DEPARTAMENTODECIÊNCIASDESAÚDE

LICENCIATURAEMENFERMAGEM

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM HIPERTENSÃO ATENDIDOS NO HOSPITAL JOSINA MACHEL NO II TRIMESTRE DE 2024

Autora: Midulay Celene Miguel de Sousa Pontes

Orientador: Baltazar Barroso Seabra**,** Lic.

Icolo e Bengo, 2025

DEPARTAMENTODECIÊNCIASDESAÚDE

LICENCIATURAEMENFERMAGEM

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM HIPERTENSÃO ATENDIDOS NO HOSPITAL JOSINA MACHEL NO II TRIMESTRE DE 2024

Trabalho de Fim de Curso apresentada ao Instituto Superior de Angola (ISA), como requisito para a obtenção do grau de Licenciatura em Ciências da Educação na especialidade de Pedagogia. Sob orientação do professor Baltazar Barroso Seabra**,** Lic..

Autora: Midulay Celene Miguel de Sousa Pontes

Orientador: Baltazar Barroso Seabra**,** Lic.

Icolo e Bengo, 2025

DEPARTAMENTODECIÊNCIASDESAÚDE

LICENCIATURAEMENFERMAGEM

FOLHA DE APROVAÇÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM HIPERTENSÃO ATENDIDOS NO HOSPITAL JOSINA MACHEL NO II TRIMESTRE DE 2024

O júri:

Presidente:_____

1º vogal:_____

2º vogal:_____

Secretário(a):_____?_____

Classificação_____Valores

Data da Defesa_____ /_____ / _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Adriano Pontes e Paulina Manuel Miguel, por estarem sempre comigo, pelo apoio financeiro, pela orientação e por acreditarem sempre nas minhas escolhas.

AGRADECIMENTOS

À Deus Pai Todo Poderoso pela graça da vida e por ser a fonte das minhas conquistas.

Ao meu marido, Vanderson Cusseba, aos meus filhos, Estiviandra Cusseba, Herlander Cusseba, Brianne Cusseba, aos meus pais, Adriano Pontes e Paulina Manuel Miguel, aos meus irmãos, pelo apoio moral, emocional e financeiro.

À minha sogra, Amélia Cusseba, pelo apoio e por cuidar dos meus filhos no 1º e 2º Ano, principalmente em véspera dos exames. Muito obrigada.

Aos professores, Miguel Mavunga, Antonino Feijo e Joaquim Ferreira, pelas correcções e ensinamentos que me permitiram a presentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional.

Ao meu orientador Baltazar Barroso Seabra**,** Lic., pela dedicação e suas orientações prestada na elaboração deste trabalho.

Ao Instituto Superior de Angola (ISA) que me deu a oportunidade de continuar a minha formação académica e realizar os meus sonhos.

Agradeço profundamente os meus amigos e colegas, pela compreenção durante estes momentos de desafios.

EPÍGRAFE

"Hipertensão é uma condição clínica multifactorial determinada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial".

Brasil (2013)

RESUMO

A Hipertensão representa a condição clínica multifactorial caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Tipo de pesquisa: usou-se a pesquisa explorativa. O modelo de abordagem: qualitativa – quantitativa ou mista. Problemática: Como ocorre á assistência de enfermagem a pacientes com hipertensão atendidos no hospital Josina Machel no II Semestre de 2024. Hipóteses: H1. Ocorre por meio de controlo e terapia medicamentosa prescrita de acordo com a gravidade do quadro clínico.H2. Ocorre por meio de realização de controlo da pressão arterial através de medidas não medicamentosas, baseadas na manutenção de um estilo de vida saudável.H3. Ocorre por meio da assistência de enfermagem focada na diminuição e controle dos valores pressóricos. Objectivo geral: Analisar o papel do enfermeiro na assistência de enfermagem a pacientes com hipertensão atendidos no hospital Josina Machel no II Semestre de 2024. Objectivo específicos: identificar o papel do enfermeiro na assistência de enfermagem a pacientes com hipertensão atendidos no hospital Josina Machel no II Semestre de 2024; descrever o papel do enfermeiro na assistência de enfermagem a pacientes com hipertensão atendidos no hospital Josina Machel no II Semestre de 2024. Para o estudo em questão a nossa amostragem é de 101 elementos. Concluindo: o tratamento da hipertensão exige que, haja por parte do paciente um compromisso em mudar seus hábitos de vida, aos profissionais de saúde oferecer informações e orientações. Sugestão: que os enfermeiros procurem criar mais estratégias para a promoção da saúde e prevenção da hipertensão na atenção básica à saúde.

Palavras-chaves: Assistência de Enfermagem; Paciente e Hipertensão.

ABSTRACT

Does the Hypertension represent the condition clinical multifatoried characterized by the sustained elevation of the levels pressoricos? 140 and/or 90 mmHg. Research type: the research explorativa was used. The approach model: qualitative - quantitative or mixed. Problematic: As it happens á nursing attendance to patient with hypertension assisted at the hospital Josina Machel in the II semester of 2024. Hypotheses: H1. He/she happens through I control and therapy medicamentosa prescribed in agreement with the gravity of the clinical picture. H2. He/she happens through accomplishment of I control of the blood pressure through measures no medicamentosas, based on the maintenance of a healthy lifestyle. H3. He/she happens through the nursing attendance focused in the decrease and control of the values pressóricos. General Objective: To analyze the nurse's paper in the nursing attendance to patient with hypertension assisted at the hospital Josina Machel in II Semester of 2024. Specific Objective: to identify the nurse's paper in the nursing attendance to patient with hypertension assisted at the hospital Josina Machel in II Semester of 2024; to describe the nurse's paper in the nursing attendance to patient with hypertension assisted at the hospital Josina Machel in II Semester of 2024. For the study in subject our sampling is of 101 elements. Ending: the treatment of the hypertension demands that, there be on the part of the patient a commitment in changing their life habits, to the professionals of health to offer information and orientations. Suggestion: that the nurses try to create more strategies for the promotion of the health and prevention of the hypertension in the basic attention to the health.

Words-key: Attendance of Nursing; Patient and Hypertension.

LISTA DE SÍGLASSÍMBOLOS E ABREVIATURAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVE -Acidente vascular encefálico

DAC-Doença Arterial Coronária

DALYs-Disability Adjusted Life Years

DAP -Doença Arterial Periférica

DASH -Dietary Approach to Stop Hypertension

DCNT-Doença Crónica Não Transmissível

DCV-Doenças Cardiovasculares

DRC-Doença Renal Crónica

et. al- Com outros autores

FA -Fibrilação Atrial

HAB- Hipertensão do Avental Branco

HAS- Hipertensão Arterial Sistémica

HM - Hipertensão Mascarada

IAM- Enfarto Agudo do Miocárdio

IC- Insuficiência Cardíaca

IMC- Índice de Massa Corporal

MEV-Mudanças no Estilo de Vida

MAPA - Monitorização Ambulatória Pressão Arterial

MRPA-Monitorização Residencial Pressão Arterial

OMS- Organização Mundial da Saúde

PA- Pressão Arterial

QAM-Q-Questionário de Adesão a Medicamentos Qualiaids

SNS- Sistema nervoso simpático

SUS- Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela nº 1. Quais são as causas da hipertensão?.....38

Tabela nº 2. Qual o papel do enfermeiro na assistência de enfermagem a paciente com hipertensão?.....39

Tabela nº 3. Quais são os factores de risco e as possíveis complicações da hipertensão?.....40

Tabela nº 4. Qual o objectivo da assistência de enfermagem a paciente com hipertensão?.....41

Tabela nº 5. O que o enfermeiro deve avaliar durante o exame físico?.....42

Tabela nº 6. Quais são as sínteses dos factores facilitadores na adesão do paciente no tratamento e controle da hipertensão?.....43

Tabela nº 7. Qual o papel do enfermeiro na assistência de enfermagem a paciente com hipertensão?.....44

Tabela nº 8. Como ocorre á assistência de enfermagem a pacientes com hipertensão?.....45

Tabela nº 9. Qual o objectivo da assistência de enfermagem a paciente com hipertensão?.....46

Tabela nº 10. O que o enfermeiro deve avaliar durante o exame físico?.....47

LISTA DE GRÁFICOS

Gráficonº 1: Refere as causas da hipertensão.....38

Gráfico nº 2: Confere o papel do enfermeiro na assistência de enfermagem a paciente com hipertensão.....39

Gráfico nº 3: Entendimento sobre factores de risco e as possíveis complicações da hipertensão.....40

Gráfico nº 4: Explica sobre o objectivo da assistência de enfermagem a paciente com hipertensão.....41

Gráfico nº 5: Representa o que, o enfermeiro deve avaliar durante o exame físico.42

Gráfico nº 6: Apresenta as sínteses dos factores facilitadores na adesão do paciente no tratamento e controle da hipertensão.....43

Gráfico nº 7:Entendimento sobre o papel do enfermeiro na assistência de enfermagem a paciente com hipertensão.....44

Gráfico nº8: Como ocorre á assistência de enfermagem a pacientes com hipertensão.....45

Gráfico nº9: Apresenta o objectivo da assistência de enfermagem a paciente com hipertensão.....46

Gráfico nº 10: Entendimento sobre que o enfermeiro deve avaliar durante o exame físico.....47

ÍNDICE

DEDICATÓRIA …… I

AGRADECIMENTOS …… II

EPÍGRAFE …… III

RESUMO …… IV

ABSTRACT …… V

LISTA DE SÍGLAS SÍMBOLOS E ABREVIATURAS…… VI

LISTA DE TABELAS…… VII

LISTA DE GRÁFICOS…… VIII

INTRODUÇÃO ……1

CAPÍTULO I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO…….5

1.1. Definições de termos e conceitos……5
1.1.1. Assistência de enfermagem……5
1.1.2. Paciente……5
1.1.3. Hipertensão……6
1.2. Abordagem histórica sobre a hipertensão ……6
1.3. Concepções sobre o que é hipertensão ……7
1.4. Epidemiologia da HA no mundo ……9
1.5. Aferição da pressão arterial ……9
1.6. Doenças crónicas: cenário da hipertensão arterial ……12
1.7. Factores preditores para o atendimento aos hipertensos …… .13
1.8. Hipertensão arterial e suas causas ……14
1.9. Assistência de enfermagem na hipertensão arterial sistémica ……15
1.10. Assistência de enfermagem mediante à hipertensão arterial sistémica na atenção básica ……16
1.11. Acções do enfermeiro no intuito de melhorar a adesão ao tratamento e reduzir as complicações da HAS ……18
1.12. Mudanças na dieta alimentar do hipertenso ……21
1.13. Factores de risco e as possíveis complicações da hipertensão ……23

1.14. Fisiopatologia ……..……..……..….....27
1.15. Adesão terapêutica e a hipertensão arterial ……..... 28
1.16. Factor que contribuem para a não adesão dos portadores de HAS ao tratamento …….……..….....29
1.17. Estratégia para melhorar a adesão ao tratamento da HAS …….....29
1.18. Diagnóstico e tratamento da HA …….....30

CAPÍTULO II. METODOLOGIA DE PESQUISA……...……...…..……...34

2.1. Tipos de pesquisa ……..……..……..……..... 34

2.2. Modelo de abordagem ……..……..…..…….....34

2.3. Nível estruturação de métodos …….....……..……..……...34

2.4. Técnicas de recolhas de dados …….....……..……...36

2.5. Instrumentos e procedimentos…….…….....…….....36

2.6. População e amostra ……..…….....…..……...37

2.6.1. População ……..…….....……...37

2.6.2. Amostra ……..……..…….....37

2.7. Dificuldadess encontradas…….……..……..…….....37

CAPÍTULO III. DISCUSSÃO E RESULTADOS…..…….……38

3.1. Apresentação e interpretação dos resultados ……..…….....38

3.1.1. Apresentação e interpretação do inquérito dirigido ao Director geral e Médicos do Hospital Josina Machel……..…….....38

3.1.2. Apresentação e interpretação do inquérito dirigido aos enfermeiros do Hospital Josina Machel……..…….....43

3.2. Discussão dos resultados ……..…….....48

CONCLUSÕES ……...…….....52

SUGESTÕES…….……....54

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS……...…….…….....55

APÊNDICES

ANEXOS

INTRODUÇÃO

O presente projecto aborda sobre aassistência de enfermagem a pacientes com hipertensão atendidos no hospital Josina Machel no II Semestre de 2024.

A assistência de enfermagem a pacientes hipertenso, é essencial para o impedimento de possíveis complicações futuras seguidas da doença. O principal meio que o paciente tem para o tratamento da hipertensão é através do controle, que tem-se tornado um grande desafio para os profissionais de saúde, em virtude de ser uma doença que exija um tratamento de longo tempo.

O enfermeiro tem um papel muito importante ao priorizar o desenvolvimento de acções de saúde essenciais no acompanhamento do hipertenso. O Ministério da Saúde, por meio de seus programas, garante melhor saúde e amplia serviços com melhores soluções.

A HAS (hipertensão arterial sistémica) é uma patologia que, se não tratada, pode levar a AVC e outras complicações, mas os enfermeiros trabalham em grupos para ajudar as pessoas a melhorar sua qualidade de vida.

O objectivo do tratamento da hipertensão é manter a pressão arterial adequada sem prejudicar o paciente, e a colaboração no cuidado deve ser custo-efectiva. O tratamento consiste em acções de modificação dos estilos de vida, sendo o próprio paciente o responsável por essas mudanças onde o medicamento é prescrito pelo médico, cabendo à equipe de enfermagem o papel de orientar e acompanhar frente a essas novas adaptações, pois, portanto, é um sistema contínuo que educa e promove o autocuidado.

O atendimento ao hipertenso também é realizado no hospital, com o técnico de enfermagem em contacto quase permanente com o paciente, seja quando internado por complicações da hipertensão arterial ou quando for realizar procedimentos electivos como cirurgia e/ou exames diagnósticos.

A Hipertensão Arterial Sistémica (HAS) mais conhecida como pressão alta é uma doença crónica de evolução progressiva, é considerada como um problema de saúde pública e tem grande incidência no mundo de hoje.

Caracterizada por níveis elevados da pressão arterial (PA) que acontece por factores genéticos, ambientais e relacionados ao estilo de vida. Está associado a

alterações funcionais dos órgãos (coração, cérebro, rins, vasos sanguíneos) e alterações metabólicas que podem levar à obesidade com consequência no aumento do risco de doenças cardiovasculares fatais.

Essa é uma doença crónica que se caracteriza por um aumento nos níveis pressóricos, acima dos padrões normais, levando em consideração a faixa etária e as condições clínicas do paciente. O achado de medida da pressão arterial normal de uma pessoa adulta acima dos 18 anos de idade é de ≤120 mmHg para pressão arterial sistólica e de até 80 mmHg para pressão arterial diastólica.

Na maioria dos casos, a doença surge por hereditariedade, porém existem factores que podem aumentar e acelerar a ocorrência da doença, como exemplo: fumo, stresse, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, falta de actividade física, consumo exagerado de cloreto de sódio, elevados níveis de colesterol, dentre outros. Além desses factores de risco, a ocorrência da doença pode ser mais evidente em pessoas da raça negra, diabéticos e tende a aumentar o risco com a idade.

Por se tratar de uma doença assintomática, na maioria das vezes, seu diagnóstico e tratamento são retardados levando ao aparecimento de outras doenças associadas, o queaumenta a mortalidade. Junto a isso, estão relacionados também a dificuldade de adesão aotratamento prescrito, à dieta balanceada e à mudanças nos hábitos de vida, o que faz com queos níveis da pressão arterial se mantenham elevados.

O enfermeiro tem grande importância na assistência e nos cuidados ao paciente hipertenso, pois são os maiores auxiliadores na mudança do estilo de vida daquele paciente. Dessa forma, o profissional atende de maneira a proteger levando melhor qualidade de vida ao paciente através do controlo.Assim, com base nisso elaborou-se a questão de partida que fundamentou o desenvolvimento da pesquisa:

- **Como ocorre á assistência de enfermagem a pacientes com hipertensão atendidos no hospital Josina Machel no II Semestre de 2024?**

Hipóteses

Como respostas antecipadas ao problema a cima descrito, elaborou-se três hipóteses que podem ou não ser confirmadas no final do estudo.

H1. Ocorre por meio de controlo e terapia medicamentosa prescrita de acordo com a gravidade do quadro clínico.

H2. Ocorre por meio de realização de controlo da pressão arterial através de medidas não medicamentosas, baseadas na manutenção de um estilo de vida saudável.

H3. Ocorre por meio da assistência de enfermagem focada na diminuição e controle dos valores pressóricos.

Objectivo de estudo

Toda pesquisa científica se orienta por meio de objectivos, sendo universalmente conhecidas duas categorias, nomeadamente a categoria de objectivo geral e objectivos específicos.

De acordo com Gil (2002) objectivo geral indica o maior propósito da pesquisa, porém, os específicos correspondem as acções específicas que precisam materializadas para a concretização da pesquisa.Assim, mediante a compreensão obtida, foram elaborados os seguintes objectivos:

Geral

Analisar a assistência de enfermagem a pacientes com hipertensão atendidos no hospital Josina Machel no II Semestre de 2024.

Específicos

- Identificar a assistência de enfermagem a pacientes com hipertensão atendidos no hospital Josina Machel no II Semestre de 2024;
- Descrever a assistência de enfermagem a pacientes com hipertensão atendidos no hospital Josina Machel no II Semestre de 2024;
- Propor sugestões para melhoria da assistência de enfermagem a pacientes com hipertensão atendidos no hospital Josina Machel no II Semestre de 2024.

Delimitação e limitação de estudo

a) Delimitação

O presente estudo esta delimitado no Hospital Jorgina Machel. O projecto realizou-se no espaço temporal do II Semestre de 2024.

b) Limitação

O estudo limitou-se aos membros da Director geral, Médico e Enfermeiros.

Justificativa

A escolha do tema deveu-se pelo facto de se ter percebido que a hipertensão associa-se, de modo frequente a distúrbios metabólicos, alterações na estrutura e função de órgãos-alvo, e é agravada pela existência de outros factores de risco. Também chamada de pressão alta, ou doença assassina silenciosa, o grande problema da hipertensão é que, em muitos casos, esta se apresenta de forma assintomática,somente sendo percebida quando algum órgão já tenha sido afectado.

Relevância académica: a hipertensão arterial tem se configurado num dos maiores desafios da medicina, pois se caracteriza como uma doença silenciosa que muitas vezes só é descoberta quando já está afectando o funcionamento do sistema cardiovascular.

A nível social:actualmente, 32% da população adulta têm hipertensão. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo são hipertensas. Além disso, a não adesão ao tratamento tem atingido aproximadamente 50% dos pacientes e a falta de controlo da pressão arterial, mesmo em pacientes acompanhados em unidades de saúde, é muito frequente.

Estrutura do trabalho

Este trabalho esta estruturado em três capítulos:

No capítulo I. Fundamentação teórica, onde abordou-se as definições de termos e conceitos de autores que sustentam a temática em estudo;

No capítulo II. Metodologia de pesquisa, onde abordou-se os métodos, técnicas que se usou para a elaboração da pesquisa;

No capítulo III. Discussão e resultados;

Conclusões;

Sugestões;

Referências bibliográficas.

CAPITULO I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo aborda as bases teóricas que sustentarão á assistência de enfermagem a paciente com hipertensão atendidos no hospital Josina Machel no II Semestre de 2024.

1.1. Definições de termos e conceitos

Para melhor compreensão sobre o tema em abordagem, segue-se a definição dos termos e conceitos da pesquisa.

1.1.1. Assistência de enfermagem

Segundo Barreto (2018), a assistência de enfermagem cogita a sustentação das práticas de saúde tão necessárias no quotidiano do cliente, tendo em vista que o cuidar é uma das ferramentas do processo de trabalho que o enfermeiro dispõe.

Na perspectiva de Costa (2014), a assistência contribui efectivamente para que o exercício profissional do enfermeiro seja visto pela sociedade como arte do cuidar, deslocando-a para ciência que aponta para uma metodologia própria por meio do saber técnico-científico.

Para Stamm (2002), assistência de enfermagem como um processo fundamentado na motivação, razões e objectivos, guiados por antecipações, na forma de planeamento e projecções do profissional.

De acordo com Silva (2003, p. 7), assistência de enfermagem são acções do enfermeiro vista como um ato de cuidar humanizado, pois quem pratica o cuidado zela, preocupa-se, observa, analisa e cria.

1.1.2. Pacientes

Na perspectiva de Botossi (2013), paciente é a pessoa que necessita de cuidados especiais e amparo, por um período curto, médio ou longo.

Para Franco (2006, p. 6), paciente é alguém que se encontra internado, com fragilidade e necessidade de cuidado individualizado.

Na perspectiva de Braga (2015), paciente é todo o indivíduo que possui alteração física, intelectual, social ou emocional, alteração essa que podem ser simples ou complexa.

Segundo Skagerström (2017), paciente é definido como um indivíduo que assume uma postura activa/autónoma no seu processo saúde-doença com base numa autogestão do cuidado saúde/doença, capaz de desenvolver e/ou aprimorar habilidades necessárias para gerenciar sua actual condição clínica mediante a busca de informações acerca dos melhores tratamentos.

1.1.3. Hipertensão

Segundo Brasil (2013), hipertensão é uma condição clínica multifactorial determinada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) 140x90mmHg.

Para Malachias, et. al. (2016, pp. 1-83), hipertensão é definida como a situação clínica caracterizada por valores elevados da PA, sendo definida como PA sistólica igual ou maior que 140mmHG e/ou PA diastólica igual ou superior a 90mmHG, em crianças, jovens, adultos e idosos sem uso deanti-hipertensivos.

Na perspectiva de Dohmann (2013), hipertensão é uma doença não transmissível e pode ser controlada, trata-se de uma doença nãocurável, sendo assim, necessita de um tratamento por toda vida.

De acordo com Malta (2014, p. 4), a hipertensão arterial é uma doença caracterizada pela manutenção de níveis elevados de pressão arterial.

1.2. Abordagem histórica sobre a hipertensão

De acordo com Cruz (2017), ao longo dos anos, existiram dúvidas acerca da melhor nomenclatura que pudesse descrever a falha relativa aos tratamentos a doenças por não adopção dos pressupostos e indicações médicas pelos pacientes. Tal dúvida percorreu um longo percurso até ao século XXI.

Para Who (2003), a Organização Mundial da Saúde trouxe em 2003 um documento que definia adesão como o grau em que o comportamento de uma pessoa tomar o medicamento, seguir uma dieta ou executar mudanças no estilo de

vida (MEV), corresponde às recomendações acordadas com um prestador de assistência à saúde.

Segundo Brasil (2020), a Hipertensão Arterial é, actualmente, uma doença relativamente de fácil controlo, com diversas terapias disponíveis. Entretanto, dados evidenciam que o grande desafio para os profissionais responsáveis pelo tratamento do indivíduo hipertenso é justamente a adesão terapêutica, que em sua grande parcela das vezes é baixa ou inexistente, sendo assim ineficaz para a precaução dos agravos a curto, médio e longo prazo, assim como a diminuição da qualidade de vida dos pacientes.

1.3. Concepções sobre o que é hipertensão

A hipertensão arterial tem-se configurado num dos maiores desafios da medicina, pois se caracteriza como uma doença silenciosa que muitas vezes só é descoberta quando já está afectando o funcionamento do sistema cardiovascular. Dentro desse contexto, Teixeira (2007, p. 1) afirma que:

> "a Hipertensão Arterial Sistémica também conhecida como Hipertensão Arterial Essencial, Doença Hipertensiva vulgarmente chamada de Pressão Alta é caracterizada pelos níveis pressóricos. Quando a Pressão Arterial Sistólica (pressão do sangue dentro das arteiras no momento da contracção do coração) é maior de 140 milímetros de mercúrio, e/ou quando a Pressão Arterial Diastólica (pressão do sangue dentro das artérias entre uma contracção e outra) é maior que 90 milímetros de mercúrio".

Segundo Araújo, et. al. (2006), pode-se entender a hipertensão arterial como uma das mais prevalentes doenças cardiovasculares e um dos principais factores de risco à saúde pública. Consequentemente, tem-se uma grande preocupação com a prevenção e o tratamento dessa doença. O tratamento tanto pode ser farmacológico como base na utilização de drogas anti-hipertensivas e não-farmacológico, baseado na mudança de estilo de vida.Tem-se, então, que a pressão sanguínea pode ser classificada em:

- Pressão Sistólica - a mais alta pressão gerada pelo coração em repouso durante a sístole do ventrículo esquerdo é de aproximadamente 120 mmHg, como ponto de referência a artéria bronquial com o baço à nível do AD. A partir dela estima-se o trabalho do coração e a tensão contra as paredes.

Durante o relaxamento do coração, o recuo elástico do sistema arterial proporcional uma pressão para que o fluxo se mantenha constante (Robbins, 1996).

- Pressão Diastólica - é de 70 a 80 mmHg durante o relaxamento do ciclo cardíaco. Indica a resistência periférica. Quando alta, a pressão dentro das artérias após a sístole não é dissipada rapidamente e continua elevada durante grande parte do ciclo cardíaco (Robbins, 1996).
- Pressão Arterial Média - força média exercida pelo sangue contra as paredes das artérias durante todo o ciclo cardíaco. Ligeiramente maior que a média entre as pressões sistólicas e diastólicas. Em repouso, a pressão artéria é de 92 mmHg (Robbins, 1996).

De acordo com Lopes (2003), considera que o principal objectivo do tratamento da hipertensão arterial é reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovascular por meio da modificação do estilo de vida do paciente. Entre as principais razões para se adoptar a prática desse tratamento, são destacadas: o baixo custo e risco mínimo; a redução da pressão arterial, favorecendo o controlo de outros factores de risco; o aumento da eficácia do tratamento medicamentoso; e a redução do risco cardiovascular.

O mesmo autor, ressalta que o tratamento sem medicamentos pode servir para controlar a hipertensão leve e se for associado ao tratamento medicamentoso, contribuir para o controle da hipertensão moderada e grave. Para isso, é preciso que o paciente receba da equipe multiprofissional um atendimento amplo e seja inserido em programas que favorecem a mudança dos hábitos de vida do hipertenso. Ibidem

Em conformidade com Magalhães (2003), a hipertensão arterialé uma doença que atinge aproximadamente 20% da população adulta mundial, tornando-se um dos maiores desafios para a medicina moderna.

> O tratamento da hipertensão arterial está directamente relacionado com as modificações no estilo de vida, fazendo-se necessário um programa de orientação ao paciente quanto à necessidade de redução do peso corporal, a adopção de uma dieta reduzida de sódio e enriquecida de potássio, o controle do consumo de cafeína e de bebidas alcoólicas, a eliminação do tabagismo e a necessidade de praticar actividades físicas regulares. Aponta-se ainda, aspectos referentes ao

consumo de ácidos graxos Omega-3 e uma dieta pobre em açúcares e gorduras e rica em fibras e vitaminas.

1.4. Epidemiologia da HA no mundo

Segundo a OMS (2018), um total de 56 milhões de mortes ocorreram em 2012 no mundo. Desse quantitativo, aproximadamente 68% (38 milhões) das mortes tinham sua etiologia proveniente de alguma Doença Crónica Não Transmissível (DCNT). As principais DCNT relacionadas aos óbitos foram: doenças cardiovasculares, canceres, doenças respiratórias e diabetes. As doençascardiovasculares representavam, isoladamente, um percentual de 46,2% das mortes.

De acordo com a OMS (2020), as doenças cardiovasculares foram, em 2019, a maior causa de mortes no mundo, atingindo um número aproximado de 17,9 milhões de óbitos. Um dos factores de risco intimamente associado com o estabelecimento e agravo das DCV é a hipertensão arterial.

Segundo Souza, França e Cavalcante (2017), em 2010, a prevalência de HA no mundo, foi de 31,0%, sendo maior entre homens (31,9%) do que entre as mulheres (30,1%). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) aponta que mais de 30% da população adulta no mundo é afectada pela HA e afirma que as consequências da doença são sentidas desproporcionalmente no mundo, tendo sua maior carga em países de baixa e média renda.

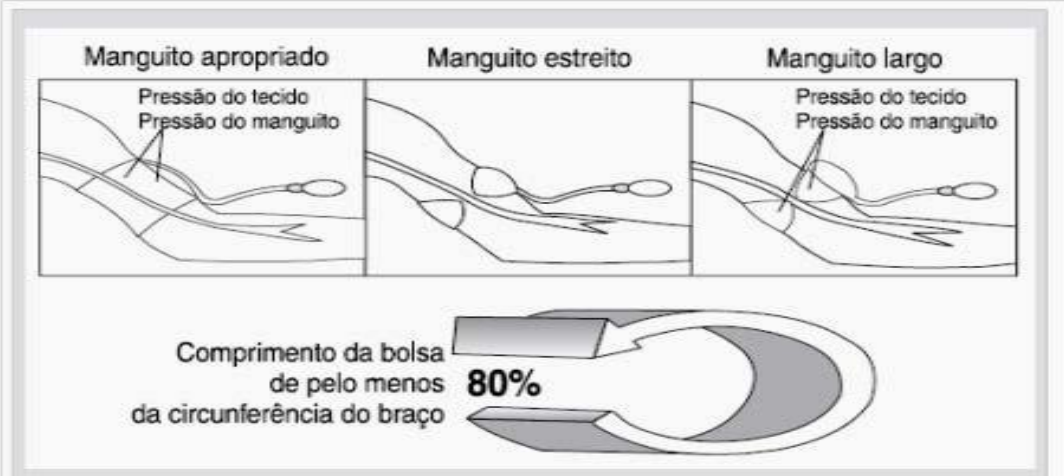
De 2009 a 2019, a pressão arterial elevada passou a ocupar o segundo lugar dos 10 principais factores de risco que contribuem para o número total de Disability Adjusted Life Years (DALYs) para o segundo lugar, representando um aumento percentual de 13,8%. DALY significa um ano de vida saudável perdido (GHM, 2020).

1.5. Aferição da pressão arterial

A medida da pressão arterial deve ser feita com o paciente em repouso, com o menornível de estrese possível. A posição do paciente pode ser sentada, como dorso recostado na cadeira e com o braço confortavelmente apoiado na mesa, ou deitado. O paciente não deve ter fumado um cigarro, tomado café ou consumido qualquer substância pressórica (ex.: descongestionantes nasais) nos 30 minutos prévios. O ambiente, de preferência, deve ter uma temperatura agradável e sem

nenhum factor de estrese, como barulho ou agitação (Geleilete; Coelho; Nobre, 2009).

Segundo Cerulli (2000), a esfigmomanometria é o método de escolha para a aferição da PA no consultório e em domicílio. O tamanho do manguito deve circundar pelo menos 80% da circunferência dobraço (quando menor – ex.: obesos – a pressão arterial será superestimada em até 20/14 mmHg). A largura recomendada do manguito, para a maioria dos adultos, deve ser 0,4 da circunferência do braço. Para circunferências de braço maiores que 35 cm, os tamanhos padrões do manguito são muito pequenos e a pressão arterial seria superestimada. Já para circunferências de braço menor que 25 cm, o manguito seria muito largo e a pressão arterial seria subestimada.



Fonte: Webster3 (1992) apud Cerulli, (2000).

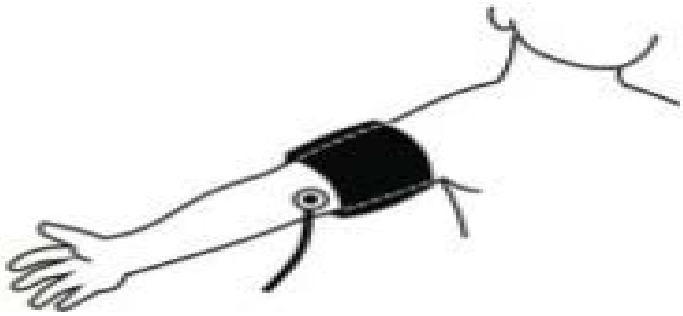
De acordo com Gileleteet, et. al. (2009), na aferição da pressão arterial, o cuff deve ser insuflado até 20 mmHg acima da pressão arterial sistólica, estimada pelo desaparecimento do pulso radial, e então, desinsuflado na velocidade de mais ou menos 3 mmHg/seg, para auscultarmos os sons de korotkoff através do uso do estetoscópio.

A pressão arterial sistólica corresponde à fase I (aparecimento do som), enquanto a pressão diastólica é a fase V (desaparecimento do som). A fase II é o início do gás auscultatório; a fase III, o reaparecimento do som, e a fase IV é o abafamento do som. Nos pacientes com insuficiência aórtica, é a fase IV que determina a pressão diastólica, já que a fase V pode ser zero.

O esfigmomanômetro utilizado pode ser o de coluna de mercúrio (mais fidedigno), aneróide ou o eletrônico digital. Os dois últimos devem ser calibrados A cada trêsmeses com um manómetro de coluna de mercúrio adequado. É fundamental que a coluna de mercúrio, bem como o aneróide, registre o zero correctamente.

Os procedimentos de aferição da pressão arterial são simples e fáceis de realizar, entretanto muitas vezes não são realizados de forma adequadamente. Podem-se evitar erros na aferição observando o preparo apropriado do paciente, a utilização correta da técnica padronizada e calibramento adequado e periódico do equipamento, por exemplo (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

Em conformidade com Salgado e Carvalhaes (2003), a aferição da pressão arterial é necessária em todas as faixas etárias. É importante respeitar a padronização recomendada. Em crianças acima de três anos, é recomendado, durante o acompanhamento pediátrico, a aferição da pressão arterial, seguindo as particularidades de verificação nas faixas etárias e seus devidos percentis.



Segundo Pinheiro (2009), em idosos, a pressão arterial costuma apresentar variações importantes ao longo do dia e devidas alterações próprias dessa faixa etária, como o hiato auscultatório, que exibem valores falsamente baixos para a pressão arteriais sistólicos ou altos, para a pressão arterial diastólica. Nessa faixa de idade, um aspecto a ser considerado é a “pseudo-hipertensão” que pode estar associada ao processo aterosclerótico, bem como a presença do efeito do jaleco branco do profissional sobre o idoso. Podem ocorrer também hipotensão ortostática e pós-prandial, arritmias como fibrilação atrial dificultando a aferição da pressão arterial nesses indivíduos. Obesos e gestantes são outras faixas de risco em que o

cuidado e controle da hipertensão exibem melhoras consideráveis e no qual, de forma geral, seguem os critérios antes descritos e usados nos demais grupos.

O comportamento da pressão arterial é bastante dinâmico, variando com a hora do dia e com uma série de factores. Diversas actividades, como o simples acto de falar pode interferir transitoriamente a pressão arterial. A actividade física e intelectual, o estresse emocional e a preocupação são factores que interferem muito na PA (Polito; Farinatti, 2003).

Essa variabilidade pode ser consequência da extrema influência do sistema nervoso autónomo na pressão arterial uma vez que esta é determinada pela fórmula PA = DC x RVP, ou seja, Débito Cardíaco e Resistência Vascular Periférica. A hiperreatividade simpática (adrenérgica), consequente a qualquer estresse emocional (por menor que seja) ou atividade física, produz um aumento da frequência cardíaca e do initropismo, fazendo aumentar o débito cardíaco, um determinante da PA. Algumas substâncias e até mesmo determinados estresses podem promover a vasoconstrição arterial periférica ou efeito alfa-adrenérgico. Ibidem

1.6. Doenças crónicas: cenário da hipertensão arterial

De acordo com Malta (2014), as doenças crónicas não transmissíveis são responsáveis por mais da metade de todas as mortes no mundo. Estima-se que ocorram cerca de 38 milhões de mortes, desses óbitos, 16 milhões corresponde a mortes prematuras (pessoas abaixo de 70 anos de idade). Há evidências que apontam para um aumento das DCNT's devido ao crescimento dos quatros factores de risco: tabaco, inactividade física, uso abusivo do álcool e alimentação não saudável.

Quando se aborda em doença crónica não transmissível podemos destacar, em grande número, as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crónicas. A maioria dessas doenças tem factores de risco em comum, exigindo assim uma assistência continuada dos serviços de saúde e, consequentemente, possuindo peso directo no envelhecimento da população. Dentre elas, a Hipertensão está em constante destaque devido ocorrer com crescente frequência e ser considerada problema de saúde pública no Angola e no

mundo. Fato que impulsionou a OMS a considerar o tema como uma das prioridades de saúde para 2019, (OPAS, 2019).

Em concordância com Veras (2018), a saúde sempre foi uma questão importante e um dos problemas da maioria dos modelos assistenciais em vigor, os quais têm como foco exclusivo a doença. Mesmo quando se oferece um programa com uma lógica de antecipação dos agravos, as propostas são voltadas prioritariamente para a redução de determinada patologia, esquecendo que numa doença crónica já estabelecida o objectivo não deve ser a cura, mas a busca do controle do quadro clínico e o monitoramento constante, de forma a impedir ou amenizar a decadência funcional.

As DCNT´s são doenças de longa duração, por isso são um novo desafio para os gestores em saúde pelo crescimento da demanda de atendimentos e de tratamentos e, como consequência, gerando um aumento de gastos em serviços de saúde e um elevado impacto socioeconómico (Confortin, 2016).

Em conformidade com Miranda (2016), o envelhecimento da população oferece problemas de saúde que desafiam os sistemas de saúde e de previdência social. Envelhecer não é sinónimo de adoecer, a não ser que tenha uma doença associada, o envelhecimento está vinculado a ter um bom nível de saúde. Pensando nisso, um dos objectivos da OMS até 2030 é garantir umavida saudável e fazer a promoção do bem-estar da população em todas as faixas etárias.

1.7. Factores preditores para o atendimento aos hipertensos

Para Almeida (2014), são vários os factores que podem contribuir para o aumento da PA. A ingestão, de forma descontrolada e muitas vezes excessiva, de sódio na dieta tem demonstrado uma correlação com a elevação da PA. De modo geral a população mundial tem um padrão alimentar bastante rico em sal, gorduras e açucares.

Em conformidade com Andrade, et. al. (2016), outro factor importante que podemos destacar para a predisposição da HA é o sedentarismo, pois além de aumentar a incidência da doença, pode contribuir para o aumento do peso corporal. A prática de exercícios físicos reduz a incidência de HA, mesmo em pacientes pré-hipertensos.

Segundo os estudos o estrese juntamente com o consumo de sal na dieta, tem sido apontado como importante factor ambiental no desenvolvimento da hipertensão em indivíduos geneticamente predispostos. O estrese pode ser tanto físico e/ou mental. Para se realizar uma investigação clinica entre a relação estrese e hipertensão, tem causado de certa forma dificuldades, pois factores às vezes considerados causadores de estrese para um indivíduo podem não ser para outro (Sobrinho, 2014).

Segundo Gomes (2016), a ingestão de álcool por um período prolongado pode aumentar a PA, e como consequência pode desencadear uma elevada mortalidade cardiovascular em geral. O consumo de bebidas alcoólicas como a cerveja, o vinho e destilados pode contribuir significativamente para o aumento da PA. O efeito pode variar de acordo com o género, e magnitude está associada à quantidade de etanol e à frequência de sua ingestão, porém o efeito do consumo de leve a moderado de etanol no organismo não está definitivamente estabelecido.

Algumas drogas contribuem e promovem a elevação nos valores da pressão arterial. Entre elas, podemos citar as mais comummente usadas: anticoncepcionais orais, corticosteroides, anti-inflamatórios não hormonais, esteroides anabolizantes, descongestionantes, antidepressivos tricíclicos, antiácidos ricos em sódio, hormônios tireoidianos em doses elevadas, ciclosporinas, anfetaminas, eritropoietina, cocaína e carbenoxolona, (Melo, 2013).

1.8. Hipertensão arterial e suas causas

Segundo Duncan e Fuchs (2013), a Hipertensão Arterial Sistémica (HAS) éconsiderado como um problema grave de saúde pública no mundo, é um dos mais importantes factores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, apresentando altos índices de mortalidade emtodos os grupos populacionais. Considerada como uma doença crónica, a hipertensão é uma doença não transmissível e pode ser controlada, no entanto, trata-se de uma doença não curável, sendo assim, necessita de um tratamento por toda vida.

A Hipertensão Arterial é uma condição clínica multifactorial determinada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) 140x90mmHg. Associa-se às alteraçõesfuncionais e/ou estruturais dos órgãos alvos (coração, encéfalo, rins e

vasos sanguíneos) e, as alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.Um dos problemas da HAS é que, na maioria dos casos, surge de forma assintomática: nessecaso os portadores só percebem sua presença quando algum órgão já esta em estadocomprometido (Silva, 2013).

A causa da Hipertensão Arterial não pode ser identificada, mas, às vezes, ela ocorre como resultado de um distúrbio dos rins ou distúrbio hormonal. Obesidade, sobrepeso,sedentarismo, estrese, tabagismo e quantidades excessivas de álcool e consumo excessivo desal contribuem para o desenvolvimento da pressão alta e, na grande maioria dos casos, adoença é herdada devido a factores genéticos adquirida como resultado de distúrbios adjacentes.

1.9. Assistência de enfermagem na hipertensão arterial sistémica

Segundo Smeltzer (2005, p. 908), o objectivo do cuidado de enfermagem para pacientes hipertensos deve focar a diminuição e o controle da pressão arterial sem efeitos adversos e sem custo indevido. Para que isso ocorra, a enfermeira deve apoiar e ensinar o paciente a aderir o tratamento. Desde a primeira vez que a hipertensão é detectada a enfermagem deve realizar uma monitorização cuidadosa da pressão arterial em intervalos frequentes e depois do diagnóstico em intervalos rotineiramente agendados. Desde que o paciente inicia um tratamento anti-hipertensivo, as avaliações da pressão arterial são necessárias para determinar se a terapia medicamentosa está fazendo efeito, ou variações que indiquem a necessidade de alterar o plano de tratamento.

Durante o exame físico, a enfermeira deve avaliar os sintomas que indicam lesão do órgão alvo, que podemincluir: dor anginosa; falta de ar; alterações na fala, visão ou equilíbrio; epistaxes;cefaléias; tonteira; ou noctúria.Ibidem

Cabe à enfermeira ensinar o auto cuidado ao paciente, fornecendo-lhetodas as informações pertinentes à doença e como as mudanças no estilo de vida vão contribuir para o alcance do controle da hipertensão.

> A equipe de enfermagem desempenha papel importante em favorecer o aumento dos índices de adesão às práticas de saúde estabelecidas para os hipertensos. O enfermeiro deve actuar directamente na promoção da saúde, contribuindo com o diagnóstico precoce da doença, por meio da medida rotineira da pressão arterial e orientação da equipe sob sua responsabilidade. Uma vez instalada a doença, a

> actuação recai em orientar sobre os benefícios do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, manejo da doença e suas complicações quando não controlada, bem como adesão a estilos de vida saudáveis. (Silva; Colosimo; Pierin, 2010, p.489).

1.10. Assistência de enfermagem mediante à hipertensão arterial sistémica na atenção básica

De acordo com Camargo, et. al. (2013), afirma que, o enfermeiro como integrante da equipe de saúde deve assumir a responsabilidadedas acções do cuidado para a promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos dessa doença, como no controle e acompanhamento do portador de HAS. Por meio do conhecimento, seu papel de educador, tem a possibilidade de instrumentalizar o portador da doença para o tratamento melhorando sua qualidade de vida.

No dia-a-dia do enfermeiro, a consulta de enfermagem esta ligada ao processo educativo e deve motivar a pessoa em relação aos cuidados necessários para manutenção desua saúde. Na prática, representa importante instrumento estímulo à adesão de acções na atenção básica à saúde e é fundamental no acompanhamento de pessoas portadoras de HAS. Ibidem

Para Araújo (2014), a equipe de enfermagem deve enfatizar mudanças no estilo de vida do portador de HAS, pois os factores de risco são significantes para o agravo cardiovasculares como também para o desencadeamento da Hipertensão Arterial.

Em conformidade com Almeida (2014), o enfermeiroé indicado para realizar consultas individuais ou acções educativas colectivas para incentivar a mudança do estilo de vida para estimular adopção hábitos saudáveis para toda a população desde à infância, respeitando-se as características regionais, culturais,sociais e económicas dos indivíduos. Portanto, o papel do enfermeiro como prática social emacções individuais e colectivas, se faz relevantes nas intervenções sobre os factores de riscos modificáveis para a HAS.

Cabe ao enfermeiro esclarecer e orientar o portador de Hipertensão Arterial, informações sobre a doença, abordando as possíveis complicações da doença, o tratamento e seus benefícios, deixando com que o paciente seja capaz de se auto cuidar. Alguns métodos adoptados pela equipe de enfermagem dispõem estratégias

divertidas, para o esclarecimento do assunto de difícil compreensão. A equipe de enfermagem desempenha um papel importante em favorecer a adesão de práticas de saúde estabelecidas pelo portador de HAS. O enfermeiro deve actuar directamente na promoção à saúde, na prevenção deriscos e agravos de portadores de HAS, como também na orientação da equipe sob sua responsabilidade para o manejo dos casos de HAS no quotidiano dos serviços, (Bezerra; Ribeiro 2017).

Segundo Leite e Medeiros (2010), na Atenção Básica, é possível que o enfermeiro lance mão nas ferramentas, como o Programa Hiperdia, com o intuito de auxiliar o paciente no controle da hipertensão. O programa é destinado ao cadastramento e acompanhamentos dos portadores de hipertensão e diabetes, que são atendidos na Atenção Básica de Saúde.

O enfermeiro como membro do grupo realiza consultas, onde ele investiga os factores de riscos e hábitos de vida, afere a pressão arterial, além de orientar sobre a doença. Além disso, é competência do enfermeiro acompanhar o tratamento dos pacientes hipertensos, encaminhar ao médico quando necessário. Nesse caso, o cuidado do enfermeiro ao paciente hipertenso é muito importante para contribuir com a prevenção, controlo afectivo e o retardo da complicação da doença. Ibidem

Para Backes e Erdmann (2010), o enfermeiro deve ser um agente facilitador para que os indivíduos, famílias e grupos desenvolvam competências para um agir consciente nocuidado à saúde, e que a equipe desenvolva competências para um agir consciente no cuidadoà saúde, e que a equipe desenvolva acções interdisciplinares em uma atenção integra aoindivíduo.

O paciente deve ser avaliado e monitorizado, constantemente, peloenfermeiro após iniciar o tratamento, o que aumenta a eficiência do processo assistencial e resulta em um melhor planeamento e execução dos cuidados da enfermagem. A assistênciade enfermagem em pacientes hipertensos caracteriza-se pelo sentido nos aspectos deprevenção, destacando a educação em saúde com ênfase no conhecimento da doença e namudança do estilo de vida. Ibidem

Dessa forma, o enfermeiro é destacado como um importante profissional que deve auxiliar os pacientes com hipertensão arterial e orienta-lo sobre os cuidados em relação adoença, pois cuidar de um paciente hipertenso impõe desafios que

evidenciam a importância do profissional de enfermagem na prevenção da HAS, pois, a partir do seu trabalho depromoção e prevenção, possibilita a diminuição das ocorrências de doenças, como ahipertensão.

1.11. Acções do enfermeiro no intuito de melhorar a adesão ao tratamento e reduzir as complicações da HAS

De acordo com Moura, et al. (2010, p. 65), a Enfermagem é uma ciência, cuja essência e especialidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na colectividade de forma autónoma ou em equipa. É uma profissão de ajuda, que tem relações complexas e multifacetadas, composta por vários elementos. Seu cuidado ultrapassa os aspectos biológicos da pessoa, e tem como eixo o ser que experiência a doença, incluindo sua cultura, valores, crenças, modos de vida e sentimentos, vinculados aos cuidados de que necessita. Assim sendo, torna-se imprescindível compreender como se dá a prática de enfermagem à clientela hipertensa nos diversos cenários de actuação da saúde, e principalmente, nas acções de prevenção.

A HAS embora seja uma doença crónica-degenerativa de fácil diagnóstico e com grande diversidade terapêutica, seu controle consiste em um desafio para os pacientes, principalmente devido às mudanças no estilo de vida que devem ser adoptadas e para os profissionais, especialmente os enfermeiros, por terem sua acção voltada para o cuidado contínuo ao paciente, (Menezes; Gobbi 2010).

O maior desafio a estes profissionais encontra-se na necessidade de se desenvolver estratégias com o propósito de conduzir o paciente ao autocuidado e consequentemente à adesão ao tratamento. Esta adesão é obtida através da participação do paciente de forma activa na sua estratégia terapêutica, não assumindo o papel de apenas um cumpridor de recomendações, mas de sujeito do processo, responsabilizando-se pelo seu tratamento juntamente com os profissionais de saúde. Ibidem

Muitos hipertensos são cientes sobre os seus hábitos inadequados, no entanto, sentem-se desmotivados a adoptarem mudanças no seu estilo de vida devido à cronicidade da doença. Além disso, essa falta de adesão e conhecimento, e debilidade do autocuidado, aliados à ausência de sintomas da HAS, fazem com

que sua magnitude seja ocultada, o que contribui para que os pacientes se acomodem quanto ao seu quadro crónico. Por isso, a orientação de pacientes com HAS compete em grande parte ao enfermeiro, posto que a educação em saúde faz parte de suas atribuições, e também, devido ao seu contacto constante com o paciente. Deste modo, o desenvolvimento da relação entre o paciente e o profissionalenfermeiro é incentivado, criando assim o vínculo pessoal para que as mudanças profundas sejam alcançadas (Moura, et. al. 2010).

Corroborando com Menezes e Gobbi (2010), os enfermeiros e demais membros da equipe multiprofissional presenciam além da pouca adesão, o abandono ao tratamento anti-hipertensivo. Por este motivo, esforços devem ser aplicados para se optimizar recursos e estratégias, com a participação activa do hipertenso e manutenção da qualidade de vida, buscando minimizar ou evitar este problema tão frequente. Este processo de educação em saúde deve ser realizado regularmente nas visitas domiciliares e consultas de enfermagem. A melhor forma de actuar é buscando minimizar ou eliminar os factores de risco modificáveis.

Assim, a equipe de enfermagem deve intervir em assuntos como: alimentação inadequada e rica em lipídio, conservantes e sódio, falto de actividade física, alcoolismo e tabagismo. Primeiramente, é fundamental que o enfermeiro tenha domínio das técnicas e dos fundamentos científicos e conhecimento do estado emocional e das necessidades de cada indivíduo. Ao inteirar-se de como o paciente e família lidam com as questões quotidianas, o enfermeiro pode traçar o plano de cuidados adequado e implementar acções individualizadas e integrais. Deve ainda utilizar de um diálogo claro, com linguagem de fácil entendimento, deixando de lado o formalismo e os termos técnicos. Ibidem

Para Brasil (2013), o enfermeiro deve enfatizar a mudança no estilo de vida, que tem como objectivo reduzir a PA e os factores de risco. O paciente deve ser motivado a adoptar comportamentos que promovam a redução da PA. As medidas que forem sugeridas causarão impacto no estilo de vida do paciente e sua concretização dependerá sobretudo, da compreensão do problema e do empenho do mesmo para cumprir o plano traçado.

Segundo Barroso,et. al.(2020), a obesidade e o índice de massa corporal (IMC) elevado estão directamente relacionados com a HAS. Em contrapartida, a

redução do peso promove a diminuição da PA, seja em indivíduos normotensos ou em hipertensos. Manter o peso dentro da faixa da normalidade do IMC pode ser a melhor maneira de prevenção primária da HAS, devendo ser mantido, então, entre 18,5 e 24,9kg/m2. Para manter o peso saudável é importante aliar hábitos dietéticos saudáveis e prática regular de actividades físicas. O enfermeiro deve então, orientar o adulto hipertenso a cumprir uma dieta rica em frutas e vegetais, com baixo valor calórico e baixa quantidade de gorduras saturadas. Deve também salientar que os benefícios dessa dieta são ainda maiores se associados à redução da ingesta de sódio que deve ser inferior a 5 g de sal pordia. Além disso, deve-se levar em consideração os aspectos socioeconómicos e culturais, para que as recomendações alimentares possam ser seguidas.

O paciente hipertenso também deve habituar-se a praticar actividades físicas regularmente, a fim de manter uma vida saudável e reduzir o peso e a PA. Todos os adultos, principalmente os hipertensos, devem ser aconselhados a praticar no mínimo, 30 minutos de actividade física aeróbica, como caminhada, corrida, ciclismo e natação, com intensidade moderada, de 5 a 7 dias por semana. Ibidem

De acordo com Malachias,et. al. (2016), o consumo de álcool deve ser moderado, sua ingestão deve se limitar a 30 gramas de álcool por dia, limite este que deve ser reduzido à metade para homens de baixo peso, mulheres e indivíduos com sobrepeso e triglicerídeos aumentados.

Para Menezes e Gobbi (2010), o paciente também deve ser orientado quanto à todos os malefícios do tabagismo para que assim, esteja consciente da importância do abandono deste vício, por contribuir não só para a HAS, mas também para problemas pulmonares e o câncer.

Além disso, a adopção de práticas de gerenciamento de estresse como psicoterapias comportamentais e técnicas de meditação e relaxamento, desempenham papel importante no tratamento da HAS (Malachias, et. al. 2016).

Na perspectiva de Moura, et. al. (2010), para interferir nos factores de risco é imprescindível que o enfermeiro saiba se relacionar com o paciente e sua família, para que haja a criação do vínculo de confiança, o que facilitará a aceitação de hábitos que mudarão o estilo de vida. Através de sua função educadora, o

enfermeiro deve integrar acções educativas tanto para o paciente quanto para a sua família, visto que a presença de uma doença crónica na família exige várias alterações na estrutura da mesma, pelo fato de ter que se adaptar a dinâmica familiar às necessidades relacionadas ao tratamento do membro hipertenso. A família deve ser vista como aliada para a motivação da aderência às mudanças, devido a sua grande influência na tomada de decisões dos pacientes

O enfermeiro deve fornecer todas as informações necessárias relativas à HAS e suas possíveis complicações, tratamentos alternativos, seus riscos e benefícios, e através da educação em saúde deve incentivar o autocuidado, para que o paciente também se torne responsável pelo tratamento. Uma opção para auxiliar nas intervenções que serão realizadas, é a utilização de estratégias lúdicas parafacilitar a explicação e compreensão de termos científicos, apoio físico e psicológico, que devem ser demonstrados pela expressão de preocupação e interesse pela situação, através do toque, do olhar e da escuta activa (Menezes; Gobbr, et. al. 2010).

Segundo Moura,et. all (2010), outra estratégia importante é a realização de grupos operativos de hipertensos, ferramenta utilizada para orientar, esclarecer as dúvidas, monitorar a adesão, estimular mudanças nos hábitos de vida e que, além de propiciar o atendimento de uma maior quantidade de pacientes, favorece a socialização, a troca de experiências e o apoio entre os participantes.

Assim sendo, nota-se que para o manejo da HAS, doença multifactorial que demanda uma abordagem multiprofissional, o papel do enfermeiro tem como objectivo a promoção da saúde. A consulta de enfermagem junto aos pacientes hipertensos oportuniza grandes benefícios. A educação em saúde, seja nas visitas domiciliares ou nos grupos operativos, e as orientações sobre hábitos de vida saudáveis, com foco nas mudanças de atitude frente ao estilo de vida, têm por objectivo esclarecer mais sobre a doença, promover o autocuidado e consequentemente melhorar o controlo da PA e a adesão à terapêutica proposta (Agena, et. al, 2010).

Segundo Menezes e Gobbi, et. al. (2010), salientam que, para o desenvolvimento destas acções é necessário muito empenho, pois muitas dessas mudanças só são alcançadas a longo prazo. A prevenção, promoção e educação em saúde colaboram para a redução de gastos pelo Sistema Único de Saúde (SUS),

ademais, o paciente é muito beneficiado, pois, além de melhorar seu quadro hipertensivo, passa a ter mais qualidade de vida, diminuindo ainda o risco de desenvolver outras comorbidades associadas.

1.12. Mudanças na dieta alimentar do hipertenso

Em conformidade com Cesarino (2004, p. 236), afirma que as mudanças na dieta alimentar, associada a outras mudanças nos hábitos do indivíduo tem sido foco de discussão nos meios académicos e científicos, dentre os quais ganham destaque os estudos que correlacionam a ingestão média de sal e a prevalência de hipertensão arterial e os estudos pradonizados das HAS que compara os padrões dietéticos e sua relação com a pressão arterial. Esses estudos demonstram que para o hipertenso, é necessária uma dieta rica frutas, verduras e lacticínios desnatados, escassa em gorduras saturadas e colesterol.

O consumo excessivo de sal é um dos mais significativos factores que provocam aumento da pressão arterial. Porém, a sensibilidade ao sal não ocorre com a mesma frequência entre as pessoas. Consequentemente, uma dieta com redução no consumo de sódio não deve ser padronizada para todos os casos de hipertensão, fazendo-se necessário um diagnóstico prévio da sensibilidade ao sódio antes de se determinar o nível de redução de sal que a dieta deverá conter (Lopes, 2003).

Nesse sentido, Lopes (2003, p. 150) afirmam que muitos estudos já descrevem com precisão a eficácia da redução salina na redução da pressão arterial, no entanto, ressalta que “um aspecto que vem sendo muito discutido nos últimos anos é em relação ao grau de restrição salina ideal, se moderado ou importante”. Observa-se que, em alguns casos, quando a hipertensão está associada a outras doenças como a obesidade, a restrição isolada no consumo de sódio não apresenta níveis significativos de mudança na pressão arterial.

Porém, em se tratando de pacientes com hipertensão leve, uma dieta considerada adequada para deve ser pobre em sódio, pois como argumenta Rocha (2003, p. 490):

> “o excesso de sódio inicialmente eleva a pressão arterial por aumento de volemia e consequente aumento do débito cardíaco. Posteriormente, por mecanismo de

> auto-regulação, há aumento da resistência vascular periférica, mantendo elevados os níveis de pressão arterial.”.

Segundo Sanchez (2007), a dieta alimentar do hipertenso, além de pobre em sódio, também deve ser suplementada com potássio, cálcio, magnésio, restringindo-se nestas dietas o nível gorduras saturadas.

De acordo com Teixeira (2007), há estudos que demonstram evidências favoráveis de potássio para um melhor controlo dos níveis de pressão arterial e que a suplementação de cálcio e magnésio contribui para uma menor incidência da hipertensão arterial, principalmente durante a gravidez.

A medida que se reduz o sódio da dieta alimentar, há uma tendência a aumentar o consumo de potássio, o que pode trazer benefícios significativos para o controle da hipertensão, pois o potássio atua na pressão arterial provocando: “inibição da formação de radicais livres nas células endoteliais do vaso e dos macrófagos, inibição da proliferação das células musculares lisas do vaso, inibição da agregação plaquetária e trombose arterial; redução da resistência vascular renal; e aumento da filtração glomerular, (Lopes, 2003, p. 150).

Veras (2018), a dieta alimentar, portanto, constitui-se num dos mais relevantes meios de tratamento da hipertensão arterial, pois “o papel hipotensor das fibras parece estar mais relacionado a outras variáveis do que a elas propriamente dito. O baixo teor de carboidrato simples diminuindo o estímulo da secreção de insulina e o alto teor de K+ seriam os mecanismos pelos quais a dieta rica em fibras diminui a pressão arterial. Os óleos de peixe que contêm quantidade apreciável de ácidos graxos Omega3 teriam efeito hipotensor por aumentarem os níveis de prostaglandinas. Porém, seu efeito, se verdadeiro, é modesto, e esses óleos são encontrados em peixes de mar de água fria, que não fazem parte de nossa dieta rotineira.

De maneira geral, quanto melhor e mais equilibrada for a dieta do paciente hipertenso, maiores as probabilidades de controlo da pressão arterial. Isso significa que os hábitos alimentares constituem factor relevante no tratamento da hipertensão, podendo, inclusive, associar-se ao tratamento medicamento para obter resultados mais expressivos em casos de hipertensão mais grave. Ibidem

1.13. Factores de risco e as possíveis complicações da hipertensão

Para Machado, et. al. (2012), a HAS é uma patologia de alta prevalência e morbimortalidade, devido a isso é indispensável voltar uma maior atenção à sua prevenção, a fim de evitar o surgimento de novos casos ou que os existentes progridam para condições mais graves. Para que esta prevenção ocorra de maneira eficaz, é preciso conhecer a doença e os factores de risco que contribuem para o seu desenvolvimento ou das complicações associadas. É facto que a HAS não se desenvolve instantaneamente. Existe uma série de factores que estão associados à sua evolução e aparecimento de comorbidades associadas. Entre os principais factores de risco para a HAS estão: idade, sexo/género, etnia e predisposição genética, que são factores não modificáveis, e ingestão de sal, obesidade, álcool, sedentarismo, tabagismo e condições socioeconómicas, que são os factores passíveis de modificação no intuito de reduzir o risco para a HAS.

De acordo com Malachias, et. al. (2016), em ambos os sexos, a presença de HAS aumenta com a idade, atingindo 61,5% dos homens e 68,0% das mulheres na faixa etária de 65 anos ou mais. Nas faixas etárias mais jovens, a PA é mais elevada entre homens, mas sua elevação por década é maior entre as mulheres.

Os homens são mais afectados pela doença até os 50 anos e as mulheres, devido a produção de harmónios femininos que servem como factores de protecção, têmmenor incidência antes da menopausa, a qual aumenta a partir da sexta década de vida, (Machado, et. al, 2012).

A etnia também é um factor de risco significativo para a HAS, ainda que seu índice na população em geral seja elevado, nota-se que a etnia negra tem maior predisposição para a doença. Estudos mostram que tanto negros quanto brancos possuem um componente genético para a hipertensão arterial, porém, esse componente se mostra mais elevado em negros, podendo estar relacionado ao fato de que os indivíduos negros possuem um defeito hereditário no mecanismo de captação de sódio e cálcio, e em seu transporte renal. Além disso, observa-se também maior sensibilidade ao sal em pessoas negras, e que estes, também reagem melhor aos diuréticos e bloqueadores dos canais de cálcio, e apresentam pouca resposta aos anti-hipertensivos bloqueadores beta-adrenérgicos ou aos inibidores da enzima conversora de angiotensina, (Correa, et. al, 2019).

Segundo Barroso, et. al, (2020), os factores genéticos também influenciam os níveis pressóricos. A maior parte desse risco genético é repassado de forma poligênica, assim, as centenas de variações de DNA transmitidas, colaboram em conjunto, para o aumento da possibilidade de se desenvolver o fenótipo hipertensivo.

Já para Burgos,et, al, (2014), a obesidade é factor predisponente para a hipertensão, podendo ser a causa de 20% a 30% dos casos de HAS. O tecido adiposo atua como um órgão endócrino produzindo adipocitocinas, que são moduladores imunes. Em consequência da obesidade, há o aumento da liberação dessas adipocitocinas pró-inflamatórias, levando a um processo inflamatório crónico. Dessa forma, a disfunção dessas adipocitocinas aparenta ser a resposta moduladora do sistema inflamatório que acarreta as doenças cardiovasculares, e simultaneamente, a hipertensão arterial.

Na perspectiva Costa (2014), o consumo excessivo de sódio está relacionado ao desenvolvimento da HAS. A associação entre PA e sódio compreende factores hemodinâmicos e não hemodinâmicos, que induzem mecanismos cardiovasculares adversos. Alguns indícios sugerem que o sal pode estar interligado com a hipertrofia de cardiomiócitos e acúmulo demasiado de colagénio dentro da matriz extracelular.

Através de estudos in vitro, observou-se que o sal pode influenciar directamente no crescimento do miocárdio, e em culturas de mioblastos e cardíacos e células musculares lisas de vasos, observou-se que o excesso de sódio levou à hipertrofia, favorecendo a síntese proteica e impedindo a degradação de proteínas. Assim, a ingestão excessiva de sal, além de contribuir para a elevação da PA, pode afectar de forma negativa a estrutura e a função do coração e vasos sanguíneos. Ibidem

Segundo Carlucci, et. al. (2013), a redução da ingestão de sal na dieta contribui para a diminuição dos níveis pressóricos e do risco de doenças cardiovasculares. Portanto, a quantidade recomendada de sódio a ser ingerida por dia é de aproximadamente 2 g/dia, o que equivale a cerca de 5 g de sal por dia.

Com o avanço tecnológico, a sociedade actualmente está cada vez mais sujeita a confortos e comodidades, o que faz com que as pessoas tenham uma vida

sedentária, prática esta que é considerada um factor de risco importante para o desenvolvimento de HAS e doenças cardiovasculares. Nota-se que o risco de ter um enfarto é duas vezes maior em indivíduos sedentários, em comparação à indivíduos que praticam alguma actividade física. Ibidem

Em conformidade com Barreto, et. al. (2018), o sedentarismo favorece a resistência à insulina e a elevação dos níveis lipídicos na corrente sanguínea. Portanto, um estilo de vida saudável e activo proporciona um aumento da capacidade física e reduz o risco de morbimortalidade nos indivíduos adultos.

O consumo crónico e elevado de álcool leva a um aumento da PA de forma constante. O álcool desempenha uma acção aguda após o consumo, levando ao desenvolvimento de HAS ao longo do tempo. Os mecanismos pressupostos para o efeito que o consumo crónico do álcool desempenha no sistema cardiovascularabordam a estimulação do sistema nervoso autónomo simpático, aumento na secreção de glicocorticóides, alterações na contratilidade da musculatura lisa dos vasos e aumento da resposta vascular a vasoconstritores e carência no relaxamento muscular (Souza, et. al, 2010).

Para Almeida, et. al. (2016), a relação entre tabagismo e a HAS deriva-se da interacção entre factores hemodinâmicos, activação do sistema nervoso autónomo e disfunção endotelial. A nicotina provoca a activação do sistema nervoso simpático e leva à elevação da frequência cardíaca, da PA e aumenta a contractilidade do miocárdio, reduzindo a oferta de oxigénio aos vasos e músculo cardíaco. Este componente da fumaça do cigarro atua como um agonista adrenérgico, estimulando a liberação local e sistémica de catecolaminas como dopamina, adrenalina e vasopressina.

Segundo estudos epidemiológicos, a prevalência de HAS é maior nos indivíduos que ingerem cerca de 30 g de álcool/dia, o correspondente a 1 garrafa de cerveja (5 % de álcool, 600 ml) ou 2 taças de vinho (12% de álcool, 250 ml) ou 1 dose (42% de álcool, 60 ml) de destilados como uísque, vodca, aguardente (Souza, 2015).

A HAS é considerada factor de risco para complicações e doenças cardiovasculares, como: acidente vascular encefálico (AVE), enfarto agudo do

miocárdio (IAM), doença arterial coronária (DAC), insuficiência cardíaca (IC), fibrilação atrial (FA), doença arterial periférica (DAP), demência, doença de Alzheimer, doença renal crónica (DRC), além de morte súbita. Essas complicações manifestam-se geralmente, após muitos anos de exposição aos níveis sustentados de PA elevada. Esses desfechos em consequência da elevação da PA podem ser classificados em precoces e tardios e incluem a maioria das doenças cardiovasculares.

Essas condições associadas, seja por sua alta prevalência na população adulta brasileira ou pela sua grande relação com eventos cardiovasculares devem ser identificadas noadulto hipertenso através do histórico clínico, exame físico e outros exames complementares. Tal identificação é relevante para se estratificar o risco a que esse paciente está exposto e para que os factores de risco modificáveis tenham a intervenção terapêutica adequada (Mendonça; Lima; Oliveira, 2012).

A hipertensão arterial não tratada pode desencadear várias complicações, tais como morte súbita, edema agudo de pulmão, insuficiência renal, enfarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE), explicando 54% das mortes por acidente vascular encefálico e 47% daquelas por doença isquêmica do coração (Santos; Morreira, 2012). Um estudo realizado por Santos e Morreira (2021) em que participaram 622 hipertensos constatou-se que, aproximadamente, 47,2% dos homens e 42,3% das mulheres dentre as principais complicações foram insuficiência renal, acidente vascular cerebral, hipertrofia ventricular esquerda.

1.14. Fisiopatologia

Estima-se que aproximadamente 95% dos casos de hipertensão são de causa desconhecida, que por definição, é chamada de hipertensão primária ou hipertensão essencial. Em apenas 5 % dos casos, a causa da hipertensão pode ser mensurada e dita como secundária. Dentre as causas mais comuns estão a doença parenquimatosa renal, a estenose da artéria renal (hipertensão reno-vascular) e o uso de anticoncepcionais orais (menos frequente que décadas anteriores), enquanto entre as causas menos comuns estão a coarctação da aorta, síndrome de Cushing, feocromocitoma, hiperaldosteronismo, acromegalia, policitemia vera, uso de drogas ilícitas, ciclosporina (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

As principais observações fisiopatológicas encontradas na hipertensão primária estão relacionadas ao aumento do débito cardíaco ou da resistência vascular sistémica, retenção de sódio e água pelos rins, papel da renina-angiotensina e aspectos genéticos que exibem intima relação com o sistema nervoso simpático (Santos e Carrapato, 2009).

De modo geral, vários autores apontam como mecanismo básico de desenvolvimento da hipertensão arterial: falência da actuação dos barorreceptores; anomalias de funcionamento do sistema nervoso simpático (SNS), sistema renina-angiotensina-aldosterona e causas de origem genética.

1.15. Adesão terapêutica e a hipertensão arterial

Segundo Cruz, et. al. (2021),salienta que, ao longo dos anos, existiram dúvidas acerca da melhor nomenclatura que pudesse descrever a falha relativa aos tratamentos a doenças por não adopção dos pressupostos e indicações médicas pelos pacientes. Tal dúvida percorreu um longo percurso até que hoje, século XXI, fosse amplamente utilizado o termo adesão terapêutica, onde o paciente deveria ter participação activa e colaborativa no seu processo de saúde-doença, alteração a perspectiva de submissão do paciente frente ao profissional de saúde

A Organização Mundial da Saúde trouxe em 2003 um documento que definia adesão como o grau em que o comportamento de uma pessoa tomar o medicamento, seguir uma dieta ou executar mudanças no estilo de vida (MEV) corresponde às recomendações acordadas com um prestador de assistência à saúde" (WHO, 2003).

A Hipertensão Arterial é, actualmente, uma doença relativamente de fácil controlo, com diversas terapias disponíveis. Entretanto, dados evidenciam que o grande desafio para os profissionais responsáveis pelo tratamento do indivíduo hipertenso é justamente a adesão terapêutica, que em sua grande parcela das vezes é baixa ou inexistente, sendo assim ineficaz para a precaução dos agravos a curto, médio e longo prazo, assim como a diminuição da qualidade de vida dos pacientes, (Araujo; Garcia, 2006, citado por Brasil, 2020).

De acordo com Peacock e Krousel-Wood (2017), mensurar a adesão terapêutica é uma tarefa complexa e sua realização quanto à HA ainda não existe

um método padrão-ouro que possa ser utilizado. Todavia, a OMS recomenda a utilização de métodos indirectos e directos, concomitantemente, para a medida da adesão ao tratamento dos pacientes com doenças crónicas.

No âmbito do acompanhamento de pacientes com HA, os métodos indirectos acabam sendo os mais utilizados frente aos directos, isto pode ser explicado pelo alto custo dos métodos directos, a carência de validação de alguns métodos e a necessidade de ambientes de pesquisas para realização, (Giorgi, 2006).

Para Oigman (2006), as escalas mais empregadas no ambiente clínico são: escala de adesão terapêutica de Morisky-Green e Questionário de Adesão a Medicamentos Qualiaids (QAM-Q). Também é possível analisar a aderência com a medicação utilizando os métodos citados a seguir: relatório do paciente, opinião do médico, diário do paciente, contagem de comprimidos, reabastecimento dos comprimidos e resposta clínica.

1.16. Factores que contribuem para a não adesão dos portadores de HAS ao tratamento

De acordo com Coelho, et. al. (2005), a adesão ao tratamento, junto com todas as medidas de cuidado, controle e tratamento da hipertensão, é um dos pontos determinantes ao prognóstico de cada paciente e um dos maiores desafios no combate à hipertensão arterial.

O conhecimento dos factores que afectam a não adesão é fundamental para uma avaliação, em longo prazo, da efectividade do tratamento proposto, bem como, um direccionamento quanto as medidas terapêuticas norteadas pelo profissional de saúde, seja pelo médico ou da equipe multidisciplinar que acompanhe o paciente.

Na hipertensão arterial, como em qualquer doença crónica, a adesão ao tratamento é influenciado pelo próprio paciente e pelo médico assistente. Os principais factores atribuídos aos pacientes estão relacionados à percepção da hipertensão arterial como doença, da atitude do paciente frente ao fato de ser hipertenso e a motivação pessoal pela busca de um melhor estado de saúde. Ibidem

Girotto, et .al. (2013, p. 1764) acrescentam:

> [...] as dificuldades financeiras, o maior número de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico, os efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de

acesso ao sistema de saúde, a inadequação da relação médico-paciente, a característica assintomática da doença e a sua cronicidade.

1.17. Estratégia para melhorar a adesão ao tratamento da HAS

Algumas sugestões podem ajudar a melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivoque, em sua maioria, são bem simples e em que o papel dos profissionais de saúde é fundamental. São elas:

- A educação em saúde com especial enfoque sobre conceitos de hipertensão e suas características;
- Orientação sobre os benefícios do tratamento, incluindo mudanças no estilo de vida;
- Informações detalhadas e compreensíveis aos pacientes sobre os eventuais efeitos adversos dos medicamentos prescritos e necessidades de ajustes posológicos com o passar do tempo;
- Cuidados e atenções particularizadas em conformidade com as necessidades;
- Atendimento médico facilitado e, sobretudo, no que se refere ao agendamento de consultas.

Ao assistente em enfermagem cabe o papel de incentivar e educar o paciente, informando-o sobre o significado clínico e prognóstico da sua doença e, com isso, fazer o devido seguimento do paciente, ajustando, sempre que possível, a terapêutica adoptada com objectivo de maior efectividade no tratamento.

Na perspectiva de Giorgi (2006), é fundamental que o profissional de saúde procure identificar em seus clientes os motivos do abandono do tratamento ou a não-aceitação das orientações que lhes são fornecidas. O autor destaca que a acção de diversos profissionais é insubstituível, sendo necessário capacitação e envolvimento da equipe.

Segundo Santos, et. al. (2013), enfatizam que as estratégias educacionais contribuem significativamente para o paciente conheça a sua doença e se envolva no tratamento de modo que este lhe traga satisfação.

1.18. Diagnóstico e tratamento da HA

Em concordância com Lima, et. al., (2013), considera-se hipertensão arterial resistente, aquela em que a pressão arterial permanece acima da meta pressórica (140/90 mmHg), apesar do uso de três classes de anti-hipertensivos em doses optimizadas, sendo um deles um diurético. Além disso, são considerados hipertensos resistentes, também, os pacientes que usam quatro ou mais classes e possuem suas pressões controladas.

Devido à variabilidade fisiológica da pressão arterial, é necessário obter a média de valores aferidos, em diferentes situações e momentos, para estabelecer o comportamento da PA do paciente e definir se é ou não hipertenso. Para isso várias consultas são necessárias, a não ser que a PA esteja em valores muito altos (>180 x 110 mmHg), os quais já inferem o diagnóstico. Assim, como a grande maioria dos hipertensos tem níveis pressóricos inferiores a esse valor, o diagnóstico necessita de várias aferições e em diversas situações possíveis, (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010; Bortolotto, 2001).

Para Brasil (2020), o diagnóstico da hipertensão arterial ocorre através da aferição da pressão arterial (PA) no consultório ou fora dele, resguardando a técnica adequada e equipamentos validados, história médica e actual incluindo dados familiares de saúde, exame físico e investigação laboratorial.

A pressão arterial pode ser classificada em: PA óptima, PA normal, Pré-hipertensão, HA Estágio 1, HA Estágio 2 e HA Estágio 3. É importante ressaltar que o valor da PA deve:

> [...] ser sempre validado por medições repetidas, em condições ideais, em duas ou mais visitas médicas em intervalo de dias ou semanas; ou de maneira mais assertiva, realizando-se o diagnóstico com medidas fora do consultório (MAPA ou MRPA), exceptuando-se aqueles pacientes que já apresentem LOA ou doença CV. (Brasil., 2020, p. 540).

Pressão Diastólica	Pressão Sistólica	Classificação
< 120	< 80	Óptima
< 130	< 85	Normal
130 – 139	85 – 89	Limítrofe
140 – 149	90 – 99	Hipertensão Estágio I
160 – 169	100 – 109	Hipertensão Estágio II
≤ 180	≤ 110	Hipertensão Estágio III

Fonte: Brasil- Sociedade Brasileira de Hipertensão (2020)

De acordo com Magalhães (2010), cabe destacar sobre a importância de fazer o diagnóstico correto da HAS, uma vez que se trata de uma condição crónica, ela acompanhará o paciente por toda a vida. Deve-seevitar acompanhar, com finalidade diagnóstica de HAS, a PA em situações de estresefísico e emocional, pois os valores podem se elevar.

De acordo com os valores pressóricos obtidos, podemos classificar a PA em normotensão, PA limítrofe e hipertensão arterial sistémica. A tabela acima mostrou aclassificação dos níveis de pressão arterial no adulto acima de 18 anos. Ibidem

Segundo Cruz,et. al. (2021), salienta que, a HA é uma doença insidiosa, a ausência de sintomatologia na maior parte dos casos traz malefícios para o seu diagnóstico precoce. Por esta razão, requer uma atenção cuidadosa da equipe de saúde que atende a população, principalmente da atenção básica, para um rastreio assertivo, detecção dos casos na população e o início precoce da terapia indicada.

De acordo com Barreto,et. al. (2018), o tratamento da HA consiste na junção da terapia medicamentosa e a não medicamentosa, podendo ser restrito a terapia não medicamentosa com acompanhamento da equipe de saúde da evolução dos níveis pressóricos, a depender do caso.

As mudanças no hábito de vida, alimentação e a adopção de medidas de controlo, como a actividade física, já se mostraram eficazes para complementar ou prevenir o tratamento depacientes com HA com medicamentos. A adopção de uma dieta Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH), a prática regular de actividades físicas e educação em saúde acerca das doenças relacionadas à HA

são estratégias eficazes e importantes para evitar agravos e promover melhora no que tange a saúde integral do paciente. No que tange a hipertensão arterial isoladamente, o tratamento não medicamentoso tem valor para controlar e prevenir casos (Silva; Colosimo e Pierin, 2010).

A prevenção primária é essencial e é a medida de custo-benefício mais eficiente no combate a HA. Segundo Brasil (2020), como prevenção podem ser citadas as seguintes medidas:

- Controle de peso;
- Dieta saudável;
- Diminuição do consumo de sódio;
- Aumento do consumo de potássio;
- Actividade física;
- Redução no consumo de álcool e no fumo.

Ainda sobre a classificação, podem ainda existir duas circunstâncias ao examinar os pacientes na procura por alterações pressóricas arteriais, chamadas de Hipertensão Mascarada (HM) e a Hipertensão do Avental Branco (HAB). Ambas requerem uma análise mais criteriosa de modo que possam ser descartadas ou afirmadas. A HM representa a ocasião em que a pressão aferida no consultório está dentro dos padrões de normalidade, entretanto se apresentam alteradas quando observadas no exame fora do consultório, o MAPA e/ou medidas na residência do paciente. Já na ocasião de haver uma HAB, o indivíduo apresenta alterações pressóricas em consultório, mas valores normais em exames MAPA ou MRPA (Brasil, 2019).

CAPITULO II. METODOLOGIA DE PESQUISA

Reserva-se para este capítulo a descrição das ferramentas que serão utilizadas para a materialização da pesquisa, atribuindo-lhe o significado científico. Abordagem sobre o tipo de pesquisa, métodos e técnicas de pesquisa, população e amostra bem como a caracterização do local da pesquisa.

2.1. Tipos de pesquisa

A pesquisa será do tipo exploratória, esta é entendida como a que se foca na busca de mais informações sobre um assunto novo, (Sousa e Baptista, 2015).

2.2. Modelos de abordagem

O estudo segue o modelo de abordagem quali-quantitativa ou mista. Por pesquisa quali-quantitativa entende-se como o tipo de pesquisa que permite a mistura de técnicas de pesquisa, ou seja, a considera-se um intercâmbio entre as abordagens pelas técnicas específicas interagindo entre si.

Como se pode ver em Canastra, Haanastra e Vilanculos (2015), ao se tratar do paradigma misto, não se trata especificamente de um paradigma mais sim da combinação de instrumentos e técnicas habitualmente associados a um paradigma específico.

Esta combinação permitirá na percepção por vários pontos de vista dos dados observados, estando estes vinculados no uso de duas técnicas: Inquérito por questionário.

2.3. Níveis de estruturação de métodos

a) Nível teórico

Os métodos teóricos cumprem uma função epistemológica possibilitando a concepção teórica dos dados colectados. Estes métodos criam as condições para que se perceba mais de modo geral sobre o fenómeno, desde o contexto da pesquisa até ao universal, (Zayes, 1995).

Adequadas as condições específicas do estudo, usar-se-á os métodos Indutivo-Dedutivo, Histórico lógico e a análise bibliográfica que se descrevem a seguir.

- ✓ **Método Indutivo**

Para o presente trabalho será útil o método indutivo. Sendo um método que permitiu partir do particular para chegarmos ao geral, o raciocínio indutivo estuda primeiro o máximo possível de casos particulares para depois confirmar uma realidade geral, (Lakatos e Marconi, 2000, p.63).

- ✓ **Método Dedutivo**

Segundo Lakatos e Marconi (2000, p.63), o método dedutivo parte das teorias e leis consideradas gerais e universais buscando explicar a ocorrência de fenómenos particulares.

- ✓ **Histórico/lógico**

Este método permitiu fazer uma abordagem sobre a assistente em enfermagem, cabe o papel de incentivar e educar o paciente, informando-o sobre o significado clínico e prognóstico da sua doença e, com isso, fazer o devido seguimento do paciente, ajustando, sempre que possível, a terapêutica adoptada com objectivo de maior efectividade no tratamento.

Análise bibliográfica

Por meio deste método serão analisadas diferentes bibliografias como: Livros, dissertações, artigos científicos abordando sobre a temática em estudo. Ao longo do trabalho foram feitas citações para fundamentar os conceitos de modos a que se permeie a compreensão social sobre o mesmo.

b) Nível empírico / experimental

Toda pesquisa deve ser bem planificada se quiser oferecer resultados úteis e fidedignos. Esse planeamento envolve a tarefa de colecta de dados que corresponde a uma fase intermediária da pesquisa. Dentre os métodos empíricos utilizados estão os seguintes: Observação e inquérito por questionário.

c) Nível estatístico / matemático

Usou-se o método estatístico descritivo tais como as frequências absolutas, relativas e percentagens para a melhor compreensão do ponto de vista qualitativo dos resultados obtidos. Estes métodos servem para a quantificação dos dados adquiridos por meio da sua aplicação. Éde grande importância para este trabalho, pois que a maior parte dos dados colectados e aqui analisados foram quantificados.

Conforme Borges, (2021), como mostra a componente estatística é um conjunto de técnicas para a colecta, organização, análise e interpretação numéricos.

2.4. Técnicas de recolha de dados

As técnicas aqui apresentadas são entendidas como a operacionalização dos métodos e correspondem ao essencial para a realização do empirismo directo dessa pesquisa.

Segundo Zayes (1995), mostra a técnica como uma operação do método, sendo fundamental na colecta processamento e análise dos dados contando com instrumentos próprios.

Os dados serão colectados com base da observação, inquérito por questionário e pesquisa bibliográfica e documental.

2.5. Instrumentos e procedimentos

Possibilitará conhecer a real situação da orientação da concepção do papel do professor no processo de ensino-aprendizagem. O instrumento central utilizado foi o questionário, livros e documentos que abordam o assunto em estudo.

Esta técnica do inquérito é uma das mais usuais em estudos de carácter quantitativos sendo caracterizada por grandezas absolutas, estimar grandezas relativas, descrever uma população ou amostra, verificar hipóteses de natureza ou frequência de um comportamento variado, como refere (Matalon, 2001).

Também se caracteriza por um conjunto de perguntar dirigidas aos prováveis inqueridos que lhes pode ser enviado a quem responde com prazo certo de devolução ao pesquisador, sendo que podem ser abertos ou fechados. Considera-se

também o questionário que contém as perguntas de ambas as categorias, (Aragão e Neta, 2017).

Através de uma matriz (o questionário) realizou-se na prática o levantamento dos dados com os professore cuja análise permitiu o diagnóstico da pesquisa.

2.6. População e Amostra

2.6.1. População

A população do estudo é constituída da seguinte forma: Um (1) Director Geral, um (1) Médico e (80) Enfermeiros, o que corresponde o total de (82) elementos da pesquisa do hospital-alvo. O critério de amostragem considerado no estudo é do tipo probabilístico do modelo aleatório simples pelo facto de que não se seleccionou de um modo prévio os participantes desta, houve possibilidade de cada um dos participantes ser parte da amostra aqui utilizada.

2.6.2. Amostra

A amostra aleatória simples é característica da amostragem probabilística considerada como a mais conhecida nos procedimentos científicos por permitir que todos os integrantes da população em estudo tenham a mesma possibilidade em participara do estudo, (Almeida e Freire, 2017). Tomou-se a seguinte amostragem: Um (1) Director Geral, um (1) Médico e (40) Enfermeiros, perfazendo o total de (42) indivíduos.

2.7. Dificuldades encontradas

Ao longo da nossa pesquisa tivemos as seguintes dificuldades:

- ✓ Dificuldades na recepção da crendecial de pesquisa;
- ✓ Foi dificil aplicação dos instrumentos de pesquisa;
- ✓ Dificuldades de meios financeiros;
- ✓ Dificuldades de meio electrónico.

CAPITULO III. DISCUSSÃO E RESULTADOS

3.1. Apresentação e interpretação dos resultados

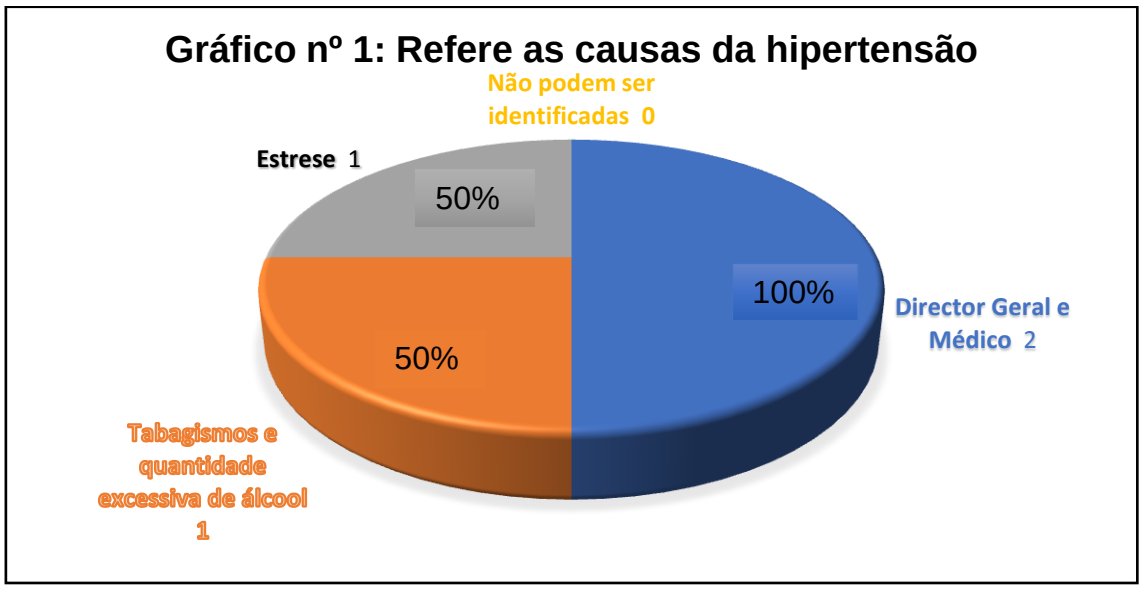
Este capítulo apresenta os dados recolhidos durante a pesquisa de campo assim como a sua correspondente análise e discussão.

3.1.1. Análise, interpretação e apresentação do inquérito dirigido ao Director geral e Médico do Hospital Josina Machel.

Tabela nº 1: **Quais são as causas da hipertensão?**

Director Geral e Médico	Tabagismos e quantidade excessiva de álcool	Estrese	Não podem ser identificadas
2	1	1	0
100%	50%	50%	0%

Gráficonº 1: **Refere as causas da hipertensão.**



Fonte: Elaboração própria

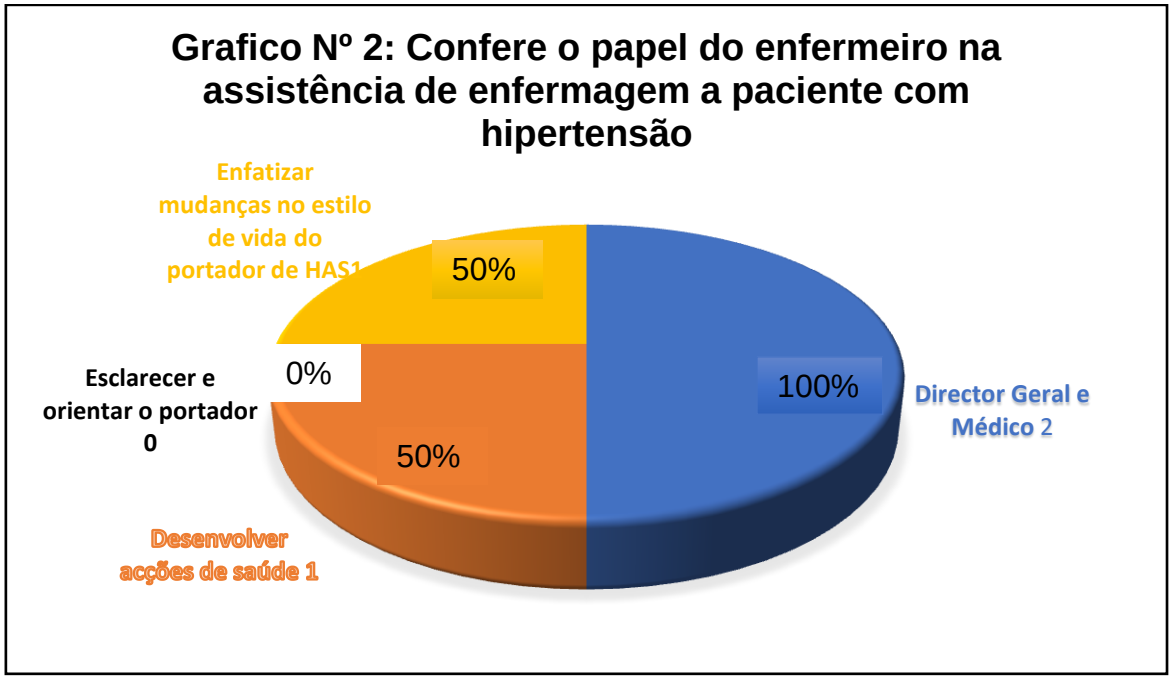
Em relação a esta questão os interlocutores que participaram ao estudo tiveram respostas diferentes. Dois 2 inqueridos, O Director geral respondeu que as causas da hipertensão tabagismos e quantidade excessiva de álcool, o que corresponde 50% e o Medico respondeu estresse, correspondendo 50%. Relativamente a esta pergunta entende-se que os interlocutores não partilham da mesma visão, o que totaliza 100%.

Segundo Cruz (2017)salienta que, a doença surge por hereditariedade, porém existem factores que podem aumentar e acelerar a ocorrência da doença, como exemplo: fumo, stresse, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, falta de actividade física, consumo exagerado de cloreto de sódio, elevados níveis de colesterol, dentre outros.

Tabela nº 2: Qual o papel do enfermeiro na assistência de enfermagem a paciente com hipertensão?

Director Geral e Médico	Desenvolver acções de saúde	Esclarecer e orientar o portador	Enfatizar mudanças no estilo de vida do portador de HAS
2	1	0	1
100%	50%	0%	50%

Gráficonº 2: Confere o papel do enfermeiro na assistência de enfermagem a paciente com hipertensão.



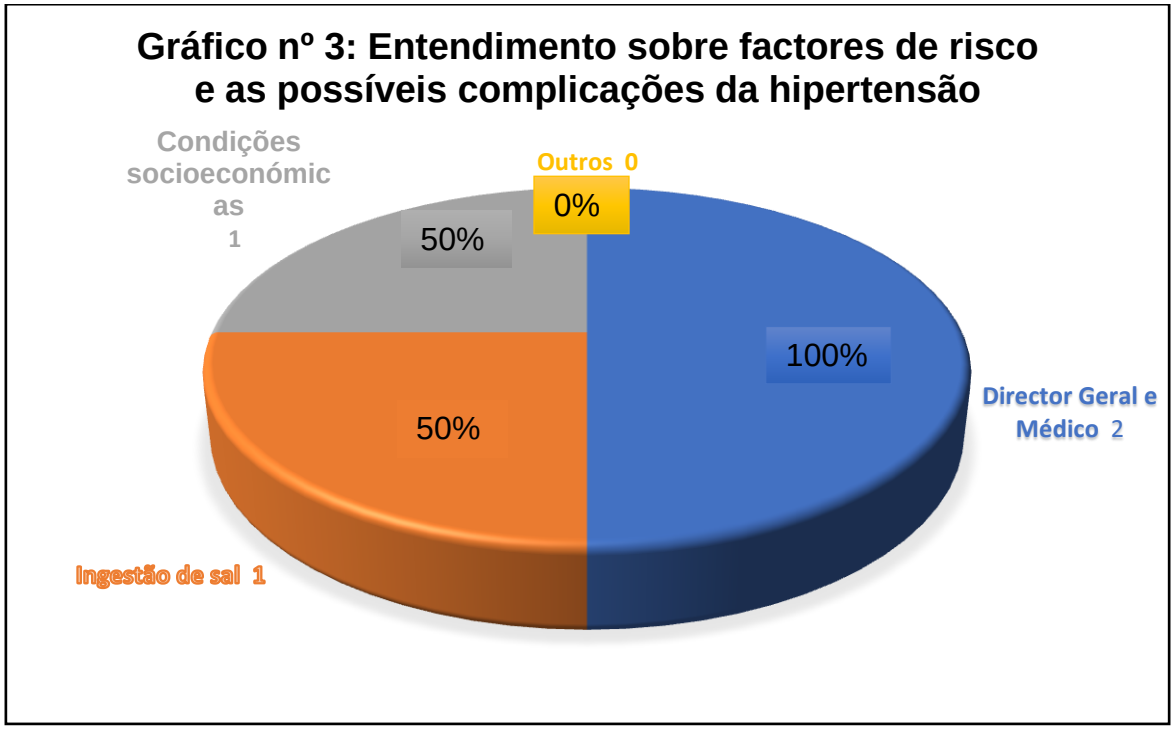
Fonte: Elaboração própria

Em relação a esta questão os interlocutores que participaram ao estudo tiveram respostas diferentes, equivalendo a 50% pelas respostas de cada interlocutor. Relativamente a esta pergunta entende-se que os interlocutores não partilham da mesma visão.

Tabela nº 3: Quais são os factores de risco e as possíveis complicações da hipertensão?

Director Geral e Médico	Ingestão de sal	Condições socioeconómicas	Outros
2	1	1	0
100%	50%	50%	0%

Gráficonº 3: Entendimentosobre factores de risco e as possíveis complicações da hipertensão.



Fonte: Elaboração própria

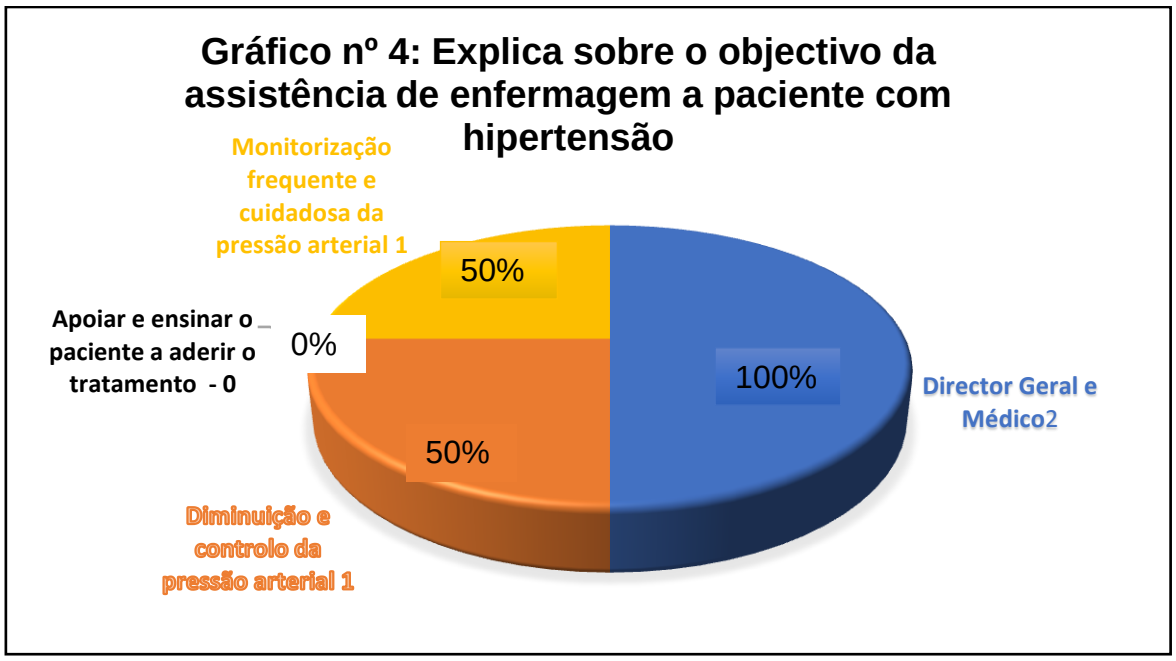
Em relação a esta questão os interlocutores que participaram ao estudo tiveram respostas diferentes, equivalendo a 50% pelas respostas de cada interlocutor.

Relativamente a esta pergunta entende-se que os interlocutores não partilham da mesma visão.

Tabela nº 4: Qual o objectivo da assistência de enfermagem a paciente com hipertensão?

Director Geral e Médico	Diminuição e controlo da pressão arterial	Apoiar e ensinar o paciente a aderir o tratamento	Monitorização frequente e cuidadosa da pressão arterial
2	1	0	1
100%	50%	0%	50%

Gráfico nº 4: Explica sobre o objectivo da assistência de enfermagem a paciente com hipertensão.



Fonte: Elaboração própria

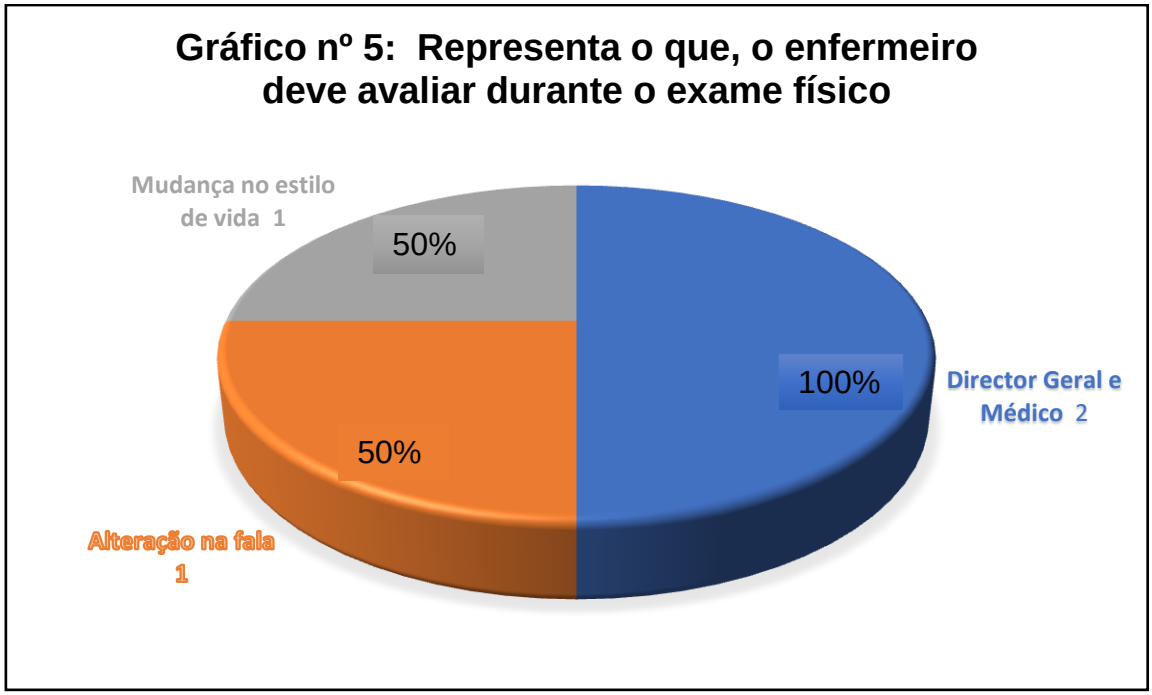
Em relação a esta questão os interlocutores que participaram ao estudo tiveram respostasdiferentes, o Director geral respondeu diminuição e controlo da pressão arterial, o que corresponde 50% e o Médico respondeu monitorização frequente e cuidadosa da pressão arterial, o que representa 50%. Relativamente a esta pergunta entende-se que os interlocutores não partilham da mesma visão, perfazendo o total de 100%.

De acordo com Lopes (2003) considera que, o principal objectivo do tratamento da hipertensão arterial é reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovascular por meio da modificação do estilo de vida do paciente.

Tabela nº 5: **O que o enfermeiro deve avaliar durante o exame físico?**

Director Geral e Médico	Alteração na fala	Mudança no estilo de vida
2	1	1
100%	50%	50%

Gráficonº 5:Representa o que, o enfermeiro deve avaliar durante o exame físico



Fonte: Elaboração própria

Em relação a esta questão o Director Geral e Médicoque participaram ao estudo tiveram respostas diferentes: O senhor Director do Hospital Josina Machel, respondeu alteração na fala, o que representa 50% e o Médico inquerido respondeu mudança no estilo de vida, o que corresponde a 50%

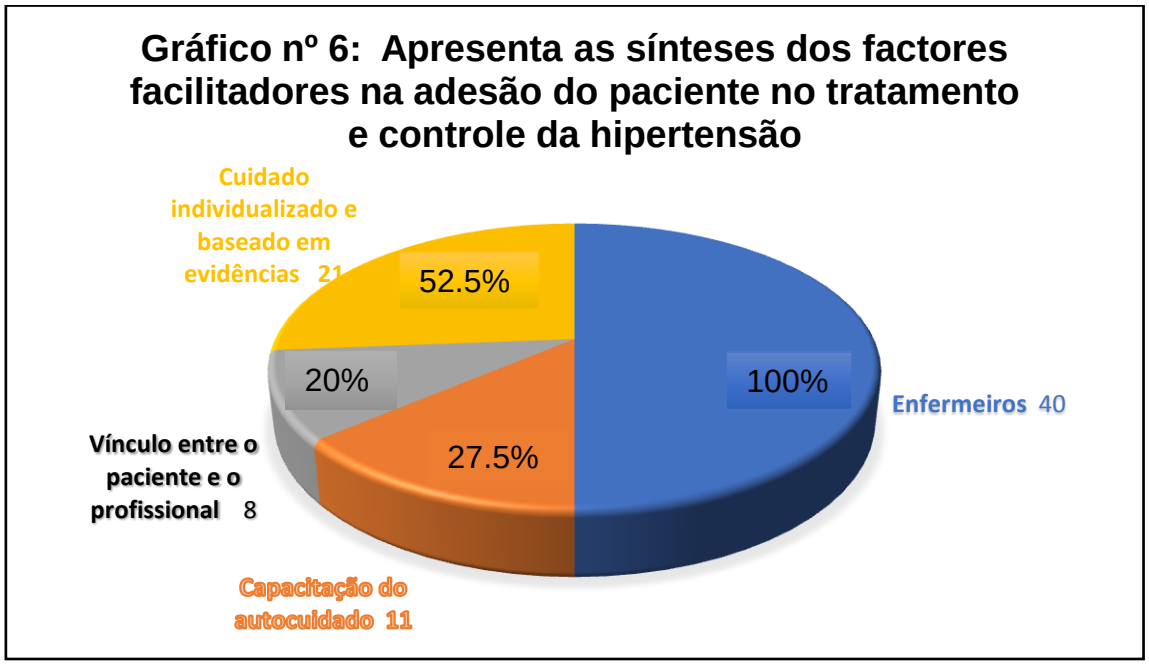
Relativamente a esta pergunta entende-se que os interlocutores não partilham da mesma visão, correspondendo a 100%.

3.1.2. Análise, interpretação e apresentação do inquérito dirigido aos enfermeiros do Hospital Josina Machel.

Tabela nº 6: **Quais sãoas sínteses dos factores facilitadores na adesão do paciente no tratamento e controle da hipertensão?**

Enfermeiros	Capacitação do autocuidado	Vínculo entre o paciente e o profissional	Cuidado individualizado e baseado em evidências
40	11	8	21
100%	27.5%	20%	52.5%

Gráficonº 6: Apresenta as sínteses dos factores facilitadores na adesão do paciente no tratamento e controle da hipertensão.



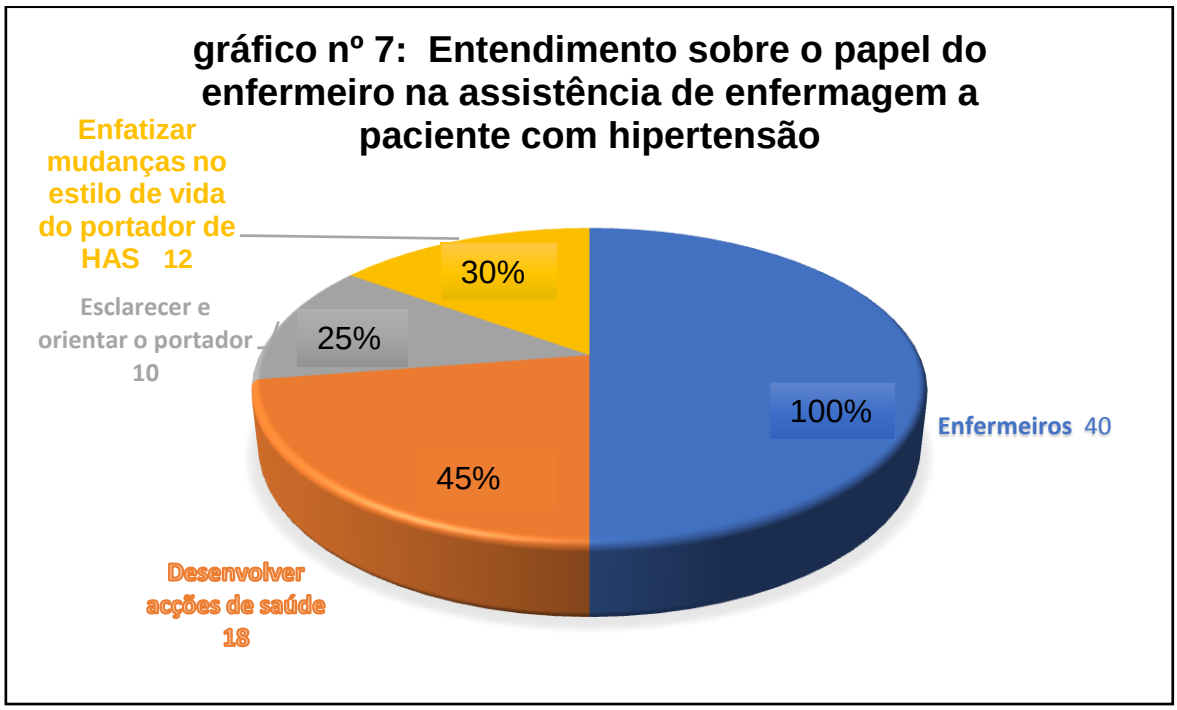
Fonte: Elaboração própria

Em relação a esta questão, dos 40 interlocutores inqueridos: 11 dos interlocutores responderam capacitação do autocuidado, o que corresponde a 27.5%, 8 enfermeiros responderam vínculo entre o paciente e o profissional, o que corresponde a 20% e 21 enfermeiros responderam cuidado individualizado e baseado em evidências, corresponde 52.5%. Relativamente a esta pergunta entende-se que os interlocutores não partilham da mesma visão, o que totaliza 100%.

Tabela nº 7:Qual o papel do enfermeiro na assistência de enfermagem a paciente com hipertensão?

Enfermeiros	Desenvolver acções de saúde	Esclarecer e orientar o portador	Enfatizar mudanças no estilo de vida do portador de HAS
40	18	10	12
100%	45%	25%	30%

Gráfico nº 7: Entendimento sobre o papel do enfermeiro na assistência de enfermagem a paciente com hipertensão.



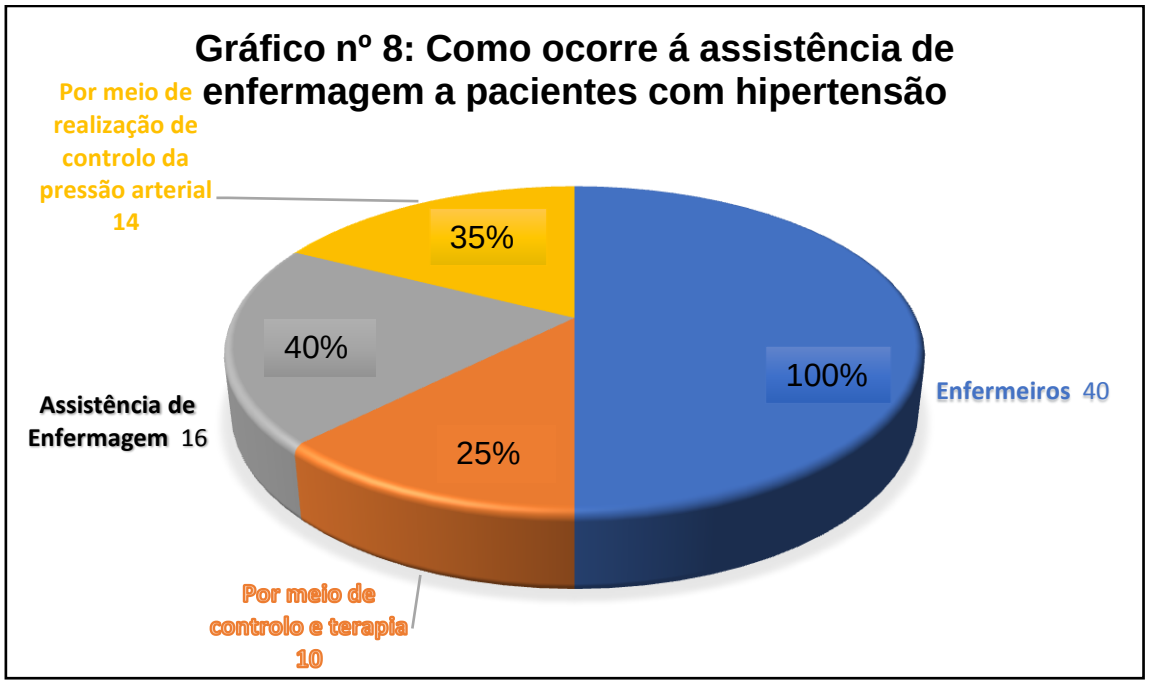
Fonte: Elaboração própria

Em relação a esta questão, dos 40 enfermeiros inqueridos, 18 responderam: desenvolver acções de saúde, o corresponde 45%, 10 responderam esclarecer e orientar o portador, o que apresenta 25 e 12 disseram enfatizar mudanças no estilo de vida do portador HAS, correspondendo 30%. Relativamente a esta pergunta entende-se que os interlocutores não partilham da mesma visão, o que perfaz 100%.

Tabela nº 8: Como ocorre á assistência de enfermagem a pacientes com hipertensão?

Enfermeiros	Por meio de controlo e terapia	Assistência de Enfermagem	Por meio de realização de controlo da pressão arterial
40	10	16	14
100%	25%	40%	35%

Gráfico nº 8: Como ocorre á assistência de enfermagem a pacientes com hipertensão.



Fonte: Elaboração própria

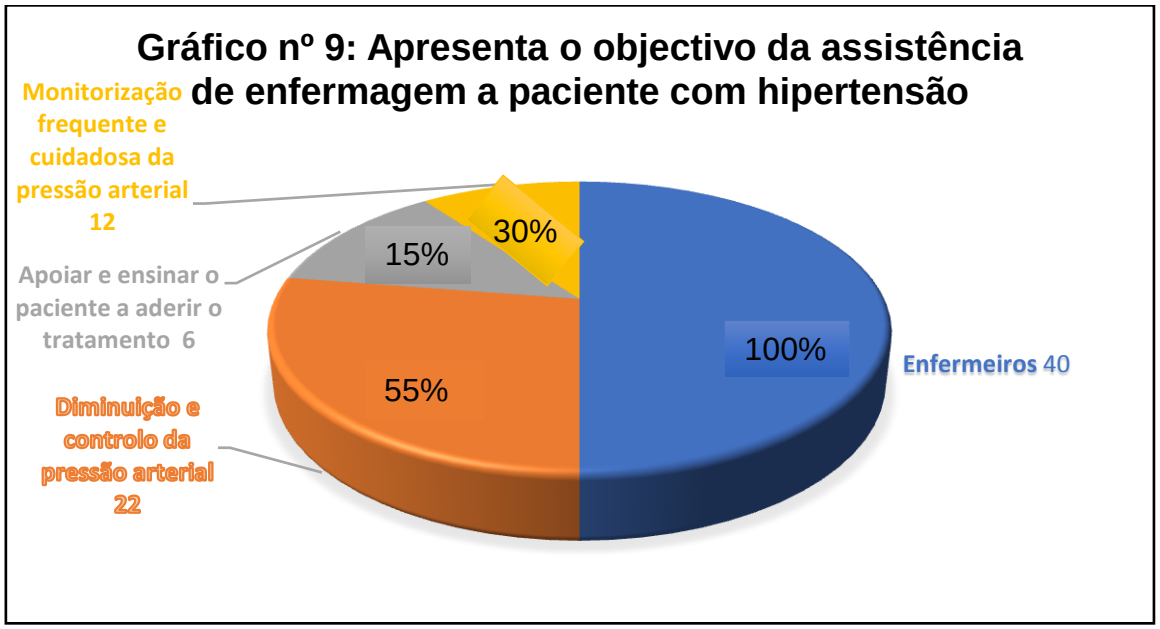
Em relação a esta questão os interlocutores que participaram ao estudo não corroboram da mesma opinião, 10 enfermeiros apontaram que ocorre por meio de controlo e terapia, correspondendo 25%,16 enfermeiros indicaram assistência de enfermagem, perfazendo 40% e 14 enfermeiros disseram que ocorre por meio de realização de controlo da pressão arterial, correspondendo 35%.

Relativamente a esta pergunta entende-se que os enfermeiros não partilham da mesma visão, o que totaliza 100%.

Tabela nº 9: Qual o objectivo da assistência de enfermagem a paciente com hipertensão?

Enfermeiros	Diminuição e controlo da pressão arterial	Apoiar e ensinar o paciente a aderir o tratamento	Monitorização frequente e cuidadosa da pressão arterial
40	22	6	12
100%	55%	15%	30%

Gráfico nº 9: Apresenta o objectivo da assistência de enfermagem a paciente com hipertensão.



Fonte: Elaboração própria

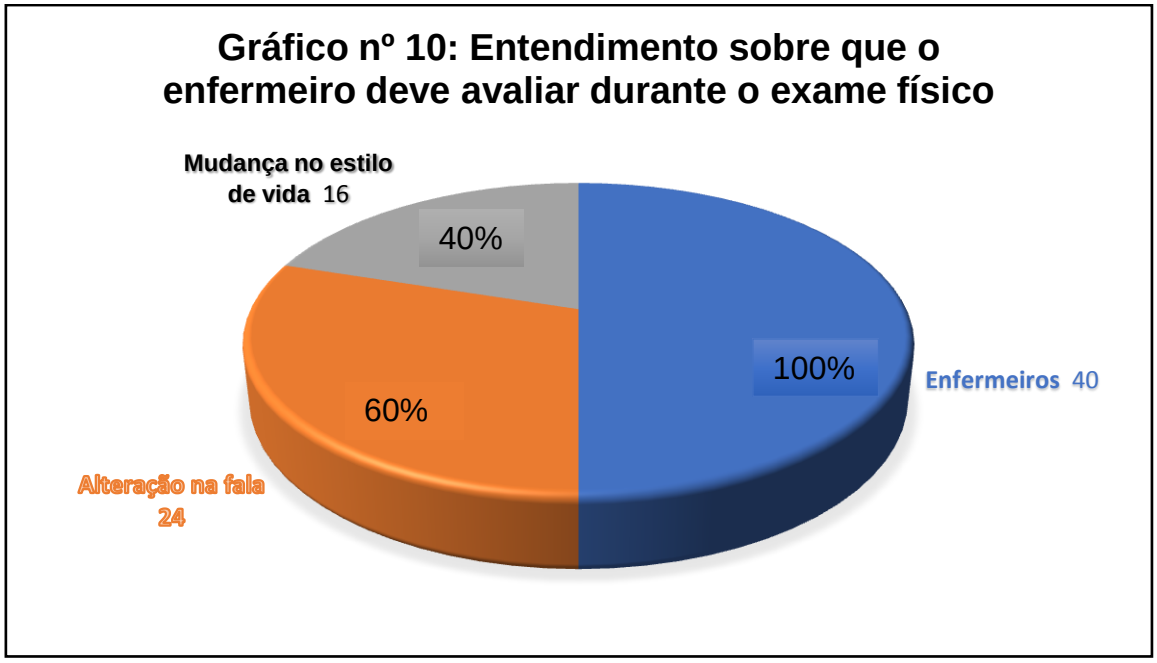
Em relação a esta questão os enfermeiros que participaram ao estudo tiveram respostas diferentes. Dos quais 22 enfermeiros responderam diminuição e controlo da pressão arterial**,** o que representa 55%, 10 enfermeiros responderam apoiar e ensinar o paciente a aderir o tratamento, representando 25% e 8 enfermeiros inqueridos responderam monitorização frequente e cuidadosa da pressão arterial, correspondendo 20%.

Segundo Smeltzer (2005, p. 908), o objectivo do cuidado deenfermagem para pacientes hipertensos deve focar a diminuição e o controle da pressão arterial sem efeitos adversos e sem custo indevido.

Tabela nº 10: O que o enfermeiro deve avaliar durante o exame físico?

Enfermeiros	Alteração na fala	Mudança no estilo de vida
40	24	16
100%	60%	40%

Gráfico nº 10: Entendimento sobreque o enfermeiro deve avaliar durante o exame físico.



Fonte: Elaboração própria

Em relação a esta questão os interlocutores que participaram ao estudo tiveram respostas diferentes, 60% responderam alteração na fala e 40% responderam mudança no estilo de vida.

Em conformidade com Magalhães (2003), o tratamento da hipertensão arterial está directamente relacionado com as modificações no estilo de vida, fazendo-se necessário um programa de orientação ao paciente quanto à necessidade de redução do peso corporal, a adopção de uma dieta reduzida de sódio e enriquecida de potássio, o controle do consumo de cafeína e de bebidas alcoólicas, a eliminação do tabagismo e a necessidade de praticar actividades físicas regulares. Aponta-se ainda, aspectos referentes ao consumo de ácidos graxos Omega-3 e uma dieta pobre em açúcares e gorduras e rica em fibras e vitaminas.

3.2. Discussão e resultados

Nesta perspectiva, ajudou-nos a fazer uma comparação de dados bem como da análise de resultados. Assim, neste trabalho, tivemos os seguintes resultados:

Questãonº 1: **Refere as causas da hipertensão.**

Em relação a esta questão os interlocutores que participaram ao estudo tiveram respostas diferentes. Dois 2 inqueridos, O Director geral respondeu que as causas da hipertensãotabagismos e quantidade excessiva de álcool, o que corresponde 50% e o Medico respondeu estresse, correspondendo 50%. Relativamente a esta pergunta entende-se que os interlocutores não partilham da mesma visão, o que totaliza 100%.

Segundo Cruz (2017) salienta que, a doença surge por hereditariedade, porém existem factores que podem aumentar e acelerar a ocorrência da doença, como exemplo: fumo, stresse, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, falta de actividade física, consumo exagerado de cloreto de sódio, elevados níveis de colesterol, dentre outros.

Questãonº 2: Confere o papel do enfermeiro na assistência de enfermagem a paciente com hipertensão.

Em relação a esta questão os interlocutores que participaram ao estudo tiveram respostas diferentes, equivalendo a 50% pelas respostas de cada interlocutor. Relativamente a esta pergunta entende-se que os interlocutores não partilham da mesma visão.

Na visao de Silva; Colosimo; e Pierin, (2010, p. 489), diz que a equipe de enfermagem desempenha papel importante em favorecer o aumento dos índices de adesão às práticas de saúde estabelecidas para os hipertensos. O enfermeiro deve actuar directamente na promoção da saúde, contribuindo com o diagnóstico precoce da doença, por meio da medida rotineira da pressão arterial e orientação da equipe sob sua responsabilidade.

Questãonº 3: Entendimento sobre factores de risco e as possíveis complicações da hipertensão.

Em relação a esta questão os interlocutores que participaram ao estudo tiveram respostas diferentes, equivalendo a 50% pelas respostas de cada interlocutor.

Relativamente a esta pergunta entende-se que os interlocutores não partilham da mesma visão.

Questão nº 4: Explica sobre o objectivo da assistência de enfermagem a paciente com hipertensão.

Em relação a esta questão os interlocutores que participaram ao estudo tiveram respostas diferentes, o Director geral respondeu diminuição e controlo da pressão arterial, o que corresponde 50% e o Médico respondeu monitorização frequente e cuidadosa da pressão arterial, o que representa 50%. Relativamente a esta pergunta entende-se que os interlocutores não partilham da mesma visão, perfazendo o total de 100%.

De acordo com Lopes (2003) considera que, o principal objectivo do tratamento da hipertensão arterial é reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovascular por meio da modificação do estilo de vida do paciente. Entre as principais razões para se adoptar a prática desse tratamento, são destacadas: o baixo custo e risco mínimo; a redução da pressão arterial, favorecendo o controlo de outros factores de risco; o aumento da eficácia do tratamento medicamentos o; e a redução do risco cardiovascular.

Questãonº 5:Representa o que, o enfermeiro deve avaliar durante o exame físico

Em relação a esta questão o Director Geral e Médico que participaram ao estudo tiveram respostasdiferentes: O senhor Director do Hospital Josina Machel, respondeu alteração na fala, o que representa 50% e o Médico inquerido respondeu mudança no estilo de vida, o que corresponde a 50%. Relativamente a esta pergunta entende-se que os interlocutores não partilham da mesma visão, correspondendo a 100%.

O comportamento da pressão arterial é bastante dinâmico, variando com a hora do dia e com uma série de factores. Diversas actividades, como o simples acto de falar pode interferir transitoriamente a pressão arterial. A actividade física e

intelectual, o estresse emocional e a preocupação são factores que interferem muito na PA (Polito; Farinatti, 2003).

Questãonº 6: Apresenta as sínteses dos factores facilitadores na adesão do paciente no tratamento e controle da hipertensão.

Em relação a esta questão, dos 40 interlocutores inqueridos: 11 dos interlocutores responderam capacitação do autocuidado, o que corresponde a 27.5%, 8 enfermeiros responderamvínculo entre o paciente e o profissional, o que corresponde a 20% e 21 enfermeiros responderam cuidado individualizado e baseado em evidências, corresponde 52.5%. Relativamente a esta pergunta entende-se que os interlocutores não partilham da mesma visão, o que totaliza 100%.

Questãonº 7: Entendimento sobre o papel do enfermeiro na assistência de enfermagem a paciente com hipertensão.

Em relação a esta questão, dos 40 enfermeiros inqueridos, 18 responderam: desenvolver acções de saúde, o corresponde 45%, 10 responderam esclarecer e orientar o portador, o que apresenta 25 e 12 disseram enfatizar mudanças no estilo de vida do portador HAS, correspondendo 30%. Relativamente a esta pergunta entende-se que os interlocutores não partilham da mesma visão, o que perfaz 100%.

Questãonº 8: Como ocorre á assistência de enfermagem a pacientes com hipertensão.

Em relação a esta questão os interlocutores que participaram ao estudo não corroboram da mesma opinião. 10 enfermeiros apontaram que ocorrepor meio de controlo e terapia, correspondendo 25%, 16 enfermeiros indicaram assistência de enfermagem, perfazendo 40% e 14 enfermeiros disseram que ocorrepor meio de realização de controlo da pressão arterial, correspondendo 35%.

Relativamente a esta pergunta entende-se que os enfermeiros não partilham da mesma visão, o que totaliza 100%.

Questãonº9: Apresenta o objectivo da assistência de enfermagem a paciente com hipertensão.

Em relação a esta questão os enfermeiros que participaram ao estudo tiveram respostasdiferentes. Dos quais 22 enfermeiros responderam diminuição e controlo da pressão arterial**,** o que representa 55%, 10 enfermeiros responderam apoiar e

ensinar o paciente a aderir o tratamento, representando 25% e 8 enfermeiros inqueridos responderam monitorização frequente e cuidadosa da pressão arterial, correspondendo 20%. Relativamente a esta pergunta entende-se que os interlocutores não partilham da mesma visão, o que totaliza 100%.

Segundo Smeltzer (2005, p. 908), o objectivo do cuidado de enfermagem para pacientes hipertensos deve focar a diminuição e o controle da pressão arterial sem efeitos adversos e sem custo indevido

Questãonº 10: Entendimento sobreque o enfermeiro deve avaliar durante o exame físico.

Em relação a esta questão os interlocutores que participaram ao estudo tiveram respostas diferentes, 60% responderam alteração na fala e 40% responderam mudança no estilo de vida.

Em conformidade com Magalhães (2003), o tratamento da hipertensão arterial está directamente relacionado com as modificações no estilo de vida, fazendo-se necessário um programa de orientação ao paciente quanto à necessidade de redução do peso corporal, a adopção de uma dieta reduzida de sódio e enriquecida de potássio, o controle do consumo de cafeína e de bebidas alcoólicas, a eliminação do tabagismo e a necessidade de praticar actividades físicas regulares. Aponta-se ainda, aspectos referentes ao consumo de ácidos graxos Omega-3 e uma dieta pobre em açúcares e gorduras e rica em fibras e vitaminas.

CONCLUSÕES

Ao longo desta pesquisa foi possível evidenciar que a hipertensão é uma doença de alta prevalência e baixas taxas de controlo, acometendo milhares de pessoas em Angola e no mundo. Devido à ausência de sintomas e sua cronicidade, muitos hipertensos, principalmente os adultos, não aderem ou abandonam o tratamento, e até mesmo só percebem a existência do problema quando este já atingiu algum órgão-alvo, levando aos mais diferentes desfechos.

Ao realizar este estudo constatou-se que o tratamento da hipertensão pode ser realizado por meio de medicamentos e por meio de mudanças nos hábitos de vida do paciente, o que envolve a dieta alimentar, perda de peso, redução do consumo de álcool e fumo, a prática de exercícios físicos e o controle do estrese para se promover uma melhor qualidade de vida do hipertenso.

O tratamento da hipertensão exige, desta forma, que haja por parte do paciente um compromisso em mudar seus hábitos de vida e que cabe aos profissionais de saúde oferecer aos pacientes hipertensos informações e orientações que contribuam para o controle da hipertensão e que sirvam de estímulo para as mudanças necessárias no estilo de vida de cada indivíduo.

Essa necessidade se deve ao fato de que muitos pacientes hipertensos apresentam dificuldades em aderir ao tratamento por não conhecer os benefícios que podem ser alcançados com uma simples prática de aferição regular da pressão arterial, por terem dificuldades em se adequarem a novos hábitos de vida, por falta de orientações sobre alimentação adequada, actividades físicas e controlo do peso como forma de controlo da hipertensão, e por lhe faltar um incentivo tanto da família quando dos profissionais de saúde neste processo de mudanças.

Para reduzir a baixa adesão e abandono ao tratamento da HAS, a fim de que sejam reduzidas as possíveis complicações associadas à doença, o enfermeiro deve actuar na promoção da saúde, intervindo nos factores de risco modificáveis, agindo de forma a eliminá-los ou reduzi-los. Para isso, dispõe de acções educativas, abrangendo o paciente, sua família e até mesmo a comunidade.

O enfermeiro é um educador em saúde nato, cuja acção é focada no cuidado contínuo, o que favorece a criação do vínculo com o seu paciente. Assim, através de suas práticas educativas, aliadas ao seu empenho, empatia e dedicação, seus pacientes hipertensos devem ser incentivados ao autocuidado e consequentemente à adesão ao tratamento. Por meio da participação do paciente de forma activa em seu tratamento, assumindo também a responsabilidade pela continuação e efectividade do mesmo juntamente com os profissionais, maiores serão as chances de não evoluir as complicações de sua doença de base.

SUGESTÕES

A assistência em enfermagem a pacientes com hipertensão é um cuidado contínuo, o que favorece a criação do vínculo com o paciente, o tratamento da hipertensão exigepor parte do paciente um compromisso em mudar seus hábitos de vida muitos pacientes hipertensos apresentam dificuldades em aderir ao tratamento por não conhecer os benefícios que podem ser alcançados com uma simples prática de aferição regular da pressão arterial.Tendo em conta a pesquisa feita e das conclusões do trabalho realizado, sugeriu-se:

Ao Director geral e Médicos:

- Que criem programas com objectivo de orientarem os portadores de HAS sobre os benefícios do tratamento, incluindo mudanças no estilo de vida;

Aos enfermeiros:

- Como integrante da equipe de saúde, procurem criar estratégias para a promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos da hipertensão. Por meio do conhecimento, seu papel de educador deve estimular a pessoa portadora à adesão de acções na atenção básica à saúde.

Aos pacientes:

- Cuidar de um paciente hipertenso impõe desafios que evidenciam a importância do profissional de enfermagem na prevenção da hipertensão. Que os pacientes adirão ao tratamento da hipertensão, visto que a hipertensão é uma doença silenciosa e que não tem cura, a prevenção da doença, mudança de hábitos e a prática de exercícios físicos e o controle do estrese ajudarão a melhor qualidade de vida do hipertenso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agena, J. M. (2010). *Actuação do Enfermeiro no Controle da Hipertensão Arterial em Unidades de Saúde da Família.* Revista Saúde Pública.

Almeida, L. S., & Freire, T. (2017). *Metodologia de investigação em pesquisa e educação*. 5ª edição, Braga: Psiquilibrios edições.

Almeida, E. R. (2016). *Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família nodesenvolvimento da Educação em Saúde.* Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2016; 20(57):389–402.

Almeida, L. B. M. de; Salles, A. L. de O.; Sampaio, C. E. (2014). *O enfermeiro e a questão da adesão do paciente ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica.* 1ª edição.

Andrade, S. S. A. (2013). *Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.* Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2015; 24 (2): 297–304

Andrade, M. E. (2016). *Experimentação de substâncias psicoativas por estudantes de escolas públicas.* Rev. Saúde Pública, v. 51, p. 1-9.

Araújo, G. B. da S.; Garcia, T. R. (2006). *Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual.* Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 02, p. 259-272, Goiás.

Araujo, O. C. de; Costa, Y. F. (2014). *O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.* 1 dez.

Aragão, J. W., & Neta, M. A. (2007). *Metodologia Científica*. Salvador: UAB- UFB.

Backes, R. V. e Erdmann, A. H. (2010). *Factores de risco para doença cardiovascular*. Ciências da Saúde Publica, SA.

Barroso, W. K. S.; Rodrigues, C. I. S.; Guimarães, V.; Koch, V. H.; Oigman, W.; Nadruz, W. (2020). *Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020*. Arq. Bras. Cardiol., v. 116, n. 3, p. 516-658, Mar.

Bezerra, Ana Lucia Queiroz; Ribeiro, Luana Cassia Miranda. (2017). *Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás.* [S. l.], 1 Dez.

Borges. F. (2021). *Metodologia de investigação científica, dissertações, teses e relatórios.* (1ª ed.). Portugal: FCA.

Botossi, G. E. (2013). A *Hipertensos e os factores de risco para a doença.*Rev. Sociedade Brasileira de Hipertentensos, SP. SRA.

Burgos, Paula F. M.; Costa, William da; Bombig, Maria T. N.; Bianco, Henrique T. (2014). *A obesidade como factor de risco para hipertensão.* Rev. Bras. Hipertensão vol. 21 (2): 68-74.

Brasil. (2019). *Dia Nacional de Combate às Drogas e ao Alcoolismo.* Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/component/content/article?id=2908. Acesso em: 28 set.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. (2013). *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. 128 p: il (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

Brasil. (2020). *Sociedade Brasileira De Hipertensão;Sociedade Brasileira De Nefrologia. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial* – 2020 Diretrizes. v. 116, n. 3..

Braghirolli, E. M.; Bisi, G. P.; Rizzon, L. A., & Nicoletto, U. (2016). *Psicologia Geral.* 24 ed. Petrópolis: Vozes.

Braga, N.B. (2015). *Concepções dos Hipertensos sobre os factores de risco para a doença.* Ciência e Saúde Coletiva.

Brito; C. S. (2012, p.10). *A influência do consumo de álcool no insucesso escolar dos alunos do ensino secundário de São Vicente.* Cabo Verde.

Camargo, L. Y.(2013).*Actuação do Enfermeiro no Controle da Hipertensão Arterial.*Serv. Saúde, Brasília, v. 29, n. 4.

Canastra, F., Haanastra, F., & Vilanculos, M. (2015). *Manual de investigação científica da universidade católica de Moçambique* (1 ed.). Beira: Instituto integrado de apoi à investigação científica.

Carlucci, Edilaine M. S.; Gouvêa, José A. G.; Oliveira, Ana P.; Silva, Joseane D.; Cassiano, Angélica C. M.; Bennemann, Rose M. (2013). *Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular.* Ciências Saúde 2013; 24(4): 375-384.

Cesar, E. L. Da R. (2012). *Uso prescrito de cloridrato de metilfenidato e correlatos entre estudantes universitários brasileiros.* Archives of Clinical Psychiatry, v. 39, n. 6, p. 183-188.

Cesarino, A. V. (2004). *Prevenção ao abuso de drogas na prática pedagógica dos professores do ensino fundamental..* Archives of Clinical Psychiatry, v. 45, n. 7.

Cerulli, Marcelo. (2000). *Avaliação da pressão arterial: o método oscilométrico de medição da pressão arterial.* Hipertensão, n.3.

Coelho, Eduardo Barbosa et al. (2005). *Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos.* Arq. Bras. Cardiol., v. 85, n. 3, 2005.

Correa, Rafaela R.; Climaco, Ravanna A. P.; Macedo, Kecya P. C.; Bispo, Daniel C.; Carvalho, Felipe S.; Oliveira, Evaldo H.; Leitão, Joseana M. S. R. (2019). *Hipertensão arterial na etnia negra: uma revisão da terapia medicamentosa*. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR. Vol. 27, n. 1, pp. 157-159 (Jun-Ago.

Confortin, S. C. (2016). *Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso.* Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 26, n. 2, p. 305-317, jun.

Cruz, M. R. A.; Lima, E. N. S.; Santos, N. V. P.; Linhares, N. P.; Lima, A. G. T. (2017). *O papel das intervenções não farmacológicas para controle da hipertensão arterial: revisão integrativa.*Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 3.

Dohmann; B. M. (2013). *Álcool e Comportamento: Efeitos na Aprendizagem e Memória.Dissertacção de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduacção em Psicobiologia como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicobiologia*. Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte.

Duncan, A. e Fuches, M. S. (2013). *Prevenção ao abuso de drogas na prática pedagógica dos professores do ensino fundamental.* Atlas editora.

Franco; C. Q. (2006). *Prevenção ao abuso de drogas na prática pedagógica dos professores do ensino fundamental.* Atlas editora.

Geleilete, T. J.M.; Coelho, Eduardo B.; Nobre, F. (2009). *Medida da pressão arterial e Medida casual da pressão arterial.* Rev. Bras. Hipertens, v.16, n.2, 118-122.

Giorgi, D. M. A. (2006). *Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.* Rev Bras Hipertens, v.13, n.1, p.47-50, 2006.

Girotto, Edmarlon et al. (2013). *Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e factores associados na atenção primária da hipertensão arterial.* Ciência e Saúde colectiva, v.18, n.6, p.1763-1772, 2013.

Gomes, C. M. (2016). *Estresse e risco cardiovascular: intervenção multiprofissional de educação em saúde.* Revista Brasileira de Enfermagem, 2016; 69(2):351–359.

GHM, (2020). *Principais factores de risco para a doença.* Ciência & Saúde Colectiva, 18 (4): 1643-23154.

Leite, M. C. A.; Medeiros, A. L. de F. (2010). *Actuação do Enfermeiro no Controle da Hipertensão Arterial em Unidades de Saúde da Família.* [S. l.], 30 jan. 2010. enfermagem/article/viewFile/5832/508. Acesso em: 25 nov.

Lima, Eloisa Helena et al. (2013). *Educação em Saúde e Uso de Drogas: Um Estudo Acerca da Representação das Drogas para Jovens em Cumprimento de Medidas Educativas.* 2013. Tese de Doutorado.

Lopes, Heno Ferreira. (2003). *Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial.* Revista Sociedade Cardiológica do Estado de São Paulo, v. 13, n. 1, jan/fev.

Magalhães, I. (2010). *Consumo de Tabaco, Álcool e Drogas Ilícitas nos Jovens: Um Estudo Comparativo entre o Meio Litoral e Interior. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Educação e Intervenção Comunitária. Universidade Fernando Pessoa* – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Porto.

Magalhães, M. E. C. (2003). *Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial: vale a pena insistir?.* Revista da SOCERJ, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 21-28.

Malachias, Marcus Vinícius B.; Souza, Weimar K. S. B.; Plavnik, Frida L.; Rodrigues, Cibele I. S.; Brandão, Andrea A.; Neves, Mário F. T, et. al. (2016). 7ª *Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.* Arq. Bras Cardiol; 107 (3 Supl. 3): 1-83.

Marques, A. C., & Cruz, P. R. (2012). *Abuso e dependência: crack.* Revista Associação Médica Brasileira. São Paulo.

Marconi, M. D., & Lakatos, E. M. (2000). *Fundamentos de metodologia científica*. 5ª edição, São Paulo: Átlas S.A.

Machado, Mariana C.; Pires, Cláudia G. S.; Lobão, William M. (2012). *Concepções dos Hipertensos sobre os factores de risco para a doença.* Ciência & Saúde Coletiva, 17 (5): 1365-1374.

Malta, D. C. (2014). *Doenças Crônicas não Transmissíveis, um Grande Desafio da Sociedade.* Rev. Saúde Coletiva: Editorial. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 4.

Matalon, M. R. (2001). *Metodologia de investigação científica, Relatório prático.* (2ª ed.). SP: Santouro SC.

Mendonça, Larissa B. A.; Lima, Francisca, E, T.; Oliveira, Sherida K. P. (2012). *Acidente vascular encefaĺico como complicação da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes?* Esc, Anna Nery (impr.) 2012 abr-jun; 16(2): 340-346.

Menezes, Ana Gabriela M. P. de; Gobbi, Débora. (2010). *Educação em saúde e Programa Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos.* O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010; 34 (1): 97-102.

Melo, L. P. (2013). *Análise biopolítica do discurso oficial sobre educação em saúde para pacientes diabéticos no Brasil.* Saúde e Sociedade,2013; 22(4): 1216–1225.

Miranda, G. M. D. (2016). *O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras.* Rev. bras. geriatr. gerontol. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519.

Moreira F.G. (2006). *Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde.* São Paulo: Revista Ciência & Saúde Colectiva.

Moura, Denizielle de I. M.; Bezerra, Sara T. F.; Moreira, Thereza M. M.; Fialho, Ana V. de M. (2010). *Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica.* Rev Bras Enferm, Brasília, Jul-Ago; 64 (4): 759-65.

OMS.(2020). *Dia mundial da hipertensão – 2020.* OPAS/OMS, 2020. Disponível em: <https: //www. paho.org / pt/ campanhas/dia-mundial-da-hipertensao-2020> Acesso em: 11 de junho de 2021.

OMS. *OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019. 2020.* Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e> Acesso em: 23 abril 2021.

OMS, Organização Mundial da Saúde (2019). *Folha informativa* - Álcool. Disponível em: https://www.paho.org/bra. Acesso em: 23 ago. 2019.

OMS, (2018). *Tabagismo*. Disponível em: https://www.paho.org/bra. Acesso em: 23 ago. 2019.

OPAS, Brasil. (2019). *Objectivos de Desenvolvimento Sustentável.* Brasília, 2019.

Oigman, M. (2006). *Escalas mais empregadas no ambiente clínico são: escala de adesão terapêutica de Morisky-Green e Questionário de Adesão a Medicamentos Qualiaids (QAM-Q).*7ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kooga

Perrenoud, P. (2000). *Novas competências para ensinar.* Porto: Portugal.

Peacock, E.; Krousel-Wood, M. (2017). Adherence to Antihypertensive Therapy. *Medicine Clinic North America,* v. 101, n. 1, p. 229-245.

Pinsky, I. & Jumdi, S. (2008). *O impacto da publicidade de bebidas alcoólicas sobre o consumo entre jovens: revisão da literatura internacional.* Rev. Brasileira de Psiquiatria. vol. 30, n. 4.

Pinheiro, Marília Borges Gontijo. (2009). *Dificuldade de adesão do idoso ao tratamento farmacológico para hipertensão arterial.* Campos Gerais – MG. Universidade federal de Minas Gerais.

Polito, Marcelo D.; Farinatti, P. T. V. (2003). *Respostas de freqüência cardíaca, pressão arterial e duplo-produto ao exercício contra-resistência: uma revisão da literatura.* Revista Portuguesa de Ciências do Desporto, v.3, nº 1, p.79–91, 2003.

Robbins, Stanley L.; Cotran, Ramzi S.; Kima, Venay Kumar. *Patologia Estrutural e Funcional.* 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

Rocha, Augusto. (2003). *Adesão ao tratamento: o papel do médico.* Revista da Sociedade Cardiológica do Estado de São Paulo, v. 13, n. 1, jan/fev.

Salgado, E. M. & Carvalh*ães*, M. A. (2003). *Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contacto de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoactivas.* Rev. electrónica saúde mental álcool drog. (Ed. Port.) v.2. n.2. Ribeirão Preto.

Sanchez, C. C. (2007). *Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorroi e em tratamento ambulatorial.* Revista Escola de Enfermagem USP, n. 38, v. 1, p. 90-98.

Santos, T. C.; Carrapato, J. L. (2009). *As consequências do uso de substância psicoactivas no aspecto biopsicossoacial*. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2196/2355>.20 de set. de 2015.

Santos, M. (2012). *Prevalência do uso de drogas entre estudantes adolescentes de Glória de Dourados, Mato Grosso do Sul*. Universidade de Mato Grosso do Sul.

Santos, M. V. R. dos, (2021). *Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem.* Rev Bras Clin Med., v.11, n.1, p.55-61,

Silva, A. T. M. (2003). *Efeito do gerenciamento de caso no controle dos níveis pressóricos em adultos com hipertensão arterial: ensaio clínico randomizado.* Acervo digital UFPR,. Angela Tais Mattei Da Silva.

Silva, C. e Pierin, B. (2010). *Adesão ao tratamento anti-hipertensivo.* 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Silva, P. (2013). *Farmacologia.* 7ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p 363-364.

Souza, M. F. M.; França, E. B.; Cavalcante, (2017). *A. Carga da doença e análise da situação de saúde: resultados da rede de trabalho do Global Burden of Disease (GBD) Brasil.* Revista Brasileira de Epidemiologia [online]., v. 20, pp. 01-03.

Souza, M. T.; Silva, M. D.; Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: *o que é e como fazer*. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106,.

Sousa, M. J., & Baptista, C. S. (2015). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios.* 5ª edição. Liboa: FCA.

Sobrinho, D. F. (2014).*Compreendendo o Apoio Matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental, Saúde em Debate.* 38:83–93.

Smeltzer, H. (2005). *A verdade sobre a droga. A droga e a educação.* Paris: UNESCO.

SBC.-Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010). *Principais causas da hipertensos atendidos em Pronto-Socorroi e em tratamento ambulatorial.* Revista Escola de Enfermagem, USP.

Stamn, M. (2002). *Factores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência.* Ciênc. Rio de Janeiro: Saúde colectiva.

Teixeira, C. L. S. (2007)*Dieta e hipertensão arterial.* Disponível em: http://www.nutriweb.org.br/n0202/hipertenso.htm Acesso 30 mar.

Who.(2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action.*Geneva;.

Zayes, C. A. (1995). *Metodologia de la investigación científica.* Santiago de Cuba: Centro de estudios deeducación Superior "Manuel F. Gran".

APÊNDICES

Inquérito dirigido ao Director Geral e Médico do Hospital Josina Machal.

Estimado Director geral e Médicos, estou a fazer uma pesquisa do Trabalho de Fim de Curso para obtenção do grau de Licenciada em Saúde, com o tema;**Assistência de enfermagem a pacientes com hipertensão atendidos no Hospital Josina Machel no II Semestre de 2024.**

Desde já, agradeço a vossa máxima atenção e sobretudo a colaboração para responder o questionário abaixo.

Responde e assinala, com um X, a opção que expressa a sua opinião.

1. Quais são as causas da hipertensão?

a)Tabagismo e quantidades excessivas de álcool ☐

b)Estrese ☐

c)Não Podem ser identificadas ☐

2. Qual o papel do enfermeiro na assistência de enfermagem a paciente com hipertensão?

a) Desenvolver acções de saúde ☐

b)Esclarecer e orientar o portador ☐

c)Enfatizar mudanças no estilo de vida do portador de HAS ☐

3. Quais são os factores de risco e as possíveis complicações da hipertensão?

a) Ingestão de Sal ☐

b) Condições socioeconómicas ☐

c) Outros ☐

4. Qual o objectivo da assistência de enfermagem a paciente com hipertensão?

a)Diminuição e controlo da pressão arterial ☐

b)Apoiar e ensinar o paciente a aderir o tratamento ☐

c)Monitorização frequente e cuidadosa da pressão arterial ☐

5. O que o enfermeiro deve avaliar durante o exame físico?

a)Alterações na fala ☐

b)Mudanças no estilo de vida ☐

Muito obrigada pela colaboração.

3.2. Inquérito dirigido aos Enfermeiros do Hospital Josina Machel.

EstimadosEnfermeiros, estou a fazer uma pesquisa do Trabalho de Fim de Curso para obtenção do grau de Licenciada em Saúde, com o tema;**á assistência de enfermagem a pacientes com hipertensão atendidos no hospital Josina Machel no IIº semestre de 2024.**

Desde já, agradeço a vossa máxima atenção e sobretudo a colaboração para responder o questionário abaixo.

Responde e assinala, com um X, a opção que expressa a sua opinião.

1. Quais sãoas sínteses dos factores facilitadores na adesão do paciente no tratamento e controle da hipertensão?

a)Capacitação do autocuidado ☐

b)Vínculo entre o paciente e o profissional ☐

c)Cuidadoindividualizado e baseado em evidências ☐

2. Qual o papel do enfermeiro na assistência de enfermagem a paciente com hipertensão?

a)Desenvolver acções de saúde ☐

b)Esclarecer e orientar o portador ☐

c)Enfatizar mudanças no estilo de vida do portador de HAS ☐

3. Como ocorre á assistência de enfermagem a pacientes com hipertensão?

a) Por meio de controlo e terapia ☐

b)Assistência de enfermagem ☐

c)Por meio de realização de controlo da pressão arterial ☐

4. Qual o objectivo da assistência de enfermagem a paciente com hipertensão?

a)Diminuição e controlo da pressão arterial ☐

b)Apoiar e ensinar o paciente a aderir o tratamento ☐

c)Monitorização frequente e cuidadosa da pressão arterial ☐

5. O que o enfermeiro deve avaliar durante o exame físico?

a)Alterações na fala ☐

b)Mudanças no estilo de vida ☐

Muito obrigada pela colaboração.

ANEXOS