



**FACULDADE PATOS DE MINAS  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**ALINE APARECIDA ANDRÉ**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

**PATOS DE MINAS  
2010**

**ALINE APARECIDA ANDRÉ**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Monografia apresentada a  
Faculdade Patos de Minas como  
requisito parcial para conclusão do  
Curso de Graduação em  
Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. José  
Henrique Nunes Borges de Andrade

**PATOS DE MINAS  
2010**

**616.12-008.331.1 ANDRE, Aline Aparecida  
A555a      Assistência de enfermagem ao cliente com  
Hipertensão Arterial Sistêmica/Aline Aparecida André  
André – Orientadora: Profº Esp. José Henrique Nunes  
Borges de Andrade . Patos de Minas: [s.n.], 2010  
45 p.**

**Monografia de Graduação – Faculdade Patos de  
Minas - FPM  
Curso de Bacharel em Enfermagem**

**1.Hipertensão Arterial Sistêmica 2.Fatores de risco 3.Assistência  
de enfermagem I.Aline Aparecida André II.Título.**

FACULDADE PATOS DE MINAS  
ALINE APARECIDA ANDRÉ

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Monografia aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ pela comissão examinadora  
constituída pelos professores:

Orientador: \_\_\_\_\_  
Prof.º Esp. José Henrique Nunes Borges de Andrade  
Faculdade Cidade de Patos de Minas

Examinador: \_\_\_\_\_  
Prof. Esp. Luis Carlos Oliveira  
Faculdade Cidade de Patos de Minas

Examinador: \_\_\_\_\_  
Prof. Esp. Héber Pinheiro  
Faculdade Cidade de Patos de Minas

**DEDICO** esse trabalho a todos os clientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, aos profissionais da saúde e a todos os interessados no assunto.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pelo dom da vida e pela sabedoria de escolher esta profissão e por não me deixar desistir.

Ao meu pai Antônio Pedro André, a minha mãe Rosa Maria André pelos ensinamentos e sabedoria de educar, pelo carinho, apoio, compreensão e amor, pois me ensinaram a ser essa pessoa que sou hoje.

Ao meu irmão Carlos Tiago André que apesar das dificuldades muito me auxiliou nos momentos difíceis.

Ao meu namorado Elivander José Camilo pelo amor, compreensão e incentivo durante esta jornada tão difícil. Te amo .

A toda minha família que esteve comigo nos momentos difíceis, que não mediram esforços para me ajudar a alcançar ao meu objetivo.

Ao meu orientador e coordenador do curso, José Henrique, pela amizade, confiança, conhecimento transmitido, companheirismo e orientação, quando estava tão desorientada. À você minha admiração e gratidão.

A professora Marlene que me ajudou de forma direta e indiretamente, pela força prestada nas horas difíceis.

A todos os professores, que tanto contribuíram para minha formação e que me guiaram nesta caminhada de me tornar enfermeira. À minha admiração.

A professora de TCC, Luciana Araújo que ajudou no direcionamento desse trabalho, além de contribuir na minha formação.

Não podia me esquecer dos meus colegas, conquistados na faculdade, que me ajudaram a chegar até aqui. Nunca vou esquecê-los.

Em especial ao meu grupo de estagio G1 e G1 modificados, pois tiveram grande valia no meu aprendizado e crescimento profissional.

Enfim a todos, que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização dessa pesquisa.

*Uma mente que se abre a novas idéias  
nunca mais voltará ao tamanho original.*

Albert Einsten

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônico-degenerativa altamente prevalente no país e no mundo, o presente estudo teve como objetivo abordar a definição da doença, fatores de risco e a assistência de enfermagem ao cliente com Hipertensão Arterial Sistêmica, sendo ele do tipo descritivo de ordem qualitativo, realizado utilizando-se de livros, artigos científicos, monográficos, revistas, conferências, congressos, manuais do Ministério da Saúde, guia do SUS e através de consulta eletrônica banco de dados Scielo - Scientific Electronic Library Online. Constitui-se de uma revisão literária tendo como critérios de seleção de materiais, temas que abordaram a assistência de enfermagem ao cliente com hipertensão arterial sistêmica onde os materiais foram adquiridos e apresentados de forma: online, bibliotecas municipais, empréstimos e baixados da internet. Propondo mostrar o processo assistencial, na forma de como lidar com o cliente que apresenta hipertensão arterial sistêmica. Ficou evidente que a assistência de enfermagem é muito importante no tratamento de doenças, com a ajuda e auxílio do cliente é possível intervir de forma correta e rápida, as orientações de enfermagem oferecidas ao cliente demonstra um retorno rápido e positivo.

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial Sistêmica. Fatores de risco. Assistência de Enfermagem

## ABSTRACT

The high blood pressure systemic is a disease chronic highly significant in Brasil and in the whole world. The present study had aimed to define the illness, risk factors and the nursery assistance, to the client with constant high blood pressure this qualifying, quantifying order was done based to books, articles, abstracts, magazines conferences, congresses, manuals from the Healthy Ministry, a SUS guide and from an electronic search on data Scielo - Scientific Eletronic Library Online. This issue constitutes of a literary revision having selection of materials , issues that tells the assistance of the nurse to the client with systematic high blood pressure, the mentioned material was found and presented an online was and also municipal libraries download of articles, as well. This study also intends to show the assistance procedures, the way the nurse deals with the client with systematic high pressure. So it has been evident that nursery assistance is critical to the treatment of the disease with the help from the client is possible to intervene in an effective, correct and fast way. The nurse can guide the client and he certainly shows fast improvement and for sure, it is positive.

**Key-words:** Systematic High Blood Pressure. Risk Factors. Nursery Assistance.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Figura 1- | Classificação de pressão arterial em adultos..... | 17 |
|-----------|---|----|

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|      |   |                                     |
|------|---|-------------------------------------|
| HAS  | - | Hipertensão Arterial Sistêmica      |
| AVC  | - | Acidente Vascular Cerebral          |
| AVE  | - | Acidente Vascular Encefálico        |
| PA   | - | Pressão Arterial                    |
| MMHG | - | Milímetros de Mercúrio              |
| PAS  | - | Pressão Arterial Sistólica          |
| PAD  | - | Pressão Arterial Diastólica         |
| PSS  | - | Pressão Sanguínea Sistólica         |
| PSD  | - | Pressão Sanguínea Diastólica        |
| IMC  | - | Índice de Massa Corporal            |
| SBC  | - | Sociedade Brasileira de Cardiologia |
| SBH  | - | Sociedade Brasileira de Hipertensão |
| SBN  | - | Sociedade Brasileira de Nefrologia  |

# SUMÁRIO

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 1   | <b>Introdução.....</b>  | 12 |
| 2   | <b>Objetivos.....</b>   | 14 |
| 3   | <b>Metodologia.....</b>   | 15 |
| 4   | <b>Hipertensão arterial sistêmica.....</b>  | 16 |
| 5   | <b>Fatores de risco.....</b>  | 24 |
| 5.1 | <b>Fatores não-modificáveis</b>   | 24 |
| 5.2 | <b>Fatores modificáveis</b>   | 26 |
| 6   | <b>Assistência de enfermagem ao cliente com hipertensão arterial sistêmica.....</b> | 30 |
| 7   | <b>Considerações finais.....</b>  | 35 |
|     | <b>Referências.....</b>   | 36 |
|     | <b>Anexos.....</b>  | 39 |

# 1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo um fator determinante de morbidade e mortalidade, quando tratada, diminui as limitações e a incapacidade das pessoas.

“Estima-se que a hipertensão arterial atinja aproximadamente cerca de 22% da população brasileira acima de vinte anos...”( NETA et al., 2009). Pois geralmente é um distúrbio assintomático que faz parte das doenças do aparelho circulatório.

O cuidado com o cliente implica ofertar serviços cuja estrutura apresente características que possibilitem o acesso e o acolhimento de maneira adequada, respeitando as limitações que cada cliente apresenta (NETA et al., 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), no Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos. Seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A hipertensão tem como definição pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmhg e pressão diastólica maior ou superior a 90 mmhg, ou uma pressão aumentada no sangue, pressão excessiva da hipertensão provoca ruptura dos vasos sanguíneos cerebrais (BRASIL, 2006).

Contudo Neta et al. (2009) afirma que a maioria das vezes é apresentada assintomaticamente ou em outros portadores os sintomas aparecem somente quando a pressão sobe muito: podem ocorrer dores no peito, dor de cabeça, tonturas, zumbido no ouvido, fraqueza, visão embaçada e sangramento nasal entre outros.

De acordo com Molina et al. (2003) a hipertensão e a elevação da pressão varia de acordo com o estilo de vida, ingestão de sal, uso excessivo de álcool, tabagismo, obesidade, sedentarismo, idade, raça, elevado teor de gordura trans historia familiar, gênero. Um dos principais fatores de risco para as complicações cardiovasculares, a Hipertensão Arterial Sistêmica, age diretamente na parede das artérias, causando lesões, devido isso usa-se o tratamento com anti-hipertensivos.

A assistência do enfermeiro se dá: com base em como orientar os hipertensos sobre a importância da mudança de hábitos de vida, ligados a alimentação, prática de atividade física periodicamente, sobre os fatores de risco ligados diretamente e

indiretamente a doença, fornecer informações sobre a medicação ao cliente hipertenso, desenvolvendo atividades físicas e educativas com ênfase na promoção de saúde, solicitando exames e consultas de enfermagem periodicamente, oferecer uma dieta com pouco sal, manter a massa corporal em níveis normais, estimular planos alimentares, atendendo as exigências de uma alimentação saudável, com horário e balanceada (BRASIL, 2006).

Tendo como problemática: O que é hipertensão arterial? Quais os fatores de risco relacionados a hipertensão sistêmica? Qual deveria ser o papel do enfermeiro na prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica.

O presente estudo foi organizado em três seções: inicialmente mencionando a definição de hipertensão arterial sistêmica. Em seguida destacando os fatores de risco abrangendo os seguintes: idade, sexo, antecedentes familiares, raça/cor, obesidade, estresse, sedentarismo, etilismo, tabagismo, alimentação rica em sódio e gordura, café entre outros. Por fim destacando a assistência de enfermagem ao cliente com hipertensão arterial sistêmica.

Com base nessa temática foi necessário: Analisar a assistência do enfermeiro ao cliente com hipertensão arterial.

O despertar para a pesquisa desse tema se deu pela necessidade de buscar maior aprendizado sobre ele, assim como, buscar para a enfermagem melhores formas de intervenção diante do grande número de hipertensos os que são chegado até os serviços de saúde e que se encontram, fornecendo uma fonte de reflexão para os leitores. Esse estudo tem como importância alertar e orientar sobre como evitar o agravamento da doença.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a assistência do enfermeiro ao cliente da com hipertensão arterial.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Conceituar hipertensão arterial sistêmica.
- Compreender os fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica.
- Definir o papel do enfermeiro na prevenção, assistência e controle da hipertensão arterial sistêmica.

### **3 METODOLOGIA**

Este estudo foi do tipo descritivo de ordem qualitativo, constitui-se de uma revisão literária tendo como critérios de seleção de materiais, temas que abordem a assistência do enfermeiro ao cliente com hipertensão arterial sistêmica onde foram adquiridos e apresentados de forma online, de bibliotecas municipais, empréstimos e baixados da internet.

O levantamento de dados foi realizado utilizando-se de livros, artigo, monográficos, revista, teses, conferências, congressos manuais do Ministério da Saúde guia do SUS e através de consulta eletrônica banco de dados Scielo - Scientific Electronic Library Online, BIREME, LILACS - no período de fevereiro a setembro de 2010, utilizando como palavras chaves: cliente, assistência de enfermagem, hipertensão arterial.

Para análise do material coletado foi priorizados os publicados no período de 2000 a 2010.

Após a coleta e seleção desses materiais adquiridos através da fontes já mencionadas acima as idéias dos autores serão discutidas e analisadas para elaboração do texto monográfico.

## 4 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A pressão sanguínea é uma função do débito cardíaco multiplicado pela resistência nos vasos sanguíneos ao fluxo de sangue, o diâmetro do vaso sanguíneo afeta o fluxo de sangue, quando o diâmetro está diminuído (como na aterosclerose), a resistência e a pressão sanguínea aumentam, inversamente quando o diâmetro está aumentado (como no uso de medicações vaso dilatadoras), a resistência se reduz e a pressão sanguínea é diminuída. Muito dos sistemas mantêm o controle homeostático da pressão sanguínea, os maiores reguladores são o sistema parassimpático e o rim, quando ocorre uma queda de pressão sanguínea, o sistema simpático secreta norepinefrina, um vasoconstritor, atuante nas pequenas artérias e arteríolas aumentando a resistência periférica e elevando posteriormente a pressão sanguínea, o rim tem como função regular a pressão sanguínea para controlar o volume de fluido extracelular, além de secretar renina. Quando os mecanismos regulatórios hesitam, a hipertensão desenvolve (KRUMMEL, 2005).

Para Smeltzer et al. (2009) a pressão arterial é o produto do débito cardíaco multiplicado pela resistência periférica, o débito cardíaco é o produto da frequência multiplicada pelo volume diastólico, a pressão arterial alta é conhecida como hipertensão, pode resultar de uma alteração no débito cardíaco, uma modificação na resistência periférica.

Afirmam ainda que a HAS seja uma condição multifatorial, as alterações na estrutura e na função cardíaca e nos vasos sanguíneos são contribuintes para a elevação da PA, incluindo nessas alterações o acúmulo da placa aterosclerótica, depósito de colágeno elevado e a vasodilatação prejudicada, sendo mais elevado o índice de hipertensão arterial no idoso (SMELTZER et al., 2009)

Define que a hipertensão é uma pressão sanguínea sistólica (PSS) de 140 milímetros de mercúrio (mmHg) ou mais ou pressão sanguínea diastólica (PSD) de 90 mmHg ou mais ou ambas. Afirma ainda que a hipertensão recebe classificação em estágio com base no risco de desenvolver doença cardiovascular (KRUMMEL, 2005).

O Ministério da Saúde (2006) afirma que a palavra hipertensão quer dizer pressão aumentada no sangue, uma pressão excessiva da hipertensão provoca

ruptura dos vasos sanguíneos cerebrais, que no adulto normal em repouso tem como pressão máxima a chamada de sistólica (contração do músculo cardíaco) e os valores normais são cerca de 120 mmhg, e a pressão mínima diastólica (relaxamento do músculo cardíaco) é aproximadamente 80 mmhg (BRASIL, 2006).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2006) a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença altamente prevalente, atingindo cerca de 17 milhões de portadores no Brasil. Esse é um número que só aumenta, seu surgimento está cada vez mais cedo. A doença é representada pela morbimortalidade devido à hipertensão ser um número crescente e por tudo isso acaba sendo um problema de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

A HAS tem como definição do Ministério da Saúde (2007) pela persistência dos níveis da PAS maior ou igual a 140 mmhg e PAD maior ou igual a 90 mmhg. Descreve ainda que é uma patologia de início silencioso com grande repercussão clínica importante para os sistemas cardiovascular e renovascular, acompanhada frequentemente de co-morbidade de grande impacto para os indicadores de saúde da população (BRASIL, 2007). A classificação de hipertensão segue a seguir:

**Tabela 1-** Classificação da pressão arterial em adultos

| <b>Classificação</b> | <b>PAS (mmhg)</b> | <b>PAD (mmhg)</b> |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Normal               | <120              | <80               |
| Pré-hipertenso       | 120-139           | 80-89             |
| Hipertensão          |                   |                   |
| Estágio 1            | 140-159           | 90-99             |
| Estágio 2            | ≥160              | ≥100              |

**Fonte:** Brasil, 2006 p.14

A HAS apresenta uma classificação de fácil compreensão. Sobre tudo a Sociedade Brasileira de Hipertensão, Cardiologia e Nefrologia (2001) afirmam que a HAS é uma doença de alta incidência, nacional e mundial, e que seus valores limítrofes para a pessoa adulta (acima de 18 anos) hipertensos são definidos pela pressão arterial sistólica (PAS) entre 130 a 139 mmhg e pressão diastólica (PAD) entre os valores de 85 a 89 mmhg. Os valores das pressões sistólicas e diastólicas variam muito, na criança, no adulto e no idoso.

Péres, Magna e Viana (2003) afirmam que a hipertensão arterial é uma doença crônica, não transmissível, que apresenta um aumento significativo nas últimas décadas, sendo responsável por um grande número de óbitos em todo o país. Apresenta ainda que uma das dificuldades encontradas no atendimento ao cliente hipertenso é a falta de adesão ao tratamento.

De acordo com o Lima, Peixoto e Firmo (2004) a HAS é um distúrbio assintomático que está presente na maioria das doenças cardíacas, sendo um importante fator para outras doenças importantes, com destaque as decorrentes de aterosclerose e trombose além de afetar o sistema circulatório, renal, nervoso e vascular periférico.

A hipertensão compromete órgãos nobres do organismo, sendo considerado um imenso problema para a saúde pública. Estudos mostram que a maior parte dos indivíduos hipertensos desconhece ou não sabem que são, dentre os hipertensos, aproximadamente 70% não apresentam níveis pressóricos controlados (PÉRES, MONCAU e MARCOPITO, 2007).

A HAS é uma doença que não tem cura e vai aos poucos, lentamente e silenciosamente, prejudicando os órgãos vitais dos portadores dessa doença. Para Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007) a evolução clínica da doença é lenta, pois possui uma grande quantidade de fatores predisponentes, e quando não tratada de forma correta, suas complicações podem ser temporárias ou permanentes. Representando agravo como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônica, doença vascular de extremidades.

Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007) afirmam ainda que sua característica crônica e silenciosa dificulta o reconhecimento da doença, pois uma doença assintomática, que faz parte das doenças do aparelho circulatório, ocorrendo com a elevação dos níveis pressóricos. Um dos principais fatores de risco para as

complicações cardiovasculares, a HAS age diretamente na parede das artérias, causando lesões, devido isso usa-se o tratamento com anti-hipertensivos.

Para “VI Diretriz Brasileira de Hipertensão” (2010) e Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) e Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) a hipertensão é uma condição clínica multifatorial caracterizado por níveis elevados e sustentados de PA, associa-se frequentemente a alterações funcionais e estruturais dos órgãos- alvo e posteriormente a alterações metabólicas.

Na maioria das vezes não apresentam sintomas e quando apresenta, seus sintomas são parecidos com os das outras doenças. A HAS raramente manifesta algum sintoma ou desconforto físico, o que constitui uma das razões do cliente ou do portador desta, não se comprometer com as condutas para seu controle e tratamento, pois a maioria das pessoas se percebe doente, “quando qualquer alteração na qualidade de vida as impeça de trabalhar, comer, dormir ou executar atividades rotineiras.” (SANTOS, 2005).

Segundo Kochar, Woods apud Pessuto e Carvalho (1998) a HAS tem como definição pressão arterial sistólica  $>160$  mmhg e diastólica  $> 95$ mmhg. A hipertensão limítrofe é aquela que tem como valores sistólicos de 140 a 160 mmhg e diastólicos 90 a 95 mmhg. A normotensão é a pressão arterial sistólica  $< 140$ mmhg e diastólica  $< 90$ mmhg.

Para Santos e Lima (2006) HAS é uma síndrome de origem multifatorial, tendo como característica aumento dos valores pressóricos arteriais, a partir de 135 mmhg sistólica e 85 mmhg diastólica. Afirma ainda que é um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil, sendo responsável por aproximadamente 40% das mortes por acidente vascular encefálico (AVE) e 25% das doenças arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal.

Contudo Peres, Magna e Viana (2003) afirmam que umas das maiores dificuldades encontradas no atendimento a pessoas hipertensas é a falta de adesão ao tratamento, por ter vários fatores relacionados:

- Paciente (sexo, etnia, estado civil, escolaridade, nível sócio-econômico);
- Tratamento (custo, efeito, qualidade de vida);
- Instituição (acesso, distância, tempo de espera e de atendimento);
- Profissionais (qualidade de atendimento, informações inadequadas);

- e entre outros interferem na adesão da descoberta e do tratamento.

Para Lessa (2001) a HAS é considerada assassina silenciosa, é o maior problema médico-social dos países desenvolvidos por ser na maioria das vezes assintomática ou quando apresentam sintomas seus sintomas são parecidos com os das outras doenças.

Para Krummel (2005) a HAS é chamada de “matador silencioso”, porque as pessoas com hipertensão podem ser assintomáticas por vários anos e por isso ter um acidente vascular cerebral (AVC) ou um ataque cardíaco fatal. Apesar de nenhuma cura estar disponível, a prevenção e o tratamento diminuem a incidência de hipertensão e as sequelas da doença.

O controle da HAS se dá através da observação contínua da medição da pressão arterial (PA).

O Ministério Saúde (2006) preconiza que a posição recomendada para a aferição adequada da PA é sentada. Entretanto, a medida da PA na posição ortostática deve ser feita na primeira avaliação, principalmente em idosos, diabéticos, paciente com disautonomia, alcoólicos e pacientes em uso de medicação anti-hipertensiva, sendo medida com técnica correta, com aparelhos adequados e calibrados. O procedimento para a medida da pressão arterial recomendado é conforme os seguintes passos:

- Explicar o procedimento para o cliente o procedimento a ser realizado;
- Repouso de pelo menos 5 minutos antes da aferição;
- Promover relaxamento, para diminuir o efeito da hipertensão do avental branco (síndrome provocada pelo estresse, encontrada em paciente com pressão aumentada quando examinados por profissionais da área da saúde, em especial o médico, mas que tem pressão arterial normal);
- Verificar se o mesmo não está com a bexiga cheia;
- Não praticou exercícios físicos há 60 a 90 minutos;
- Não ingeriu bebidas alcoólicas, cafeína, ou fumou até 30 minutos antes;
- Manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado;
- Solicitar que não fale no período da aferição;
- Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito;
- Posicionar o braço na altura do coração (nível da altura do ponto médio do

esterno ou 4<sup>o</sup>- espaço intercostal) apoiado, com a palma da mão voltada para cima e com o cotovelo suavemente fletido.

- Medir a circunferência do braço do cliente;
- Fazer uso de manguito de tamanho equivalente ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 centímetro acima da fossa antecubital;
- Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
- Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da PAS; desinflar o rapidamente e esperar um minuto antes de inflar o novamente.
- Posicionar a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial na fossa antecubital, evitando compressões excessivas.
- Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, desinflar rapidamente e aguardar de 1 minuto antes da medida
- Inflar de 10 em 10 mmhg, até ultrapassar de 20 a 30 mmhg, o nível de estimado da PAS;
- Para a deflação lentamente, com velocidade de 2 a 4 mmhg por segundo, e, após a identificação do som que determinou o a PAS, aumentar a velocidade para 5 a 6mmhg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente.
- Determinar a PAS no momento do aparecimento do primeiro som (fase 1 de korotkoff) que é um som fraco, seguido das batidas regulares que intensificam com o aumento da velocidade deflação;
- Determinar a PAD no desaparecimento do som (fase V de korotkoff)<sup>1</sup>;
- Auscultar cerca de 20 a 30 mmhg abaixo do último som para confirma seu desaparecimento em seguida fazer deflação completa e rápida;
- Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (fase IV de korotkoff);
- Registrar e anotar os valores da PAS e PAD. Não arredondar valores das pressões para números terminados em cinco e zero.
- O cliente deve ser informado quanto os valores obtidos na PA, para possível diagnóstico;
- Esperar de 1 a 2 minutos para efetuar novas medidas;

---

<sup>1</sup> Nicolai Segeivich Korotkoff (1874-1920) médico cirurgião russo, que desenvolveu a técnica de usar o estetoscópio (equipamento para detecção de sons cardíacos e circulatórios) sobre a artéria braquial, fato ocorrido em 1905.

- Anotar os valores e membro em que foi aferida a medida;
- Esse procedimento deve ser realizado em ambos os membros superiores (BRASIL, 2006).

Já o Ministério da Saúde (2007) afirma que a medida da PA é obrigatória ser realizado em toda avaliação clínica do cliente, o método mais usado é o indireto, com técnica auscultatória, com esfigmomanômetro de coluna de mercúrio e o estetoscópio (BRASIL, 2007).

Sobre tudo Smeltzer et al. (2009) afirmam que para a monitorização da PA, o profissional usa esfigmomanômetro de mercúrio, manômetro aneróide e recentemente calibrado e manguito, enfatiza ainda as instruções as quais devem serem passadas para o cliente: evitar o fumo de cigarros 30 minutos antes, deve ficar em repouso por cinco minutos antes da medição, a posição sentada confortavelmente com o antebraço apoiado a nível do coração, com ambos os pés no chão, evitando conversar durante a aferição da PA, a escolha do tamanho do manguito é dever do profissional, além calibrar o aparelho diariamente, envolver o braço do cliente com o manguito, centralizar o balão do manguito sobre a artéria braquial, solicitar ao cliente que sente calmamente durante o período da medição da PA, informar ao cliente o valor pressão, pois é direito do cliente saber o valor da PA, registrar o local e a posição, o enfermeiro tem por obrigação enfatizar a aferição em casa e manter registrado por escrito esse valores.

Quando os valores da pressão arterial aumentam algum fator de risco, que pode estar elevando os possíveis valores normais, além desses variarem conforme a técnica errada e os fatores de risco que auxiliam para esse fato ocorrer.

“A HAS pode ser vista de três maneiras: como um sinal, um fator de risco para doenças cardiovascular aterosclerótica ou uma doença.” Como um sinal os profissionais de saúde utilizam a pressão para monitorar o estado clínico do cliente, a pressão aumentada pode indicar doses excessivas de medicamento vasoconstritor, além de contribuir para a velocidade em que a placa aterosclerótica se acumula no interior das artérias (SMELTZER et al. 2009). Afirmam ainda que a elevação prolongada da PA lesiona os vasos sanguíneos de todo o corpo, principalmente no coração, rins, cérebro e olhos, tendo como consequências o infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e renal, acidente vascular cerebral e comprometimento da visão. Os fatores que acompanham a HAS são: obesidade, diabetes melito, síndrome metabólica e um estilo de vida sedentário.

De acordo com o Molina et al. (2003) seu surgimento está relacionado com alguns fatores que elevam a pressão tais como:

➤ Não-modificáveis:

- Hereditariedade;
- Idade;
- Raça;

➤ Modificáveis:

- Estilo de vida;
- Alimentação rica em gorduras e sódio;
- Uso excessivo de álcool;
- Tabagismo;
- Obesidade;
- Estresse;
- Anticoncepcionais;

Será abordada no próximo capítulo, a influência de cada fator de risco na evolução da hipertensão arterial sistêmica.

## 5 FATORES DE RISCO

Vários estudos mostram que existem fatores, considerados fatores de risco que, associados entre si e a outras condições, facilitam o surgimento da hipertensão arterial, sendo: idade, sexo, raça/ cor, antecedentes familiares, excesso de peso/ obesidade, sedentarismo, álcool, tabaco, anticoncepcionais, estresse, alimentação rica em sódio e gordura (PESSUTO e CARVALHO, 1998).

Entre os diversos fatores de risco citados a cima que contribuem para o aparecimento e desenvolvimento da hipertensão arterial na população afetada, eles são classificados como os fatores não-modificáveis e os modificáveis.

### 5. 1 Fatores não-modificáveis

A maioria das pessoas quem tem pressão alta, podendo ser herdada dos pais ou familiares mais próximos, a chance de se ter hipertensão é maior em quem antecedente familiar hipertenso. Barreto-Filho & Krieger (2003) apud Silva e Souza (2004) o caráter hereditário aparece em 74% dos sujeitos, dos fatores envolvidos na fisiopatogênese da hipertensão arterial, um terço deles podem ser atribuídos a fatores genéticos. Ainda citam um exemplo o sistema regulador da pressão e sensibilidade ao sódio.

O Ministério da Saúde (2006) estima que 65% dos idosos são hipertensos, mostra ainda que o tratamento no idoso reduz a incidência de déficit cognitivo, os hipertensos com mais de 80 anos e com cardiopatia associada deve ser tratada, e o tratamento tem como objetivo a redução gradativamente da PA para níveis abaixo de 140/90 mmhg. Afirma que em alguns clientes muito idosos é complicado reduzir a pressão para abaixo de 140 mmhg, mesmo com adesão (BRASIL, 2006).

De acordo com Ministério da Saúde (2007) a idade como fator de risco tem grande influência no aparecimento da doença, estudos apresentados revelam que o envelhecimento aumenta o risco da hipertensão arterial em ambos os sexos. Ainda de acordo com o Ministério da Saúde as estimativas globais indicam taxas mais

elevadas para homens a partir de 50 anos e para mulheres a partir de 60 anos (BRASIL, 2007).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2007) a hipertensão nos idosos está estimada em aproximadamente 60%. A maioria apresenta elevação isolada e predominante da PAS, aumentando a pressão do pulso. Em crianças e adolescentes a prevalência pode variar de 2% a 13% (BRASIL, 2007).

O envelhecimento é um dos grandes fatores de risco, pela sua influência nessa doença silenciosa. “Envelhecer com saúde depende não só de fatores genético-biológicos, mas, em parte, do contexto social, cujos fatores não se têm controle.” (61º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, p. 3099, 2010).

Lima, Peixoto e Firmo (2004) evidencia que o envelhecimento acarreta importantes alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos além de causar outras alterações em todos os sistemas, o que explica o cuidado que o idoso tem que tomar com a sua saúde.

Nos Estados Unidos, estudos mostram que a raça é mais propensa a hipertensão que a raça branca, sendo que no Brasil não há essa evidência (BRASIL, 2007).

Já em relação à raça, a negra é mais atingida, sendo que a maior incidência de hipertensos é na faixa etária entre 35 a 44 anos (PESSUTO e CARVALHO, 1998).

Ainda conforme Pessuto e Carvalho (1998) a associação entre sexo e idade, a hipertensão ocorre com maior frequência no sexo masculino, porém, conforme as mudanças de hábitos das mulheres, esse índice tem diminuído. Embora ambos os sexos, a incidência cresce com o aumento da idade, sendo que o homem tem pressão mais elevada que ao sexo oposto, após a meia idade esse valores se revertem.

Estudos realizados demonstram que os fatores de risco mais persistente na HAS são: cor preta, idade avançada, obesidade, baixa escolaridade, história materna e paterna de HAS e o efeito do uso do sal adicionado na mesa (PICCINI e VICTORA, 1994).

Afirma o Ministério da Saúde (2006) que na raça negra, a prevalência e a gravidade da hipertensão são maiores, podendo estar relacionado a etnia e/ou socioeconômico. Não há evidências de ação diferenciada nas medicações anti-hipertensiva em nossa população. Estudos realizados em população de indivíduos

negros norte-americanos o uso de inibidores da enzima conversora da angiotensina se mostraram menos eficazes. Portanto, não deve ser considerado medicamento de primeira escolha nessa população (BRASIL, 2006).

Para Santos et al. (2005) até os 55 anos a HAS é mais elevada no homem, sendo que após essa idade, ela é igual para ambos os sexos. Em mulheres pós-menopausa, ocorre há diminuição dos níveis de hormônio peptídeo natriurético atrial, que provoca o aumento da pressão arterial. Descreve ainda que portadoras de hipertensão, quando submetidas a reposição hormonal com estrogênio apresenta melhora no quadro hipertensivo.

## **5. 2 Fatores modificáveis**

De acordo com o Ministério da Saúde (2007) o sedentarismo aumenta a taxa de HAS, os indivíduos que são sedentários demonstram risco cerca de 30% maior de apresentar hipertensão em relação aos indivíduos ativos: a atividade física regular e controlada diminui os valores pressóricos. Já o tabagismo está associado ao aumento agudo dos níveis pressóricos e ao elevado risco de doenças cardiovasculares. O sal tem como função desencadear, agravar e manter a hipertensão. O uso excessivo de bebida alcoólica pode levar ao aumento da pressão. Sobre o peso está à obesidade, que está relacionado à elevação da pressão, o ganho de peso e o aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos da doença, pois a obesidade um relevante indicador de risco cardiovascular aumentado. O estresse também está relacionado como um dos fatores de risco para a hipertensão, pois o excesso de trabalho, a angústia, a preocupação e a ansiedade podem ser responsáveis pela a elevação aguda e imediata da pressão arterial (BRASIL, 2007).

Contudo o Ministério da Saúde (2006) mostra que em usuárias de anticoncepcionais orais especialmente entre as mulheres com idade mais elevada e com excesso de peso, apresenta de duas a três vezes mais comuns para o aparecimento da HAS (BRASIL, 2006).

Castro, Moncau e Marcotipo (2007) afirmam que estudos realizados quanto ao nível de atividade física, o sexo feminino demonstrou mais ativo do que o sexo

masculino, sobre a circunferência abdominal as mulheres estavam acima do esperado.

Araújo et al. (2008) menciona que a prática regular de exercícios físicos aeróbicos, contribui para uma redução de 3 mmhg da PAS e da PAD em indivíduos normotensos, 6 mmhg da PAS e 7 mmhg da PAD em hipertensos limítrofes. Evidências mostram que a prática de exercícios regulares e controlado oferece benefícios diretos e indiretamente que atuam na redução da PA e de risco cardiovascular total. Em relação ao tabagismo, há uma leve obstrução nas vias aéreas e retardo no crescimento da função pulmonar em jovens, afirma ainda que a história familiar determina maior risco para filhos de hipertensos do que para os filhos de normotensos, a chance de um indivíduo com obesidade ser portador de HAS é de 7,53 vezes mais elevada do que a chance de um indivíduo com excesso de peso.

Pessuto e Carvalho (1998) diz que o exercícios contribuem na redução do excesso de peso e para a prevenção de doenças coronárias, reforça o coração, músculos e pulmões, ossos e articulações, esse exercícios deve ser realizado no mínimo três vezes por semana, por um período de vinte minutos. A respeito do álcool seu aumento no sangue eleva a pressão lentamente e progressivamente, na proporção de 2 mmhg para cada 30 ml de álcool etílico ingeridos frequentemente, quando seu uso é suspenso, os valores se reverterem. Quanto ao uso do tabaco, a nicotina é prejudicial ao organismo, pois atua na liberação de catecolaminas, resultante no aumento a frequência cardíaca, da pressão arterial e da resistência periférica, também aumenta a capacidade de formar coágulos, o monóxido de carbono lesa a parede interna dos vasos, propiciando o depósito de gorduras.

O tabagismo para não provoca HAS, mas se uma pessoa com hipertensão fuma seu risco de morrer por cardiopatia é muito mais elevado (SMELTZER et al. 2009). A atividade física leve e moderada é sempre muito importante, pois manter a forma física é motivo de elevada auto-estima e sinal de uma vida saudável.

Krummel (2005) diz que o peso corporal é um fator determinante da pressão sanguínea na maioria dos povos e em todas as idades, estudos realizados mostram que a prevalência de pessoas com um índice de massa corporal (IMC) maior que 30 e 38% para homens e 32% para mulheres comparadas a 18% para homens e 17% para mulheres com IMC normal, afirma ainda que risco de desenvolver HAS é duas a seis vezes maior em pessoas com sobrepeso, menciona que o ganho de peso na

vida adulta é responsável pelo aumento da pressão vista com o envelhecimento ocorrendo devido a resistência à insulina e hiperinsulina.

Sobre o consumo excessivo de sal afirma ainda que a relação de consumo excessivo de sal e de HAS é maior em pessoas com idade mais elevada, com história de antecedentes familiares hipertensos e com pressões maiores dentro do normal, as características de hipertensos sensíveis ao sal são: raça negra, obesidade, idade avançada, diabetes e disfunção renal. Já o consumo de álcool pode ser favorável, desde que ingerido uma dose diariamente. A respeito de atividade física, as pessoas menos ativas apresentam índices de 30 a 40% maiores de desenvolverem a doença, em uma análise realizada mostrou que caminhar reduziria a pressão em adultos em média de 2% (KRUMMEL, 2005).

Contudo Araújo e Lima (2008) afirmam que a conscientização das pessoas para a mudança de hábitos e comportamentos adequados ocorre de forma lenta e gradual, a respeito do sexo, o feminino tem melhor prognóstico do que o masculino, devido à menor prevalência de doenças quando jovens, a HAS atinge cerca de 20% da população adulta, sendo que as pessoas de raça negra têm lesões de órgãos-alvo, em relação ao sal e o desenvolvimento da doença a visão é dada como um defeito genético das células tubulares renais, causando posteriormente retenção de sódio e de água elevando o débito cardíaco e depois a PA.

Para Borges, Cruz e Moura (2008) a prevalência de HAS aumenta com o passar dos anos, em relação a viúvo e separado o índice é maior do que em casados, quanto a alimentação a PA foi maior para os que comiam frutas e hortaliças diariamente.

O problema da adesão do tratamento para Santos et al. (2005) começa no momento em que o profissional da saúde prescreve a medicação. A adesão acontece através da educação em saúde desenvolvida pela equipe multiprofissional, integra as consultas, o uso regular do esquema terapêutico, a adesão de estilo de vida saudável, a fim de que ele atinja o melhor nível de saúde, posteriormente a melhor qualidade de vida.

Para Smeltzer et al. (2009) a atividade aumentada do sistema nervoso simpático relacionado com a disfunção do sistema nervoso autônomo, reabsorção renal aumentada de sódio, cloreto e água relacionada com uma variação genética nas vias pelas quais os rins transportam sódio podendo serem considerados como

outros fatores de risco para a hipertensão, atividade aumentada do sistema renina-angiotensina-aldosterona, resultado de expansão do volume de líquido extracelular.

Será abordada no próximo capítulo como a enfermagem trabalha na adesão de tratamento e como se dá essa assistência no cliente portador de hipertensão arterial sistêmica.

## **6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

A Lei Federal 7.498 de 25 de junho de 1986 que institui o Exercício do Profissional de Enfermagem em todo território Nacional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987, são enfermeiros quem tem titular de diploma de Enfermagem conferido por instituições de ensino, a atividade de Enfermagem somente pode ser exercida por pessoas legalmente habilitada e inscrita no Conselho Regional de Enfermagem (COREN, 2003).

A enfermagem de acordo com a Lei Federal 7.498 de 25 de junho de 1986 é exercida privativamente pelo Enfermeiro pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira (COREN, 2003) mais detalhes a respeito dessa lei em anexo A.

De acordo com Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987: regulamenta a lei nº 7.498, de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências no Art. 3º - a prescrição da assistência de enfermagem é parte integrante do programa de enfermagem, desde que tenha segurança de seus atos, conforme em anexo B.

Grandes avanços têm encontrado a enfermagem com Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986: dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências, art. 11 como integrante da equipe de saúde o enfermeiro pode prescrever medicações conforme consta na lei descrito na letra c “c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programa de saúde pública e em rotina aprovado pela instituição de saúde;” (COREN – MG, 2003).

Sobre tudo a Resolução do COFEN nº 240/2000: aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem e dá outras providências, visando os princípios fundamentais, os direitos, responsabilidade, deveres e proibições da enfermagem conforme em anexo C.

De acordo com Organização Mundial de Saúde (1996) um dos maiores problemas encontrado pelo enfermeiro é o controle da HAS em todo o mundo, tanto em paciente quanto em toda população sem nenhuma discriminação.

“O objetivo do cuidado para pacientes hipertensos focaliza a diminuição e o controle da pressão arterial sem efeitos adversos e sem o custo indevido.” (SMELTZER et al. 2009). A assistência de enfermagem para o cliente portador de hipertensão é muito importante, pois tranquiliza, trás conforto para o cliente.

Para Smeltzer et al. (2009) a enfermagem deve apoiar e ensinar o paciente a aderir ao tratamento durante a implementação do novo estilo de vida, fazendo uso de medicações conforme orientado e prescrito, além de monitorar a evolução da doença, posteriormente identificar e tratar possíveis complicações.

Baseado no manual do Ministério da Saúde (2006) a assistência se dá de forma integrada, a equipe mínima de saúde da família é constituída de: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 a 2 técnicos de enfermagem ou 1 a 2 auxiliares de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitário, dependendo do tamanho da população.

Contudo o Ministério da Saúde (2006) apresenta como deve ser feita a assistência prestada por esses profissionais que integram a equipe de enfermagem:

- Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes de saúde e supervisionar de forma contínua suas atividades;
- Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso e sua adesão, além de possíveis intercorrências durante o tratamento, encaminhamento do individuo ao médico, se necessário;
- Promover atividades educativas de promoção a saúde com toda a população;
- Estabelecer com a equipe, estratégias que possam auxiliar na adesão do tratamento (grupos de hipertensos);
- Solicitar no período da consulta de enfermagem exames mínimos de rotina estabelecidos nos consensos e com definição de necessário;
- Encaminhar para consulta mensal com o médico os indivíduos de difícil controle, que não aderem ao tratamento e os portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins e olhos);

O enfermeiro deve identificar qualquer fator que possa demonstrar o não-comprometimento do cliente, enfatizar para o cliente as consequências com risco potencial de vida do não-comprometimento do tratamento, explicar sobre a elevação da PA tipicamente é assintomática, discutir prováveis complicações no futuro da doença (derrame, insuficiência renal ou doença coronariana) em pessoas mais

próximas (filhos, netos e cônjuge), inclusão das pessoas mais próximas nas consultas de ensino sempre que aceitem, enfatizar a importância da aferição da PA para o cliente e familiares por pelo menos uma vez na semana, registrando e guardando esses valores (CARPENITO-MOYET, 2006).

Contudo afirma ainda que possíveis efeitos colaterais dos medicamentos anti-hipertensivos devem ser explicados ao cliente, caso ocorra efeitos colaterais, instruir o cliente a procurar o médico, discutir com o paciente e familiares sobre o conceito de HAS usando palavras com fácil compreensão, promover forma de ensino de como aferir sua própria pressão para o cliente e familiares, enfatizar e discutir as modificações no estilo de vida que auxiliam na redução da pressão (ajudar na perda de peso, controlar e limitar o consumo de álcool, encorajar o cliente a praticar exercícios físicos diariamente, diminuindo o consumo de sal, estimular a parar de fumar e reduzir o consumo de gorduras saturadas e o colesterol), engajar ao cliente informações sobre as medicações prescritas tais como: dosagem, ação, efeito colateral e precauções, alertando o cliente e pessoas próximas sobre possíveis medicamentos sem necessidade, destacar a importância da continuidade dos cuidados e tratamento, destacar a comunicação de possíveis sintomas (cefaléia ao acordar, dor no peito, falta de ar, ganho de peso ou edema, mudança na visão e sangramento nasal frequente), sintomas esses que podem indicarem a elevação da pressão (CARPENITO-MOYET, 2006).

A assistência de enfermagem é muito importante no diagnóstico de doenças, não só dessa doença mais de várias outras, com a ajuda do cliente é possível intervir de forma correta e rápida para melhores condições para o cliente, sendo que observação sobre se próprio auxilia no controle de doenças, com o controle e apoio de pessoas próximas e orientações de enfermagem o cliente demonstra um retorno rápido e positivo.

As “V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial” (2006) sobre HAS mostram o papel do enfermeiro na consulta de enfermagem desde como avaliar a medida da PA com manguito adequado a circunferência do braço, a medida da altura e peso com roupas leves, e sem sapatos, ainda como dever investigar sobre os fatores de risco sobre a doença, hábito de vida, orientar sobre a doença e sobre o uso regular dos medicamentos de controle prescritos pelo médico, orientação sobre hábitos de vida pessoais e familiares, acompanhamento no tratamento do cliente, agendar acompanhamento ao médico duas vezes ao ano, além de administrar o

serviço de enfermagem, delegação e supervisão das atividades de técnico/auxiliar de enfermagem.

Para Verzola e Costa (2006) a assistência de enfermagem se dá:

- Avaliar, documentar e relatar fatores de risco contribuinte para o déficit de conhecimento do cliente;
- Detectar precocemente e avaliar formas de reduzir os sinais e sintomas da doença;
- Propiciar informações ao cliente a respeito da doença, bem-estar geral (hábitos alimentares, controle do ICM, bebida alcoólica, atividade física, cafeína, tabagismo e estresse) e o risco da HAS descontrolada.
- Capacitar o cliente a fazer escolhas na mudança de hábitos de vida e a adesão do tratamento médico;
- Fazer com cliente uma rotina de atividade física, dieta e medicação por um determinado período;
- Ensinar o cliente a verificar sua própria pressão e registrar seus valores com frequência;
- Discutir a ação e efeito colateral das medicações usada no tratamento da doença;
- Promover e desenvolver um plano de tratamento e cuidado aceitável pelo cliente e a compreensão da doença;
- Determinar ações de base a medicação, dieta, peso, atividade física, controle de estresse, tabagismo e álcool;
- Desenvolver um programa para acompanhar o cliente na evolução e controle da doença;
- Ajudar o cliente a aderir o tratamento da doença em sua vida diária (horário de medicação prescrita, dieta e mudança no estilo de vida);
- Propiciar informações sobre a dosagem das medicações, efeito colateral e as metas da terapia;
- Reforçar a não-suspensão ou troca da medicação sem comunicar o médico ou a equipe de enfermagem;
- Monitorar a PA do cliente com frequência, mensurando em ambos os braços/coxa e em diferentes posições (em repouso, depois sentado e posteriormente de pé) para uma melhor evolução;
- Determinar com o cliente possíveis sintomas da HAS;

- Avaliar a resposta do cliente a atividade física, observando alterações nos valores da PA;
- Discutir sobre a necessidade de diminuir a ingestão calórica e a eliminação da ingestão de calorias, sal e açúcar conforme a indicação;
- Motivar o cliente para perder peso, se necessário;
- Instruir e ajudar na escolha adequada dos alimentos, tais como uma dieta rica em frutas, verduras, vegetais e laticínio com pouca gordura evitando alimentos rico em gordura saturada e colesterol;
- Ajudar o cliente a identificar os fatores que elevam o estresse;
- Planejar mudança no estilo de vida do cliente;

Por ser uma doença multifatorial pode requerer um apoio maior da enfermagem. Na “IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial” (2004) a enfermagem por sua vez, pode intervir junto com a equipe multiprofissional, que ao descrevera assistência de enfermagem, o profissional identifica os risco e complicações o que favorecerá os diagnostico de enfermagem além de direcionar a assistência, plano de cuidado e prescrição a serem implantadas na maioria das vezes essas equipes são constituídas de: médico, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos, assistentes sociais, educador físico, farmacêuticos, funcionários administrativos e agentes comunitários.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Chega-se a conclusão com o estudo, que a hipertensão atinge cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos, sendo que seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras.

Ainda ficou claro que a assistência de enfermagem está regulamentada na Lei Federal 7.498 de 25 de junho de 1986 que institui o Exercício do Profissional de Enfermagem em todo território Nacional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987, dando o direito de intervir de forma rápida e eficaz, descrito ainda que a enfermagem têm o direito de prescrever medicamentos estabelecidos em programa de saúde pública e em rotina aprovado pela instituição de saúde, proporcionando a enfermagem maior ação na assistência.

O enfermeiro deve buscar mais conhecimento, pois os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica exigem estudos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas, além de um crescente aumento nas suas responsabilidades e deveres, como: participação no planejamento, execução e avaliação dos planos de saúde, participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde.

## REFERÊNCIAS

Araújo, T. L. de et al. Análise de indicadores de risco para hipertensão arterial em crianças e adolescentes. **Rev. Escola de Enfermagem USP** [online]. Fortaleza, Ceará. v. 42, n. 1, p. 120-126, ago. 2008. Disponível em [www.ee.usp.br/reeusp](http://www.ee.usp.br/reeusp)> Acesso em 20 jul. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção a saúde do adulto Hipertensão e Diabetes**. Saúde em casa. 2. ed. Belo Horizonte, MG, 2007.

\_\_\_\_\_. **CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA**. Hipertensão arterial sistêmica n 16, Brasília, DF, 2006.

BRUNNER; SAUDDARTH. Histórico e cuidado aos pacientes com Hipertensão. Rio de Janeiro, ed. Guanabara Koogan, 2009. Cap. 32 p. 862-873. (coleção Tratado de Enfermagem Medico – Cirúrgica), 11 ed.

CASTRO, R. A. A.; MONCAU, J E C.; MARCOPITO, L F. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Formiga, MG. **Rev. Arq Brasileira de Cardiologia**. Formiga, MG, v. 88, n. 3, p. 334-339, abr./maio. 2007.

IV CONFERÊNCIAS BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Rev. Arq Bras cardiol**. v. 82 (suplemento IV ), 2004.

IV DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Rev. Arq Bras Cardiol** v. 82 (suplemento IV), ano 2004.

IV diretrizes brasileiras de hipertensão arterial [relatório]; Campos do Jordão, Brasil. Campos do Jordão (SP). v. 1 n. 3, fev. 2002

Kochar, M. S.; Woods, K. D. **Controle de hipertensão: para enfermeiras e demais profissionais da saúde**. 2. ed. São Paulo: Andrei, p. 131 1990.

L , K. M.; e ESCOLT- STUMP. **ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO E DIETOTERAPIA**. São Paulo,ed.11, 2005. Org: KRUMMEL, D. A.: Terapia nutricional na Hipertensão. Cap. 36, p. 859-875.

LESSA, I.; Não-adesão ao tratamento da hipertensão: conseqüências socioeconômicas para o indivíduo e para a sociedade. In: Nobre F, Perin AMG, Mion Jr D, eds. Adesão ao tratamento. O grande desafio da hipertensão. 1ª. ed. São Paulo, **Rev. Lemos Editorial**. p. 89-105, 2001.

LIMA, C. M. F.; PEIXOTO, S. V.; FIRMO. J. O. A. A vaidade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (Projeto Bambuí). **Rev Saúde Pública**. v. 38, n.5, p. 637-642. 2004.

MINAS GERAIS. Conselho regional de enfermagem. Lei nº7.498 de 25 de julho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. In: **Legislação e normas**. Belo Horizonte, ano 9, nº1, p. 25-27, set. 2003.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987. Regulamenta a lei nº 7.498, de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. In: **Legislação e normas**. Belo Horizonte, ano 9, nº1, p. 33-35, set. 2003.

\_\_\_\_\_. Resolução do COFEN nº 240/2000. Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem e dá outras providências. In: **Legislação e normas**. Belo Horizonte, ano 9, nº1, p. 40-43, set. 2003.

MOLINA, M. C. B.; et al. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Rev Saúde pública**. São Paulo, v. 37, n. 6 dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18017>>. Acesso em 18 maio 2010.

NETA, O. S. O.; et al. Abordagem sobre hipertensão em idosos: revisão dos artigos indexados na biblioteca do scielo. In: 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. **CBEEn**. Ceará , v.1, n. 4, p. 3097, dez. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Comitê de Especialista em Controle de Hipertensão Arterial. **Relatório do comitê da OMS**. Geneva, 1996.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Pública**. Ribeirão Preto, v. 37, n. 5, p 635-642, out. 2003. Disponível em: [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)>. Acesso em: 23 ago. 2010.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E C de. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. latino – am. enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 6, n. 1 p. 33-39, jan.

1998. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf)>. Acesso em: 30 mar. 2010.

PICCINI, R. X.; VICTORA, C. G.; Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**. Pelotas. v. 28, n. 4, p 261-7, fev./jul. 1994.

SANTOS, Z. M. A. S et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: Análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto-enferm.** [online]. Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 332-340, 2005. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a03.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2010.

SANTOS, Z. M. A. S.; LIMA, H. P.; Atitudes de prática adotadas por trabalhadores hipertensos no controle da doença. **Rev. Brasileira de Saúde Pública**. v. 18, n. 3, p. 145-51, ago./ out. 2005 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a03.pdf>> Acesso em: 14 de abril 2010.

SILVA, J. L.; SOUZA, S. L.; Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Rev Eletrônica de Enfermagem**. Goiás v. 6, n. 3, 2004. Disponível em <[www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)> Acesso: 22 abril 2010

VERZOLA, C. P.; COSTA, M. R.; Assistência de enfermagem ao paciente com hipertensão primária. Batatais, 2006.

VI CONFERENCIA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **Rev. Brasileira de Hipertensão**. v. 17, n. 1 jan/mar 2010.

VI DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Rev. Arq Bras Cardiol**. 95 (1 suplemento 1): v. 1 n. 51, 2010.

## **ANEXOS**

## ANEXO A

**LEI N° 7.498, DE 25 DE JUNHO de 1986: Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências.**

**Art. 1°** - É livre o exercício da Enfermagem em todo território nacional, observadas as disposições desta lei.

**Art. 2°** - A Enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Federal de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

**Parágrafo Único** - A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitando os respectivos graus de habilitação.

**Art. 3°** - O planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de enfermagem.

**Art. 4°** - A programação de enfermagem inclui a prescrição da assistência de enfermagem.

**Art. 6°** - São enfermeiros:

I - O titular do diploma de enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

**Art. 11°** - O enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe

I - privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica de instituição de saúde, pública e privada e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- i) consulta de enfermagem;
- j) prescrição da assistência de enfermagem;
- m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

**II** - como integrante da equipe de saúde:

- a)** participação no planejamento, execução e avaliação dos planos de saúde ;
- b)** participação a elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c)** prescrição de medicamentos estabelecidos em programa de saúde pública e em rotina aprovado pela instituição de saúde;

## **ANEXO B**

**DECRETO N° 94.406 DE 08 DE JUNHO DE 1987: Regulamenta a lei n° 7.498, de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.**

Art. 3° - a prescrição da assistência de enfermagem é parte integrante do programa de enfermagem.

Art. 8° - ao enfermeiro incumbe:

□ - privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integralmente da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- e) consulta de enfermagem;
- f) prescrição da assistência de enfermagem;
- g) cuidados diretos de enfermagem a paciente graves com risco de vida;

## **ANEXO C**

**RESOLUÇÃO COFEN N° 240/2000: Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem e dá outras providências.**

### **CAPÍTULO I DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS**

Art. 1° - A enfermagem é a profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais.

Art. 2° - O profissional de enfermagem participa, como integrante da sociedade, das ações que visam satisfazer às necessidades de saúde da população.

Art. 3° - O profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo seu ciclo vital, discriminação de qualquer natureza.

Art. 4° - O profissional de enfermagem exerce suas atividades com justiça, competência, responsabilidade e honestidade.

Art. 5° - O profissional de enfermagem presta assistência à saúde visando a promoção do ser humano como um todo.

Art. 6° - O profissional de enfermagem exerce a profissão com autonomia respeitando os preceitos legais da enfermagem.

### **CAPÍTULO II DOS DIREITOS**

Art. 7° - Recusar-se a executar atividades que não seja de sua competência legal.

Art. 8° - Ser informado sobre o diagnóstico provisório ou definitivo de todos os clientes que estejam sob sua assistência.

Parágrafo único - Ao cliente sob sua responsabilidade deve ser garantida a continuidade da assistência de enfermagem

### **CAPITULO III DAS RESPONSABILIDADES**

Art. 16° - Assegurar ao cliente uma Assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 17° - Avaliar criteriosamente sua competência técnica e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para a clientela.

### **CAPÍTULO IV DOS DEVERES**

Art. 22° - Exercer a Enfermagem com justiça, competência responsabilidade e honestidade.

Art. 23° - Prestar Assistência de Enfermagem à clientela, sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 24° - Prestar a clientela uma Assistência de Enfermagem livre de dos risco decorrentes de imperícia, negligência e imprudência.

Art. 25° - Garantir a continuidade da Assistência de Enfermagem.

Art. 26° - Prestar adequadas informações ao cliente e a família a respeito da Assistência de Enfermagem, possíveis benefícios, risco e consequência que possam ocorrer.

Art. 27° - Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem estar.

Art. 37° - Ser honesto no relatório dos resultados de pesquisa.

## **CAPÍTULO V DAS PROIBIÇÕES**

Art. 42º - Negar a assistência de enfermagem em caso de urgência ou emergência.

Art. 43º - Abandonar o cliente em meio a tratamento sem garantia de continuidade da assistência.

Art. 47º - Administrar medicamentos sem certificar-se da natureza das drogas que o compõe e da existência de risco para o cliente.

Art. 48º - Prescrever medicamento ou praticar ato cirúrgico, exceto os previstos na legislação vigente e em caso de emergência.

Art. 49º - Executar a Assistência de Enfermagem sem consentimento do cliente ou seu representante legal, exceto em iminente risco de vida.

Art. 50º - Executar prescrições terapêuticas quando contrárias à segurança do cliente.