

17. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO

Magna Maria de Carvalho¹

Dalma Alves Pereira Borges²

Leilinéia Pereira Ramos de Rezende Garcia³

Lorena Aparecida de Oliveira Araújo⁴

Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem que se vincula a matéria:

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 509/2016. Dispõe sobre a Anotação de Responsabilidade Técnica, pelo Serviço de Enfermagem, bem como, as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente.

Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 661/2021. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco.

Resolução COFEN nº 689/2022. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cumprimento de prescrições a distância, através de meios eletrônicos.

1. CONCEITO, FATORES DE RISCO E EPIDEMIOLOGIA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), pode ser conceituada como uma doença crônico-degenerativa de natureza multifatorial, caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos, caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD), maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2021a). A validação das medidas da PA, por meio da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) ou da auto medida da pressão arterial (AMPA), são aconselhadas (SBC, 2018; BARROSO, *et al.*, 2020).

A HAS correlaciona-se, frequentemente, a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e estruturais de órgãos alvos (distúrbios hematológicos, cardiovasculares, encefálicos e renais), podendo ser agravada pela presença de outros fatores de risco adicionais como: idade avançada, dislipidemia, diabetes mellitus, história familiar prematura para Doença Cardiovascular (DCV), obesidade, sedentaris-

¹ Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde, Superintendência de Vigilância em Saúde/SES-GO.

² Enfermeira. Mestre em Nutrição e Saúde, HC/Universidade Federal de Goiás.

³ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva, Superintendência de Vigilância em Saúde/SES-GO.

⁴ Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

mo, e associação do consumo de tabaco e álcool, bem como ingestão excessiva de sal. Adicionalmente, apresenta impacto significativo nos custos de saúde e socioeconômicos, decorrentes das complicações em órgãos alvo (BARROSO *et al.*, 2020).

Segundo dados do DATASUS, as DCV são as principais causas de morte no Brasil (BRASIL, 2022a). Quanto à morbidade, a prevalência da HAS, na população acima de 18 anos, corresponde a 25,2%, de acordo com a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL. Em Goiânia, essa prevalência equivale a 23,1% da população, sendo 21,6 % mulheres e 24,5% homens (BRASIL, 2021b).

Portanto, em decorrência da alta morbimortalidade associada à HAS e dos custos elevados para o seu tratamento, torna-se imprescindível o diagnóstico e o tratamento adequados para a modificação da história natural da doença hipertensiva.

O objetivo deste protocolo é subsidiar a conduta do enfermeiro, atualizando conhecimentos e orientando para uma abordagem integral do cuidado ao portador de HAS, usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Este documento adere-se às exigências do Conselho Regional e Federal de Enfermagem (COREN e COFEN), seguindo a Lei Federal Nº 7498/86, o Decreto Nº 94406/87 e a Resolução COFEN Nº 358/2009, bem como recomendações dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde e as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

2. RASTREAMENTO, DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO

Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando for à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de, ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada (SBC, 2016; BARROSO *et al.*, 2020).

A periodicidade recomendada, no caso de normotensão, é de uma aferição mínima a cada 2 anos e, em caso de pré-hipertensão, aferições anuais. Além disso, o nível pressórico deve ser, obrigatoriamente, aferido em todos os atendimentos da pessoa. É importante destacar que parcela considerável (30% a 40%) das pessoas com HAS permanece assintomática durante anos, desconhecendo a própria condição de saúde e chegando, tardiamente, a um diagnóstico, muitas vezes já com a ocorrência de complicações. Daí a importância da vigilância contínua (SBIBAE, 2020).

Considerando-se que os valores de PA, obtidos por métodos distintos, têm níveis de anormalidade diferentes, há que se considerar os valores de normalidade definidos para cada um deles para o estabelecimento do diagnóstico. Os valores que definem a HAS estão expressos no Quadro 1. Atualmente, são consideradas anormais as médias de PA sistólica/diastólica aferidas por MAPA em 24 horas $\geq 130/80$ mmHg, em vigília $\geq 135/85$ mmHg e durante o sono $\geq 120/70$ mmHg; e para MRPA $\geq 130/80$ mmHg (SBC, 2018; BARROSO *et al.*, 2020).

QUADRO 1. CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (HA)

Classificação *	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA ótima	< 120	e	< 80
PA normal	120-129	e/ou	80-84
Pré Hipertensão	130-139	e/ou	85-89
Hipertensão Estágio 1	140-159	e/ou	90-99

Hipertensão Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
Hipertensão Estágio 3	≥ 180	e/ou	≥ 110

PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica.

Observações: A HA sistólica isolada, caracterizada pela PAS ≥ 140 mmHg e PAD <90 mmHg, é classificada em 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAS nos intervalos indicados. A HA diastólica isolada, caracterizada pela PAS <140 mmHg e PAD ≥90 mmHg, é classificada em 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAD nos intervalos indicados.

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2021).

A Hipertensão do avental branco (HAB) é definida como valores pressóricos elevados dentro do consultório e normais nas medidas por MAPA, MRPA ou AMPA, e Hipertensão mascarada (HM) é a PA normal no consultório e alterada nas avaliações fora dele (BARROSO *et al.*, 2020).

O Fluxograma A, apresenta estratégias de rastreamento e diagnóstico de HAS na Atenção Primária (ver final deste capítulo)

3. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

A estratificação de risco faz-se necessária para a otimização da terapêutica e do acompanhamento. Deve ser realizada no primeiro atendimento e atualizada nos encontros programados para avaliação longitudinal do usuário e sempre que uma nova situação se apresentar. Esta estratificação pode ser realizada, tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro, e compartilhada com toda a equipe da unidade (SBC, 2018; BRASIL, 2014a; 2014b; 2014c). Os critérios para estratificação de risco são apresentados no Quadro 2.

QUADRO 2. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NO PACIENTE COM HIPERTENSÃO, DE ACORDO COM FATORES DE RISCO ADICIONAIS, PRESENÇA DE LESÃO EM ÓRGÃO-ALVO E DE DOENÇA CARDIOVASCULAR OU RENAL

	PAS 130-139 ou PAD 85-89	HA Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HA Estágio 2 PAS 160 -179 ou PAD 100-109	HA Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sem fator de risco	Sem Risco Adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥3 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

DM: diabetes mellitus, DRC: doença renal crônica, DCV: doença cardiovascular, HA: hipertensão arterial, LOA: lesão em órgão-alvo, PAS: pressão arterial sistólica, PAD: pressão arterial diastólica.

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020).

As metas pressóricas, a serem adotadas para o tratamento são: para risco baixo- moderado <140/90 mmHg, e alto risco PAS 120-129 e PAD 70-79 (BARROSO *et al.*, 2020).

A primeira avaliação dos usuários, após a confirmação da HÁ, deve ser integrada e abranger avaliação clínica, exames complementares, identificação e investigação de fatores de risco. Preferencialmente, deve ser organizada com a lógica da atenção contínua pela qual são realizadas avaliações individuais sequenciais pelo enfermeiro, seguindo-se a discussão de caso e a elaboração do plano de cuidados e autocuidado autogerenciamento (SBC, 2018; SBIBAE, 2020).

4. TÉCNICA DE AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Para este procedimento, alguns cuidados são importantes, tais como: tipo do equipamento/calibragem (INMETRO), preparo apropriado do paciente, uso da técnica padronizada (BARROSO *et al.*, 2020):

4.1. Preparo do paciente

Deve-se explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso de 3 a 5 minutos em ambiente calmo. O profissional deve orientar o paciente a não conversar durante a medição e certificar-se de que este não está com a bexiga cheia; não praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos; não fumou nos 30 minutos anteriores. O paciente deve estar sentado, com as pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e as roupas não devem “garrotear” o membro (BARROSO *et al.*, 2020).

Para uma medida adequada da pressão arterial é necessário: (BARROSO *et al.*, 2020; SBC, 2018; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2021a).

- a) Determinar a circunferência do braço no ponto médio entre acrômio e olécrano;
- b) Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço;
- c) Colocar o manguito em contato com a pele, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital;
- d) Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
- e) Estimar o nível da pressão arterial sistólica (PAS) pela palpação do pulso radial;
- f) Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;
- g) Inflar, rapidamente, até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação;
- h) Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo);
- i) Determinar a PAS pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação;
- j) Determinar a Pressão Arterial Diastólica (PAD) no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff);
- k) Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som, para confirmar seu desaparecimento e, depois proceder à deflação rápida e completa;
- l) Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da PAS/PAD/zero;
- m) Realizar pelo menos duas medições, com intervalo em torno de um minuto. Medições adicionais deverão ser realizadas se as duas primeiras forem muito diferentes.
- n) Medir a pressão, em ambos os braços, na primeira consulta e usar o valor do braço onde foi obtida a maior pressão como referência;
- o) Informar o valor de PA obtido para o paciente;
- p) Anotar os valores exatos e o braço em que a PA foi medida.

4.2. Crianças e adolescentes

Por convenção, um manguito apropriado deve ter largura de pelo menos 40% da circunferência do braço do paciente no ponto médio do braço, isto é, o ponto médio encontrado entre o olécrano e o acrômio. O manguito adequado deve cobrir 80% a 100% da circunferência do braço. Para que todas estas recomendações sejam atendidas, a relação largura-comprimento, deve ser de pelo menos 1:2 (SBC, 2016).

A determinação da pressão arterial em crianças é recomendada como parte integrante de sua avaliação clínica. À semelhança dos critérios já descritos para adultos:

1. A largura da bolsa de borracha do manguito deve corresponder a 40% da circunferência do braço.
2. O comprimento da bolsa do manguito deve envolver 80% a 100% da circunferência do braço.
3. A pressão diastólica deve ser determinada na fase V de Korotkoff.

Recomenda-se a aferição da pressão arterial na criança a partir de 3 anos, pelo menos uma vez a cada ano, respeitando os padrões de medição estabelecidos para os adultos (BARROSO *et al.*, 2020).

4.3. Gestantes

A aferição da pressão da gestante segue a mesma técnica recomendada para o adulto, pode também ser medida no braço esquerdo, em decúbito lateral esquerdo em repouso.

Considera-se hipertensão na gravidez quando a gestante apresenta valores de PAS >140 mmHg e/ou PAD > 90mmHg, que deve ser confirmada por outra medida realizada com intervalo de 4 horas. É necessário a realização da MAPA e MRPA nas gestantes, na suspeita de HAB, auxiliando no diagnóstico e conduta clínica (BARROSO *et al.*, 2020).

4.4. Obesos

Manguitos mais longos e largos são necessários em pacientes obesos para não haver superestimação da PA. Em braços com circunferência superior a 50 cm, onde não há manguito disponível, pode-se fazer a medição no antebraço, devendo o pulso auscultado ser o radial (BRASIL, 2014b; BARROSO *et al.*, 2020).

4.5. Idosos

Os níveis de PA da população idosa sofrem alterações do próprio envelhecimento, como maior ocorrência de efeito do jaleco branco, hipotensão ortostática, pós-prandial e de hiato auscultatório (que é o desaparecimento momentâneo dos sons na ausculta na aferição da pressão arterial, acontecendo entre as fases 1 e 2 dos sons de Korotkoff). A MAPA/MRPA é útil para essa população devido à grande variação da PA, no decorrer das 24h. Recomenda-se a aferição da pressão arterial, também, na posição de pé, após 3 minutos, nos diabéticos, idosos e em outras situações em que a hipotensão ortostática possa ser frequente ou suspeitada (BRASIL, 2014a; 2014c; BARROSO *et al.*, 2020).

5. CONSULTA DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem, para o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS, pode ser realizada por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), e possui seis etapas inter-relacionadas entre si, objetivando a educação em Saúde para o autocuidado (Reso-

lução do Cofen nº 358/15, de outubro de 2009, reafirmadas em 2012, pela Resolução 429). As etapas são: Coleta de dados ou Anamnese (composto por histórico e exame físico: ANEXO B - ver final deste capítulo); Diagnóstico de Enfermagem (relação das necessidades reais ou potenciais da pessoa, realizado com base no raciocínio e julgamento Clínico, ou seja, considerando o processo de análise e decisões complexas sobre o estado de saúde/adoecimento do indivíduo e do contexto em que vive; Planejamento da Assistência (plano de cuidados individualizado ou prescrição de enfermagem); Implementação da assistência (efetivação do plano assistencial) e Avaliação do processo de cuidado (avaliação deliberada, contínua e conjunta do indivíduo, utilizada para monitorar o progresso do nível de saúde) (ARGENTA, ADAMY, BITENCOURT, 2022).

5.1. Checklist - Anamnese de Enfermagem

Na realização da anamnese ou histórico de enfermagem é necessário observar as condições do paciente (social, saúde física e mental), antecedentes pessoais e familiares. Para tanto, faz-se necessário uma abordagem holística e bem detalhada (ver final deste capítulo).

5.2. Diagnóstico de Enfermagem

Em um processo de raciocínio clínico, são formulados diagnósticos de enfermagem, para os quais propostas de solução são estabelecidas. Estes diagnósticos, pela classificação da NANDA-I, possuem uma definição e um conjunto de características definidoras e fatores relacionados, e através deles é que ocorre a individualidade do diagnóstico. As características definidoras são entendidas como um conjunto de sinais e sintomas que asseguram a presença de um determinado diagnóstico, e os fatores relacionados são o motivo pelo qual levou àquele diagnóstico, ou seja, as suas causas. Então, a seleção das características definidoras e dos fatores relacionados estabelecem se a coleta de dados e o agrupamento desses dados corresponde ao DE escolhido (HERDMAN, 2017).

Os principais Diagnósticos de enfermagem para o portador de hipertensão são:

1. Risco de Função Cardiovascular Prejudicada;
2. Estilo de Vida Sedentário;
3. Falta de Adesão;
4. Conhecimento deficiente
5. Sobrepeso

5.3. Planejamento da assistência de Enfermagem

Abordar/orientar sobre:

1. A doença e o processo de envelhecimento;
2. Motivação para modificar hábitos de vida não saudáveis;
3. Percepção de presença de complicações;
4. Os medicamentos em uso (indicação, doses, horários, efeitos desejados e colaterais);
5. Solicitar e avaliar os exames previstos no protocolo assistencial local, por exemplo: Hemograma; Urina (bioquímica e sedimento); Creatinina sérica; Potássio sérico; Sódio; Glicemia de jejum; Lipidograma total; Ácido úrico; Ureia; Eletrocardiograma.

5.4. Implementação da assistência de Enfermagem

A implementação dos cuidados deverá ocorrer de acordo com as necessidades e grau de risco da pessoa e da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado, em cada consulta.

5.5. Avaliação da assistência de Enfermagem

Por fim, o enfermeiro irá registrar os dados de forma deliberada, sistemática e contínua. Deverá ser registrado a evolução do paciente para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado. É realizada a orientação das ações relativas aos problemas encontrados. Com base nos diagnósticos efetivados, o enfermeiro adotará condutas de resolutividade própria, ou de encaminhamento ao profissional ou serviço competente, no caso de a intervenção fugir ao seu âmbito de atuação. Avaliar a necessidade de mudança ou de adaptação no processo de cuidado e reestruturar o plano, de acordo com essas necessidades, é uma atitude fortemente recomendável e, realizada, oportunamente, vai impactar no controle satisfatório da doença (ARGENTA; ADAMY; BITENCOURT, 2022).

6. TRATAMENTO DA HAS

6.1. Tratamento Medicamentoso

Conforme preconizado pela diretriz da sociedade brasileira de cardiologia e protocolos locais.

O Enfermeiro pode, de acordo com a Lei Federal Nº 7.498/86, renovar as receitas de medicamentos anti-hipertensivos dispostos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME (BRASIL, 2022b), com renovações estabelecidas por até seis (6) meses, mediante consulta de enfermagem e exame físico e laboratoriais de acordo com a necessidade do paciente.

O profissional Enfermeiro não deve remover qualquer medicação prescrita por profissional médico, alterar a dose ou posologia das medicações prescritas. Deve-se fazer a avaliação quanto à necessidade de uso, o aparecimento de reações adversas ou qualquer outra situação relacionada ao uso da medicação (FLORIANÓPOLIS, 2015).

Para renovar a receita medicamentosa, o Enfermeiro deve levar em consideração: A última receita prescrita pelo médico, devidamente registrada no sistema/prontuário e seguir, rigorosamente, a prescrição estabelecida; Avaliar se o paciente não apresenta sintomas que necessitem de avaliação médica imediata; Checar se o paciente não tem registro no prontuário ou laudo médico de insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) prévio, doença arterial periférica, neuropatias, insuficiência renal crônica. Nestes casos, deve-se encaminhar o paciente para avaliação e conduta médica; O Enfermeiro deve observar se o paciente não recebeu atendimento no serviço de urgência devido a HAS/DM, desde a última avaliação médica na APS; certificar-se que o paciente tem função renal preservada (Clearance de creatinina maior ou igual a 90 ml/min), e deve obedecer a lista de medicamentos recomendados pela RENAME que está disponível em seu município (BRASIL, 2022b; FLORIANÓPOLIS, 2015).

6.2. Tratamento Não-Medicamentoso

O paciente deve ser, continuamente, estimulado a adoção de hábitos saudáveis de vida. Alguns aspectos que devem ser observados:

PLANO ALIMENTAR SAUDÁVEL – Devem-se valorizar as exigências de uma alimentação saudável, aumentando o consumo de frutas e hortaliças e reduzindo o consumo de alimentos ultraprocessados, sal e gorduras saturadas, mas considerando as preferências pessoais e o poder aquisitivo do indivíduo e sua família. O controle do peso corporal deve ser incentivado, reduzindo assim, o risco de doenças cardiovasculares (ver final deste capítulo). O sucesso do tratamento depende, fundamentalmente, da mudança comportamental e da adesão a um plano alimentar saudável que incluem orientações úteis no dia a dia do usuário, segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira (ROCHA, 2013; BRASIL, 2014b).

REDUÇÃO DO CONSUMO DE SAL – Apesar das diferenças individuais de sensibilidade, mesmo modestas reduções na quantidade de sal são, em geral, eficientes em reduzir a PA. Tais evidências reforçam a necessidade de orientação, tanto aos hipertensos quanto às demais pessoas sobre os benefícios da redução de sódio na dieta. A necessidade diária de sódio para os seres humanos é contida em 5 g de cloreto de sódio ou sal de cozinha, o equivalente a uma colher rasa de chá/dia/pessoa, segundo os Cadernos de Atenção Básica 35 e 38 (BRASIL, 2014a; 2014b).

CONSUMO DE FIBRAS – No tratamento de pacientes portadores de HA, sugere-se o incentivo do consumo de alimentos que sejam fonte de fibras solúveis, e seus alimentos-fontes devem ser consumidos preferencialmente no início das refeições (BRASIL, 2014d). Para isto deve-se incluir, pelo menos, cinco porções de frutas, legumes e verduras no plano alimentar diário, procurando variar os tipos e cores consumidos durante a semana.

EVITAR GORDURAS SATURADAS – Optar por alimentos com reduzido teor de gordura, preferencialmente, do tipo mono ou poliinsaturada, presentes nas fontes de origem vegetal. As principais fontes dietéticas de ácidos graxos monoinsaturados (oléico) são óleo de oliva, abacate e oleaginosas (amendoim, castanhas, nozes, amêndoas). Deve-se, no entanto, considerar, geralmente, as preferências do indivíduo, a facilidade de acesso e o custo dos alimentos, optando sempre que possível, pela recomendação de alimentos produzidos localmente.

BAIXO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS - Há associação entre o consumo regular de álcool e a hipertensão arterial sistêmica (HAS), em uma relação dose/resposta linear. Nota-se o aumento da pressão arterial (PA) a partir de 3 doses de álcool por dia (45 g de etanol) (BARROSO *et al.*, 2020).

PRÁTICA REGULAR DE ATIVIDADE FÍSICA – 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 dias) de forma contínua ou acumulada (NARDIN, 2011) O efeito da atividade de intensidade moderada pode ser de forma acumulada, sendo que os 30 minutos podem ser realizados em uma única sessão ou em duas sessões de 15 minutos (por exemplo: manhã e tarde) ou ainda, em três sessões de dez minutos (p. ex. manhã, tarde e noite) (ROCHA, 2013; LENZI, 2016).

SUSPENSÃO DO HÁBITO DE FUMAR – O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Portanto, os hipertensos, que fumam, devem ser estimulados a deixar esse hábito por meio de suporte terapêutico específico e aconselhamento (SBC, 2018; ROCHA, 2013).

CONTROLE DO ESTRESSE PSICOSSOCIAL – Diferentes técnicas de controle do estresse têm sido avaliadas, apesar de resultados ainda conflitantes, porém, algumas técnicas associadas ao apoio psicoterápico podem ajudar bastante. Alguns exemplos são atividade física regular; meditação, musicoterapia, biofeedback, ioga; técnicas de grupo conduzidas por equipe multiprofissional (PEREIRA, 2011; SOUZA, 2004).

7. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS CRISES HIPERTENSIVAS

A crise hipertensiva é uma elevação abrupta e sintomática da pressão arterial, com risco de deterioração aguda de órgãos-alvo, podendo haver risco de morte. Pacientes com ou sem diagnóstico prévio de HAS podem apresentar episódios agudos, geralmente com pressão arterial sistólica (PAS), superior a 180 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD), superior a 120 mmHg. As crises podem ter caráter de urgência ou emergência (BRASIL, 2021a; 2006)

As urgências hipertensivas são situações clínicas sintomáticas em que há elevação acentuada da PA sem lesão aguda e progressiva, enquanto as emergências hipertensivas são situações clínicas sintomáticas em que há elevação acentuada da PA com LOA aguda e progressiva (DISTRITO FEDERAL, 2018).

O profissional de enfermagem deve realizar uma avaliação clínica adequada da pressão arterial e de lesões de órgãos alvo, a fim de identificar casos de crises hipertensivas para tomar conduta correta. Deve-se realizar exame físico e obter informações acerca de comorbidades, PA usual, situações ou uso de fármacos anti-hipertensivos que possam influenciar na elevação da mesma. A PA deve ser medida nos dois braços e, no mínimo 2 vezes e, é importante orientar o paciente acerca dos medicamentos anti-hipertensivos e da manutenção do tratamento. O tratamento anti-hipertensivo de uso crônico deve ser otimizado e as medidas não farmacológicas, reforçadas (BRASIL, 2021a; 2014a).

8. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE HIPERTENSO NO PÓS-COVID

A COVID-19 é altamente infecciosa, e todos os indivíduos infectados podem apresentar um quadro clínico leve ou desenvolver sintomas graves, como pneumonia e insuficiência respiratória aguda, podendo levar a óbito. Indivíduos com doenças crônicas fazem parte do grupo de maior risco para desfechos graves. Em relação aos fatores de riscos para morte hospitalar pela COVID, 48% dos pacientes apresentam comorbidades, sendo a hipertensão a mais comum (30%). Estudos identificaram uma alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), em casos graves de COVID e, esta patologia tem sido considerada um fator de risco importante (SANTANA *et al.*, 2020).

Em tempos de pandemia, o acompanhamento do paciente hipertenso tornou-se muito importante (OPAS, 2022) e, mais evidente e desejável a estabilização do quadro. Entretanto, os serviços de saúde reduziram as consultas presenciais, com o intuito de fortalecer a medida de isolamento social e minimizar os riscos para as populações com maior risco de complicações, o que desmotivou muitas pessoas a procurarem assistência (CONASEMS/CONASS, 2020).

Esta situação viabiliza discussões sobre a necessidade do uso de novas tecnologias como alternativa para o acompanhamento do usuário, de modo a manter o cuidado, estimular a adesão ao tratamento e evitar sua descompensação clínica. O enfermeiro deve estar atento, durante a consulta de enfermagem, aos pacientes que tiveram diagnóstico positivo para Covid, e que estão, conco-

mitantemente, com a PA descompensada. É possível intervir nos casos mais críticos, monitorar a adesão ao tratamento e incentivá-los a manter hábitos saudáveis, com o uso de aplicativos/ telefone, sendo que, na tele consulta da enfermagem, a equipe pode verificar se o paciente necessita de consulta presencial.

O desafio é manter a motivação e comunicação entre paciente e equipe para executar as atividades. Com essa estratégia, os pacientes se sentem acolhidos, percebem que a equipe está preocupada e empenhada em oferecer cuidados à sua saúde, e que a pandemia não é motivo para o descontrole de sua doença.

Por se tratar de uma doença nova, ainda não se conhece todas as possíveis complicações advindas deste mal e o período máximo em que elas podem aparecer após o início da enfermidade. Mudanças estão acontecendo a todo momento e, o enfermeiro deve se atentar para a atualização, em tempo oportuno, dos protocolos de atenção à saúde.

9. EDUCAÇÃO EM SAÚDE/GRUPOS

O grau de conhecimento do indivíduo sobre as suas condições de saúde contribui para o auto-gerenciamento e melhorias na qualidade de vida, por meio de intervenções na promoção da saúde (PEREIRA, 2011). Há um consenso de que os programas que consideram os determinantes sociais da saúde (condições de moradia, emprego, renda, acesso à educação, letramento em saúde) com atenção centrada na pessoa, têm melhores resultados. Desenvolver competências e capacidades pessoais no controle de sua saúde, com aumento da capacidade para procurar informação e assumir responsabilidades, constitui o Letramento em Saúde (LS), que é o processo que se estende ao longo da vida (NUTBEAM; LLOYD, 2020).

A OMS define LS como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade para acessar, compreender e utilizar informação, com condições para tomar decisões sobre os cuidados, promover saúde e prevenir doenças (WHO, 1998).

Os profissionais de saúde desempenham um papel central como promotores e ativadores do LS nos diferentes contextos de interação: profissional – pessoa e profissional-população. Assim, adequar medidas e procedimentos pode refletir em boa prática na sua intervenção (ALMEIDA, 2020):

- a) Simplificar a comunicação e confirmar a compreensão;
- b) Adequar as orientações que permitam tornar clara e de fácil compreensão a navegabilidade no sistema de saúde;
- c) Apoiar aos esforços das pessoas na adoção de hábitos de vida saudáveis.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Cristina Vaz de. **Organizações literadas, literacia em saúde e boas práticas em tempo de pandemia-ao encontro dos objetivos do desenvolvimento sustentável**. 2020.

ARGENTA, C; ADAMY, E.K.; BITENCOURT, J.V.O.V.; (organizadoras). b da teoria à prática em cuidados intensivos. (**Coleção Processo de Enfermagem: da teoria à prática**; v. 2). Chapecó: Ed. UFFS, 2022, 175 p.

BARROSO W.K.S.; RODRIGUES C.I.S.; BORTOLOTTI L.A.; MOTA-GOMES M.A.; BRANDÃO A.A.; FEITOSA A.D. M.; *et al.* **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial** – 2020; *ArqBrasCardiol.* 2021; 116 (3):516-658

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS/MS/SVS/CGIAE - **Sistema de Informações sobre Mortalidade SIM**. 2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pobt10uf.def> -CID 10-Capítulos I00-I99. Acesso em 27 de mar 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. 181 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 162 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38). Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 212 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de . **Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de . – Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. 85 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. 2020. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquéritos telefônicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. 124 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **LEI FEDERAL nº 7.498/86**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1986 Brasília, DF, 26 jun. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 14 abr. 2022

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 10 abr. 2022.

CONASEMS. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde; CONASS. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Brasília; 2020.

COREN-GO. Conselho Regional de Enfermagem. **Leis, Decretos e Resoluções da Legislação do Exercício Profissional da Enfermagem**, conforme COREN/GO e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); 2012.

DECRETO 94.406, que Regulamenta a **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm. Acesso em: 02 abr. 2022

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Protocolo de Atenção à Saúde: Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde, 2018. 99 p.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem I: Hipertensão, Diabetes e outros Fatores Associados a Doenças Cardiovasculares**, Florianópolis - SC: Secretaria Municipal de Saúde, 2015. 34p.

HERDMAN TH, KAMITSURU S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. Porto Alegre: Artmed; 2015.

LENZI, M. A. **Saiba por que a fibra é importante na sua alimentação**. 2016. Disponível em: <http://www.diabetesevoce.com.br/blog/saiba-porque-a-fibra-e-importante-na-sua-alimentacao>. Acesso em: 02 abr. 2022.

NARDIN, S. Z.; SANTOS, C.S.; DIAS, S. L.A. **Hipertensão arterial sistêmica e atividade física**. In: Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão, 3, 2011, Pampas. Anais. Universidade Federal do Pampas, 2011.

NUTBEAM, Don; LLOYD, Jane E. Understanding and responding to health literacy as a social de-terminant of health. **Annual review of public health**, 2020.

OPAS. Organização Pan-Americana da saúde. **Hipertensão Arterial**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=397:hipertensao-arterial&Itemid=463. Acesso em 29 mar 2022

PEREIRA, D.A.P. **Efeito da ação educativa sobre o conhecimento da doença e o controle metabólico de pacientes com diabetes mellitus tipo 2**. 2011. 116 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Nutrição, Goiânia, 2011.

ROCHA, S. V.; *et al.* Atividade física como modalidade terapêutica não-medicamentosa: análise do discurso de idosos hipertensos. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n. 5, p.49-60, set. 2013.

SANTANA V.V.R.S.; *et al.* Fatores de Risco Para o Agravamento da COVID-19 em Indivíduos Jovens. **Enfermagem em foco**, 2020; 11(2): 37-45.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN (SBIBAE). **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada** - saúde da pessoa com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Ministério da Saúde; 2020. 88 p.

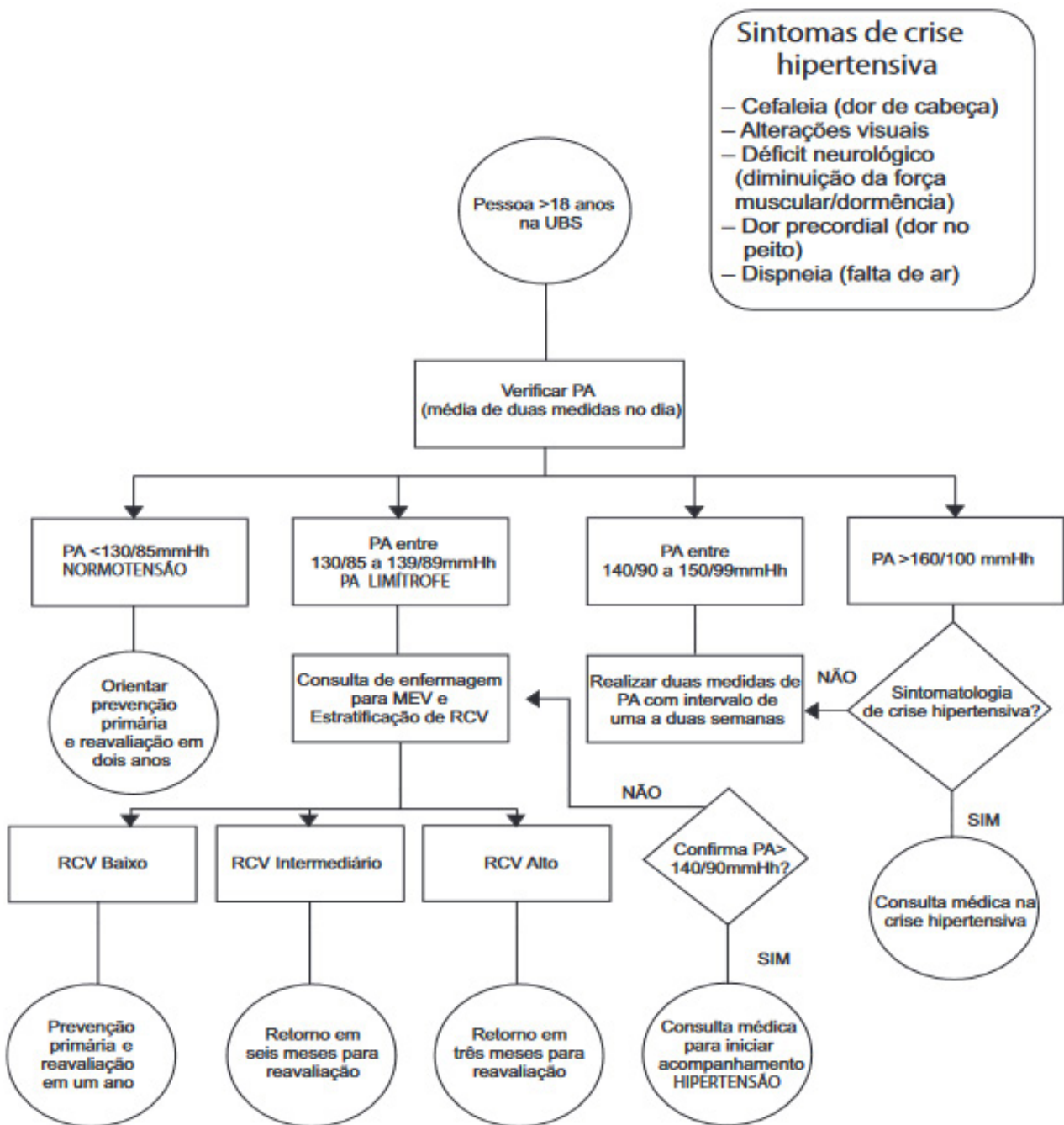
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **6ª Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial e 4ª Diretrizes de Monitorização Residencial da Pressão Arterial**. Arq. Bras. Cardiol., v. 110, n. 5 Supl.1, 2018. p. 1-29.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arq. Bras. Cardiol., v. 107, 2016. p. 1-83.

SOUZA, A. L. L. Educando a pessoa hipertensa. In: PIERIN, A.M.G. **Hipertensão Arterial: uma proposta para o cuidar**. São Paulo: Manole, 2004. p.165-184.

WHO. World Health Organization. **Obesity: preventingandmanagingthe global epidemic**. Reportof a WHO Consultation. Geneva: Technical Report Series. 2000; n. 8

Figura A - FLUXOGRAMA - RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DE HAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA



Legenda: RCV= risco cardiovascular/ UBS= unidade básica de saúde /MAPA=monitorização ambulatorial da pressão arterial; MRPA= monitorização residencial da pressão arterial.

Fonte: DAB/SAS/MS.

CHECKLIST PARA COLETA DE DADOS APLICADOS A PACIENTES SUSPEITOS OU IDENTIFICADOS COM HAS

I Identificação:

Nome: _____ Sexo: M () F () Identidade sexual: _____

Endereço: _____

DN: _____ Idade: _____ Raça/cor: _____ Escolaridade: _____ Estado civil: _____ Ocupação: _____

Número de pessoas que moram na mesma casa: _____

II História atual:

Duração conhecida da hipertensão arterial e níveis de pressão: _____

Adesão e reações adversas aos tratamentos prévios: _____

Anti-hipertensivos em uso: _____

III Queixas atuais:

Sinais e sintomas sugestivos de lesão em órgão-alvo: _____

Tontura () Cefaleia () Alterações visuais () Dor precordial ()

Dispneia, () Paresia () Parestesias () Edema e lesões de MMII ()

IV Presença de lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares (DCV): Doenças cardíacas ()

Hipertrofia de ventrículo esquerdo () Angina ou infarto prévio do miocárdio () Revascularização miocárdica prévia () Insuficiência cardíaca () Doença arterial coronariana () Episódio isquêmico ou acidente vascular encefálico () Nefropatia () Doença vascular arterial periférica () Retinopatia hipertensiva () Gota ()

V Hábitos de vida:

*Alimentação inadequada devido ao consumo irrestrito de sal () açúcar (), gorduras (), cafeína () outros: _____

*Sono e repouso: quantidade média de horas de sono: _____

Dificuldade em pegar no sono () Dificuldade em sustentar o sono () Acorda mais cedo que o desejado ()

* Atividade física: Não pratica () 2x/sem () 3-4x /sem () mais de 4x/sem ()

* Higiene pessoal: Satisfatória () pouco satisfatória () nada satisfatória ()

* Higiene ambiente: Satisfatória () pouco satisfatória () nada satisfatória ()

* Funções fisiológicas: (cor/frequência/quantidade/características)

Evacuações: _____

Diurese: _____

VI Consumo de medicamentos que podem elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento:

Corticosteroides, anti-inflamatórios, anorexígenos, antidepressivos, hormônios (nome): _____

VII Consumo de drogas

* lícitas: álcool () doses: Tabaco () Nº cigarros dia: * ilícitas: _____

VIII: Investigação de fatores de risco:

* história familiar: Acidente Vascular Encefálico (), Doença Arterial Coronariana prematura (homens <55 anos, mulheres <65 anos) (), Morte prematura e súbita de familiares próximos (), Diabetes Mellitus ().

IX: Exame Físico

Medidas antropométricas:

*Peso: Altura: IMC: Circunferência abdominal:

Sinais Vitais

PA 1: PA 2: Pulso periférico: Pulso carotídeo:

FR: Temp: Dor:

Exame geral:

Tipo de Fácies Avaliação de pele (integridade, turgor, coloração e manchas)

Alterações de visão. Perfusão periférica:

Ausculta Cardíaca: Edema: Vasos:

OBS: Realizar duas medidas de PA, separadas por pelo menos 3 minutos, com paciente em posição sentada. A pressão arterial em ambos os membros superiores, e em pacientes com suspeita de hipotensão postural (queda de PAS = 20 mmHg e PAD =10 mmHg) e/ou idosos, recomenda-se verificar a PA também nas posições deitada (supina) e em pé (ortostática). Observar a variação da síndrome do jaleco branco. (SBC, 2016). Pulso radial e carotídeo (verificar).

MAGNITUDE DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES A PARTIR DOS VALORES DE ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

MAGNITUDE DO RISCO	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (Kg/M ²)	CLASSIFICAÇÃO
Peso saudável	18 a 24,9	----
Risco moderado	25 a 29,9	Pré-obesidade
Risco alto	30 a 34,9	Obesidade grau I
Risco muito alto	35 a 39,9	Obesidade grau II
Risco extremo	≤ 40	Obesidade grau III

Fonte: WHO (1997).