

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SIMONE ANGÉLICA ALVES DE SOUZA COSTA

**PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES
INDÍGENAS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA:
PLANO DE AÇÃO**

FLORIANÓPOLIS

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SIMONE ANGÉLICA ALVES DE SOUZA COSTA

**PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES
INDÍGENAS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA:
PLANO DE AÇÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - opção Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Dra. Vivian Saraiva Veras.

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES INDÍGENAS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PLANO DE AÇÃO** de autoria da aluna **SIMONE ANGÉLICA ALVES DE SOUZA COSTA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Prof. Dra. Vívian Saraiva Veras
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	6
2.1.1 Epidemiologia.....	7
2.1.2 Classificação.....	7
2.1.3 Etiologia.....	9
2.1.4 Patogenia.....	9
2.1.5 Diagnóstico.....	11
2.1.5.1 Anamnese.....	11
2.1.5.2 Exploração física.....	12
2.1.5.3 Exames laboratoriais.....	12
2.1.5.4 Estudos adicionais.....	13
2.2.6 PREVENÇÃO.....	14
3 MÉTODO	15
REFERÊNCIAS	16

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui um grave problema de saúde na comunidade mundial. Estima-se que cerca de 30% da população mundial adulta seja hipertensa. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), 23,4% da população adulta sofre da doença. Na região Norte, em 2012, este índice foi de 18,7%. A HAS constitui um dos problemas sócio-sanitários mais importantes, pois é um fator de risco de outras doenças mais graves, tais como: acidentes vasculares cerebrais, coronários, renais, entre outros (RIBEIRO; PLAVNIK, 2008). Em 90-95% dos casos, é de causa desconhecida, resultado de fatores constitucionais e ambientais; quase sempre se torna crônica e precisa de tratamento, farmacológico ou não, durante toda a vida (PIERIN et al, 2004).

A enfermagem utiliza estruturas teóricas e modelos conceituais para estabelecer um marco de referência e compreender o paciente e seu ambiente. Estes sistemas guiam os enfermeiros na observação e classificação dos indivíduos e as situações, já que como profissionais utilizam estes esquemas ou enfoques teóricos como seu marco de referência em cada componente de processo de atenção de enfermagem.

A função da Enfermagem a define como ciência humanitária; o objetivo do atual modelo de atuação deste profissional é buscar e promover uma interação harmônica entre o homem e seu entorno. Assim, o profissional enfermeiro deve fortalecer a consciência e integridade dos seres humanos, e dirigir ou redirecionar os padrões de interação existentes entre o homem e seu entorno para conseguir o máximo potencial de saúde.

Em relação ao profissional enfermeiro que atende pacientes hipertensos, este deve, entre suas múltiplas tarefas, proceder ao acompanhamento do paciente. No entanto, considerando-se que no âmbito da saúde indígena existem particularidades na atuação deste profissional, precisam-se investigar quais as práticas necessárias e possíveis para que o enfermeiro possa realizar a tarefa de fazer tal acompanhamento em pacientes indígenas?

Uma parte importante dos hipertensos indígenas não conta com atenção primária ou com um tratamento terapêutico; a maior parte desta população não tem consciência de seu estado de saúde e não recebe acompanhamento adequado, o que faz com que procurem o médico somente quando já sentem os sintomas da doença hipertensiva.

O objetivo geral deste trabalho é apresentar um plano de ação a partir de relatório de atendimentos do Ministério da Saúde do ano de 2012, contendo as práticas de enfermagem recomendadas para o acompanhamento de pacientes indígenas portadores de HAS atendidos pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) 7, que abrange os povos indígenas do Amapá e norte do Pará. Como objetivos específicos têm-se: definir e caracterizar a hipertensão arterial sistêmica; caracterizar as populações indígenas a quem deverão se dirigir as ações do plano de ação; investigar as práticas de enfermagem recomendadas para o acompanhamento de pacientes indígenas portadores de HAS.

2 MÉTODO

Este é um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Segundo Lakatos (2005), um estudo descritivo é aquele “que se realiza sobre um tema ou objeto pouco conhecido ou estudado, pelo que seus resultados constituem uma visão aproximada de tal objeto”. Para Minayo (2008), a pesquisa qualitativa “busca responder a questões muito particulares, trabalhando com um universo de significados, motivos, valores e atitudes visando compreender a realidade humana vivida socialmente”.

Trata-se de uma revisão bibliográfica, que pretendeu abordar um determinado conhecimento, conforme referencial teórico nacional, de acordo com a temática referida, realizada em publicações impressas e disponibilizadas em meio digital, em língua portuguesa, com datas de publicação entre 2004 e 2014, que contemplam o tema em estudo. De forma sistemática, esta pesquisa bibliográfica se deu com o fichamento de cada obra consultada, em que se buscou ressaltar as ideias centrais expostas pelos autores, com ênfase nos temas de interesse do estudo que estavam coerentes com os objetivos propostos.

De posse do material levantado e devidamente fichado, os resultados foram agrupados nas seguintes áreas temáticas: conceituação e características da hipertensão arterial sistêmica (HAS), caracterização dos povos indígenas alvo do plano de ação e procedimentos rotineiros de enfermagem no acompanhamento de pacientes indígenas portadores de HAS.

A pesquisa não fez uso de amostras biológicas e/ou células primárias provenientes de seres humanos e/ou animais assim como não utilizou animais e seres humanos como veículo ou hospedeiro para coleta e manutenção de insetos ou organismos invertebrados.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica caracterizada por um aumento contínuo dos níveis da pressão sanguínea nas artérias. Embora não exista um limiar estrito que permita definir o limite entre o risco e a segurança, de acordo com consensos internacionais, uma pressão sistólica sustentada acima de 139 mmHg ou uma pressão diastólica maior que 89 mmHg, estão associadas com um aumento mensurável do risco de aterosclerose e, portanto, se considera como uma hipertensão clinicamente significativa (BRANDÃO; AMODEO; NOBRE, 2012).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia define a HAS como

[...] uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (NOBRE et al, 2010, pág. 1).

A hipertensão arterial se associa a taxas de morbidade e mortalidade consideravelmente elevadas, pelo que se considera um dos problemas mais importantes de saúde pública, especialmente nos países desenvolvidos, afetando cerca de um milhão de pessoas, à nível mundial (NOBRE et al, 2010).

A HAS é uma doença assintomática fácil de ser detectada. No entanto, segue com complicações graves e letais se não se trata a tempo. A hipertensão crônica é o fator de risco modificável mais importante para se desenvolver doenças cardiovasculares, assim como para a doença cérebro-vascular e renal (RIBEIRO; PLAVNIK, 2008).

Sabe-se também que os homens têm mais predisposição para desenvolver hipertensão arterial que as mulheres, situação que se modifica quando a mulher chega à menopausa, já que antes deste evento ela possui hormônios protetores que, no entanto, desaparecem neste período; a partir deste momento a frequência se iguala, portanto a mulher deve ser mais vigiada para esta doença nos anos da menopausa (PIERIN et al, 2004).

A HAS, de maneira silenciosa, produz alterações no fluxo sanguíneo, a nível macro e micro vascular, causados por sua vez por disfunção do revestimento interno dos vasos sanguíneos, pelo remodelamento da parede das arteríolas de resistência, que são as responsáveis de manter o tônus vascular periférico. Muitas destas alterações antecedem a elevação da pressão arterial e produzem lesões orgânicas específicas (BRANDÃO; AMODEO; NOBRE, 2012).

Em 90% dos casos a causa da hipertensão arterial é desconhecida, motivo pelo que se denomina hipertensão arterial essencial, com uma forte influência hereditária. Entre 5 e 10% dos casos existem 11 causas diretamente responsáveis pelas elevação dos níveis tensionais. A esta forma de hipertensão se denomina hipertensão arterial secundária, que não apenas pode em ocasiões ser tratadas e desaparecer definitivamente sem requerer tratamento em longo prazo, mas que pode ser o alerta para se identificar enfermidades ainda mais graves, das quais a hipertensão arterial é unicamente uma manifestação clínica (NOBRE et al, 2010).

3.1.1 Epidemiologia

Dados recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) sugerem que indivíduos normotensos maiores de 65 anos de idade têm um risco de 90% de terem hipertensão arterial. A doença é mais frequente em zonas urbanas que em rurais, e mais frequente nos negros que nos brancos. A incidência no mundo tem sido calculada entre 0,4 e 2,5% anual (SANTOS et al, 2013).

3.1.2 Classificação

A pressão arterial se expressão com duas medidas: a pressão arterial sistólica e a pressão arterial diastólica, como por exemplo, 120/80 mmHg. A pressão arterial sistólica (o primeiro valor) é a pressão sanguínea nas artérias durante a sístole ventricular, em que o sangue é expulso do coração para as artérias; a pressão arterial diastólica (o valor inferior) é a pressão na diástole, quando o coração se relaxa e a pressão arterial cai (BRANDÃO; AMODEO; NOBRE, 2012).

Os manuais clínicos de cuidados da hipertensão arterial classificam esta enfermidade em fases ou estágios (Tabela 1), com diferentes prognósticos e tratamentos. Estas classificações se obtêm tomando a medida das leituras da pressão arterial do paciente em repouso, verificadas em

duas ou mais visitas. Os indivíduos com idades superiores a 50 anos se classificam como hipertensos se sua pressão arterial é de maneira consistente pelo menos 140 mmHg sistólica ou 90 mmHg diastólica (RIBEIRO; PLAVNIK, 2008).

Tabela 1 – Classificação da PA para adultos (igual ou superior a 18 anos de idade).

Pressão sistólica (mm Hg)	Pressão diastólica (mm Hg)	Classificação
< 130	< 85	Normal
130 - 139	85 - 89	Normal Alta
140 - 159	90 - 99	Hipertensão branda (Estágio 1)
160 - 179	100 - 119	Hipertensão moderada (Estágio 2)
180 - 209	110 - 119	Hipertensão grave (Estágio 3)
> ou = 210	> ou = 120	Hipertensão muito grave (Estágio 4)

Fonte: Brandão, Amodeo e Nobre (2012).

A OMS definiu como hipertensão a pressão arterial compreendida entre 120/80 mmHg e 139/89 mmHg. A pré-hipertensão não é uma doença, mas uma categoria que permite identificar pessoas com alto risco de desenvolver hipertensão. Este valor pode variar de acordo com o sexo e a idade do paciente (BRANDÃO; AMODEO; NOBRE, 2012).

A hipertensão sistólica e isolada se refere à presença de uma pressão sistólica elevada conjuntamente com uma pressão diastólica normal, uma situação frequente nas pessoas de idade avançada (PIERIN et al, 2004).

A hipertensão também pode ser classificada como resistente ou refratária em sujeitos tratados com pelo menos três fármacos anti-hipertensivos a doses plenas, uno deles diurético, com um adequado cumprimento da medicação anti-hipertensiva, ou seja, aquele caso em que a medicina convencional não consegue reduzir a pressão arterial a níveis normais (NOBRE et al, 2010).

A hipertensão ao exercício é uma elevação excessiva da pressão arterial durante a realização de exercícios físicos. A variação considerada normal durante o exercício para os valores sistólicos é entre 200 e 230 mmHg. A hipertensão ao exercício pode indicar que o indivíduo tem o risco de desenvolver posteriormente hipertensão em repouso (BRANDÃO; AMODEO; NOBRE, 2012).

Nobre et al (2010) esclarecem que a leitura da atenção sistólica tem predomina sobre a diastólica depois dos 50 anos de idade. Antes dos 50 anos, a pressão arterial diastólica é um potente ator de risco de cardiopatia, apesar da pressão arterial sistólica, ou seja, depois dos 50 anos de idade.

Tabela 2 – Classificação da PA para adultos da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Classificação	Pressão sistólica (mm Hg)	Pressão diastólica (mm Hg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão Estágio I	140-159	90-99
Hipertensão Estágio II	160-179	100-109
Hipertensão Estágio III	>180	>110
Hipertensão sistólica isolada	>140	<90

Fonte: Nobre et al, 2010.

3.1.3 Etiologia

Alguns dos fatores ambientais que contribuem para o desenvolvimento da HAS incluem a obesidade, o consumo de álcool, o tamanho da família, as circunstâncias e nascimento e as profissões estressantes. Têm-se notado que em sociedades economicamente prósperas, estes fatores aumentam a incidência de hipertensão com a idade (BRANDÃO; AMODEO; NOBRE, 2012).

3.1.4 Patogenia

A hipertensão arterial é produto do gasto cardíaco e da resistência vascular sistêmica. Por outro lado, os fatores determinantes da pressão arterial são fatores que afetam o gasto cardíaco e a fisiologia e estrutura das arteríolas. Por exemplo, o aumento da viscosidade do sangue tem efeitos significativos sobre o trabalho necessário para o coração bombear uma determinada quantidade

de sangue e pode dar lugar a um aumento persistente da pressão arterial (BRANDÃO; AMODEO; NOBRE, 2012).

Ribeiro e Plavnik (2008) explicam que as condições de maleabilidade da parede dos vasos sanguíneos (componentes pulsáteis) afetam a velocidade do fluxo sanguíneo, e que elas também têm um potencial relevante para a regulação da pressão arterial. Além disso, as alterações na espessura das paredes vasculares afetam à amplificação da resistência vascular em pacientes hipertensos, o que leva à reflexão de ondas em direção à aorta, opostas ao fluxo sanguíneo, aumentando a pressão arterial sistólica.

A maioria dos mecanismos associados à hipertensão secundária é geralmente evidente e são bem compreendidos. No entanto, aqueles relacionados com a hipertensão essencial (primária) são muito menos entendidos. O que se sabe é que o gasto cardíaco se eleva no princípio do curso natural da doença, com uma resistência periférica total (RPT) normal. Com o passar do tempo, diminui o gasto cardíaco até níveis normais, aumentando-se a RPT (NOBRE et al, 2010).

Três teorias têm sido propostas para explicar este fenômeno: a incapacidade dos rins para excretar sódio, resultando no surgimento de fatores que excretam sódio, tais como a secreção de peptídeo natriurético auricular para promover a excreção de sal com o efeito secundário de aumento da resistência periférica total (PIERIN et al, 2004); um sistema renina-angiotensina hiperativo, que o leva a uma vasoconstrição e à consequente retenção de sódio e água (o aumento reflexo do volume sanguíneo conduz à hipertensão); a hiperatividade do sistema nervoso simpático, dando lugar a níveis elevados de estresse (RIBEIRO; PLAVNIK, 2008).

Também se sabe que a HAS é altamente hereditária e poligênica (causadas por mais de um gen) e vários genes candidatos têm sido postulados como causa desta doença (BRANDÃO; AMODEO; NOBRE, 2012).

Recentemente, o trabalho relacionado com a associação entre a hipertensão é essencial e o dano causado ao endotélio tem sido bem aceito entre os cientistas focados na hipertensão. No entanto, não está de todo esclarecido se as alterações endoteliais precedem o desenvolvimento da hipertensão ou se tais alterações se devam principalmente a uma resistência da pressão arterial elevada (HART; SAVAGE, 2010).

3.1.5 Diagnóstico

3.1.5.1 Anamnese

A história clínica do paciente hipertenso deve ser coletada detalhadamente e ser enriquecida com informações obtidas junto a parentes próximos, outros médicos ou enfermeiros que o tenham aprendido no passado. A hipertensão é uma doença assintomática por excelência, tanto assim que é chamada "assassina silenciosa", pelo que não é de se estranhar que não se colem muitos sintomas na história, ou que estes sintomas sejam pouco específicos (dores de cabeça, tontura e transtornos visuais, por exemplo) (BRANDÃO; AMODEO; NOBRE, 2012).

Uma vez bem definido o motivo da procura do paciente por ajuda médica e havendo-se documentado os dados relevantes da doença, deve dar ênfase desde a primeira consulta, sobre os seguintes dados: fatores de risco cardiovascular, tradicionais e não tradicionais; antecedentes familiares da doença, em especial se tem havido mortes de em parentes com idades inferiores a 50 anos (de primeiro grau: pais, irmãos e filhos) por causas cardíacas; condição sócio-econômica, cultural e laboral, status familiar, acesso a sistemas de saúde, nível de educação, fatores ambientais ou situacionais causadores de estresse; hábitos de alimentação (consumo de café, chás, bebidas carbonatadas, álcool, tabaco, sódio), realização de atividades físicas; alto nível de glicemia e alto consumo de açúcar (se a pessoa tem diabetes); exposição a fármacos que possam causar hipertensão (efedrina, metilfenidato, ergotaminas etc.); alergias ou intolerâncias; sintomas cardiovasculares (dispnéia, ortopnéia, dispnéia paroxística noturna, precordialgia, palpitações, síncope, edema, claudicação intermitente) ou inespecíficos (cefaléia, tontura, transtornos visuais, deterioro cognitivo, fadiga, alterações de humor, disfunção erétil, por exemplo); eventos cardiovasculares (isquemia cerebral transitória, acidentes cerebrovasculares, angina de peito, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal crônica etc.); procedimentos cirúrgicos prévios ou planejados (MION JUNIOR; GOMES, 2006).

Nobre et al (2010) reconhecem que estas informações são vitais para a avaliação integral de risco cardiovascular de cada paciente hipertenso e recomenda que cada elemento de risco ou diagnóstico clínico, resolvido ou não (tratado ou não tratado), que cada sintoma, cada antecedente, deverá ser incluído em uma lista de problemas; isto ajudará a se planejar o tratamento integral, sem esquecer-se de pontos importantes.

3.1.5.2 Exploração física

O profissional médico ou de enfermagem fará um exame físico completo no paciente, o qual deverá incluir as seguintes informações: inspeção do aspecto geral, em especial da face, cor da pele, hábito corporal, estado anímico, nível de consciência e orientação; antropometria: peso, altura, índice de massa corporal (IMC), perímetro da cintura e relação de cintura/quadril; medição da pulsação e da pressão arterial, na posição sentada, depois de cinco minutos de repouso, pelo menos em três ocasiões na primeira consulta (NOBRE et al, 2010).

É necessário medir a pressão em ambos os braços, registrar o valor mais elevado e anotar em qual braço esta foi detectada; fundo dos olhos, levar em conta que a classificação de Keith-Wagener de retinopatia hipertensiva se aplica para este diagnóstico, se buscarão aumento do brilho arterial, cruzes arteriovenosas patológicas (sinal de Gunn), perda da relação veno-arterial, hemorragias e anomalias de disco ótico e retina periférica. Deve-se considerar que os sinais da retinopatia hipertensiva incipiente (alterações na relação arteriovenosa, por exemplo), são inespecíficos, à exceção das hemorragias; pescoço: inspeção das veias jugulares, palpação e auscultação das artérias carótidas e avaliação das glândulas tireóides; exploração cardiopulmonar exaustiva, descrevendo o aspecto e a expansão do tórax, a ventilação pulmonar, o ponto de máximo impulso (PMI) do coração, ruídos cardíacos, tanto os normais como os acessórios ou patológicos; abdômen: pâncreo adiposo, presença de pulsações não visíveis, de circulação venosa complementar, visceromegalias, tumores; exploração neurológica básica, que deverá ser exaustiva em caso de lesão prévia ou atual do sistema nervoso central ou periférico: pupilas, movimentos oculares, simetria facial, audição, equilíbrio, coordenação, língua e paladar, força dos membros, de ar sensibilidade, reflexos osteotendinosos e musculocutâneos, normais ou patológicos.

3.1.5.3 Exames laboratoriais

Nobre et al (2010) recomendam os seguintes estudos de laboratório básicos para todo paciente hipertenso: hematócrito ou hemoglobina, não é necessário realizar um hemograma completo se apenas se estuda a hipertensão arterial; creatina sérica, nitrogênio uréico no sangue é opcional, porém necessário em caso de insuficiência cardíaca aguda; potássio sérico, alguns

especialistas pedem também sódio sérico, para a detecção de hiponatremia, se a clínica a sugere; glicemia em jejum e duas horas após comer; um teste de tolerância oral à glucose (TTG) pode ser necessário; perfil lipídico, colesterol total/HDL e triglicerídeos (em jejum, de 12-14 horas), o colesterol LDL pode ser calculado pela fórmula de Friedewald se os triglicerídeos são inferiores a 400 mg%: $[(CT-C-HDL)-TG/5]$; ácido úrico, em especial se se trata de paciente do sexo masculino ou mulheres grávidas; exame geral de urina; microalbumina na urina se o exame geral de urina não mostra proteinúria e se suspeita de lesão renal pela quantidade e o tipo de fatores de riscos presentes (diabetes mellitus, por exemplo). Outros exames de laboratório deverão indicar-se em situações especiais.

3.1.5.4 Estudos adicionais

Alguns procedimentos de diagnóstico são úteis para o estudo de todo hipertenso. Busca-se confirmar o diagnóstico, descartar causas secundárias e determinar a presença (ou fazer o acompanhamento) de lesões de órgãos-alvos e de seu grau de gravidade.

Entre os estudos adicionais para o diagnóstico da HAS Brandão, Amodeo e Nobre (2012) recomendam: eletrocardiograma, fundamental para o diagnóstico de hipertrofia ventricular esquerda, avaliação de arritmias, presença de zonas de necrose, diagnóstico de transtornos eletrolíticos; radiografia postero-anterior do tórax, poderão indicar-se radiografias laterais caso necessário, avaliando-se a silhueta cardíaca, a aorta, os hilos pulmonares, o tórax ósseo e o parênquima pulmonar; ergonometria ou teste de eletrocardiograma de esforço, ajuda a avaliar a condição física, a resposta ao exercício em pacientes já tratados e a presença ou ausência de isquemia ou arritmias induzidas, não é um exame de primeiro nível de atenção, porém têm aplicação em certos pacientes e deve ser levado em conta se existe um elevado risco coronariano ou presença de angina de peito com exercício; monitoração ambulatorial da pressão arterial de 24 horas, é um recurso pouco utilizado, mas útil; ecocardiograma dópler-color, exame não invasivo de altíssimo rendimento diagnóstico. Não é um exame básico porque requer equipamento sofisticado e pessoal altamente treinado, pelo que seu custo é relativamente alto. Não se recomenda a ecocardiografia de rotina para pacientes com hipertensão sem sintomas ou evidências clínicas de dano orgânico cardíaco.

Outros procedimentos (dópler de artérias renais, monitoração de Holter, estudos de função autonômica, exames de mecânica vascular ou função endotelial, exames de medicina nuclear, tomografia axial computadorizada, ressonância magnética nuclear) podem ser necessários em certos pacientes, porém não se consideram obrigatórios para a atenção básica. Dever-se avaliar, ao indicá-los, a relação custo-benefício para cada indivíduo em particular, independentemente dos recursos disponíveis (BRANDÃO; AMODEO; NOBRE, 2012).

3.2.6 PREVENÇÃO

Embora não seja possível se eliminar por completo a HAS, várias ações são úteis e necessárias para prevenir seu surgimento e para evitar o agravamento de seus sintomas. Conforme Siqueira (2008), tais ações envolvem: aumentar a atividade física aeróbica; manter um peso corporal dentro dos padrões correspondentes à idade e à altura, segundo o sexo, o que deve estar de acordo com IMC correspondente; reduzir o consumo de álcool; reduzir o consumo de sódio, fazer a suplementação de potássio; adotar uma dieta rica em frutas e vegetais, alimentos pobres em gorduras saturada e total; privar-se de todo tipo de tabaco (cigarro, charuto, cachimbo etc.); e controlar a glicemia (sobretudo se a pessoa sofre de diabetes).

4 CONCLUSÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. Apesar dessas evidências, hoje, incontestáveis, esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado. Apesar da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial. Este desafio é sobretudo da Atenção Básica, notadamente da Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção a saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com

a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, Andréa A.; AMODEO, Celso; NOBRE, Fernando. **Hipertensão**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal Brasil**: Hipertensão atinge 24,3% da população adulta. Brasília: 2013. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/11/hipertensao-atinge-24-3-da-populacao-adulta>>. Acesso em 5 mar.2014.

DOMÊNICO, Cláudio. **Te cuida!** Guia para uma vida saudável. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2012.

HART, Julian Tudor; SAVAGE, Wendy. **Tudo sobre hipertensão arterial**: respostas às suas dúvidas. São Paulo: Andrei, 2010.

LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2005. MION JUNIOR, Décio; GOMES, Marco Antonio Mota. **MRPA - Monitorização Residencial da Pressão Arterial**: como fazer e interpretar. Barueri, SP: Manole. 2006.

NOBRE, Fernando (Coord.). **VI diretrizes brasileiras de hipertensão**. São Paulo: Associação Brasileira de Cardiologia, 2010. Disponível em <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em 7 mar.2013.

MINAYO. M. C. S. **Pesquisa social**: teoria método e criatividade. 27 ed. São Paulo: Vozes, 2008.

PIERIN, Ângela Maria Geraldo (Coord.). **Hipertensão arterial**: uma proposta para o cuidar. Barueri, SP: Manole, 2004.

PORTO, Celmo Celeno. **Doenças do coração**: prevenção e tratamento. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RIBEIRO, Artur Beltrame; PLAVNIK, Frida Liane. **Atualização em hipertensão arterial: clínica, diagnóstica e terapêutica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2008.

SANTOS, José Sebastião dos (Coord.). **Protocolos clínicos de regulação**: acesso à rede pública. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

SERRANO JR, Carlos V. (Org.). **Como tratar**: hipertensão arterial. Barueri, SP: Manole; São Paulo: SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2008.

SIQUEIRA, Fernanda Paula Cerântola. **Estilo de vida e hipertensão**. 2 ed. São Paulo: Casa Editorial Lemos, 2008.