



HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NOS DIAS ATUAIS

Graziella de Sousa Barros Araújo¹
Irama Aparecida Vieira Mota²
Joana D'arc da Silva³
Elisângela de Andrade Aoyama⁴
Rafael Assunção Gomes de Souza⁵

¹Acadêmica de Enfermagem. Instituição: Faculdade Juscelino Kubitschek - JK. Brasília, Distrito Federal. *E-mail:* grazysousa@gmail.com

²Acadêmica de Enfermagem. Instituição: Faculdade Juscelino Kubitschek - JK. Brasília, Distrito Federal. *E-mail:* iramaaparecida@yahoo.com.br

³Acadêmica de Enfermagem. Instituição: Faculdade Juscelino Kubitschek - JK. Brasília, Distrito Federal. *E-mail:* joana1827@gmail.com

⁴Mestra em Engenharia Biomédica pela Universidade de Brasília. Instituição: Faculdade Juscelino Kubitschek - JK. Brasília, Distrito Federal. *E-mail:* eaa.facjk@gmail.com

⁵Mestre em Engenharia Biomédica pela Universidade de Brasília. Instituição: Faculdade Juscelino Kubitschek - JK. Brasília, Distrito Federal. *E-mail:* assundf@hotmail.com

Resumo: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica com uma condição clínica desenvolvida por vários fatores de risco modificáveis e uma das principais causas de morte no país, caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial com enormes problemas de saúde pública nos dias atuais. É assintomática e considerada como um dos principais fatores de risco modificáveis com prevalência elevada e baixos percentuais de controle do estado clínico multifatoriais. Quando não tratada corretamente pode acarretar sérias complicações como infarto agudo no miocárdio, entre outras. Na última década foram efetuados no Brasil inúmeros inquéritos populacionais no qual apontam com muita preocupação a prevalência da hipertensão arterial. A prevenção assegurar a qualidade de vida como também diminuir a hospitalização e complicações das doenças crônicas não transmissíveis. Apresentar programas de estratégias implementadas e identificar as causas da hipertensão, através de educação continuada objetivando reeducação populacional é primordial para controle e tratamento da HAS. Revisão bibliográfica constituído principalmente de livros, revistas, periódicos e artigos on-line, disponibilizados através das plataformas encontradas na *Internet, Scielo e Lilacs*. A incidência da hipertensão arterial sistêmica, cresce com a idade. Possui maior prevalência no sexo feminino com aumento expressivo após os 50 anos. É mais comum em afrodescendentes e de maior gravidade e mortalidade. O reconhecimento precoce da doença e o tratamento eficiente são de ampla importância clínica. Precaver a hipertensão arterial envolve educação continuada para o conhecimento da enfermidade e suas complicações e mudanças de hábitos de vida.

Palavras-chave: Fatores de risco, hipertensão arterial sistêmica e prevalência.

Abstract: *Systemic arterial hypertension (SAH) is a chronic disease with a clinical condition developed by several modifiable risk factors and one of the main causes of death in the country, characterized by high and sustained blood pressure levels with huge public health problems in the days current. It is asymptomatic and considered as one of the main modifiable risk factors with high prevalence and low percentage of control of multifactorial clinical status. When not treated correctly can lead to serious complications such as acute myocardial infarction, among others. In the last decade, a large number of population surveys were conducted in Brazil, in which the prevalence of arterial hypertension is highly worried. Prevention to ensure quality of life as well as decrease hospitalization and complications of chronic non-communicable diseases. Presenting programs of strategies implemented and identifying the causes of hypertension through continuing education aimed at population reeducation is paramount for the control and treatment of hypertension. Bibliographic review consists mainly of books, magazines, periodicals and online articles, available through the platforms found on the Internet, Scielo and Lilacs. The incidence of systemic arterial hypertension grows with age. It has a higher prevalence in females with an expressive increase after 50 years. It is more common in Afro-descendants and of greater severity and mortality. Early recognition of the disease and efficient treatment are of broad clinical importance. Precavering arterial hypertension involves continuing education for the knowledge of the disease and its complications and changes in lifestyle.*

Keywords: *Risk factors, systemic arterial hypertension and prevalence.*

Introdução



A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada como um dos principais fatores de risco modificáveis e tem elevada prevalência e baixos percentuais de controle com estado clínico multifatorial, definida por níveis altos e sustentados da pressão arterial. Vincula-se, frequentemente, a modificações funcionais e/ou estruturais em órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e artérias periféricas) e a variações metabólicas, com consequência a elevação do risco de acontecimentos cardiovasculares letais e não letais [1].

Na última década foram efetuados no Brasil inúmeros inquéritos populacionais no qual apontam com muita preocupação a prevalência da hipertensão arterial, sendo assim um dos enormes problemas de saúde pública nos dias atuais, apontando as doenças cardiovasculares com uma das principais causas de óbito na população brasileira. Múltiplos fatores de risco elevam a probabilidade de seu acontecimento e tem a HAS como piora deste panorama em nível nacional [2].

A prevenção é primordial, não só para assegurar a qualidade de vida como também para diminuir a hospitalização e complicações das doenças crônicas não transmissíveis. Para isso, é utilizado o tratamento para HAS não medicamentoso de modo individual ou associado a medicação seguido de mudança no estilo de vida, hábitos alimentares, prática de atividades físicas e diminuição ou eliminação de outros fatores de risco como tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, entre outros [3].

A efetividade dessa pesquisa é apresentar programas e estratégias implementadas e identificar as causas da hipertensão arterial quanto seus métodos de prevenção, principais fatores de risco e importância do tratamento não medicamentoso e medicamentoso [2,7,13,14].

Materiais e métodos

Para o desenvolvimento deste artigo científico foi utilizada pesquisa Bibliográfica através de revisão integrativa (RI) de literatura relevante ao tema, onde reuni de forma sistematizada os resultados de diferentes pesquisas sobre o mesmo tema, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado [15]. As palavras chaves selecionadas para pesquisa foram: Hipertensão arterial, fatores de risco e prevalência.

Delineamento da pesquisa tem como procedimento metodológico, seleção de pesquisa bibliográfica, através de material já publicado, constituído, por livros, revistas, periódicos e artigos *on-line*, através das plataformas encontradas na Internet, *Scielo e Lilacs*, nacional e internacional, com achados de 27 artigos científicos a partir de 2012 a 2018, tendo como critérios de inclusão 15 artigos, com maior ênfase no tema escolhido.

Foram excluídos artigos publicados anterior a 2012 e menos relevante ao tema apresentado. O material foi organizado por etapas para qualificação do curso de enfermagem com identificação preliminar bibliográfica, promovendo uma ampla leitura e produção do texto final.

Pressão Arterial

A pressão arterial é força do sangue bombeado do coração, composta por dois elementos de medida conhecido como sístole ou máxima que acontece no momento de ejeção da contração do musculo cardíaco e diástole que é a mínima que ocorre durante o relaxamento ventricular que depende da resistência periférica da diástole [4].

A primeira medida empírica da Pressão Arterial (PA) foi realizada em 1711, por Stephen Halles, na Inglaterra; Sendo a pressão aferida em um equino. Em 1896 um italiano Riva Rocci, em Turim, estimou clinicamente a HAS com o surgimento dos primeiros dispositivos de medida. Foi apresentado diretamente da França para o Brasil aparelhos do tipo Pachon, um dos primeiros tipo de instrumento que media flutuações da pressão do sangue nas artérias. Era composto por um tambor metálico, tubos de borracha ligadas a uma abraçadeira e um manguito-pulsador de ar [5].

Ao pressionar o manguito, as oscilações nas artérias eram transferidas através dos tubos de borracha para o tambor metálico, que amplifica esta frequência possibilitando a leitura das mudanças na pressão sanguínea. O aperfeiçoamento da aferição surgiu em 1905, através do russo Korotkov com a implementação do método auscultatório de medida indireta da PA, por meio do esfigmomanômetro e com auxílio do estetoscópio para ausculta dos sons de Korotkoff que tornou possível tanto a verificação da pressão sistólica quanto da pressão diastólica [6].

Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma patologia crônica e silenciosa conhecida como pressão alta e das uma principais causas de mortes no país com alta incidência e baixos índices de controle. Quando não tratada corretamente pode acarretar sérias complicações como infarto agudo no miocárdio, hemorragias e encefalopatia hipertensivas (disfunção neurológica), cardiopatia isquêmica (estreita das artérias coronárias), insuficiência cardíaca (disfunção do bombeamento sanguíneo), crescimento do coração que causa incapacidade de bombeamento do sangue e déficit de oxigênio suficiente para os demais órgãos e até mesmo a morte [7].

Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica

A leitura da pressão sanguínea é medida em milímetros de mercúrio (mmHg) e apresentada em sístole e diástole, por exemplo: 120/80 mmHg, sendo sístole 120mmHg e diástole 80mmHg. Um indivíduo pode ter a pressão diastólica normal enquanto a sistólica é acelerada que poderá ser percebida no momento da aferição da pressão arterial corretamente. O valor da pressão arterial sofre variações conforme a interação entre fatores neuro-humorais, comportamentais e ambientais que podem dificultar o diagnóstico de HAS [7].



Existe várias classificações da hipertensão arterial, onde é introduzido cada uma delas, pequenas diferenças nos critérios de inclusão de um determinado valor no grupo hipertensivo. Segundo uma agência especializada em saúde subordinada a Organização das Nações Unidas valor da PA normal é apresentada pela pressão sistólica menor que 120 mmHg e pressão diastólica menor que 80 mmHg; a Pré-Hipertensão é considerado pressão sistólica entre 120 e 139 mmHg ou pressão diastólica 80-89 mmHg; a Hipertensão Estágio 1, é considerada como pressão sistólica entre 140 e 159 mmHg ou pressão diastólica entre 90 e 99 mmHg; a Hipertensão Estágio 2 é seguida da pressão sistólica acima de 160 mmHg ou maior e pressão diastólica 100 mmHg ou maior; e a Crise Hipertensiva é considerada pressão sistólica acima de 180 mmHg ou pressão diastólica acima de 110mmHg [8].

Causas da Hipertensão

A hipertensão pode ser classificada em Primária por causa não identificada com alto índice de predominância ligada ao estilo de vida e aos fatores de risco como estresse, abuso de sal, hereditariedade, alimentação não saudável, obesidade, entre outros e a secundária gerada por causa identificada através da pressão arterial elevada com presença de problemas nos rins, hormonais, uso de anticoncepcional, uso de corticoides, uso de anti-inflamatórios, alteração relacionada à gestação, entre outros [7].

Duas classes dividem os principais fatores de risco das doenças cardiovasculares que são: fatores de risco não modificáveis designado por sexo, idade e a hereditariedade (genéticos), e os fatores de risco modificáveis, que são adquiridos com o passar do tempo e estão relacionados com hábito de vida, como etilismo, tabagismo, o sedentarismo, o estresse, a obesidade, a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, entre outros [2,7,14].

A prevenção e controle da HAS são compostas por realização de atividades físicas regular para diminuir a pressão arterial, reduzindo consideravelmente o risco de doenças arteriais coronária, acidentes vasculares cerebrais, morbidade e mortalidade e o risco de várias outras complicações oportunas [3].

Manifestações clínica da Hipertensão Arterial

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, o índice de prevalência varia conforme população e origem tendo as migrações, urbanização, hábitos sociais e a atividade profissional como maiores determinantes e por ser silenciosa (assintomática) dificulta o diagnóstico em tempo preciso [9,14].

O método mais eficaz de identificação da pressão alta é aferição da mesma regularmente. Os sintomas característicos da hipertensão são cefaleia (dor na cabeça), cansaço, tonturas, epistaxe (sangramento nasal), quando em estado grave sintomas como êmese (vômitos), dispneia (dificuldade de respirar), agitação e diplopia (vi-

são turva) em resultado de lesões que afetam o cérebro, os olhos, o coração e os rins, entupimento de um vaso e ocasionar comorbidades como a angina [10].

Ao realizar as aferições indireta da Pressão Arterial é obrigatório o registro dos valores de leitura da sistólica e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a mensuração conforme a escala do manômetro, que varia de 2mmHg em 2mmHg, evitando-se arredondamento, respeitando o intervalo de esperar entre 1 a 2 minutos antes de realizar novas aferições [4].

Diagnóstico de Hipertensão Arterial

Através do encontro de níveis tensoriais permanentes elevados acima dos valores de iguais ou superiores a 140 x 90 mmHg, aferida com paciente sentado e em ambiente calmo. Valor alterado pela primeira vez, é necessário a verificação novamente; posteriormente mais duas vezes e, em pelo menos mais dois outros dias em horários diferentes, por diversas vezes ao dia ou mais para estabelecer um diagnóstico da hipertensão arterial [11].

A medida ambulatorial da pressão arterial (MAPA) e a medida residencial da pressão arterial (MRPA) são meios auxiliares para diagnósticos. A MAPA analisar o comportamento fisiológico da pressão arterial nas 24 horas. A MRPA registra a pressão arterial por procedimento indireto, com 3 medidas pela manhã e 3 medidas à noite durante a sentinela, por 5 dias. O paciente pode realizar ambos os procedimentos ou outra pessoa com equipamentos apropriados, desde que antecipadamente treinadas [4,11].

Os Exames Complementares servem para fechamento de diagnóstico da HAS entre estes estão: urina tipo 1 (a presença de proteína indica problemas nos rins causando assim a dificuldade de ingestão de potássio e excreção de potássio); dosagem de potássio (um nível acima ou abaixo do normal de potássio pode interferir na camada cardíaca que é o miocárdio e levar a diferentes tipos de arritmias cardíacas); dosagem Creatinina (o aumento da creatinina no sangue pode ser sinal de insuficiência renal e a creatinina baixa pode ser problema na nutrição); glicemia de jejum; colesterol total, LDL, HDL, triglicérides; ácido úrico; eletrocardiograma convencional [12].

Tratamento

Este é composto por Tratamento Não Medicamentoso com objetivo de controle da HAS e minimize os riscos de complicações, com redução ou eliminação da ingestão de bebidas alcoólicas, cigarro e a pratica de hábitos de vida saudáveis e o Tratamento Medicamentoso possui finalidade terapêutica é a diminuição da morbidade e da mortalidade das doenças cardiovasculares, com o uso de anti-hipertensivos como diuréticos, beta-bloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), bloqueadores dos receptores de AT1



da angiotensina II e com bloqueadores dos canais de cálcio e a maioria utilizam a combinação de medicamentos para diminuir a o volume da pressão arterial [2,14].

Os fármacos mais utilizados para o controle e tratamento da hipertensão são: Hidroclorotiazida associada à Losartana ou ao Atenolol ou à Amilorida ou solitariamente o Anlodipino [12].

Programas de Controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis

O Programa Academia da Saúde foi instalado em 7 de abril de 2011, tem como princípio a atividade física com a finalidade de promoção da saúde [2].

O Programa Farmácia Popular foi divulgado em março de 2011, que passou a oferecer remédios de forma gratuita para hipertensão e diabetes em mais de 17.500 farmácias particulares habilitadas [7].

A política antitabaco é reflete no decaimento da prevalência das Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Sobressaem-se as ações regulatórias, como o impedimento da propaganda de cigarros, as advertências sobre o risco de problemas nas embalagens do produto, a união à Convenção-Quadro do Controle do Tabaco em 2006, entre outras [12].

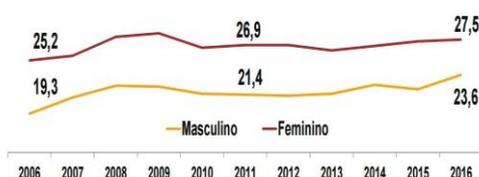
A ampliação da Atenção Básica em Saúde, com atuação das equipes em território determinado, com população limitada, realizando atos de promoção, vigilância em saúde, prevenção, assistência, além de acompanhamento longitudinal dos pacientes. Foi lançado em 2011 o Programa Brasil sem Miséria, com foco na população com rendas abaixo de um salário mínimo, afim de diminuir a pobreza e o enfrentamento de patologias crônicas como hipertensão arterial e diabetes [2,7].

O Hiperdia se direciona ao cadastramento e acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), gerando conhecimento para aquisição, dispensação e distribuição de fármacos de forma suficiente e sistemática a todos os usuários cadastrados mandando os dados para o Cartão Nacional de Saúde garantindo a identificação do usuário [13].

Resultados

O Gráfico 1 apresenta a prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica com diagnóstico de hipertensão acrescido de dados de 25,2% em 2006 para 27,5% em 2016 no sexo feminino e 19,3% em 2006 para 23,6% em 2016 no sexo masculino [2].

Gráfico 1. Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica



As doenças crônicas progridem cada dia mais, apresentando uma extensão de 61,8% de pessoas diabéticas e 14,2% de pessoas hipertensas. No espaço de 10 anos, o Ministério da Saúde fortaleceu acesso a medicamentos para hipertensão e diabetes, através do Programa Aqui Tem Farmácia Popular. Em 2016 houve um acréscimo de 14.465.949 pessoas que receberam medicamentos para tratamento da HAS [2].

O Gráfico 2 apresenta por idade a prevalência da HAS. A partir de 34 anos de 14% da população é portador de HAS. Dos 35 aos 44 anos há uma ampliação de 6,9% chegando a 20,9% da população. A partir dos 45 anos há 64 anos é crescido de 13,6%, atingindo 34,6 da população[2].

Gráfico 2. Hipertensos no Brasil



O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 foca no intuito de diminuição do índice de mortalidade precoces em 2% ao ano até 2022. A prevalência dos fatores de risco apresentam essas questões como grande desafio para a área da saúde, tornando assim a HAS e DM grandes problemas de saúde pública, tais achados reforçam a necessidade de novos estudos comparando o estilo de vida e comportamentos em saúde referente a população residente de um modo geral [2,3,7].

Discussão

As doenças crônicas progridem cada dia mais, apresentando uma extensão de 61,8% de pessoas diabéticas e 14,2% de pessoas hipertensas. No espaço de 10 anos, o Ministério da Saúde fortaleceu acesso a medicamentos para hipertensão e diabetes, através do Programa Aqui Tem Farmácia Popular. Em 2006 aproximadamente 348.948 pessoas receberam medicamentos para tratamento da HAS, com acréscimo em até 2016 para 14.465.949 pessoas. Vários aspectos de risco são prevalentes e indicam mais da metade das pessoas do universo com peso acima do sugerido com aumento de 18,9% da população com obesidade [2].

Ações realizadas pelo Ministério da Saúde vem causando um grande impacto na diminuição de mortes precoces sabendo que em 2010 pesquisas apresentaram cerca de 315.5 com diminuição de 302.7 até o ano 2015. Com uma caída anual de 2,6% ao ano da mortalidade precoce causada por enfermidades crônicas entre adultos de 30 a 69 anos. O Brasil já colocou em ação meta para diminuir mortalidade por enfermidade crônicas. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-



2022 foca no intuito de diminuição do índice de mortalidade precoces em 2% ao ano até 2022 [2, 8].

Finalmente, diante dos resultados alcançados, percebe-se que a taxa de pessoas adultas classificadas como hipertensas é alta. Não esquecendo, a prevalência dos fatores de risco correlacionados à hipertensão classificados nesse estudo apresentam essas questões como grande desafio para a área da saúde, pois eles espelham hábitos da vida em si, como tabagismo, alimentação inadequada e sedentarismo, entre outros [3,14].

Esses hábitos representam grandes problemas de saúde como o Hipertensão Arterial diabetes mellitus e a obesidade, que são enfermidades com reflexão de importantes explicação conhecidas de morbimortalidade em indivíduos adultos, no Brasil e no mundo. Tais achados reforçam a necessidade de novos estudos comparando o estilo de vida e comportamentos em saúde com a presença dos fatores de risco cardiovasculares, em população residente de um modo geral [2].

Conclusão

Dada a extensão e grandiosidade desse problema de saúde pública que é a HAS, é de grande importância o desenvolvimento de estratégias de prevenção de influência a favor da sociedade, colocando em prática a necessidade urgentemente de intervenções específicas, implementação de protocolo de atendimento objetivando diminuir ou eliminar as complicações resultantes da hipertensão arterial e precaver o aparecimento de outras enfermidades cardiovasculares. Colocar em ação o método de prevenção e mudanças nos hábitos de vida e apreciar o tratamento não medicamentoso e medicamentoso através da educação continuada, capacitando e induzindo a população a realizar o autocuidado e mudanças nos hábitos alimentares para melhoria da qualidade de vida.

Referências

- [1] Brasil. VI Diretrizes brasileiras de Hipertensão – DBH VI. Rev Bras Hipertens. 2010;17(1):7-10.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
- [3] Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq. Bras Cardiol. 2016;95(4):440-553.
- [4] Andrade SSA. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde. Epidemiol. Serv. Saúde [online]. 2013; 24(5):297-304.
- [5] Chor D, Ribeiro AL, Carvalho M S, Duncan BB, Lotufo PA, Nobre AA, et al. *Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELISA-Brasil Study*. PLoS One. 2015;10(6):127-382.
- [6] Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa ALL, Jardim PCBVA. Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. Arq. Bras Cardiol. 2013;7(2):164-174.
- [7] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- [8] World Health Organization. (WHO). *World Health Statistics 2017: monitoring health for the SDGs: Sustainable Development Goals*. Geneva; 2017.
- [9] Reiners AAO. Adesão ao tratamento de hipertensos da Atenção Básica. Ciência Cuidado Saúde. 2012; 10(3):581-7.
- [10] Ribeiro AG, Cotta RMM, Silva LS, Ribeiro SMR, Dias CMGC, Mitre SM, et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. Rev. Nutr. 2012;11(2):271-82.
- [11] Mengue SS, Bertoldi A, Boing AC, Tavares SDPT, Oliveira MA, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. Rev Saúde Pública. 2016;50(12):2-4.
- [12] Barbosa RGB, Ferrioli E, Moriguti JC, Nogueira CB, Nobre F, Ueta J, et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. Arq. Bras. Cardiol. 2012;99(13):636-41.
- [13] Brasileiro. Alda Magaly Matias. Manual de produção de textos acadêmicos e científicos. São Paulo; 2013.
- [14] Auch EC, Saver JL, Adams HP Jr, Bruno A, Connors JJ, Demaerschalk BM, et al. Diretrizes para o tratamento precoce de pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico agudo: uma diretriz para profissionais de saúde da American Heart Association/American Stroke Association. Acidente vascular encefálico. 2013; 44(3):870-947.