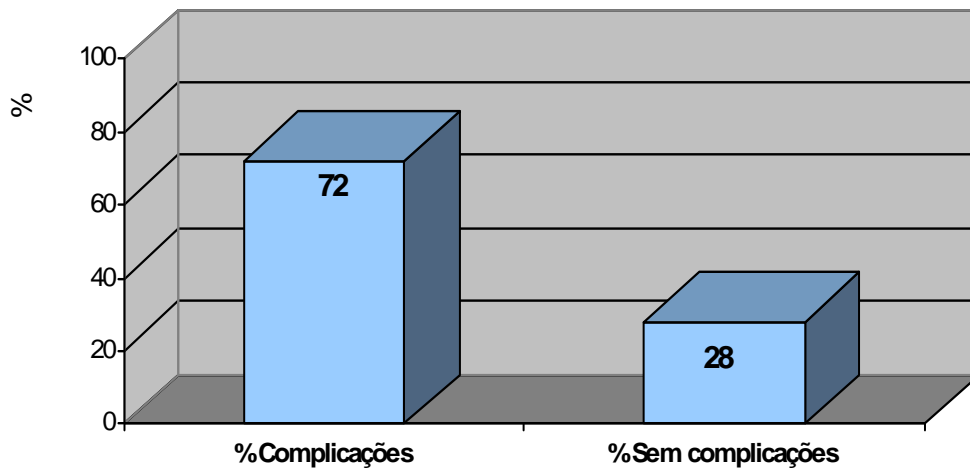
Pela análise dos prontuários, constatou-se que, em sua maioria, os pacientes não sabiam que eram hipertensos (Gráfico 4), apesar de 60% deles já ter experiência familiar com HA. No ato da consulta, todos foram encaminhados atendimento.



**GRÁFICO 4.** Proporção de hipertensos com conhecimento da doença

Dos que sabiam ter hipertensão, 50% não se tratavam, e destes, 50% não tinham sua pressão sob controle. Portanto, apenas, 10% dos hipertensos eram tratados, efetivamente.

Dos 298 prontuários 72% dos pacientes referiram possuir complicações advindas da hipertensão arterial (Gráfico 5).

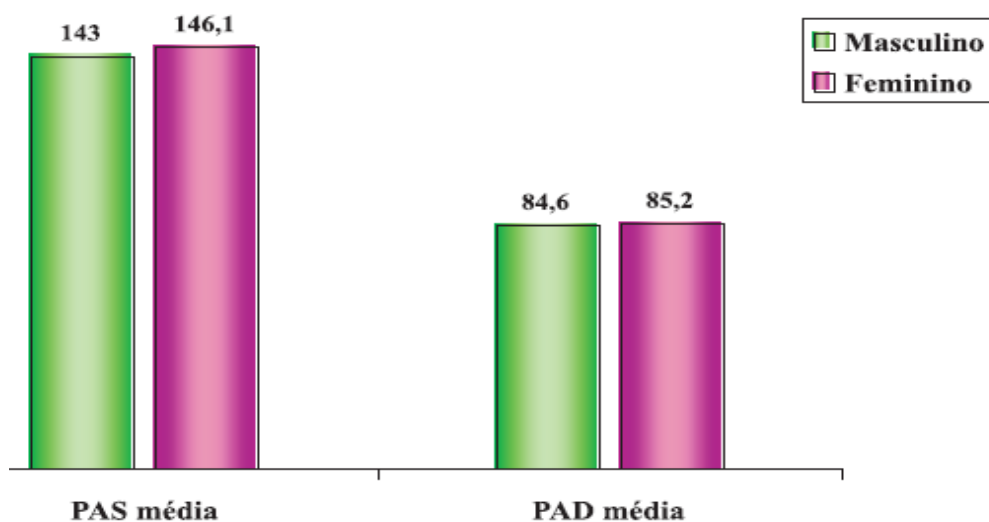


**GRÁFICO 5.** Índice de complicações

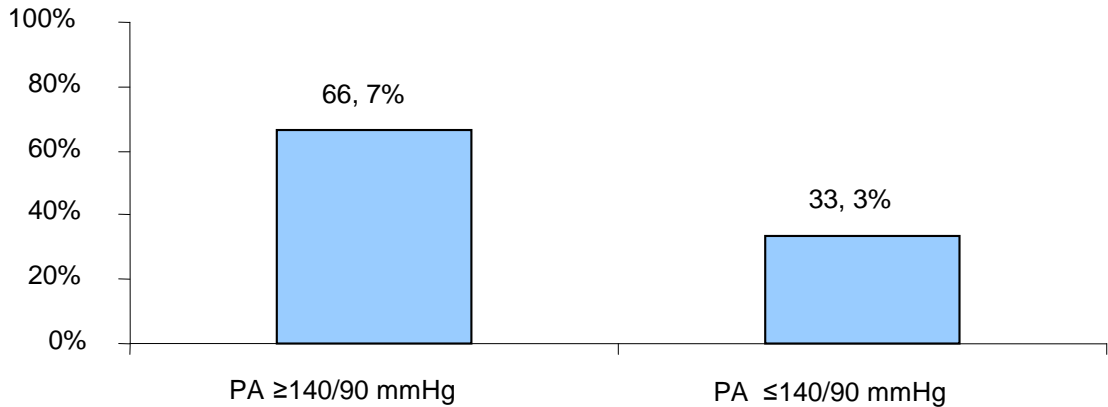
Após o diagnóstico, verificou-se pelos dados dos prontuários, que 71,6% dos hipertensos visitam o médico regularmente e parcela importante (46,1%) tem a doença há mais de cinco anos.

Em relação à variável gênero, as mulheres, em comparação aos homens, apresentaram maior probabilidade de estar em tratamento e de ter a sua pressão arterial melhor controlada, pois 75% que sabiam ter hipertensão, eram do gênero feminino.

Nos Gráficos 6 e 7, segundo dados dos prontuários, pode-se observar que, 66,7% dos pacientes com HA apresentavam pressão sistólica  $\geq 140$ mmHg e pressão diastólica  $\geq 90$ mmHg, por ocasião da segunda e última consultas respectivamente.

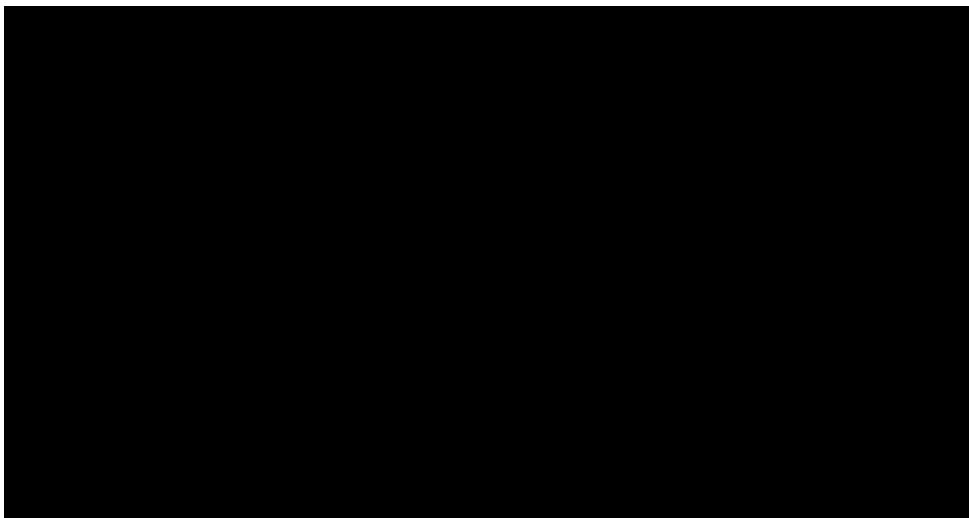


**GRÁFICO 6.** PA da amostra segunda consulta de acordo com o sexo



**GRÁFICO 7.** PA da amostra última consulta

Em relação ao peso, 49% foram classificados como normais; 42% como sobrepeso e 9% como obesos ( $IMC \geq 30,00$ ); 51,5% têm antecedentes hereditários, sendo que 20% de primeiro grau. Em relação à história familiar, 60% do grupo referiram experiência familiar com a hipertensão arterial, em parentes de 1º e/ou 2º grau. Segundo os prontuários, quase metade dos pacientes dos pacientes indicava sedentarismo (Gráfico 8).



**GRÁFICO 8.** Percentual dos hipertensos, segundo a prática de atividade física

Queixas intensas de fraqueza, cansaço e necessidade de repouso foram observadas em 18% dos pacientes, porém não foram observadas associações com a idade. Constatou-se que vários fatores emocionais presentes na vida dos pacientes com hipertensão arterial atendidos pelos PSF, interferem no sucesso do tratamento e da reabilitação, assim como em sua qualidade de vida.



“Tonteira/zonzeira”, “bambeza/moleza”, “mal-estar/enjôo/vômito”, “dor de cabeça” e alteração do sono foram frequentemente associados pelos pacientes à pressão alta. Ansiedade, nervosismo, irritação, falta de paciência, agitação, desânimo e taquicardia também foram apontados como manifestações associadas à pressão alta.

Constatou-se que a maioria dos pacientes associa a elevação da pressão arterial à presença de problemas específicos. A maioria diz que os problemas emocionais são a principal causa da pressão alta. O nervosismo, as contrariedades e as preocupações são apontadas como principais responsáveis pela elevação da pressão.

Com menor frequência, o cigarro, os problemas de coração e o calor também aparecem como causa da hipertensão. A maioria dos pacientes acredita que a hipertensão é grave porque pode ter consequências graves, como derrame, infarto e morte súbita,

Quanto à utilização de serviços de saúde, 91,8% dos pacientes referiram utilizar a UBS, 5% eram usuários de plano de saúde com cobertura integral e 6,4% com cobertura parcial, embora preferissem utilizar a UBS. Dos hipertensos que não procuram o serviço de saúde regularmente 66,7% relataram que não o fazem por acharem desnecessário.

Ressalta-se que as reações dos pacientes com relação à doença e ao tratamento dependem de características individuais como: história de vida, contexto cultural e social, espiritualidade e opção sexual, e que essas individualidades influenciam na forma de avaliar a importância da doença e como enfrentá-la.

Com relação à data do último atendimento na Unidade de saúde, o registro nos prontuários revelou que 25,8% não foram atendidos no primeiro semestre de 2009 e que apenas 52,7% foram atendidos (na Unidade básica ou em seu domicílio).

Entre os pacientes identificados como portadoras da hipertensão arterial, a cobertura da Unidade Básica de Saúde, em 2008, foi de 64,1% para consulta médica, 32,4% para consulta de enfermagem e 36,4% para atendimento médico domiciliar. Relativamente à concentração de consultas médicas, 35,9% não consultaram nenhuma vez, 31,4% consultaram até duas vezes e 21,5% entre três e cinco vezes. Em 5,6% dos prontuários foram registrados mais de sete comparecimentos com essa finalidade (Tabela 1).

**TABELA 1.** Utilização dos serviços pelos portadores de HA

<b>Atendimentos</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>Nº de consultas médicas</b>		
Nenhum	135	35,9
1 e 2	118	31,4
3 a 5	81	21,5
6 e 7	21	5,6
8 e Mais	21	5,6
<b>Total</b>	<b>376</b>	<b>100,0</b>
<b>Nº de consultas de enfermagem</b>		
Nenhum	254	67,6
1 a 2	87	23,1
3 a 5	31	8,2
6 a 7	3	0,8
8 e mais:	1	0,3
<b>Total</b>	<b>376</b>	<b>100,0</b>
<b>Nº de atendimentos médicos domiciliares</b>		
Nenhum	239	63,6
1 a 2	98	26,1
3 a 5	34	9,0
6 a 7	5	1,3
<b>Total</b>	<b>376</b>	<b>100,0</b>
<b>Trimestre do último atendimento</b>		
Não consultaram	97	25,8
janeiro a março	30	8,0
abril a junho	51	13,5
julho a setembro	77	20,5
outubro a dezembro	121	32,2
<b>Total</b>	<b>376</b>	<b>100,0</b>

Quanto às consultas de enfermagem, a cobertura foi bem inferior, e 67,6% não consultaram com a enfermeira uma única vez, apesar de em um caso verificarem-se nove comparecimentos. No que diz respeito ao atendimento médico domiciliar, 36,4% dos usuários receberam atenção médica em suas moradias e em cinco casos (1,3%) o número de atendimentos foi superior a seis (tabela 1).

Um fato que chama a atenção é o número significativo de pacientes que identifica problemas familiares como sendo a fonte de problemas emocionais, que por sua vez são considerados os principais responsáveis pelo aumento da pressão.

Os problemas familiares também aparecem nos estudos de Kalache (2004), Heurtin-Roberts, et.al. (2004), Sgambatti, et al. (2000), como possíveis causadores da hipertensão.

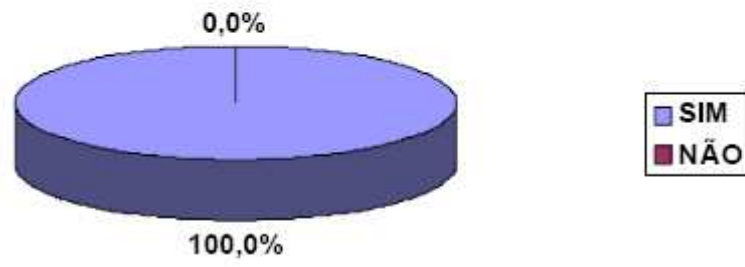
A presente análise dos prontuários também deixa claro que a falta de dinheiro pode dificultar o acesso à consulta médica e é um obstáculo para manter a regularidade do tratamento. Em nossa análise, o deslocamento e o tempo dispensado para marcar consultas foram dificuldades destacadas nos prontuários dos pacientes.

O tratamento farmacológico, anti-hipertensivo, foi prescrito para 100% dos pacientes e prescritos como tratamento a atividade física e dieta alimentar, para 18%. O medicamento mais utilizado isoladamente foi por via oral (85%) e, porém a maioria dos pacientes fazia uso de mais de um medicamento.

Dos pacientes hipertensos, somente 86,7% relataram que fazem uso regular de medicamento. Em relação às práticas não-medicamentosas, pacientes de maior escolaridade diferem dos de menor por conhecerem e utilizarem, melhor a dieta e a prática de atividade física para o controle da HA.

Muitos estudos demonstraram os benefícios do tratamento da HA nessa faixa etária da população (60 anos ou mais), com redução significativa dos eventos cardiovasculares e melhora na qualidade de vida.

O Gráfico 9, mostra que 100% dos pacientes confirmaram ser de muita importância a participação do enfermeiro no atendimento em urgência hipertensiva, para melhoria do atendimento aos portadores de hipertensão arterial nas UBSs e PSFs, pois ocorre agilidade nos exames diagnósticos, nos encaminhamentos para atenção secundária, terciária e tratamento.



**GRAFICO 9.** Importância da participação do enfermeiro no atendimento

### III - CONCLUSÕES

O desconhecimento do diagnóstico pode estar relacionado à não-compreensão da informação ou à negação da condição de hipertenso. É importante ressaltar que o não-reconhecimento do diagnóstico pode ter grande repercussão na adesão aos programas e tratamentos relativos à hipertensão.

Os resultados apresentados coletados de registros de prontuários e de registros de grupos operativos demonstraram a alta frequência com que pacientes que chegavam à Unidade de Urgência Hipertensiva eram inapropriadamente diagnosticados quando apresentam crise hipertensiva. Eram medicados somente 64,5% desses indivíduos por nós avaliados.

De uma maneira geral, os pacientes associaram o aparecimento de alguns problemas como tonteira, mal-estar, dor de cabeça, ao aumento da pressão etc. Neste estudo a presença desses problemas foi percebida como um sinal de alerta que informa que a pressão está alta ou está subindo e que é necessário fazer alguma coisa para controlá-la.

Os resultados do presente estudo apontaram para a necessidade de uma maior valorização dos sintomas apresentados pelos pacientes atendidos com PA elevada em Unidades de Emergência. A atenção aos mesmos, além de proporcionar um atendimento mais humanizado dos pacientes, produz resultados objetivos satisfatórios.

Quando atendidos, a conduta foi a redução imediata da pressão arterial, enquanto no ambulatório de hipertensão, quando níveis de pressão arterial semelhantes foram observados, a orientação foi ajuste terapêutico e reforço das medidas medicamentosas. Esses dados evidenciaram a necessidade de se reconsiderar a conceituação de crise hipertensiva e suas implicações terapêuticas.

De modo geral, os hipertensos concordam que o tratamento é necessário porque controla a pressão; entretanto, apesar da maioria informar que faz o tratamento, fica claro que grande parte não segue a prescrição médica corretamente. Isso implica na necessidade de conscientizar a Equipe de Saúde da Família acerca da diferença entre crise hipertensiva e aquelas situações onde a

elevação da PA poderia ser uma consequência dos sintomas apresentados pelos pacientes.

A ausência de sintomas permanentes faz com que muitos hipertensos não se sintam doentes e assim subestimem a importância de fazer tratamento continuado conforme a prescrição médica. Ao contrário, quando têm alguns sintomas específicos, acreditam que a pressão está alta e que só nesses momentos o tratamento é indispensável.

Para eles, o tratamento é visto como necessário somente nos momentos em que a pressão sobe. Cabe ressaltar que, mesmo nesses casos, questões financeiras podem dificultar o acesso à compra do medicamento, vindo assim impedir o início ou a continuidade do tratamento.

A intervenção no tratamento e no acompanhamento de pacientes hipertensos, por meio da formação de grupos para ação educativa, seguimento regular, garantia de fornecimento de medicação e atendimento de intercorrências, por equipe multidisciplinar, num período de 30 meses, mostra-se útil no controle dessa doença.

Conforme dados em boa parte dos prontuários, os pacientes relatam que modificam a dosagem prescrita, alguns informam que esporadicamente param de tomar o medicamento, e outros que, às vezes, se esquecem de tomá-lo.

Esse tipo de intervenção pode ser mantida e ampliada no atendimento dos serviços públicos de saúde. Para maior eficácia, deve ser institucionalizada, independentemente de mudanças político-administrativas, por meio da incorporação de mais profissionais de saúde e maior participação da comunidade.

As principais dificuldades de acesso à consulta médica referem-se à situação financeira, ao deslocamento e à disponibilidade de tempo para marcar a consulta. Segundo dados é difícil marcar a consulta porque sempre tem muita gente, o tempo gasto é muito grande e são constantes as mudanças de regras para a marcação das consultas.

O presente estudo permitiu concluir que a deficiência da adesão, entre os portadores de hipertensão arterial, tem relação direta com diversos fatores associados à falta de informação sobre o tratamento.

A educação ao paciente pode proporcionar a conscientização quanto ao seu estado de saúde e à necessidade do uso correto dos medicamentos, tornando o tratamento mais efetivo e seguro e maior a interação entre os profissionais de saúde.

As decisões tomadas na escolha das intervenções de enfermagem garantiram à ESF, autonomia no processo de cuidar de uma pessoa em crise hipertensiva, ajudando-a a alcançar adaptação em seu viver de portador de doença crônica. Além disso, o acompanhamento dos pacientes em seus domicílios é um fator importante, pois permite conhecer melhor o seu modo de viver.

Com base nessas informações, as intervenções tornaram-se mais objetivas e oportunas porque ajudaram a alcançar respostas adaptativas, contribuindo para a manutenção da integridade dos pacientes.

Os conhecimentos sobre hipertensão arterial no que tange a seus sinais e sintomas, meios diagnósticos, terapêutica medicamentosa, mudanças nos hábitos e estilo de vida, complicações agudas e crônicas da doença, são algumas das capacidades de autocuidado de uma pessoa portadora de HA, porém, a maioria não tem as noções mínimas com relação a essas capacidades.

Munido dessas conclusões, estou elaborando um projeto de pesquisa qualitativa para conhecer melhor os detalhes do atendimento na Unidade Básica de Saúde de Tocoíós e as reais necessidades dessa população de pacientes com HA na área de abrangência da ESF. Nossa equipe pretende elaborar um plano de trabalho nos grupos operativos e visitas do agente comunitário de saúde para controlar melhor a PA.

Futuros ensaios clínicos poderão revelar que essa abordagem ao paciente hipertenso também pode reduzir os custos do atendimento, os efeitos colaterais causados pelo uso dos anti-hipertensivos e melhorar a relação médico-paciente no setor de urgência hipertensiva.

Diante do exposto foi elaborado um plano de intervenção a ser discutido com a equipe de trabalho e nos grupos operativos de hipertensão arterial com:

- Formas de esclarecimento sobre o diagnóstico para o pacientes e os familiares;
- Discussão sobre a importância do tratamento contínuo e do controle periódico;
- Esclarecimento sobre os sinais e sintomas associados e sobre os sinais de alerta para a emergência hipertensiva;
- Treinamento da ESF para reconhecimento dos sinais de emergência hipertensiva, acolhimento e atendimento humanizado dos pacientes;
- Discussão na equipe sobre o conceito de emergência hipertensiva e suas implicações terapêuticas;

- Busca da conscientização dos pacientes e dos profissionais de saúde acerca da diferença entre crise hipertensiva e aquelas situações onde a elevação da PA poderia ser uma consequência dos sintomas apresentados pelos pacientes;
- Discussão sobre a importância da formação de grupos para ação educativa, seguimento regular, garantia de fornecimento de medicação e atendimento de intercorrências, por equipe multidisciplinar;
- Discussão na equipe sobre a garantia para a regularidade das consultas e agendamentos dos retornos.



## IV – REFERÊNCIAS

III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Revista Clínica Terapêutica**; 24:231-72. 1998.

AYRES, J.E.M. **Prevalência da hipertensão arterial na Cidade de Piracicaba**. Arq Bras Cardiol; 71:33-6. 2007.

BARRETO, M.L. & CARMO, E.H. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In: LESSA, L. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo: Hucitec Abrasco, 2000. cap.1.

BARRETO, S.M.; PASSOS, V.M.A.; FIRMO, J.O.A.; GUERRA, H.L.; VIDIGAL P.G.; LIMA-COSTA M.F. **Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in Southeast Brazil – The Bambuí Health and Ageing Study**. Arq Bras Cardiol 2001; 6:576-81.

BASSETT JR, D.R.; FITZHUGH, E.C.; CRESPO, C.J.; KING, G.A.; MCLAUGHLIN, J.E. **Physical activity and ethnic differences in hypertension prevalence in the United States**. Prev Med 2002; 34:179-86.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

CARVALHO, F.; TELAROLLI JUNIOR R.; MACHADO J.C.M.S. **Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial**. Cadernos de Saúde Pública, 14(3):617-621. 2002.

CHENEY. D. et al. **Management of patients with hypertensive urgencies and emergencies**. J Gen Intern Med; v.17, p.947, 2002.

DRESSLER W.; SANTOS J.E. **Social and cultural dimensions of hypertension in Brazil: a review**. Cad Saúde Pública 2004; 16:303-15.

FINCKE MK. **Enfermagem de emergência: a viga mestre do departamento de emergência**. In: Warner CG. Enfermagem em emergência. 2ª ed. São Paulo: Interamericana; 2004. p. 32-7.

FIRMO, J.O.A.; BARRETO, S.M.; LIMA-COSTA, M.F. **The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community.** Cad Saúde Pública 2005; 19:817-27.

FUCHS, F.D. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências.** 3. ed., Porto Alegre: ARTMED, 2004. p.433-442.

FUCHS, S.C.; CASTRO, M.S.; FUCHS, F.C. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev. Hipertens.**, v.7, n.3, p.90-93, 2004.

GOMES, A. L. **Urgência: planejamento e organização da unidade. Assistência de enfermagem.** São Paulo: Pedagógica e Universitária; 2006.

GOMES, M.A.M. **Diagnóstico e classificação da hipertensão.** In: Quartas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão: mesa redonda. Rio de Janeiro: Publicações Científicas; 2005. p. 7-9.

HERZOG, E.; FRANKENBERGER, O.; AZIZ, E.; BANGALORE, S.; BALARAM, S. et al. **A novel pathway for the management of hypertension for hospitalized patients.** Crit Pathw Cardiol. 2007; 6(4):150-60.

HEURTIN-ROBERTS S. **“High-Pertension” – the uses of a chronic folk illness for personal adaptation.** Soc Sci Med 2004; 37:285-94.

HSG - Hypertension Study Group. **Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among the elderly in Bangladesh and India: a multicentre study.** Bull World Health Organ 2007; 79: 490-500.

IRIGOYEN, M.C.; LACCHINI, S.; DE ANGELIS, K.; MICHELINI, L.C. Fisiopatologia da hipertensão: o que avançamos? **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo** 2005; 13:20-36.

IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO. **Rev. Brás. Hipertens.** São Paulo, 2002.v.9, n.4, p.3-7, 2005.

KALACHE A. **Envelhecimento no contexto internacional a perspectivas da Organização Mundial de Saúde.** Anais do 10º Seminário Internacional Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século; 2003; Brasília.

Brasília: Ministério de Previdência e Assistência Social. Secretaria de Assistência Social; 2003.

KLEIN, C.H. **Hipertensão arterial em estratos geoeconômicos do Rio Grande do Sul** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

KOHLMANN JR, O.; PLAVNIK, F. L. Hipertensão arterial. **Rev. Brás. Méd.**, v.59, p.49-60, 2002.

LANDINI, D. **Hipertensão. Riscos de uma doença silenciosa**. São Paulo: Revista do InCor; 2004; 3: 12-22.

LESSA, I. **Epidemiologia da hipertensão arterial**. In: Lessa I, organizador. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade. Epidemiologia das doenças crônicas transmissíveis**. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 2002. p. 77-96.

LOLIO, C.A.; PEREIRA, J.C.R; LOTUFO, P.A.; SOUZA, J.M.P. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. **Rev Saúde Pública**. 2000; 27: 357-62.

LOPES, R. D. & FEITOSA FILHO, G. S. Crise hipertensiva. **Rev Soc Bras Clin Med**. 2005; 3:113-6.

MARTIN, J. F. V. et al. **Perfil de crise hipertensiva. Prevalência e apresentação clínica**. São Paulo. Arq. Bras. Cardiol. 83(2):57-63. 2004.

MATTHEWS, K.A.; KIEFE, C.I.; LEWIS, C.E.; LIU, K.; SIDNEY, S.; YUNIS, C. **Socioeconomic trajectories and incident hypertension in a biracial cohort of young adults**. *Hypertension* 2002; 39:772-6.

MION JR, D.; PIERIN, A. M. G.; NOBRE, F. Uso da monitorização ambulatorial da pressão arterial em hipertensão. **Rev. Diagnóstico Tratamento**, v.3, n.3, p.13-17, 2005.

MONTEIRO M F G., ALVES M I C. **Aspectos Demográficos da População hipoertensa no Brasil**. In: Veras R P (Org) *Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Relume – Dumará: UnATI/UERJ; 2005. p.65-78

NOBLAT, A.C.B.; LOPES, M.B.; LOPES G.B.; LOPES A.A. **Complicações da Hipertensão Arterial em Homens e Mulheres Atendidos em um Ambulatório de Referência.** Arq Bras Cardiol. 2006; 83: 308-13.

OLIVEIRA, T.C.; ARAÚJO, T.L.; MELO, E. M.; ALMEIDA, D.T. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de Hipertensão Arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, julho-agosto; v.10, n.4, p.530-536, 2002.

OMS (Organización Mundial de la Salud). **La hipertensión arterial como problema de salud comunitário: manual de normas operativas para un programa de control en los diferentes niveles de atención.** Washington (DC): La Organización; 2006.

OPARIL, S. **Hipertensão arterial.** In: Goldman L, Bennet JC, organizadores. Cecil – Tratado de medicina interna. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 289-92.

OREM, D.E. **Nursing concepts of practice.** 6 ed. Boston: Mosby, 2001

PASCHOAL, I. **Tratamentos em situações especiais em hipertensão.** In: Quartas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão: mesa redonda. Rio de Janeiro: Publicações Científicas; 2006. p. 14-15.

PIERIN, A.M.G.; SOUZA, V.F.; MORAES, K.H.; GOMES, M.A.M.; MION JR, D. **A medida da pressão arterial e o diagnóstico da hipertensão arterial.** In: PIERIN, A.M.G. (Org.). Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole, 2004. v.1, p.27-48.

POZZAN, R.; BRANDÃO, A.A.; MAGALHÃES, M.E.; FREITAS, E.V.; BRANDÃO, A.P. O controle da pressão arterial como questão central no tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Brás. Hipertens.**, v.10, n.4, p. 253-259, 2003.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Introdução à epidemiologia moderna.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.

SANT'ANNA M J G. **UnATI, a velhice que se aprende na escola: um perfil de seus usuários.** In: Veras R P (Org) Terceira idade: desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro: Relume – Dumará: UnATI/UERJ; 1997 p.75-102.

SBH - Sociedade Brasileira de Hipertensão. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 4.** Campos do Jordão; 2002.

SBH - Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI Consenso brasileiro de hipertensão arterial. **Rev Bras Cardiol** 2006; 1:92-133.

SGAMBATTI, M.S.; PIERIN, A.M.G.; MION JR, D. A medida da hipertensão arterial. **Rev. Brás. Hipertens.**, v.7, p.65-70, 2000.

SILVA, J.L.L.; SOUZA, S.L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Rev. Eletrônica Enfermagem**, v.6, n.3, p.330-335, 2004.

SOWERS DK. **Urgências hipertensivas**. In: Weber MA. Hipertensão. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2003. p. 257-260.

TRINDADE, I.S.; HEINECK, G.; MACHADO JR; AYZEMBERG, H.; FORMIGHIERI, M.; CRESTANE, M. **Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Passo Fundo (RS)**. Arq Bras Cardiol 2003; 71:127-30.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais. A pesquisa qualitativa em educação. O Positivismo. A Fenomenologia. O Marxismo**. 4ªed. São Paulo: Atlas, 1987. 173p.

VAN ROSSUN CTM, VAN DE MHEEN H, WITTEMAN JCM, HOFMAN A, MACKENBACH JP, GROBBEE. **Prevalence, treatment, and control of hypertension by sociodemographic factors among the Dutch elderly**. Hypertension 2003; 35:814-21.

WHELTON, P.K. **Epidemiology of hypertension**. Lancet 2006; 344:101-6.

ZAITUNE, M.P.A.; BARROS, M.B.A.; CÉSAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. **Hipertensão arterial: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil**. Cad. de Saúde Pública, v.22, Rio de Janeiro, fev. 2006.